

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS  
QUILOMBOLAS**

**VANESSA CRUZ SANTOS**

**JEQUIÉ/BA**

**2014**

**VANESSA CRUZ SANTOS**

**QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS  
QUILOMBOLAS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e Saúde, Área de concentração em Saúde Pública.

**Linha de Pesquisa:** Políticas, planejamento e gestão em saúde

**Orientador:** Prof. DSc. Eduardo Nagib Boery

**Co-orientadora:** Prof<sup>a</sup>. DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery

**JEQUIÉ/BA**

**2014**

S239 Santos, Vanessa Cruz.

Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas./ Vanessa Cruz Santos.-  
Jequié, 2014.

155f.; 30cm

(Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, sob orientação da Prof.. DSc. Eduardo  
Nagib Boery)

1.Idosos quilombolas – Qualidade de vida – Fatores associados 2.População negra –  
Condições de saúde – Fatores socioeconômico 3.Idosos quilombolas – Saúde mental –  
Comunidade vulneráveis I.Boery, Eduardo Nagib II.Boery, Rita Narriman Silva de Oliveira  
III.Título

CDD – 305.896

Jandira de Souza Leal Rangel, Bibliotecária CRB 5/1056

## FOLHA DE APROVAÇÃO

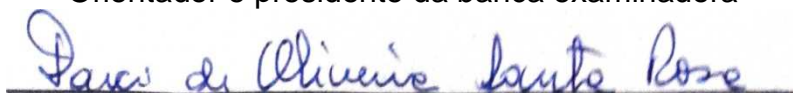
SANTOS, Vanessa Cruz. **Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas**. 2014. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

### Banca Examinadora



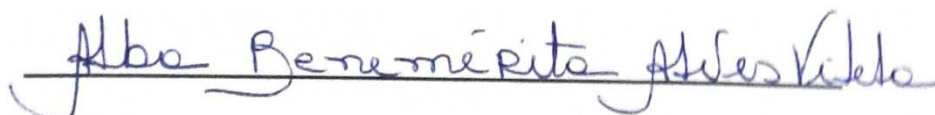
**Prof. Dr. Eduardo Nagib Boery**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde  
Orientador e presidente da banca examinadora



**Profª. Drª. Darci de Oliveira Santa Rosa**

Universidade Federal da Bahia  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem



**Profª. Drª. Alba Benemérita Alves Vilela**

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia  
Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde

Jequié/BA, 26 de Setembro de 2014

## DEDICADO

A **Deus**, sopro da vida, presença contínua, razão do meu viver.

À minha mãe, **Valmira Alves Cruz**, pelo amor incondicional, perseverança, dedicação, apoio, confiança e subsidio que é teu colo em minha vida.

Ao meu pai **José Vicente dos Santos** (*in memoriam*) e ao meu irmão **Wagner Vicente dos Santos** (*in memoriam*) por terem sonhado comigo meus ideais e antes de partir para a vida eterna, terem me ensinado a ressurgir dos escombros e vencer com glória e humildade.

A **Karla Ferraz dos Anjos** por sua amizade e parceria acadêmica.

Aos **idosos quilombolas** que se disponibilizaram em participar do estudo.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus** em nome de nosso senhor **Jesus Cristo**, pela dádiva divina que é a vida, por sua presença constante e por ter desenhado caminhos repletos de luz, bênçãos, vitórias e esperança em nosso viver.

Ao meu orientador, Professor **DSc. Eduardo Nagib Boery**, pela oportunidade, atenção, carinho, acolhimento, compreensão, amizade, sinceridade, humildade, alegria, confiança depositada em mim e por fazer parte da construção do meu conhecimento com sabedoria, competência e paciência. Deus te abençoe por tudo!!!

A minha co-orientadora, Professora **DSc. Rita Narriman Silva de Oliveira Boery**, por fazer parte da construção deste estudo e do meu crescimento como profissional e ser humano, pelo acolhimento, dinamismo, atenção, dedicação, amizade e apoio que foram essências nesta etapa.

Ao Professor **DSc. Rafael Pereira de Paula**, pelo seu apoio, comprometimento, profissionalismo e ensinamentos relevantes que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

À Professora **DSc. Larissa Chaves Pedreira** e a Professora **DSc. Leny Alves Bomfim Trad**, (banca de qualificação) e, Professora **DSc. Darci de Oliveira Santa Rosa** e Professora **DSc. Alba Benemérita Alves Vilela** (banca examinadora) pela gentileza em disponibilizar seu tempo, contribuindo significativamente para a construção deste estudo, com carinho, dedicação e profissionalismo.

A **Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)** e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) pela missão e responsabilidade com a excelência acadêmica, e compromisso às demandas da sociedade, atributos indispensáveis para que este estudo fosse realizado.

Aos **Professores, coordenação e vice-coordenação** do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES), pela didática, afeto, determinação, ética, compromisso, dedicação e ensinamentos no decorrer do mestrado.

A minha **família**, avós, avôs (*in memoriam*), tios (as), primos (as). Em especial, ao meu pai **José Vicente** (*in memoriam*), minha mãe **Valmira Alves** e meu irmão **Wagner Vicente** (*in memoriam*), por fazerem parte de minha vida, orando por mim e desejando bênçãos no caminho a ser percorrido, pelo amor, atenção, encorajamento e apoio principalmente nos momentos mais difíceis que vivenciei, sou o reflexo do que vocês me ensinaram.

A minha amiga **Karla Ferraz** pela motivação, incentivo, parceria, sinceridade, apoio, momentos de alegrias e gentileza em colaborar dedicadamente desde o início da construção deste estudo. E, a sua família, pelo estímulo e carinho.

Á todos os **colegas do PPGES** pelos ensinamentos, convívio, momentos de alegrias e descontração e amizades edificadas. Em especial, Alda Nery, Déborah Sande, Doane Martins, Jamilly Freitas, Jules Ramon, Marcela Rios, Mayra Gomes, Tatiana Couto, Sarah Bispo e Saulo Meira. E aos **amigos** por permitirem fazer parte de suas vidas e me proporcionar momentos inesquecíveis.

Aos **gestores e profissionais de saúde** do município de Vitória da Conquista, onde ocorreu a pesquisa, especialmente, as **Lideranças de comunidades quilombolas, Enfermeiros (as) e Agentes Comunitários de Saúde**, pela presteza de dispor ajudar na coleta de dados deste estudo.

Aos **idosos quilombolas** por permitir adentrar em seus domicílios e se dispor em participar desta pesquisa, me acolhendo com satisfação e delicadeza.

Aos membros do **Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida**, pelo trabalho realizado em equipe, construído em rede, com responsabilidade, ética e comprometimento com o crescimento e qualidade da pesquisa científica.

Á **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**, pela concessão de bolsa de estudos

Aos **funcionários da UESB e do PPGES** pela afeição e colaboração oferecida nos momentos que precisei e gentilmente se empenharam em me ajudar na realização dos trabalhos acadêmicos.

Agradeço a todos que me proporcionaram a felicidade de fazer parte da minha historia de vida e que contribuíram, cada um com sua singularidade para que este sonho fosse concretizado.

**Muito Obrigada!**

*“Lutar pela igualdade sempre que as diferenças nos discriminem; lutar pela diferença sempre que a igualdade nos descaracterize”.*

Boaventura de Souza Santos



SANTOS, Vanessa Cruz. **Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas**. 2014. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

## RESUMO

No Brasil, as condições de vida da população negra ainda persistem sob os aspectos das desigualdades raciais que proporcionam impactos no processo de envelhecimento de indivíduos que compõem este segmento da sociedade. Logo, torna-se relevante a realização de estudos que identifiquem fatores que podem comprometer a QV de idosos quilombolas, na maioria das vezes, negros que apresentam determinantes sociais e de saúde desfavoráveis ao envelhecimento saudável. Nesta perspectiva, este estudo tem como objetivo geral, analisar a qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas e como específicos avaliar a qualidade de vida de idosos quilombolas, descrever características sociodemográficas e de condições de saúde de idosos quilombolas, verificar a associação de características sociodemográficas e de condições de saúde com a qualidade de vida de idosos quilombolas. Estudo epidemiológico, censitário, de base populacional e delineamento transversal realizado no município de Vitória da Conquista-BA, em cinco distritos da região, com 427 idosos quilombolas de 17 comunidades remanescentes de quilombos da área rural, adstritas em Estratégias Saúde da Família (ESF). A coleta foi realizada no período de janeiro a abril de 2014, a partir de três instrumentos: questionário sociodemográfico, *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) e o *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)*. A análise foi realizada por meio da estatística descritiva, de correlação e regressão linear múltipla. Na avaliação da QV o domínio social mostrou a maior média e o ambiental a menor. Entre os fatores que estiveram associados com algum(s) domínio (os) da QV e/ou com o Índice geral de qualidade de vida (IGQV) esteve a escolaridade, autoavaliação do estado de saúde; a quantidade dos principais problemas de saúde autorreferidos, insatisfação com os serviços médico que utiliza normalmente, medicamentos de uso regular e das atividades de vida diária; o estado de saúde mental, a depressão e; os recursos econômicos. Há evidências da necessidade de ampliação e mudanças de planejamento e gestão dos serviços e ações de saúde que são oferecidos aos idosos quilombolas pesquisados, assim como, implementação de políticas públicas, principalmente de saúde, haja vista que as condições de saúde impactaram de forma mais negativa na QV desses idosos.

**DESCRITORES:** Idoso. Qualidade de vida. Condições de saúde. Comunidades Vulneráveis. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

SANTOS, Vanessa Cruz. **Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas**. 2014. [Dissertação de Mestrado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, área de concentração em Saúde Pública. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Jequié, Bahia.

## **ABSTRACT**

In Brazil, the living conditions of the black population still persist under the aspects of racial inequalities that provide impact on the aging process of individuals that make up this segment of society. Therefore, it becomes important to undertake studies to identify factors that may affect the QOL of elderly Maroons, mostly blacks who have social determinants of health and unfavorable to healthy aging. In this perspective, this study's general objective is to analyze the quality of life and related factors among Maroons seniors and how specific assess the quality of life of seniors Maroons, describe sociodemographic and health characteristics of elderly Maroons, and verify the association of sociodemographic and health to quality of life in elderly Maroons. Epidemiological, census of population and cross-sectional study based in Vitoria da Conquista, Bahia and five districts of the region, with 427 Maroons seniors 17 remaining Quilombo communities in rural areas, persons attached to the Family Health Strategy (FHS). Data collection was conducted in the period from January to April 2014, from three instruments: sociodemographic questionnaire, Brazil Old Age Schedule (BOAS) and the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref). The analysis was performed using descriptive statistics, correlation and multiple linear regression. QOL evaluation, the social domain showed the highest mean and the lowest environmental. Among the factors that were associated with some domain (s) (the) QOL and / or the general quality of life index (IGQV) was schooling, self-assessment of health status; the amount of the main health problems self-referred, dissatisfaction with medical services you normally use, regular use of medications and activities of daily living; the state of mental health, depression, and will; economic resources. There is evidence of the need for expansion and change planning and management of health services and actions that are offered to seniors surveyed Maroons, as well as implementation of public policies, especially health, given that the health conditions impacted more negatively on QOL of the elderly.

**DESCRITORES:** Elderly; Quality of Life; Health Conditions; Vulnerable communities; African Continental Ancestry Group.

## LISTA DE SIGLAS

<b>ACS</b>	Agente Comunitário de Saúde
<b>ADCT</b>	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
<b>AVD</b>	Atividade de Vida Diária
<b>BA</b>	Bahia
<b>BOAS</b>	<i>Brazil Old Age Schedule</i>
<b>CADUNICO</b>	Cadastro Único
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CF</b>	Constituição Federal
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
<b>DCNT</b>	Doença Crônica Não Transmissível
<b>Dp</b>	Desvio padrão
<b>Ed</b>	Editora
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>et al</b>	e colaboradores
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>FCP</b>	Fundação Cultural Palmares
<b>IDH</b>	Índice de desenvolvimento humano
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>INCRA</b>	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
<b>i.e.</b>	Isto é, ou seja
<b>IGQV</b>	Índice Geral de Qualidade de Vida
<b>MinC</b>	Ministério da Cultura
<b>MEEM</b>	Mini-exame do Estado Mental aos mesmos
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PDO</b>	Diagnóstico Oportunista de Diabetes
<b>PNAD</b>	Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio
<b>PNUD</b>	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
<b>PNSPI</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
<b>PNSIPN</b>	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>RM</b>	Renda mensal
<b>SPSS</b>	<i>Software Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>RJ</b>	Rio de Janeiro
<b>R\$</b>	Reais
<b>SM</b>	Salário Mínimo
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UESB</b>	Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
<b>WHOQOL-bref</b>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
<b>WHO</b>	World Health Organization

## LISTA DE TABELAS

### PROJETO

<b>Tabela 1</b>	Localização das comunidades quilombolas por Distritos/Sede, nome da comunidade, número de idosos e ESF de abrangência. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2014.....	34
-----------------	---	----

### MANUSCRITO 1

<b>Tabela 1</b>	Características sociais e demográficas dos idosos quilombolas, do estudo Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. Vitória da Conquista-Bahia/Brasil, 2014.....	45
<b>Tabela 2</b>	Características de saúde dos idosos quilombolas, do estudo Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. Vitória da Conquista-Bahia, 2014.....	46
<b>Tabela 3</b>	Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas a partir de Coeficientes de correlação de Spearman (rsp) entre os domínios e o IGQV do WHOQOL-bref e variáveis do BOAS, Vitória da Conquista- Bahia, 2014.....	47

### MANUSCRITO 2

<b>Tabela 1</b>	Perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos quilombolas do estudo, Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas. Vitória da Conquista- Bahia, 2014.....	61
<b>Tabela 2</b>	Estatística descritiva dos domínios e do Índice Geral de Qualidade de Vida do <i>WHOQOL-bref</i> do estudo, Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2014.....	62
<b>Tabela 3</b>	Regressão linear múltipla das variáveis independentes em relação ao IGQV e os domínios do <i>WHOQOL-bref</i> do estudo, Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2014.....	63

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo Geral</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b> .....	<b>16</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>17</b>
<b>3.1</b>	<b>Caracterização e condições de saúde da população negra e quilombolas no Brasil</b> .....	<b>17</b>
<b>3.2</b>	<b>Processo de envelhecimento e questões raciais</b> .....	<b>23</b>
<b>3.3</b>	<b>Qualidade de vida sob a ótica dos determinantes sociais da saúde com ênfase no recorte étnico/racial e geracional</b> .....	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODOS</b> .....	<b>33</b>
<b>4.1</b>	<b>Tipo de estudo</b> .....	<b>33</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e período do estudo</b> .....	<b>33</b>
<b>4.3</b>	<b>Participantes da pesquisa</b> .....	<b>35</b>
<b>4.4</b>	<b>Instrumentos, técnicas e procedimentos da coleta de dados</b> .....	<b>36</b>
<b>4.5</b>	<b>Processamento, apresentação e análise dos dados</b> .....	<b>37</b>
<b>4.6</b>	<b>Ética na pesquisa</b> .....	<b>38</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>5.1</b>	<b>Manuscrito 1 – CONDIÇÕES SOCIOECONOMICAS E DE SAÚDE ASSOCIADAS À QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS QUILOMBOLAS...</b>	<b>39</b>
<b>5.2</b>	<b>Manuscrito 2 – QUALIDADE DE VIDA E FATORES ASSOCIADOS ENTRE IDOSOS QUILOMBOLAS</b> .....	<b>55</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>70</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>72</b>
	<b>APÊNDICE A - Formulário sociodemográfico</b> .....	<b>85</b>
	<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	<b>86</b>
	<b>ANEXO A - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)</b> .....	<b>87</b>
	<b>ANEXO B - Questionário <i>Brazil Old Age Schedule (BOAS)</i></b> .....	<b>89</b>
	<b>ANEXO C - Questionário <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)</i></b> .....	<b>113</b>
	<b>ANEXO D - Parecer Consubstanciado do CEP/UESB</b> .....	<b>118</b>
	<b>ANEXO E - Normas do Cadernos de Saúde Pública</b> .....	<b>122</b>
	<b>ANEXO F - Normas da Revista Latino-Americana de Enfermagem</b> .....	<b>132</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Conjunturas que envolvem as desigualdades étnico-raciais em saúde têm sido amplamente discutidas no Brasil. Entre elas, as condições de vulnerabilidade vivenciadas por indivíduos da população negra, principalmente quando se refere aos problemas socioeconômicos, ambientais e a dificuldade de acesso aos serviços e ações de saúde. Tais desigualdades podem influenciar negativamente no processo de envelhecimento saudável e, por conseguinte na qualidade de vida (QV) desses indivíduos. Daí o interesse em estudar a Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas, objeto desta investigação.

Ao se referir à saúde da população negra, é necessário considerar as condições especiais de vulnerabilidade vivenciadas por este grupo populacional (BEZERRA et al., 2013).

Frente às desigualdades raciais do Brasil, foi criada a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que, dentre seus objetivos está o fortalecimento da atenção à saúde, prevenção de agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social; e ampliação do acesso da população negra, em particular das comunidades quilombolas, às ações e aos serviços de saúde, identificando as necessidades de saúde e priorizando-as (BRASIL, 2007b).

Conforme a Lei nº 12.288 do Estatuto da Igualdade Racial, a população negra é o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e/ou pardas, de acordo a classificação étnico-racial que corresponde ao quesito cor ou raça, utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) ou que adotam autodefinição análoga (BRASIL, 2010a).

As iniquidades em saúde estão intimamente associadas à questão étnico-racial, confirmando, desta forma, a existência de desigualdades nos perfis de adoecimento e morte de pessoas que se autodeclaram pretas e pardas (VOLOCHKO; VIDAL, 2010).

A variável raça/cor e etnia compõe um dos elementos atrelado a outros fatores da conjunção política, socioeconômica, cultural e ambiental, expressando um complexo conjunto de determinações (BARATA, 2009). Sendo assim, a ideia sobre raça/cor e etnia deve ser entendida como construção local, histórica e culturalmente determinada (KABAD; BASTOS; SANTOS, 2012) e não do ponto de vista biológico caracterizado meramente pela cor de pele.

Conforme Marques et al. (2010) os grupos majoritários têm sido priorizados em detrimento das minorias, pois infere-se que as políticas públicas de saúde ainda não alcançaram a população quilombola, que em determinadas circunstâncias é excluída de seu direito à saúde. Por isso, vários movimentos sociais continuam a lutar pela ruptura das iniquidades nas relações sociais, levando em conta as diferentes culturas e formas de cuidar do ser humano.

As comunidades quilombolas são formadas por “negros” que lutam pela vida e liberdade, buscando por direitos ao longo dos tempos e, para isso, se organizaram em seus quilombos, espaços que possibilitam a expressão de seus valores e práticas tradicionais, com base na ancestralidade escrava e africana. Essas comunidades que são formadas por descendentes de pessoas escravas, configuram uma das expressões de resistência à história de exclusão social sofrida pelos negros no Brasil (BENNETT, 2010).

Desprovidos de assistência à saúde, ou reféns de um sistema de saúde pública com vários problemas estruturais, diversas comunidades quilombolas não são tratadas de forma específica. Estas comunidades, geralmente, se localizam em áreas rurais, apresentam um relativo grau de isolamento geográfico, desigualdades sociais e de saúde. As consequências históricas do processo de escravidão e a maneira de libertação têm influenciado o acesso diferenciado a bens e serviços, constituindo-se como fatores condicionantes da situação de insegurança dos quilombolas (SILVA, 2010).

Possivelmente, como reflexo das desigualdades étnico-raciais existentes no Brasil, os indivíduos negros apresentam expectativa de vida menor em relação aos não negros, situação que pode estar atrelada à diferença existente entre o quantitativo de idosos no país quando comparados por cor/raça.

Em 2006, enquanto 9,3% das mulheres negras tinham 60 anos ou mais de idade, entre as brancas essa proporção era de 12,5%. Para os homens, o percentual de idosos negros em 2006 era de 7,8%, enquanto o de brancos era de 10,6%, ou seja, ao comparar-se o aumento do número de idosos negros com o dos brancos vê-se que o número de brancos se elevou mais. Isto representa uma das mais perversas facetas das desigualdades raciais, que ocorre principalmente devido às piores condições de vida da população negra (BRASIL, 2008).

No Brasil, conforme o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, os idosos são todos os indivíduos que têm 60 anos ou mais de

idade (BRASIL, 2010b). Anualmente, cerca de 650 mil novos idosos são incorporados à população e, a maioria destes, apresenta uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de limitações funcionais, que pode interferir na QV. As doenças e incapacidades funcionais causam impactos sobre a família, o sistema de saúde e o cotidiano dos idosos. É necessário, pois, postergar a sua evolução a fim de garantir longevidade com autonomia, independência e maior QV (VERAS, 2009).

Paralelo ao crescimento da população de idosos surge a necessidade de se investigar fatores relacionados ao processo de envelhecimento. Uma área relevante que se tornou objeto de estudo é a QV (NICOLAZI et al., 2009), que conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) é a percepção individual sobre a sua posição na vida, concernente à cultura e ao sistema de valores nas quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Essa definição remete à ideia de que o conceito desse construto é subjetivo, multidimensional e inclui elementos de avaliação, positivos e negativos (THE WHOQOL GROUP, 1998).

A partir do relato de caso de idoso negro quilombola foi verificado, a insatisfação com as suas condições de saúde e QV. O idoso referiu dificuldade de acesso aos serviços de saúde, oferecidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada na comunidade e problemas de saúde, entre eles Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e Diabetes Mellitus (DM) do tipo 2, o que pode ter proporcionado impacto na sua QV. Mesmo assim, o idoso encontra-se satisfeito com as relações sociais, se sente feliz no seu cotidiano e menciona expectativas positivas de vida (SANTOS et al., 2014).

O contexto exposto justifica a realização de estudos sobre a QV de idosos quilombolas e fatores que podem influenciá-la, pois esses indivíduos fazem parte de um segmento da população que vive em situação de desigualdades étnico-raciais, especialmente, no que se refere aos determinantes sociais e de saúde.

Outrossim, devido à motivação como profissional da área da saúde vinda da realização prévia de atividades em saúde desenvolvidas com idosos quilombolas, quando foi percebida a situação de vulnerabilidade em que vive esses indivíduos. Destarte, a investigação da QV, em diferentes grupos de idosos pode ser essencial para a identificação das especificidades de cada um.

Enfatiza-se, ainda, a relevância deste estudo pautado na lacuna existente da produção científica sobre a população de idosos quilombolas, em sites de busca



científica, a exemplo, a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Portal CAPES e a base de dados da Web of Knowledge.

Entende-se que por ser uma temática inserida na Agenda Nacional do Ministério da Saúde como prioridade de pesquisa em saúde, tanto do ponto de vista científico, como do social, os resultados deste estudo com enfoque em idosos quilombolas, podem identificar condições privativas dessa população. Logo, este estudo poderá fornecer subsídios para o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas específicas e efetivas que possam promover a melhoria das condições de vida e de saúde desse segmento populacional, o que por vez favorecerá uma melhor percepção na QV dos mesmos.

Nesta perspectiva, advém a necessidade de responder às questões norteadoras desencadeadas: quais os fatores associados à qualidade de vida entre idosos quilombolas? Qual a avaliação da qualidade de vida de idosos quilombolas? Que características sociodemográficas e de condições de saúde apresentam os idosos quilombolas? Há associação de características sociodemográficas e de condições de saúde com a qualidade de vida de idosos quilombolas? Para responder a esses questionamentos foram traçados os seguintes objetivos.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar a qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas

### **2.2 Objetivos Específicos**

Avaliar a qualidade de vida de idosos quilombolas;

Descrever as características sociodemográficas e de condições de saúde de idosos quilombolas;

Verificar a associação de características sociodemográficas e de condições de saúde com a qualidade de vida de idosos quilombolas.

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Para subsidiar a fundamentação desta investigação e as posteriores discussões dos dados produzidos, além de proporcionar um melhor entendimento foi necessário revisar a literatura existente, para situar o estado da arte em que se encontram os seguintes termos e temas, que contextualizam o estudo, caracterização e condições de saúde da população negra e comunidades quilombolas no Brasil; Processo de envelhecimento e questões raciais; Qualidade de vida sob a ótica dos determinantes sociais da saúde com ênfase no recorte étnico/racial e geracional.

#### **3.1 Caracterização e condições de saúde da população negra e comunidades quilombolas no Brasil**

No Censo Demográfico de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 97 milhões de pessoas se declararam negras (pretas ou pardas) e 91 milhões de pessoas, brancas. O Brasil é a segunda maior nação negra do mundo, atrás apenas da Nigéria. A população de negros no país corresponde a 50,7% dos habitantes (IBGE, 2010a).

A população branca era maior que a negra entre 1980 e 2000, mas em 2010, esta situação se inverteu. Isso pode ser decorrente da fecundidade mais elevada entre as mulheres negras, mas, também, de um possível aumento de pessoas que se declararam pardas (IBGE, 2010a). O Pará e a Bahia são os estados brasileiros com maior proporção de negros, em 2010, representando quase 77,0% da população (IBGE, 2011).

Apesar de numerosa, a população negra brasileira encontra-se ainda nos estratos mais pobres e em crônica situação de iniquidade em relação à saúde (BRASIL, 2010c). O caderno Comunicados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) informa as características demográficas da população negra do Brasil e traça um paralelo entre as condições de vida das populações branca e negra, informando que a população negra é predominante, mais jovem e mais pobre, tem mais filhos e está mais exposta à mortalidade por causas externas, especialmente homicídios (IPEA, 2011).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) assinala a permanência das desigualdades sociais e do abismo existente entre negros e brancos no país. Estudo sobre os Indicadores de Desenvolvimento Humano (IDH) mostra que o Brasil ocupa a 85ª posição de IDH. Aplicando esses indicadores para a população branca, o País ocuparia a 60ª posição, mas, se utilizar para a população afrodescendente, o País ficaria na 119ª posição. Tal situação é desfavorável às condições de saúde da população negra, que apresenta menores possibilidades de ter um processo de envelhecimento saudável (BRASIL, 2013a).

A inclusão de uma política específica de saúde voltada à população negra na agenda setorial brasileira é recente, entretanto, decorrente de uma extensa trajetória de lutas e reivindicações, por parte de lideranças do movimento negro e de outros atores sociais. Desde a década de 80 enfatizava-se a importância de utilização da variável *raça* em estudos sobre as condições de saúde e suas relações com a desigualdade ou iniquidades socio sanitárias no Brasil (TRAD et al., 2012).

Em se tratando da população quilombola, de acordo com Calheiros e Stadtler (2010) é importante um recorte étnico-racial relativo às doenças e às condições de vida dessa população, vez que permite identificar contingentes populacionais mais suscetíveis a agravos à saúde. E por serem os negros a maioria dos socialmente excluídos, o quilombo vem a ser, portanto, o motivo principal para se discutir uma parte da cidadania negada.

As comunidades quilombolas são formadas por maioria de pessoas que se declaram pretas ou pardas (negra) existem 2.197 comunidades reconhecidas oficialmente no Estado brasileiro. Dessas, 2.040 comunidades são certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo 63% delas no Nordeste e 157 são tituladas, porém não estão certificadas. Existem 1.229 processos abertos para a titulação de terras no Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e 207 comunidades tituladas, beneficiando 12.906 famílias (BRASIL, 2013a).

São, em média, 214 mil famílias quilombolas no Brasil e 1,17 milhões de quilombolas. De acordo com os aspectos socioeconômicos identificados a partir das 80 mil famílias quilombolas constantes no Cadastro Único (CADUNICO), que é responsável pelo registro de famílias com baixa renda, verificou-se que, predominantemente, se autodeclaram pretas ou pardas, são beneficiárias do Programa Bolsa Família, estão em situação de extrema pobreza, desenvolvem atividades de agricultura, extrativismo ou pesca artesanal e, 24,81% não sabem ler

(BRASIL, 2013a), um dado preocupante, vez que a média nacional de analfabetos é de 9% (IBGE, 2011).

Ainda, de acordo com os domicílios das famílias quilombolas cadastradas no CADUNICO, 48,7% residem em casa com piso de terra batida; Em 55,21% a água não é canalizada; Em 33,06% não há banheiro ou sanitário; 54,07% não têm saneamento adequado (15,07% o esgoto é a céu aberto e 39% utiliza fossa rudimentar), 57,98% queimam ou enterram o lixo no território; apenas 21,19% têm coleta adequada e 79,29% possuem energia elétrica (BRASIL, 2013a).

A Fundação Cultural Palmares - FCP registra e certifica as comunidades remanescentes de quilombos no Brasil, criando meios para que esses grupos, historicamente excluídos e isolados, tenham acesso aos bens e serviços voltados ao fortalecimento da cidadania, como saúde, educação, justiça social e direito à propriedade. Várias comunidades já foram reconhecidas por essa fundação que promove políticas públicas à população negra, visando à preservação de seus valores culturais, sociais e econômicos (PALMARES, 2009).

A certificação das comunidades quilombolas é o primeiro passo para a regularização fundiária e o reconhecimento da identidade da comunidade enquanto remanescente de quilombo. A emissão do certificado é de responsabilidade da FCP, vinculada ao Ministério da Cultura (MinC), que tem como atribuição legal realizar e articular ações de proteção, preservação e promoção do patrimônio cultural das comunidades remanescentes de quilombos. O processo para essa certificação obedece à norma específica desse órgão, a Portaria nº 98, da Fundação Cultural Palmares, de 26 de novembro de 2007 (BRASIL, 2013a).

No Decreto nº 4.887 de novembro de 2003, em seu Art. 2º as comunidades quilombolas se distinguem pela identidade étnica, tendo desenvolvido práticas de manutenção e reprodução de modos de vida característicos num determinado lugar. São 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 a opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003a).

Além dos quilombos constituídos no período escravocrata, vários foram formados após a abolição formal da escravatura, pois essa forma de organização comunitária continuaria a ser, para diversos indivíduos, a única possibilidade de viver em liberdade. Constituir um quilombo tornou-se um imperativo de

sobrevivência, posto que a Lei Áurea, diferentemente do propugnado pelo movimento abolicionista, não levou em conta mecanismos de redistribuição de terras (BRASIL, 2012a).

Os quilombos permaneceram invisíveis durante o período republicano e reaparecem como resultado da ação dos movimentos negros, a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, como territórios detentores de direitos. Passaram, portanto, cerca de cem anos da abolição até a aprovação do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), o qual assegura que os quilombolas que estejam ocupando suas terras têm a propriedade definitiva reconhecida, devendo o Estado emitir os respectivos títulos (BRASIL, 2012a).

Conforme a Lei nº 12.288, parágrafo único, os moradores das comunidades de remanescentes de quilombos serão beneficiados por incentivos específicos para a garantia do direito à saúde, incluindo melhorias nas condições ambientais, de saneamento básico, segurança alimentar e nutricional, assim como, na atenção integral à saúde (BRASIL, 2010a).

Entretanto, para Silva (2009) os quilombolas enfrentam várias dificuldades no acesso à saúde. Entre suas principais demandas estão a prioridade à saúde do idoso e o atendimento domiciliar aos mesmos, melhorias no saneamento e condições de moradia; meios de comunicação, mais ágeis; menores filas de espera para atendimento; reforma e/ou construção de Unidades Básicas de Saúde (UBS) e ampliação das equipes de saúde.

Ao referir a necessidade de atendimento domiciliar para os idosos quilombolas, essa realidade poderia ser diferente, pois o Ministério da Saúde (MS) criou a atenção domiciliar, redefinida pela portaria nº 963, de 27 de maio de 2013, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação realizadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013c). Redes que buscam garantir a integralidade do cuidado, maior eficácia na produção de saúde e da gestão do sistema de saúde no espaço regional e contribuir para o avanço do processo de efetivação do SUS (BRASIL, 2012b).

Os aspectos ambientais dos locais de moradia das comunidades quilombolas, também, podem interferir na saúde dessa população, pois se caracterizam pela inexistência de saneamento básico, qualidade inadequada de higiene e ausência de tratamento da água. Outro fator importante está relacionado com a deficiência na

assistência médica, social e psicológica, uma vez que as comunidades não possuem posto de saúde e, por esse motivo, as famílias precisam procurar atendimento nas cidades vizinhas, porém esse acesso é dificultado pela ausência de transporte (FREITAS et al., 2011).

As demandas supracitadas poderiam ser minorizadas a partir da viabilização dos objetivos estabelecidos pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que dentre eles encontra-se a garantia em ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as comunidades quilombolas, às ações e serviços de saúde, além de identificar as necessidades dos indivíduos que vivem nestas comunidades, utilizando-as como critério de planejamento e definição de prioridades (BRASIL, 2007b).

Apesar da população negra ou afrodescendente no Brasil não ser minoria em termos numéricos, os descendentes de povos escravizados, se enquadram como minoria, por fazer parte de comunidades remanescentes de quilombos, um dos grupos que ainda lutam pela equidade na saúde (MARQUES et al., 2010).

Ao referir-se à infraestrutura de estradas para acesso a determinadas comunidades quilombolas, observa-se que várias apresentam problemas cruciais. Existem comunidades que têm acessos impraticáveis em alguns períodos do ano, ou em situações de intempérie. Apesar de o saneamento básico ser uma das mais importantes ferramentas de combate à pobreza, nas comunidades remanescentes de quilombos os problemas relacionados ao *déficit* de saneamento são constantes (PALMARES, 2009).

A situação de vulnerabilidade social e de saúde vivenciada por moradores de comunidades quilombolas necessita ao menos ser minorizada, haja vista que a Constituição de 1988 define o Estado brasileiro como multicultural e pluriétnico, além de considerar em seu Art. 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Embora no Brasil exista legislação vigente que dá direito às pessoas negras ter acesso aos serviços e ações de saúde, além de condições favoráveis à manutenção da vida, Marques et al. (2010) relatam, por exemplo, que apesar da Constituição Federal de 1988 prever a implementação do Sistema Único de Saúde

(SUS), às comunidades quilombolas no gozo do direito à saúde, esta realidade ainda não se concretizou.

Entre os problemas de saúde que mais acometem indivíduos quilombolas, e que requer atenção específica, está a Hipertensão Arterial. No estudo de Bezerra et al. (2013), sobre Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, identificou-se alta prevalência de Hipertensão Arterial entre os quilombolas identificando, assim, a necessidade de um amplo programa de promoção e acesso aos serviços de saúde para diagnóstico precoce, bem como, de orientações para o manejo adequado desse agravo a saúde.

O estudo de Gomes et al. (2013), sobre a utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, verificou a subutilização do uso desses serviços, aludindo à maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população em questão. Uma possível explicação para essa realidade é que as iniquidades enfrentadas pelos quilombolas vão além das dificuldades no acesso e utilização de serviços de saúde, sendo propagada, sobretudo, pelas piores condições sociais e econômicas.

Mesmo sendo garantida a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde e prioridade no atendimento, em estudo sobre oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes (PDO) em comunidades quilombolas, verificou-se alta prevalência de PDO, indicando um potencial *déficit* na abordagem para diagnóstico oportunista de Diabetes Mellitus, com impacto negativo na prevenção da doença e co-morbidades associadas (SOUZA; BARROSO; GUIMARÃES, 2014).

Outro problema de saúde identificado em comunidade quilombola, foi verificado após mapeamento da saúde bucal de afro-brasileiros, realizado a partir do projeto *Afro-Brasileiros e o Mapeamento da Saúde Bucal realizado na comunidade quilombola de Eldorado*, em que evidenciou as necessidades em saúde bucal da comunidade - cáries, doença periodontal, edentulismo e lesões bucais, assim como o estado relativo às condições preventivas (VALSECKI ; VAZ; CAMINAGA, 2009).

Portanto, determinantes como fatores sociodemográficos, assim como, as condições de saúde identificadas na população negra, enfatizando a que vive em comunidades quilombolas, podem influenciar negativamente a busca por um envelhecimento ativo, saudável e, maior suscetibilidade às co-morbidades e limitações funcionais na faixa-etária idosa. Esses fatores necessitam ser

considerados, uma vez que a população idosa vem se elevando consideravelmente, inclusive a de negros quilombolas.

### **3.2 Processo de envelhecimento e questões raciais**

O envelhecimento populacional é um fenômeno que ocorre de forma universal, é característico de países desenvolvidos e crescente nos que se encontram em desenvolvimento; como o Brasil, sendo vários os fatores que têm contribuído para a elevação da população idosa.

Entre esses fatores encontra-se o coeficiente de mortalidade geral que começou a decrescer na década de 40, quando foram registradas 25 mortes para cada mil habitantes, passando, em 1970, para nove óbitos por mil habitantes e 6,9 por mil, em 1999 (IBGE, 2011).

Como consequência dessas mudanças, a esperança de vida do brasileiro, que em 1940 era igual a 42 anos, passou para 54 anos, em 1970, e alcançou 73 anos em 2009. Em dezembro de 2010 a expectativa de vida dos brasileiros passou a ser de 73,1 anos. As mulheres possuem uma expectativa de vida de 77 anos e os homens de 69,4. Das 190.755.199 milhões de pessoas brasileiras, o contingente idoso é, aproximadamente de 10,8 % e desses, 55,5% são mulheres (IBGE, 2010a).

Em 2010 a composição da população brasileira residente por sexo e idade sofreu mudanças significativas, inclusive, revela que os Censos de 1991 e 2000 mostraram acentuado estreitamento de base da pirâmide. Paralelamente, verifica-se o alargamento do ápice da pirâmide etária, com elevação expressiva da população de 60 anos e mais, indicando, aumento da longevidade. O aumento da idade média da população é observado em nível nacional, sendo as mais altas idades encontradas nas Regiões Sudeste e Sul do país (IBGE, 2011).

O número de idosos tem aumentado nas últimas décadas como consequência de melhorias nos âmbitos de saúde e de avanços tecnológicos, bem como, da diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, os quais proporcionaram mudanças no perfil epidemiológico e demográfico da população. Contudo, esta não é mais uma realidade apenas dos países ricos, uma vez que tal processo tem corrido de forma radical e bastante acelerado no Brasil (VERAS, 2009).

Envelhecer é um processo complexo da evolução biológica dos organismos vivos, assim como, psicológico e social do desenvolvimento humano. Trata-se de um



fenômeno mundial que acontece de forma gradual e irreversível, em que ocorre deterioração endógena das capacidades funcionais do organismo, tornando assim, vários idosos dependentes de cuidados (ARAÚJO; PAÚL; MARTINS, 2011).

Neste sentido, à medida que a população idosa se eleva, pode aumentar também os agravos à saúde entre esses indivíduos, como as co-morbidades e limitações funcionais, desencadeadas por diversos fatores que estão associados, muitas vezes, à longevidade.

O envelhecimento ocorre em um processo de desenvolvimento natural que envolve alterações psicobiológicas e sociocomportamentais. Os fatores genéticos e ambientais estão intimamente associados à magnitude e velocidade das alterações que determinam conjuntamente a linha tênue correspondente ao envelhecimento fisiológico ou patológico. São múltiplos os fatores associados ao processo de envelhecimento como os moleculares, celulares, sistêmicos, comportamentais, cognitivos e sociais. Estes interagem e regulam tanto o funcionamento típico quanto o atípico do indivíduo que envelhece (SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009).

Em consequência do envelhecimento cresce a importância das doenças crônicas, que requer cuidados continuados e de custo elevado, bem como, necessidade de um planejamento a curto, médio e longo prazo. A epidemia de DCNT exerce alta carga em termos de sofrimento humano e inflige sério dano ao desenvolvimento social e econômico. Na área da saúde pública, é preciso reduzir o impacto dessas doenças para a população em geral, especialmente, entre os idosos, com vistas a prevenir a dependência e melhorar a QV. Para isso, devem ser propostas medidas de intervenção dirigidas à prevenção e redução de complicações que possam levar a perda da funcionalidade (BRASIL, 2011).

Vários idosos são acometidos por DCNT, o que requer acompanhamento constante. Essas condições crônicas tendem a se manifestar, significativamente, na idade mais avançada e, geralmente, estão associadas à co-morbidades. Podem gerar um processo incapacitante, afetando a funcionalidade das pessoas idosas, ou seja, dificultando ou até mesmo impedindo o desempenho de suas atividades de vida diária (AVD) de forma independente. Geralmente, essas condições tendem a comprometer de forma expressiva a QV dos idosos (BRASIL, 2007a).

O aumento da prevalência de DCNTs está relacionado ao envelhecimento demográfico, o que, por conseguinte, recai sobre o sistema de saúde, tanto no âmbito de medidas preventivas quanto de cuidados em longo prazo. Dados

comparativos da Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílio (PNAD) entre os anos de 2003 e 2008 atestam essa tendência, em especial no aumento da prevalência de Hipertensão Arterial e de Diabetes Mellitus entre a população idosa (BARROS et al., 2011; LIMA-COSTA et al., 2011).

Em se tratando do processo de envelhecimento a partir do recorte étnico-racial, escassos são os estudos que abordam a discussão entre as diferenças das condições de saúde e utilização dos serviços entre idosos e raça, mesmo se tratando de grupos fragilizados com necessidade crescente de evidências no impacto do processo saúde-doença, afetados por limitações físicas, desigualdades e injustiças sociais (SOUZA et al., 2012).

Devido à existência de vários determinantes sociais e de saúde desfavoráveis às condições de vida da população negra, esta, alcança menores anos de vida do que a população branca. A proporção de negros com 60 anos ou mais no total da população foi de 9,7% e a de brancos, de 13,1% em 2009 (IPEA, 2011).

Conforme Deus (2013) vários fatores podem ser apontados para o fenômeno citado acima, como as precárias condições socioeconômicas em que a maioria da população negra vive em seu processo de envelhecimento; o baixo grau de escolaridade; o acesso aos serviços de saúde de má qualidade; e, por fim, a violência que atinge parte significativa dos jovens negros. Dessa forma, a inserção desigual nos serviços de atendimento às necessidades imediatas, como habitação, educação e saúde, pode deixar a população negra em condições de vulnerabilidade social e causar sua mortalidade precoce.

Destarte que, Oliveira et al. (2014) em estudo realizado com idosos no Maranhão, demonstra a presença de desigualdades raciais significativas nas condições gerais de vida entre esses indivíduos. Os resultados também distinguem que o processo de envelhecimento em pessoas pretas e pardas ocorre sob condições de riscos de sobreposição, diferenças socioeconômicas e demográficas, menores proporções de hábitos saudáveis e estilos de vida. Embora não verificado diferenças raciais nos indicadores de saúde é possível que a variável raça/cor determina indiretamente a saúde desses idosos, induzindo os riscos associados à condição socioeconômica, pior entre os idosos negros.

Para Chor (2013) resultados de estudos nacionais, assim como, a comparação com a literatura internacional, ratifica a hipótese de que também no

Brasil o eixo da desigualdade racial, além do socioeconômico e o de gênero, necessita de investigação na área da saúde. Esses três eixos podem atuar juntos, criando grupos especialmente expostos a riscos. Em vários casos, a adversidade econômica será a explicação mais relevante. Em outros, esse eixo não será suficiente e a compreensão do papel da raça e do gênero será imprescindível para explicar o desfecho e contribuir para a construção de políticas públicas.

Nos dados encontrados em pesquisa sobre Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos, a chance de um idoso negro entrar no Sistema de Saúde é menor quando comparada a de um idoso branco. Ainda que necessitando de tratamento, seja por necessidade de prótese ou por sentir dor de dente, o idoso negro permanece encontrando maior dificuldade no acesso ao dentista; o fator raça continua sendo um fator limitante para idosos negros na utilização dos serviços odontológicos, mesmo em casos de urgência (SOUZA et al., 2012).

Neste contexto, Santos et al. (2014) identificaram vários problemas de saúde em idoso negro quilombola. O idoso apresentava multimorbidades, referiu dores nas articulações, informando que não recebeu ajuda alguma, tratamento de reabilitação ou outra terapia para este problema. Tinha diminuição auditiva e visual, referiu ter sido fumante e alcoolista. Edêntulo, por remoção, não usa prótese dentária e, diante disso, não conseguia mastigar. Não procura por dentista há muito tempo porque tem dificuldades, como de acesso/demanda reprimida e financeira, porém diz que necessita de uma prótese dentária.

Entretanto, de acordo à política para promoção do envelhecimento ativo, para que esse processo seja saudável, as políticas de saúde nessa área devem levar em consideração os determinantes de saúde ao longo de todo o curso de vida (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais, ambientais e de acesso aos serviços), com particular ênfase sobre as questões de gênero e as desigualdades sociais (OMS, 2005). Sendo assim, frente a esses condicionantes, nota-se que o envelhecimento da população negra no Brasil, no geral, não ocorre de forma saudável, fator que pode refletir na QV desses indivíduos.

### **3.3 Qualidade de vida sob a ótica dos determinantes sociais da saúde com ênfase no recorte étnico/racial e geracional**

Os determinantes sociais da saúde (DSS) são definidos pela Organização Mundial de Saúde como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham (WHO, 2010). No Brasil, essa definição tem maior amplitude e de acordo a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), abrange os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (CNDSS, 2006).

A dimensão saúde-doença, como subconjunto do conceito de QV, deve ser entendida como um processo articulado com outros condicionantes sociais, que estruturam o espaço urbano e delimitam os contornos da QV, em um espaço recortado pelas desigualdades sociais. Sendo que, a maneira com que os indivíduos avaliam sua saúde depende das expectativas criadas no que tange à saúde ideal. Essas expectativas variam, entretanto, de acordo com vários fatores, dentre eles, a posição socioeconômica e as questões culturais, as quais podem acarretar maneiras diferentes de perceber a própria saúde e QV (FLOR; CAMPOS; LAGUARDIA, 2013).

No estudo realizado em Matlab, Bangladesh, que utilizou entre os indicadores de saúde, a QV, foi verificado que os indivíduos do sexo masculino, mais jovens, com maior escolaridade e aqueles que fazem parte de grupos com melhores condições socioeconômicas, apresentaram melhor condições de saúde e QV (RAZZAQUE et al., 2010).

Conforme resultados de pesquisa sobre Qualidade de vida, posição social e grupos ocupacionais no Brasil, vários fatores impactam na QV, entre eles foi considerado que a melhora na QV é diretamente proporcional ao aumento da escolaridade; A QV decresceu à medida que um número maior de doenças crônicas foi autorreferido; Indivíduos que nunca fumaram apresentaram melhor média de QV quando comparados àqueles que fumam atualmente; os que se encontram fora do mercado de trabalho apresentam pior QV física e mental, quando comparados aos outros grupos; E indivíduos economicamente ativos apresentaram maiores chances de uma boa QV física e mental (FLOR; CAMPOS; LAGUARDIA, 2013).

Ao abordar sobre os determinantes sociais da saúde e sua relação na QV de indivíduos sob o prisma da determinação étnico/racial é necessário considerar os vários problemas enfrentados pela população negra, como as iniquidades em saúde, que persistem no Brasil, quando se compara esses indivíduos com outros.

No processo de construção da PNSIPN um fluxo de problemas foi identificado, compondo dados sobre desigualdades em saúde e impacto do racismo na QV dos negros no país. A Conferência Mundial contra o Racismo e os Seminários Nacionais de Saúde da População Negra ajudam a confirmar e disseminar tais dados e a consequente necessidade de ações públicas para a resolução desses problemas (BRASIL; TRAD, 2012).

Conforme Xavier (2012) o racismo e o preconceito racial são assinalados como propulsores do agravamento de males cujo tratamento e prevenção são de acesso universal. Ao mesmo tempo, as condições fisiológicas podem ser alteradas em virtude da QV, condições de moradia, saneamento, entre outros determinantes, em que vive a população negra no Brasil. As peculiaridades da discriminação e do preconceito se complementam e agravam às situações de descaso e negligência do poder público, especialmente, ao acesso à saúde de qualidade para a população negra.

O governo federal propõe uma articulação das ações existentes para melhorar as condições de vida e ampliar os direitos das pessoas que vivem em quilombos. Sobre a saúde, busca assegurar a atenção à saúde das comunidades, a fim de garantir a QV aos quilombolas, sugerindo ações junto ao Ministério da Saúde (XAVIER, 2012).

Conforme o Ministério da Saúde o Programa Brasil Quilombola, que existe desde 2004, está articulado em quatro eixos de políticas públicas, a saber, acesso a terra; Infraestrutura e QV; Desenvolvimento local e inclusão produtiva; E direitos e cidadania. As ações do eixo de infraestrutura e QV envolvem saneamento básico, acesso a água para consumo e produção, à energia elétrica, à saúde e educação de qualidade, com respeito e valorização das especificidades culturais de cada uma das comunidades quilombolas. Logo, a partir do planejamento e da execução de ações de infraestrutura será possível garantir a superação de situações de vulnerabilidades sociais, alcançar a meta de superação da pobreza dessas comunidades e contribuir para o fortalecimento cultural e da QV das famílias quilombolas (BRASIL, 2012a).

A Lei nº 12.288, o Art. 35, descreve que o poder público garantirá a implementação de políticas públicas que assegure o direito à moradia adequada da população negra, que vive em locais inapropriados (acrescenta-se, como várias comunidades quilombolas) a fim de reintegrá-la à dinâmica urbana e promover melhorias no ambiente e na QV dessas pessoas (BRASIL, 2010a). No entanto, Silva

(2009) afirma que o direito garantido pela Constituição Federal e o princípio da equidade não têm sido suficientes para assegurar aos quilombolas uma política pública eficaz que possa lhes garantir melhorias na QV e inclusão social.

Pode-se referir que, o racismo ilustra a não cidadania. Seus desdobramentos determinam as condições históricas de vida das comunidades remanescentes de quilombos e têm forte impacto sobre a ascensão social e a igualdade de condições das famílias quilombolas. A falência dos direitos segrega essas comunidades economicamente e compromete a sua QV (XAVIER, 2012).

Os resultados de inquérito realizado em comunidades quilombolas do Sudoeste da Bahia demonstram a inequívoca necessidade de se avaliar as condições e os determinantes da saúde de populações vulneráveis no Brasil (BEZERRA et al., 2014). Esses resultados sugerem a necessidade da implantação de ações para melhorar a QV e reduzir o grau de vulnerabilidade da população quilombola estudada. Para isso, é preciso é preciso um amplo diagnóstico das condições de saúde desses quilombolas, o que representa uma contribuição de amplo impacto e importância para esta população.

Em se tratando da influência dos determinantes de saúde na QV seguindo um enfoque geracional é válido suscitar que de forma significativa a expectativa média de vida aumentou acentuadamente no Brasil. Este aumento do número de anos de vida, no entanto, precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e QV. Frente a esse contexto, a OMS lançou, em 2005, uma política para promoção do envelhecimento ativo, que é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a QV à medida que as pessoas ficam mais velhas (OMS, 2005).

Em estudo sobre qualidade de vida, posição social e grupos ocupacionais no Brasil, verificou-se que tanto a QV física quanto a mental apresentaram menores pontuações para aqueles entrevistados com idade mais avançada. Os mais idosos, com maior grau de escolaridade, saudáveis e que nunca fumaram apresentaram maiores chances de um melhor escore de qualidade de vida mental (FLOR; CAMPOS; LAGUARDIA, 2013).

O Programa do Ministério da Saúde “Brasil Saudável” envolve uma ação nacional para criar políticas públicas que promovam modos de viver mais saudáveis em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, o acesso a alimentos saudáveis e a redução do consumo de tabaco.

Estas questões são a base para o envelhecimento saudável, um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em QV e saúde (OMS, 2005).

No entanto, vários são os determinantes que ainda influenciam na QV de idosos, como por exemplo, em algumas regiões do país onde a iniquidade na distribuição da renda expõe uma significativa parcela de idosos ao compartilhamento de lares com rendas *per capita* insuficientes, para o atendimento das necessidades básicas do indivíduo. Conseqüentemente, reduz-se a disponibilidade financeira para o lazer, aumentando o risco de adoecimento e diminuindo a QV (GEIB, 2012).

De acordo estudo de Paskulin et al. (2010), que investigaram a Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida, em um distrito de Porto Alegre, verificou-se que para aqueles idosos, QV é, principalmente, ter saúde, viver bem, conviver bem com a família e amigos, ter o que comer e dispor de uma alimentação saudável, poder realizar atividades de lazer e ter recursos para manter suas necessidades. Os autores reforçam que QV constitui-se num construto multidimensional, e que as percepções sobre QV de pessoas idosas têm significados específicos para esse grupo etário.

No estudo de Braga et al. (2011), sobre QV medida pelo *WHOQOL-bref* com idosos residentes em Juiz de Fora/MG, apesar de parte de esses indivíduos terem baixa escolaridade e níveis de renda, evidenciou-se QV positiva, principalmente, com relação ao domínio social e físico, ratificando a elevada importância das redes sociais na vida dos idosos. Identificou-se, também, que o domínio meio ambiente obteve menor contribuição da QV.

Os resultados da investigação de Pereira et al. (2011) sobre Influência de fatores socio sanitários na QV dos idosos de um município do Sudeste do Brasil evidenciaram que os fatores estatisticamente significativos associados a escores abaixo ou iguais à mediana do grupo para o IGQV, foram não possuir plano de saúde e ter consultado o médico pelo menos uma vez nos últimos seis meses. Os idosos acometidos por enfermidades e/ou suas complicações percebem pior a sua QV, principalmente, no IGQV, físico e ambiental.

Analisando cada domínio do estudo de Pereira et al. (2011), ainda verificou-se que os fatores que mais interferem negativamente na QV no domínio físico foram, consultar o médico pelo menos uma vez nos últimos seis meses, possuir mais de uma enfermidade autorreferida, não dormir bem e ser aposentado. No domínio psicológico, não dormir bem e utilizar pelo menos um medicamento. No domínio

social, localização do banheiro fora do domicílio, não possuir plano de saúde e fumar. Para o domínio ambiental, consultar o médico pelo menos uma vez nos últimos seis meses, ser do sexo feminino, não possuir plano de saúde e ser aposentado.

A partir da pesquisa de Alexandre, Cordeiro e Ramos (2009) constatou-se que não ter uma vida conjugal foi associado a um melhor desempenho no domínio relações sociais do questionário *WHOQOL-bref*. Morar sozinho, ter uma renda pessoal de mais de cinco salários mínimos mensais, plano de saúde e se engajar em atividades de lazer, contribuiu no domínio meio ambiente, assim como autorrelatar visão e audição como "boa" ou "excelente".

Tratando-se de fatores que interferiram negativamente na QV, ainda conforme o estudo de Alexandre, Cordeiro e Ramos (2009) verificou-se que os idosos que relataram sofrer uma queda nos seis meses anteriores foi associado a um pior desempenho no domínio físico do *WHOQOL-bref*. Aqueles que relataram ter medo de cair obtiveram as menores pontuações nos domínios psicológico e meio ambiente. Além de suscitar que sintomas de depressão atrapalham o ciclo harmonioso do idoso, logo o diagnóstico e tratamento inicial são relevantes para manter a funcionalidade e QV.

Desta forma, Paskulin e Molzahn (2007) compararam a QV de idosos canadenses com a de brasileiros e utilizaram o *WHOQOL-bref*. Por meio dos resultados notaram que os idosos de ambos os países apresentaram percepções positivas da QV. Os domínios melhor avaliados entre os idosos brasileiros foram os das relações sociais e o psicológico e, entre os idosos canadenses, o meio ambiente e físico.

Resultados de estudo sobre qualidade de vida realizado por Santos et al. (2014), a partir do instrumento *WHOQOL-Bref*, distinguiram que o domínio físico teve a menor contribuição para a QV do idoso negro quilombola (42,86), seguido do domínio meio ambiente (43,75). Já o domínio das relações sociais, apresentou maior contribuição (75,00). Entre as necessidades que menos contribuíram para a melhor percepção de QV pode-se mencionar: recreação e lazer, cuidados de saúde, recursos financeiros e capacidade de trabalho.

Diante do exposto, percebe-se que devido à percepção da QV ser subjetiva e multidimensional, diferentes são os determinantes sociais e de saúde que interferem na QV de pessoas idosas. Sendo assim, torna-se imprescindível aos provedores de



cuidados em saúde, gestores e políticos, a análise da QV de idosos e fatores que possam influenciá-la, para que sejam capazes de melhorar a vida cotidiana e a QV da população idosa; além de fator essencial a ser considerado quando se propõem ações, políticas de saúde e QV para esta população (PEREIRA et al., 2011).

É fundamental, também, a investigação da QV em diferentes grupos de idosos, na tentativa de avaliar as semelhanças e diferenças na influência de fatores objetivos, como o estado funcional, bem como, características sociodemográficas e fatores psicológicos sobre a QV dessas populações. Pode-se, assim, fornecer mais dados para o planejamento de políticas públicas que contribuam à melhoria da QV de uma proporção muito maior da população idosa (ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009).

Para Braga et al. (2011) é necessário ampliar o foco de atenção aos idosos e desenvolver estratégias de planejamento, implementação e avaliação de programas de promoção de saúde do idoso, garantindo melhores condições de vida e saúde, de modo a propiciar um envelhecimento saudável e, conseqüentemente, melhor QV.

## **4 MATERIAL E MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo epidemiológico, censitário, de base populacional, com delineamento transversal. De acordo com Rouquayrol e Gurgel (2012), por meio da pesquisa epidemiológica é possível estudar a distribuição e os determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações específicas.

O estudo de base populacional, além de ser realizado na população, é possível entre outras razões: determinar a incidência de eventos adversos de saúde, orientando estratégias de prevenção adequadas à realidade nacional; contribuir para o entendimento da etiologia de algumas doenças; e estudar fatores culturais, comportamentos e estilos de vida que podem variar entre comunidades e países, associados a esses eventos (LIMA-COSTA et al., 2000).

Nos estudos transversais à produção dos dados, o fator e o efeito são notados em um mesmo momento histórico, produzindo “instantâneos” da situação de saúde de uma população, e, a partir daí, pode determinar indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Entre suas vantagens está o baixo custo e alto potencial descritivo, servindo de subsídio para o planejamento, a simplicidade analítica e a capacidade de inferência dos resultados encontrados para uma população definida no tempo e no espaço. Entretanto, uma de suas principais desvantagens é que este tipo de desenho se torna inadequado para testar hipóteses causais, já que a relação efeito e doença são estudadas simultaneamente, atribuindo baixo poder analítico (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

### **4.2 Local e período do estudo**

Estudo realizado no município de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, em cinco distritos rurais da região, nas residências de 17 comunidades remanescentes de quilombos, (uma comunidade subdividida em oito) localizadas na área rural, reconhecidas e certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) (PALMARES, 2009), adstrita em área de abrangência de seis Estratégias Saúde da Família, no período que compreendeu os meses de fevereiro a abril de 2014.

**Tabela1:** Localização das comunidades quilombolas por Distritos/Sede, nome da comunidade, número de idosos e ESF de abrangência. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2014.

Distritos	Comunidades	Nº de idosos	ESF
José Gonçalves	Boqueirão	43	José Gonçalves
Iguá	Quatís dos Fernandes	6	Iguá
	Furadinho	60	
Inhobim	Corta Lote	31	São João da Vitória
	Cachoeira do Rio Pardo	10	Inhobim
Veredinha	Baixa Seca	21	Veredinha
	Lagoa de Melquíades	62	
	Velame	10	
Pradoso (Sede)	Lagoa de Maria Clemência	184	Pradoso

Ressalva-se que, a comunidade Quilombola Lagoa de Maria Clemência, Localizada em Vitória da Conquista (sede), encontra-se subdividida em: Oiteiro, Riacho de Téofilo, Baixão, Tabua, Manoel Antonio, Poço de Aninha, Muritiba e Caldeirão.

O município de Vitória da Conquista está localizado na região Sudoeste da Bahia, com área territorial de 3.405,580 km<sup>2</sup>. A população é de 306.866 habitantes, 274.739 situados na área Urbana, destes 27.098 são de idosos. E, 32.127 na área Rural, destes 3.651 são idosos. A incidência de pobreza é de 39,06% da população, com Índice de Gini de 0,47 e IDH de 0,709. Este município, desde 1840, conta com a participação dos colonizadores, além de escravos negros, os quais contribuíram e foram responsáveis pela principal mão-de-obra da lavoura. A herança dos negros está presente em vários aspectos da cultura conquistense e nos mais de 10 remanescentes de quilombos do município (IBGE, 2010b).

Em Vitória da Conquista a gestão do sistema de saúde é plena e a rede municipal encontra-se organizada em três níveis de atenção, a saber: nível primário - constituído por 34 UBS e 38 Estratégias Saúde da Família (ESF), cobrindo 41,5% da população; Nível secundário - composto por duas Centrais de Regulação de Serviços de Saúde, cinco Ambulatórios Especializados ou Centros de Referência e

três Centros de Atenção Psicossocial; E nível terciário - constituído por três Unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia, Hospital Dia, Hospital Geral, Pronto Socorro Geral, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Centro Municipal de Reabilitação Física (BRASIL, 2013b; DATA/SUS, 2014).

A seleção do município de Vitória da Conquista ocorreu por ser um dos que se encontram maior número de comunidades remanescentes de quilombos, certificadas pela FCP do interior da Bahia, além de ter identificado a partir de estudos prévios que os determinantes sociais da saúde em várias destas comunidades, no geral são desfavoráveis às condições de vida da população, podendo assim haver influência à QV de idosos quilombolas que vivem em alguma destas comunidades.

### **4.3 Participantes da pesquisa**

Foram participantes deste estudo idosos negros quilombolas, residentes em comunidades remanescentes de quilombos, adstritas de ESF localizadas na área rural do município de Vitória da Conquista - BA.

A princípio foi realizada busca nas Fichas A, de cada ESF das comunidades para identificar os idosos com idade de 60 anos ou mais, cadastrados. A Ficha A é um instrumento do Sistema de Informação da Atenção Básica utilizada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde, para cadastramento e acompanhamento das famílias visitadas (BRASIL, 2003b).

Posteriormente, por meio de visita domiciliar realizada com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), a pesquisadora e a equipe de entrevistadores capacitada por ela, os idosos foram identificados no domicílio.

No levantamento inicial foram identificados 449 idosos quilombolas (i.e., que se declararam quilombola ou se autodeclararam preto ou pardo). Para seleção dos participantes considerou-se os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; autodeclarar-se como pardo ou preto (negro) e quilombola; residir em comunidades remanescentes de quilombos reconhecidas pela FCP; estar cadastrado em uma das ESF; ter função cognitiva preservada conforme o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) (BRASIL, 2007a). Como critério de exclusão: os idosos que, após três visitas em dias e horários distintos, não foram encontrados para a entrevista. A partir dos critérios apresentados, foram identificados 427 idosos quilombolas, que compreendeu à população deste estudo.

#### 4.4 Instrumentos, técnicas e procedimentos da coleta de dados

A princípio, realizou-se a aplicação dos instrumentos de pesquisa para o pré-teste (piloto) a idosos de uma comunidade quilombola não selecionada para o estudo, no município de Vitória da Conquista, que está em processo de certificação pela FCP. Este teste serviu, inicialmente, para identificar a necessidade de possíveis ajustes e se a proposta metodológica do estudo contemplaria seus objetivos, além de verificar a funcionalidade e efetividade dos instrumentos. Após o pré-teste, foram realizadas as adequações necessárias para que se procedesse à coleta de dados, propriamente dita, com os participantes do estudo.

Após identificar os idosos quilombolas, aplicou-se o MEEM (Anexo A), instrumento elaborado por Folstein et al., em 1997, e empregado para avaliar a função cognitiva. O teste avalia vários domínios como orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Ele é avaliado conforme as notas de corte sugeridas: analfabetos 19; de 1 a 3 anos de escolaridade 23; 4 a 7 anos de escolaridade 24 e com 7 anos de escolaridade 28, sendo a pontuação total de 30 pontos (BRASIL, 2007a). Escores menores que estas pontuações indicam risco de déficit cognitivo. Por esse motivo, houve a exclusão de 22 idosos.

Na sequência, os idosos que adquiriram a pontuação mínima de escore no MEEM responderam aos instrumentos de pesquisa a partir da técnica de entrevista, que foi realizada individualmente nos domicílios dos idosos. Inicialmente, aplicou-se um formulário estruturado (Apêndice B), elaborado previamente pelos autores, visando a identificar as características sociodemográficas e algumas condições de saúde desses indivíduos. Este instrumento registrou dados como: raça/cor, fuma ou fumou, faz ou fez uso de bebidas alcoólicas, necessita de cuidado para realizar as AVD.

As condições de saúde dos idosos foram avaliadas a partir do questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) (Anexo B), elaborado na Inglaterra, em 1986, sendo este instrumento funcional, multidimensional e utilizado para estudos comunitários na população idosa. Contém 81 questões, sendo 75 direcionadas aos participantes do estudo e seis ao entrevistador, as mesmas estão distribuídas em IX seções, respectivamente: I- informações gerais, II- saúde física, III- utilização de serviços médicos e dentários, IV- Atividades da vida diária (AVD), V- recursos

sociais, VI- recursos econômicos, VII- saúde mental, VIII- necessidades e problemas que afetam o entrevistado, IX- avaliação do entrevistador (VERAS; DUTRA, 2008).

Para a avaliação da seção saúde mental do BOAS, especificamente à depressão, foi respeitado o escore proposto por Veras e Dutra (2008). Esta seção compreendeu as questões 61 a 74. Respostas: 61 a 70. (sim= 1 ponto); 70b. (rejeita suicídio = 1 ponto; pensamentos suicidas = 2 pontos; considerou o suicídio = 3 pontos; tentou o suicídio = 4 pontos); 71. (Não pensa no assunto atualmente = 1 ponto; pensa bastante sobre o assunto = 2 pontos); 72. (Não menciona expectativas = 1 ponto; futuro descrito negativamente = 2 pontos); 73. (Atualmente sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas =1); 73a. (Perda de interesse causada pela depressão/nervosismo) e 74. (Sente-se infeliz atualmente = 1 ponto). Sendo assim, o escore máximo pode chegar a 28 pontos.

Para discriminação de caso e não caso de depressão a escala do “Short-Care”, com pontuação validada por Veras (1994), em que o ponto de corte oito e mais foi o que melhor propiciou equilíbrio entre sensibilidade e especificidade para definição de possível caso. Para o caso de depressão menor foram classificados os idosos com ponto de corte de 8 a 12 e, de depressão maior, os idosos que se encontravam no ponto de corte de 13 ou mais de 12.

Em seguida, para avaliar a QV dos idosos, foi aplicado o questionário *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)* (Anexo C), que contém 26 questões, sendo duas gerais (qualidade de vida geral e satisfação com a saúde) e 24 englobadas nos domínios físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As duas questões gerais são calculadas em conjunto para gerar um único escore independente dos outros escores dos domínios, denominado Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV) (FLECK et al., 2000).

#### **4.5 Processamento, apresentação e análise dos dados**

Os dados originados da coleta foram tabulados e organizados no programa *Microsoft Office Excel 2007* e, em seguida, transferidos e processados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0 for Windows. Elegeu-se pela análise estatística descritiva, utilizando-se média e desvio padrão (dp), para as variáveis contínuas e frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas.

Complementarmente, utilizou-se a correlação de *Spearman* entre as variáveis dependentes, que foram os domínios do *WHOQOL-bref* (físico, psicológico, ambiental e relações sociais) e o IGQV; e, as variáveis independentes, que foram as socioeconômicas (escolaridade, renda individual mensal, renda familiar mensal e renda *per capita*) e de saúde (auto avaliação do estado de saúde, número de problemas de saúde, auto avaliação do estado dos dentes, número de remédios que toma, satisfação com o serviço de saúde, número de atividade que faz sozinho, número de atividade que participa no tempo livre e classificação da depressão)

Assim como, foi utilizado o modelo de regressão linear múltiplo final (*stepwise forward*) que teve como variáveis dependentes, os escores dos domínios físico, psicológico, ambiental e relações sociais do *WHOQOL-bref* e o IGQV; e, como variáveis independentes, as que apresentaram maior impacto na QV dos idosos quilombolas, conforme correlação de *Spearman*, acrescidas de outras que pudessem melhor explicar este impacto, a saber, situação de saúde (percepção de saúde nos últimos 5 anos, número de atividade que faz sozinho, classificação da depressão, satisfação com o serviço de saúde, número de remédios que toma) e as condições socioeconômicas (escolaridade e renda *per capita*).

Considerou-se o coeficiente de classificação de acordo a magnitude: <0,3 (fraca),  $\geq 0,3$  a < 0,5 (moderada) e  $\geq 0,5$  (forte). E, o nível de significância adotado para o estudo foi de 5% (i.e.,  $p < 0,05$ ).

#### **4.6 Ética na pesquisa**

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Jequié, Bahia, sob o protocolo nº 509.987 e CAAE nº 24568313.4.0000.0055, em conformidade às exigências da Resolução N°466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. Os participantes tiveram asseguradas informações prévias para exercício da autonomia em aceitar/desistir da participação, proteção aos riscos, ao anonimato e, após decisão assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados em forma de dois artigos, elaborados de acordo as normas dos periódicos selecionados para a submissão. O manuscrito 1 será submetido à Revista de Saúde pública (Anexo E) e o Manuscrito 2 à Revista Latino-Americana de Enfermagem (Anexo F) para apreciação e parecer.

### 5.1 Manuscrito 1

#### **Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas\***

#### **Socioeconomic and health conditions associated with the quality of life of maroon elderly**

**Vanessa Cruz Santos.** Enfermeira, Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil.

**Eduardo Nagib Boery.** Enfermeiro, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

**Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.** Enfermeira, Professora Pós Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

#### **Autor responsável pela troca de correspondência**

Vanessa Cruz Santos. Caminho 29, nº 11, Bairro Urbis II. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. CEP: 45000-000. Tel: (77) 9157-8680. E-mail: [vanessacrus@hotmail.com](mailto:vanessacrus@hotmail.com)

\*Artigo integrante da dissertação de Mestrado intitulada: Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas, defendida em setembro de 2014, de autoria de Vanessa Cruz Santos.



## RESUMO

**Objetivo:** identificar as condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. **Métodos:** estudo epidemiológico, censitário, de base populacional e delineamento transversal, com 427 idosos quilombolas, cadastrados em Estratégias Saúde da Família de 17 comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, e quatro distritos da região. A coleta de dados foi realizada com os instrumentos BOAS e WHOQOL-Bref. Eles foram analisados a partir da estatística descritiva e de correlação de Spearman. **Resultados:** entre os fatores associados com alguns domínios da Qualidade de Vida e com o Índice Geral de Qualidade de Vida, estavam a renda per capita, a autoavaliação do estado de saúde e dos dentes, o número dos principais problemas de saúde, a satisfação com o serviço de saúde e a classificação da depressão. **Conclusões:** na tentativa de minorar os fatores que impactam a Qualidade de Vida desses idosos, é essencial a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a integralidade de assistência oferecida pelas Equipes de Saúde da Família, localizadas nas comunidades quilombolas.

**Descritores:** Qualidade de Vida; Condições de Saúde; Saúde mental; Acesso aos Serviços de Saúde; Idoso; Comunidades Vulneráveis.

## ABSTRACT

**Objective:** identifying the socioeconomic and health conditions associated with the quality of life of maroon elderly. **Methods:** this is an epidemiological and census study, with population basis and cross-sectional design, with 427 maroon elderly enrolled in Health Family Strategies of 17 maroon communities of Vitória da Conquista, Bahia, and four districts in that region. Data collection was performed with the BOAS and WHOQOL-Bref instruments. They were analyzed through descriptive statistics and Spearman correlation. **Results:** among the factors associated with some domains of Quality of Life and with the General Index of Life Quality, one can find the per capita income, self-assessment of health status and of teeth, number of main health problems, satisfaction with the health service and the classification of depression. **Conclusions:** in an attempt to soothing the factors affecting the Quality of Life of maroon elderly, it is essential to expand the access to health services and to preserve the comprehensiveness of the care provided by the Family Health Teams, located in maroon communities.

**Descriptors:** Quality of Life; Health Conditions; Mental Health; Access to Health Services; Elderly; Vulnerable communities.

## Introdução

De acordo a Lei nº 12.288, do Estatuto da Igualdade Racial, a população negra compreende o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e/ou pardas, em relação ao quesito cor ou raça, utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ou que adotam autodefiniçãoanáloga.<sup>1</sup> A trajetória histórica desta população no Brasil mostra que esses indivíduos vêm lutando por melhores condições de saúde e qualidade de vida (QV). Vários direitos foram alcançados em favor de tais melhorias, entretanto, outros ainda são necessários para que sejam reduzidas as iniquidades em saúde vividas por negros no país, o que pode comprometer a sua QV.

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

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

A insatisfação como estado de saúde e a sua QV de idosos quilombolas foi verificada em um estudo prévio recente, sendo a dificuldade de acesso aos serviços de saúde oferecidos pela Estratégia Saúde da Família, (ESF) localizada na comunidade uma das principais queixas.<sup>4</sup> Sendo assim, estudo envolvendo uma população tão peculiar (i.e., idosos quilombolas) aponta para uma realidade preocupante e permite postular a necessidade de mais e maiores estudos, visando entender melhor as necessidades desta população.

No Brasil, conforme o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento, denomina-se de idoso todos os indivíduos que têm 60 anos ou mais de idade.<sup>5</sup> A cada ano no país, cerca de 650 mil novos idosos são incorporados

à população e, a maioria destes, apresenta uma ou mais doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), além de limitações funcionais, que podem interferir na QV. Logo, é necessário postergar a evolução dessas limitações, a fim de garantir a longevidade com autonomia, independência e maior QV.<sup>6</sup>

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

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

## **Métodos**

Estudo epidemiológico, censitário, de base populacional e delineamento transversal, realizado no município de Vitória da Conquista, Bahia, em cinco distritos rurais da região, nas residências localizadas em 17 comunidades remanescentes de quilombos, a saber, Boqueirão (José Gonçalves), Quatis dos Fernandes e Furadinho (Iguá), Corta Lote, Cachoeira do Rio Pardo (Inhobim), Baixa Seca, Lagoa de Melquíades, Velame (Veredinha) e Lagoa de Maria Clemência (Pradoso), localizada na sede, território dividido entre as comunidades de Oiteiro, Riacho de Téofilo, Baixão, Tábua, Manoel Antonio, Poço de Aninha, Muritiba, Caldeirão.

O município de Vitória da Conquista se localiza na região Sudoeste da Bahia/Brasil, tem área territorial de 3.405,580 km<sup>2</sup> e população de 306.866 habitantes. Na área urbana são 274.739 indivíduos, destes 27.098 são idosos. Na zona Rural a população é de 32.127 pessoas, sendo 3.651 idosos. Desde 1840 o município conta com a participação dos colonizadores, além de escravos “negros”, os quais contribuíram e foram responsáveis pela principal mão-de-obra da lavoura. A herança dos negros está presente em vários aspectos da cultura conquistense e nas comunidades quilombolas.<sup>7</sup>

A partir do levantamento realizado inicialmente foram identificados 449 idosos quilombolas. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 60 anos, se autodeclararem quilombolas, pardos ou pretos (negros), residirem em comunidades remanescentes de quilombos reconhecidas e certificadas pela Fundação Cultural

Palmares (FCP),<sup>8</sup> ter alguma ESF em seu território e serem cadastrados em alguma delas; ter função cognitiva preservada, conforme o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Utilizou-se como critério de exclusão: idosos que, após três visitas em dias e horários distintos, não foram encontrados para a entrevista.

A coleta de dados compreendeu os meses de janeiro a abril de 2014, após a aplicação dos instrumentos de pesquisa a partir do pré-teste (piloto) que foi realizado para capacitar a equipe de entrevistadores e verificar a aplicabilidade dos instrumentos.

Para realizar o levantamento dos idosos cadastrados nas ESF das comunidades quilombolas foi realizada busca nas Fichas A, de cada estratégia. Posteriormente, por meio de visita domiciliar, os idosos foram identificados no domicílio.

Após a identificação dos idosos foi utilizada a técnica de entrevista para a aplicação dos instrumentos, iniciando-se com o MEEM, elaborado por Folstein et al., em 1997, e empregado para avaliar a função cognitiva. O teste avalia vários domínios como orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição, compreensão, escrita e cópia de desenho. Este instrumento foi avaliado conforme as notas de corte sugeridas: analfabetos 19; de 1 a 3 anos de escolaridade 23; 4 a 7 anos de escolaridade 24 e com 7 anos de escolaridade 28, sendo a pontuação total de 30 pontos.<sup>9</sup>

Em seguida, os idosos que adquirirem pontuação mínima de escore no MEEM responderam aos instrumentos da pesquisa, sendo que ocorreu a exclusão de 22 idosos por este motivo. Sendo assim, compreendeu à população deste estudo, 427 idosos quilombolas.

Para avaliar as variáveis independentes do estudo, aplicou-se dois instrumentos, sendo o primeiro um formulário estruturado, elaborado antecipadamente pelos autores, para identificar as características sociais, demográficas e de condições de saúde dos idosos quilombolas.

Na sequência foi aplicado o segundo instrumento, questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) que avaliou as condições de vida e saúde dos idosos. Este instrumento foi elaborado na Inglaterra, em 1986 e traduzido no Brasil por Veras e Dutra, em 2008. É um instrumento considerado como funcional, multidimensional e propício para estudos comunitários na população idosa. Contém 81 questões, 75 direcionadas aos participantes do estudo e seis ao entrevistador, distribuídas em IX

seções: I- informações gerais, II- saúde física, III- utilização de serviços médicos e dentários, IV- Atividades da vida diária (AVD), V- recursos sociais, VI- recursos econômicos, VII- saúde mental, VIII- necessidades e problemas que afetam o entrevistado, IX- avaliação do entrevistador.<sup>10</sup>

Para a avaliação da seção saúde mental do BOAS, especificamente, à classificação da depressão, foi utilizada a escala do “Short-Care”, com pontuação validada por Veras (1994), sendo que para o caso de depressão menor foram classificados os idosos com ponto de corte de 8 a 12 e, de depressão maior, os idosos que se encontravam no ponto de corte de 13 até 28 que é a pontuação máxima.<sup>11</sup>

Em seguida, para avaliar a QV dos idosos, variável dependente deste estudo, foi aplicado o questionário *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, validado no Brasil por Fleck, em 2000, contém 26 questões, sendo duas gerais que avaliam a qualidade de vida geral e a satisfação com a saúde e, 24 englobadas nos domínios, físico, psicológico, das relações sociais e do meio ambiente. As duas questões gerais são calculadas em conjunto, gerando escore único independente dos outros escores dos domínios, denominado de Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV).<sup>12</sup>

Os dados oriundos da coleta foram tabulados no *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0*. A análise foi realizada a partir da estatística descritiva, utilizando-se média, mediana, variação e desvio padrão (dp). Utilizou-se também a correlação de *Spearman* entre as variáveis dependentes, que foram os domínios do *WHOQOL-bref* (físico, psicológico, ambiental e relações sociais) e o IGQV; e, as variáveis independentes, que foram as variáveis relacionadas às condições socioeconômicas (escolaridade, renda individual mensal, renda familiar mensal e renda *per capita*) e de saúde (auto avaliação do estado de saúde, número de problemas de saúde, auto avaliação do estado dos dentes, número de remédios que toma, satisfação com o serviço de saúde, número de atividade que faz sozinho, número de atividade que participa no tempo livre e classificação da depressão) O nível de significância adotado para o estudo foi de 5% (i.e.,  $p < 0,05$ ).

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

## Resultados

Dos 427 idosos quilombolas, 53,6% eram do sexo feminino, a média da idade foi de 71 anos ( $\pm 8,09$ ), 82,2% eram analfabetos, 53,2% de raça/cor parda. A média da renda mensal foi de: R\$ 806,46 para a individual, R\$ 1,166,05 para a familiar e R\$ 417,32 para a renda *per capita*, sendo o valor do salário mínimo vigente, R\$ 824,00. Conforme exposto na tabela 1.

**Tabela1-** Características sociais e demográficas dos idosos quilombolas, do estudo Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. Vitória da Conquista-Bahia/Brasil, 2014.

VARIÁVEIS	Nº absoluto (427)	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	198	46,40
Feminino	229	53,60
<b>Idade</b>		
Média		71
Desvio padrão		8,09
Mínimo		60
Máximo		102
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma/Analfabetos	351	82,2
Primário	68	15,9
Ginásio ou 1º grau	8	1,9
<b>Raça/cor</b>		
Preta	200	46,8
Parda	227	53,2
<b>Renda individual mensal (R\$)*</b>		
Média		806,46
Desvio padrão		304,81
Mínimo		0,00
Máximo		1.448,00
<b>Renda familiar (R\$)*</b>		
Média		1,166,05
Desvio padrão		397,27
Mínimo		0,00
Máximo		2,172
<b>Renda per capita (R\$)*</b>		
Média		417,32
Desvio padrão		231,81
Mínimo		0,00
Máximo		1.448,00

(\*) (R\$)= Reais

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

Na autoavaliação do estado de saúde, ruim e péssima, tiveram a maior prevalência (56,2%), assim como, os idosos que referiram algum problema de saúde (86,4%). Desses idosos, 82,6% têm de um a cinco problemas de saúde. Na autoavaliação do estado dos dentes, ruim e péssima (73,5%) sobressaíram, ressaltando-se que os idosos edêntulos, referiram-se às condições da prótese.

Em relação ao uso de remédios, 76,3% dos idosos referiram uso, com média de 2,63 ( $\pm 1,62$ ), mínimo de 1 e máximo de 13 tipos. Referindo-se à satisfação com o serviço de saúde, houve a prevalência daqueles que não estavam satisfeitos (57,8%), acompanhado dos que não utilizam ou não precisam (25,1%).

A média do número de atividades que faz sozinho foi de 11,64 ( $\pm 2,43$ ), com mínimo de uma e máximo de 15. O número de atividades que participava no seu tempo livre, variou de 1-13, com média de 6,83 ( $\pm 2,19$ ), sendo as mais realizadas: assistir televisão (91,1%), ouvir rádio (83,6%) e sair para visitar os amigos (80,1%).

Na avaliação da Saúde Mental a partir do “Scoring” para Escala de Depressão, verificou-se a prevalência de 29,5% de depressão entre os idosos, sendo que 26,2% apresentaram Depressão menor/Deprimidos e 3,3% Depressão maior. A exposição completa das características de saúde dos idosos quilombolas estudados está apresentada na tabela 2.

**Tabela 2-** Características de saúde dos idosos quilombolas, do estudo Condições socioeconômicas e de saúde associadas à qualidade de vida de idosos quilombolas. Vitória da Conquista-Bahia, 2014.

VARIÁVEIS	Nº absoluto (427)	%
<b>Auto avaliação do estado de saúde</b>		
Ótima	14	3,3
Boa	173	40,5
Ruim	209	48,9
Péssima	31	7,3
<b>Número dos principais problemas de saúde</b>		
Não tem problemas de saúde	52	12,2
De 1-5	353	82,6
De 6-11	22	5,2
<b>Estado dos dentes</b>		
Ótimo	2	0,5
Bom	111	26,0
Ruim	167	39,1
Péssimo	147	34,4
<b>Número de remédios que toma</b>		
Média		2,63
Desvio padrão		1,62
Mínimo		1
Máximo		13
<b>Satisfação com o serviço de saúde</b>		
Não utiliza ou não precisa	107	25,1
Sim	71	16,6
Não	247	57,8
N.S./N.R	2	0,5
<b>Número de atividades que consegue realizar sozinho</b>		
Média		11,64
Desvio padrão		2,43
Mínimo		1
Máximo		15
<b>Número de atividades que participa no tempo livre</b>		
Média		6,83
Desvio padrão		2,19
Mínimo		1
Máximo		13

### Continuação da tabela 1:

VARIÁVEIS	Nº absoluto (427)	%
<b>Classificação da depressão</b>		
Não caso de depressão	301	70,5
Depressão menor/Deprimidos	112	26,2
Depressão maior	14	3,3

(\*) SM-Salário Mínimo = R\$ 724,00

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

No *WHOQOL-bref* o IGQV teve média de 48,00 (dp=19,93). Os domínios que apresentaram maiores escores foram o social (média de 71,09; mediana 75,00; dp=8,97) e psicológico (média de 56,06; mediana 54,16; dp=11,71). O domínio físico (média de 50,83; mediana 53,57; dp=11,75) e o ambiental (média de 44,63; mediana 43,75; dp=8,94) apresentaram os menores escores.

Na Tabela 3 está apresentada as correlações entre os domínios do *WHOQOL-bref* e algumas variáveis das seções do *BOAS* relacionadas a: condições de saúde; utilização de serviços médicos e dentários; Atividades da Vida Diária (AVDs); recursos sociais e econômicos, como a variável renda familiar, que teve correlação negativa significativa de magnitude forte com todos os domínios e o IGQV, correlação também verificada à seção de saúde mental, especificamente, a variável depressão.

**Tabela 3** – Fatores socioeconômicos e de saúde associados à qualidade de vida de idosos quilombolas a partir de Coeficientes de correlação de Spearman ( $r_{sp}$ ) entre os domínios e o IGQV do *WHOQOL-bref* e variáveis do *BOAS*, Vitória da Conquista- Bahia, 2014.

Domínios <i>WHOQOL-bref</i>	Escola- ridade $r_{sp}$ (P)	Renda indivi- dual mensal $r_{sp}$ (P)	Renda familiar $r_{sp}$ (P)	Renda <i>per</i> <i>capta</i> $r_{sp}$ (P)	Auto Avalia- ção do estado de saúde $r_{sp}$ (P)	Nº de proble- mas de saúde $r_{sp}$ (P)	Auto Avalia- ção do estado dos dentes $r_{sp}$ (P)	Nº de remé- dios que toma $r_{sp}$ (P)	Satis- fação com o serviço de saúde $r_{sp}$ (P)	Nº de ativida- des que faz sozinh o $r_{sp}$ (P)	Nº de ativida- des que parti- cipa no tempo livre $r_{sp}$ (P)	Classi- ficação da depres- são $r_{sp}$ (P)
<b>Ambiental</b>	-0.066 (0.174)	0.132** (0.006)	0.112* (0.021)	0.146** (0.003)	-0.394** (0.000)	-0.327** (0.000)	-0.216** (0.000)	0.144** (0.009)	-0.289** (0.000)	0.199** (0.000)	0.216** (0.000)	-0.346** (0.000)
<b>Físico</b>	-0.039 (0.425)	-0.010 (0.840)	0.051 (0.292)	0.131* (0.007)	-0.441** (0.000)	-0.437** (0.000)	-0.223** (0.000)	0.255** (0.000)	-0.211** (0.000)	0.260** (0.000)	0.265** (0.000)	-0.280** (0.000)
<b>Psicológico</b>	-0.157** (0.001)	-0.043 (0.374)	0.043 (0.374)	0.156** (0.001)	-0.258** (0.000)	-0.201** (0.000)	-0.202** (0.000)	0.062 (0.260)	-0.203** (0.000)	0.148** (0.002)	0.137** (0.005)	-0.340** (0.000)
<b>Relações Sociais</b>	0.045 (0.355)	0.104* (0.032)	0.128** (0.008)	0.158** (0.001)	-0.122* (0.012)	-0.182** (0.000)	-0.076 (0.118)	-0.083 (0.135)	-0.164** (0.003)	0.001 (0.978)	-0.017 (0.722)	-0.142** (0.003)
<b>IGQV</b>	-0.060 (0.213)	0.109 (0.024)	0.083 (0.086)	0.131* (0.007)	-0.705** (0.000)	-0.623** (0.000)	-0.378** (0.000)	0.272 (0.000)	-0.414** (0.000)	0.155** (0.001)	0.146** (0.002)	-0.449** (0.000)

(\*) correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ )

(\*\*) correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ )



## Discussão

Neste estudo a identificação dos fatores associados à qualidade de vida dos idosos quilombolas, tanto para os quatro domínios do *WHOQOL-bref* (ambiental, físico, psicológico e relações sociais) quanto o IGQV foram analisadas individualmente.

O domínio das Relações sociais apresentou maior escore médio entre os domínios da QV avaliados neste estudo, seguido do Psicológico. No entanto, o domínio ambiental, seguido do físico apresentou os menores escores médios entre os domínios de QV. Resultados divergentes de estudo realizado com idosos, no âmbito Internacional<sup>13</sup> com maior escores médios para o domínio ambiental e pior para o físico e semelhantes em parte de estudo Nacional<sup>14</sup> com maior para o domínio relações sociais e, menor para o físico.

A escolaridade associou-se fortemente com o escore médio do domínio psicológico. Esses resultados diferem com os encontrados em estudo<sup>15</sup> que identificou uma positiva QV em idosos com baixa escolaridade, principalmente nos domínios social e físico. Entretanto, outro estudo<sup>16</sup> identificou que os idosos com maior nível de escolaridade perceberam-se com melhor QV no domínio relações sociais.

Em se tratando dos recursos econômicos, a renda individual mensal dos idosos estudados teve uma relação negativa com os domínios ambiental, relações sociais e IGQV. Resultados que divergem de estudo<sup>17</sup> em que renda dos idosos favoreceu a percepção da QV. Ao se referir à renda familiar mensal de idosos quilombolas, houve associação com os domínios ambiental e das relações sociais da QV. Resultados que assemelharam, em partes, com os encontrados no estudo<sup>18</sup> que teve associação com o domínio ambiental e físico.

E, ainda, analisando a renda, para renda *per capita* dos idosos deste estudo, verificou com todos os domínios e com o IGQV. Esses achados podem ter relação com o índice elevado de idosos com baixa renda (menor que um salário mínimo). Tal hipótese pode ser ratificada a partir dos resultados de estudo<sup>17</sup> em que aqueles com renda pessoal de mais de cinco salários mínimos mensais ficou evidenciado um melhor desempenho da QV no domínio meio ambiente.

A condição econômica é um relevante fator interveniente social que influencia diretamente a vida das famílias quilombolas. Diversas vezes, por não terem renda

familiar suficiente, as famílias não têm uma alimentação adequada, decorrendo em deficiência alimentar e baixa qualidade nutricional, o que pode impactar negativamente sua condição de saúde<sup>19</sup>. Destarte que, as condições econômicas poderão impactar negativamente na QV dos idosos quilombolas, que por sua vez, além desses fatores, ainda, vivencia outras condições desfavoráveis ao envelhecimento saudável.

A autoavaliação do estado de saúde teve forte associação com a QV e com o IGQV, exceto para o domínio das relações sociais, que também apresentou associação, porém com menor intensidade. Tais resultados se assemelharam com a associação do domínio relações sociais da QV de idosos que foi encontrada em outro estudo<sup>20</sup>. E ainda, em estudo que avaliou QV de idosos, foi evidenciado que as condições de saúde pregressas dos idosos é um dos fatores que mais influenciam a percepção da QV.<sup>16</sup>

O número dos principais problemas de saúde nos idosos estudados associou-se fortemente com a QV e IGQV, menos para o domínio psicológico, que mesmo interferindo negativamente na QV, apresentou menor intensidade. Em estudo internacional sobre QV e atividades de vida diária de idosos nas áreas rurais, realizado na Turquia, foi verificado a partir do *WHOQOL-bref* que a presença de doenças estava associada a menores escores nos domínios Físico, Psicológico e Social.<sup>13</sup>

A autoavaliação do estado dos dentes não apresentou associação significativa, apenas com o domínio das relações sociais. Por se tratar de um estudo realizado com idosos pardos e negros, estes resultados podem ter alguma relação com a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos, pois, de acordo com a pesquisa sobre raça, e uso dos serviços de saúde bucal por idosos foi evidenciado que a chance de um idoso negro nunca ter sido atendido por um profissional dentista é maior que o dobro, comparado a de um idoso branco.<sup>21</sup>

O número de medicamentos impactou negativamente nos domínios ambiental e físico da QV e IGQV dos idosos estudados, achados similares ao do estudo<sup>20</sup> em que a quantidade de medicamentos influenciou negativamente no domínio físico. Sendo assim, infere-se que a relação positiva entre o uso de medicamentos com os domínios, psicológico e relações sociais da QV dos idosos quilombolas, pode estar atrelada à resposta positiva que o medicamento pode ter proporcionado às condições de saúde desses idosos.

A variável satisfação com os serviços de saúde teve forte associação com todos os domínios da QV e com o IGQV. Esses resultados podem ter relação com os encontrados no estudo realizado em uma comunidade quilombola do Sudoeste da Bahia, que identificou a subutilização dos serviços de saúde, sugerindo, assim, maior dificuldade e insatisfação de acesso pela população quilombola.<sup>22</sup>

Na análise das atividades de vida diária, quanto menor o número de atividades que o idoso não conseguia realizar sozinho, menor a contribuição à QV, exceto para o domínio das relações sociais, guardando pouca similaridade com estudo sobre capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de Idosos<sup>14</sup> em que houve associação somente no domínio físico.

Para o número de atividades que o idoso participava no tempo livre, quanto menor número, pior contribuição na QV, exceto para o domínio das relações sociais. Idosos participantes de um estudo<sup>23</sup> fizeram referência à importância das atividades de lazer e da ocupação para a manutenção da QV.

A partir da avaliação da classificação da depressão (não caso de depressão, depressão menor/deprimidos ou depressão), foi evidenciado forte associação com todos os domínios avaliados da QV e com o IGQV. Logo, a identificação dos casos de depressão entre os idosos é relevante na prática clínica, uma vez que, pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções adequadas, prevenção de possíveis fatores de risco associados à doença,<sup>24</sup> além de poder contribuir para a melhoria da QV dos idosos acometidos por este problema de saúde.

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

## **Conclusões**

Identificou-se a partir deste estudo que a auto avaliação do estado de saúde e dos dentes, número dos principais problemas de saúde e de remédios que utiliza, a satisfação com o serviço de saúde, o número de atividade que faz sozinho e no tempo livre, a classificação da depressão, escolaridade, renda mensal individual e

familiar e, média da renda familiar tiveram influência na qualidade de vida dos idosos quilombolas.

Sendo assim, os achados deste estudo poderão fornecer informações pertinentes para gestores e profissionais da saúde pública, principalmente, àqueles que atuam com maior proximidade dos idosos quilombolas e, que necessitam promover ações voltadas à melhoria das condições de vida e QV desses idosos. Além do que, há evidências de que é preciso ocorrer ampliação e integralidade da assistência oferecida aos idosos, pelas ESF localizadas nas comunidades quilombolas estudadas.

### **Agradecimentos**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de mestrado acadêmico.

Ao apoio do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil.

Aos idosos quilombolas pela receptividade e gentileza em participar deste estudo.

### **Referências**

1. Brasil. Lei nº 12.288, de 20 julho de 2010. Dispõe sobre a Igualdade Racial [internet]. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos, 2010 [citado 2014 Jun 24]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm)
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, 2007 [citado 2014 Jun 24]. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)
3. Bennett M. Os quilombolas e a resistência. *Rev Palmares*. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Cultura Afro-Brasileira [internet]. 2010 [citado 2014 Jun 24]; 6 (6) Brasília. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista06.pdf>

4. Santos VC, Boery EN, Boery RNSO, Anjos KF. Condições de saúde e qualidade de vida do idoso negro quilombola. *Rev enferm UFPE* [internet]. 2014 agosto [citado 2014 Ago 01]; 8 (8): 321-7. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6300/pdf\\_5827](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6300/pdf_5827)
5. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento [internet]. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2010 [citado 2014 Jul 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_envelhecimento\\_v12.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf)
6. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2009 [citado 2014 Jul 23]; 43 (3). Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en\\_224.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf)
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo Demográfico 2010. Acesso a informações Cidades@ Bahia, 2010.
8. Palmares. Fundação Cultural Palmares. Cultura Afro-Brasileira: Tempo de cidadania e diversidade. *Rev Palmares* [internet]. 2009 [citado 2014 Jun 13]; 5 (5). Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista05.pdf>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa [internet]. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2007 [citado 2014 Jul 27]. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>
10. Veras RP, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: Questionário Boas, Rio de Janeiro, 2008 [citado 2014 Jul 03]. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf)
11. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saúde Pública* [internet]. 2000 [citado 2014 Jun 23]; 34(2):178-83. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012)

13. Arslantas D, Unsal A, Metintas S, Koc F, Arslantas A. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). *Arch Gerontol Geriatr* [internet]. 2009 [citado 2014 Jul 15]; 48:127-31. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18215432>
14. Tavares DMS, Dias FA. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2012 [citado 2014 Jul 28]; 21(1): 112-20. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci_arttext)
15. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em juiz de fora/MG. *Rev APS* [internet]. 2011 [citado 2014 Jul 08]; 14 (1): 93-100. Disponível em: <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/965/450>
16. Vitorino LM, Paskulin LMG, Vianna LAC. Calidad de vida de los ancianos de la comunidad y en instituciones de larga estancia: estudio comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2013 [citado 2014 Ago 01]; 21, (no especial): 3-11. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700002&script=sci\\_arttext&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700002&script=sci_arttext&lng=pt) Português, Inglês.
17. Alexandre TS, Cordeiro RC, Ramos LR. Factors associated to quality of life in active elderly. *Rev. Saúde Pública* [internet]. 2009 [citado 2014 Jun 10]; 43 (4). Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n4/58.pdf>
18. Pereira KCR, Angela MA, Jefferson LT. Contribuição das condições sociodemográficas para a percepção da qualidade de vida em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol* [internet]. 2011[citado 2014 Jul 19]; 14(1): 85-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v14n1/a10v14n1.pdf>
19. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC* [internet]. 2011 [citado 2014 Jul 08]; 13(5). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>
20. Nóbrega TCM, Jaluul O, Machado AN, Paschoal SMP, Jacob Filho W. Quality of Life and multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics* [internet]. 2009[citado 2014 Maio 20]; 64: 45-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/clin/v64n1/a09v64n1.pdf>

21. Souza EA, Oliveira PAP, Paegle AC, Goes PSA. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. *Ciênc Saúde coletiva* [internet]. 2012 [citado 2014 Jun 07]; 17(8):2063-70. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/17.pdf>
22. Gomes KO, Edna AR, Mark DCG, Mariângela LC. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [internet]. 2013 [citado 2014 Maio 09]; 29 (9): 1829-42. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2)
23. Teston EF, Marcon SS. Qualidade e condições de vida sob a ótica dos residentes de um condomínio do idoso. *Rev Gaúcha Enferm* [internet]. 2014 março [citado 2014 Jun 09]; 35(1):124-130. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37032/28950>
24. Carreira L, Botelho MR, Matos PCB, Torres MM, Salci MA. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev enferm UERJ* [internet]. 2011 [citado 2014 Jun 05]; 19:268-73. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>

## 5.2 Manuscrito 2

### **\*Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas**

**Vanessa Cruz Santos.** Enfermeira, Mestre, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié (BA), Brasil.

**Eduardo Nagib Boery.** Enfermeiro, Professor Doutor, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Departamento de Saúde. Jequié (BA), Brasil.

**Rita Narriman Silva de Oliveira Boery.** Enfermeira, Professora Pós Doutora, Graduação/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié (BA), Brasil.

### **Autor responsável pela troca de correspondência**

Vanessa Cruz Santos. Caminho 29, nº 11, Bairro Urbis II. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. CEP: 45000-000.

Tel: (77) 9157-8680. E-mail: [vanessacrus@hotmail.com](mailto:vanessacrus@hotmail.com)

\*Artigo da dissertação de Mestrado intitulada: Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas.

### **Agradecimentos**

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), pela concessão da bolsa de mestrado acadêmico.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/PPGES/UESB. Jequié (BA), Brasil

Aos idosos quilombolas pela receptividade e gentileza em participar deste estudo.



## Resumo

**Objetivo:** analisar a qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas. **Método:** estudo epidemiológico, censitário, de base populacional e delineamento transversal, com 427 idosos quilombolas, cadastrados em Estratégias Saúde da Família de 17 comunidades remanescentes de quilombos, sediadas em um município do interior do Estado da Bahia. Para coleta de dados foram utilizados os instrumentos Brazil Old Age Schedule e o World Health Organization Quality of Life. Aplicou-se um modelo de regressão linear múltiplo para analisar a relação entre variáveis de condições de saúde e a qualidade de vida da população estudada. **Resultados:** dentre os fatores de associação significativa com a qualidade de vida dos idosos quilombolas, nota-se que quanto maior o número de atividades que o idoso faz sozinho, maior contribuição à QV; As variáveis estudadas que menor contribuíram, de forma geral, foram as relacionadas às condições de saúde, em especial a classificação da depressão. **Conclusão:** os fatores que interferem na qualidade de vida dos idosos quilombolas estudados necessitam ser ao menos minimizados. Sendo assim, o planejamento, a gestão de serviços e as ações de saúde, oferecidos a esses indivíduos, precisam ser estruturados conforme as suas demandas e de forma integral.

**Descritores:** Idoso; Qualidade de Vida; Condições de Saúde; Comunidades Vulneráveis; Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

**Descriptors:** Elderly; Quality of Life; Health Conditions; Vulnerable communities; African Continental Ancestry Group.

**Descriptores:** Anciano; Calidad de Vida; Condiciones de Salud; Las Comunidades Vulnerables; Grupo de Ascendencia Continental Africana.

## Introdução

É notável a vulnerabilidade da população negra, o que se note pelos indicadores sociais e de saúde desfavoráveis ao longo da vida, o que podem refletir negativamente na qualidade de vida dessa população.

As iniquidades vivenciadas por negros são evidentes, existindo no Brasil uma associação entre características étnico-raciais e saúde em determinados contextos<sup>(1)</sup>, por isso a dimensão étnico-racial vem ganhando destaque em âmbito de pesquisa e de políticas públicas, especialmente na área de saúde.

Conforme o Estatuto da Igualdade Racial, a população negra é o conjunto de pessoas que se autodeclaram pretas e/ou pardas conforme o IBGE ou que adotam

autodefinição análoga<sup>(2)</sup>. Vários documentos legislativos foram criados para efetivar os direitos à saúde desta população, como a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN)<sup>(3)</sup> que tem entre seus objetivos, a ampliação ao acesso da população negra, em especial as comunidades quilombolas, às ações e serviços de saúde e identificação de suas necessidades, como critério de planejamento e definição de prioridades.

As comunidades quilombolas são constituídas por remanescentes de quilombos, grupos étnico-raciais, conforme 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<sup>(4)</sup>.

É dever dos poderes públicos a implementação de políticas públicas que assegure o direito à moradia adequada da população negra que vive em locais inapropriados, como em comunidades quilombolas, a fim de reintegrá-las à dinâmica urbana e promover melhorias no ambiente e na qualidade de vida (QV) dessas pessoas<sup>(2)</sup>. No entanto, um estudo prévio investigou as condições de saúde e QV de idoso negro quilombola, identificando insatisfação desta população em relação à sua vida em geral, tendo como principais motivos, os problemas econômicos e de saúde<sup>(5)</sup>.

Baseando-se no conceito de QV da Organização Mundial de Saúde (OMS), além da percepção das condições de saúde, perfaz também a percepção individual sobre a sua posição na vida, concernente à cultura e ao sistema de valores nas quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações<sup>(6)</sup>, o que envolve aspectos de percepção socioeconômica.

Pouco se conhece acerca da percepção da QV da população Quilombola, a qual, por se tratar de um grupo com peculiaridades históricas quanto ao modo de viver, o que pode refletir na QV. Sendo assim, é justificável o desenvolvimento de estudos com idosos quilombolas, visando investigar os fatores que influenciam a percepção de QV desses indivíduos, o que poderá contribuir para o planejamento de ações de saúde voltadas às demandas identificadas.

Diante o exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida e seus fatores associados entre idosos quilombolas.

## Método

Estudo epidemiológico, censitário, de base populacional e delineamento transversal realizado em 17 comunidades quilombolas, sendo o território de uma dessas dividido em oito comunidades, reconhecidas e certificadas pela Fundação Cultural Palmares FCP)<sup>(7)</sup>. Todas as comunidades encontravam-se localizadas em área de abrangência de seis Estratégias Saúde da Família, sediadas no município de Vitória da Conquista, Bahia, em cinco distritos rurais da região.

As comunidades estudadas e respectivos distritos foram: Boqueirão (José Gonçalves), Quatís dos Fernandes e Furadinho (Iguá), Corta Lote, Cachoeira do Rio Pardo (Inhobim), Baixa Seca, Lagoa de Melquíades, Velame (Veredinha) e Lagoa de Maria Clemência, localizada na sede (povoado do Pradoso), território dividido entre as comunidades de Oiteiro, Riacho de Téofilo, Baixão, Tábua, Manoel Antonio, Poço de Aninha, Muritiba, Caldeirão.

No levantamento inicial foram identificados 449 idosos quilombolas (i.e., que se declararam quilombola e se autodeclararam preto ou pardo). Para seleção da amostra utilizou-se como critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos<sup>(8)</sup>, autodeclarar-se quilombola e pardos ou pretos (negros); residir em comunidades quilombolas reconhecidas e certificadas pela FCP<sup>(7)</sup> e com ESF em sua área de abrangência; ser cadastrado em alguma dessas ESF; ter função cognitiva preservada, conforme o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)<sup>(9)</sup>. Como critérios de exclusão foram considerados: idosos que, após três visitas, em dias e horários distintos, não foram encontrados para a entrevista.

A coleta de dados aconteceu de janeiro a abril de 2014, posteriormente à realização do pré-teste (piloto) utilizado para capacitar a equipe de entrevistadores e testar a aplicabilidade dos instrumentos. Inicialmente, foi realizada busca nas Fichas A, de cada ESF das comunidades para identificar os idosos cadastrados. Em seguida, os pesquisadores e a equipe de entrevistadores identificaram os idosos no domicílio.

Para a aplicação dos instrumentos escolheu-se a técnica de entrevista individualizada, realizadas nos domicílios dos idosos. Primeiramente, foi aplicado o MEEM, elaborado por Folstein et al.(1997), e empregado para avaliar a função cognitiva. Este teste avalia entre seus domínios a orientação temporal, espacial, memória imediata e de evocação, cálculo, linguagem-nomeação, repetição,

compreensão, escrita e cópia de desenho. Os resultados do MEEM foram avaliados de acordo com os escores de corte sugeridos: analfabetos 19; de 1 a 3 anos de escolaridade 23; 4 a 7 anos de escolaridade 24 e com 7 anos de escolaridade 28, sendo a pontuação total de 30 pontos<sup>(9)</sup>.

Os idosos que obtiveram escore mínimo no MEEM responderam aos instrumentos de pesquisa, havendo a exclusão de 22 idosos por esta razão. Com base nos critérios apresentados, foram identificados 427 idosos quilombolas, que compreendeu à população deste estudo.

Para avaliar as variáveis independentes foram aplicados dois instrumentos: um formulário estruturado, elaborado previamente pelos autores, para identificar características sociodemográficas e do estado de saúde, e o questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) para conhecer a situação de saúde.

O questionário *Brazil Old Age Schedule* (BOAS) é um instrumento funcional, multidimensional e utilizado em estudos comunitários na população idosa para avaliar as suas condições de saúde. O BOAS é estruturado com 81 questões, sendo 75 direcionadas aos participantes do estudo e seis ao entrevistador, distribuídas em IX seções: I- informações gerais; II- saúde física; III- utilização de serviços médicos e dentários; IV- Atividades da vida diária (AVD); V- recursos sociais; VI- recursos econômicos; VII- saúde mental; VIII- necessidades e problemas que afetam o entrevistado; IX- avaliação do entrevistador<sup>(10)</sup>.

Para a avaliação da seção saúde mental do BOAS, especificamente, a classificação da depressão foi utilizada para discriminação de caso e não caso de depressão, a escala do *Short-Care*, com pontuação validada por Veras (1994), em que o ponto de corte oito e mais foi o que melhor propiciou equilíbrio entre sensibilidade e especificidade, para definição de possível caso, chegando ao escore máximo de 28 pontos. Para o caso de depressão menor, foram classificados os idosos com ponto de corte de 8 a 12 e, de depressão maior, os idosos que se encontravam no ponto de corte de 13 ou mais<sup>(11)</sup>.

Em seguida, para avaliar a variável dependente, que foi a QV dos idosos, foi aplicado o questionário *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref)*, composto por 26 questões, duas gerais (qualidade de vida geral e satisfação com a saúde) e 24 que englobam quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As duas questões gerais são calculadas em conjunto para gerar um

único escore independente dos outros escores dos domínios, designado como Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV)<sup>(12)</sup>.

Os dados da coleta foram processados no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 21.0. A análise foi realizada com estatística descritiva, utilizando-se média e desvio padrão (dp), para as variáveis contínuas e frequências absoluta e relativa para as variáveis categóricas. Aplicou-se o modelo de regressão linear múltiplo (*stepwise forward*) tendo como variáveis dependentes, os escores dos domínios físico, psicológico, ambiental e relações sociais do *WHOQOL-bref* e o IGQV; e, como variáveis independentes, as variáveis relacionadas às condições de saúde (percepção de saúde nos últimos 5 anos, número de atividade que faz sozinho, classificação da depressão, satisfação com o serviço de saúde, número de remédios que toma) e socioeconômicas (escolaridade e renda *per capita*). O modelo de regressão linear múltiplo foi aplicado para identificação das variáveis socioeconômicas e de saúde que, em conjunto, melhor explicam a percepção de QV da população estudada. O nível de significância adotado para o estudo foi de 5% (i.e.,  $p < 0,05$ ).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), campus de Jequié, Bahia, sob o protocolo nº 509.987 e CAAE nº 24568313.4.0000.0055.

## Resultados

A média da idade de da população estudada foi de 71 anos (dp=8,09), sendo em sua maioria do sexo feminino (53,6%), analfabetos (82,2%), raça/cor parda (53,2%), sem renda *per capita* ou inferior a um salário mínimo (76,3%).

No perfil de saúde foi possível identificar que 86,4% dos idosos referiu ter problema(as) de saúde, 41,9% consideravam que sua saúde piorou nos últimos cinco anos. Os problemas de saúde mais referidos foram: Hipertensão Arterial Sistêmica (73,86%), problemas de coluna (17,86%), Diabetes Mellitus (15,46%) e colesterol elevado (13,06%).

Quanto ao número de atividades que o idoso conseguia realizar sozinho(a), de 1-15 prevaleceu o quantitativo de 8-15 atividades (93,4%), sendo as que apresentaram maiores limitações: Arrumar a casa, a sua cama (56,9%), sair de casa utilizando um transporte (38,2%) subir/descer escada (35,5%).

Houve prevalência de 29,5% de depressão entre os idosos estudados, sendo que 26,2% apresentavam Depressão menor e 3,3% Depressão maior. A maioria dos idosos não estavam satisfeitos com o serviço de saúde (57,8%), 25,1% afirmaram que não utilizam ou não precisam desse serviço e 76,3% dos idosos afirmou usar algum tipo de remédio. A descrição completa do perfil sociodemográfico e de saúde da população quilombola estudada é apresentada na tabela 1.

**Tabela1-** Perfil sociodemográfico e de saúde dos idosos quilombolas do estudo, Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas. Vitória da Conquista- Bahia, 2014.

<b>Variáveis sociodemográficas e de saúde</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	198	46,4
Feminino	229	53,6
<b>Idade</b>		
De 60-79 anos	363	85,0
De 80- 102 anos	57	13,4
N.S./N.R.	7	1,6
<b>Escolaridade</b>		
Nenhuma/Analfabetos	351	82,2
Primário	68	15,9
Ginásio ou 1º grau	8	1,9
<b>Raça/cor</b>		
Preta	200	46,8
Parda	227	53,2
<b>Renda per capita (SM)*</b>		
Sem renda ou menor que 1	326	76,3
Igual a1	93	21,8
Maior que 1 e Menor que 2	8	1,9
<b>Tem Problema de saúde</b>		
Sim	369	86,4
Não	52	13,6
<b>Percepção de saúde nos últimos 5 anos</b>		
Melhor	61	14,3
Mesma coisa	186	43,6
Pior	179	41,9
N.S./N.R	1	0,2
<b>Número de atividades que consegue realizar sozinho(a)</b>		
De 1-7	28	6,6
De 8-15	399	93,4
<b>Classificação da depressão</b>		
Não caso de depressão	301	70,5
Depressão menor/Deprimidos	112	26,2
Depressão maior	14	3,3
<b>Satisfação com o serviço de saúde</b>		
Não utiliza ou não precisa	107	25,1
Sim	71	16,6
Não	247	57,8
N.S./N.R	2	0,5
<b>Número de remédios que toma</b>		
Não toma remédio	98	22,9
De 1-4	292	68,4
De 5-8	35	8,2
De 9-13	2	0,4

(\*)Salário Mínimo = R\$ 724,00

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

A partir dos escores dos domínios do *WHOQOL-bref* evidenciou-se que o escore do domínio social teve a maior média 71,09 (dp=11,75), enquanto o ambiental 44,63 (dp= 8,94) representou o menor. Adicionalmente, o IGQV obteve média de 48,00 (dp= 19,93), conforme exposto na tabela 2.

**Tabela 2** - Estatística descritiva dos domínios e do Índice Geral de Qualidade de Vida do *WHOQOL-bref* do estudo, Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2014.

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio padrão
Físico	17,86	82,14	50,83	53,57	11,75
Psicológico	8,33	83,33	56,06	54,16	11,71
Social	8,33	91,67	71,09	75,00	8,97
Ambiental	18,75	71,88	44,63	43,75	8,94
IGQV	00,00	75,00	48,00	50,00	19,93

Para o modelo final de regressão linear múltipla, as variáveis independentes explicaram 38,2% do resultado do IGQV, sendo que, as variáveis que contribuíram para o modelo final, por ordem de influência, foram: classificação da depressão, satisfação com o serviço de saúde, número de remédios que utiliza, número de atividade que faz sozinho, percepção de saúde nos últimos 5 anos.

Tendo o domínio físico do *WHOQOL-bref* como variável dependente, as variáveis independentes estudadas explicaram 30,3%, sendo que quanto maior o número de atividades que o idoso faz sozinho, melhor sua percepção de QV. Já as variáveis: classificação da depressão, número de remédio que toma e percepção de saúde nos últimos 5 anos, associaram-se negativamente com a QV. Quanto ao domínio psicológico, as variáveis escolaridade, renda familiar e presença de depressão associaram-se negativamente, enquanto o número de atividades que faz sozinho associou-se positivamente, explicando em conjunto 24,8% do domínio psicológico.

No domínio relações sociais apenas a classificação da depressão, estando inversamente associada, e a renda familiar, positivamente associada, formaram o modelo final da regressão múltipla. Para o domínio ambiental, o modelo de regressão explicou 21,3% do seu resultado, sendo que, as variáveis estaticamente significativas e que mais contribuíram por ordem de contribuição foram: classificação da depressão, satisfação com o serviço de saúde, percepção de saúde nos últimos 5 anos e o número de atividade que faz sozinho. A tabela 3 apresenta os resultados (coeficientes de regressão e valores de p) dos modelos de regressão linear múltipla.

**Tabela 3** – Regressão linear múltipla das variáveis independentes em relação ao IGQV e os domínios do *WHOQOL-bref* do estudo, Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas. Vitória da Conquista, Bahia, Brasil, 2014.

Variável	Coefficiente de regressão $\beta$	P
<b>IGQV*</b>		
Percepção de saúde nos últimos 5 anos	-0,098	0,05
Nº de atividade que faz sozinho	0,162	0,001
Classificação da Depressão	-0,385	< 0,001
Satisfação com o serviço de saúde	-0,248	< 0,001
Nº de remédios que toma	-0,207	< 0,001
<b>Domínio físico**</b>		
Percepção de saúde nos últimos 5 anos	-0,104	0,05
Nº de atividade que faz sozinho	0,407	< 0,001
Classificação da Depressão	-0,267	< 0,001
Nº de remédios que toma	-0,192	< 0,001
<b>Domínio psicológico***</b>		
Escolaridade	-0,097	0,07
Nº de atividade que faz sozinho	0,158	0,005
Classificação da Depressão	-0,454	< 0,001
Renda <i>per capita</i>	0,115	0,03
<b>Domínio relações sociais****</b>		
Classificação da Depressão	-0,223	< 0,001
Renda <i>per capita</i>	0,101	0,09
<b>Domínio ambiental*****</b>		
Percepção de saúde nos últimos 5 anos	-0,159	0,005
Nº de atividade que faz sozinho	0,141	0,01
Classificação da Depressão	-0,303	< 0,001
Satisfação com o serviço de saúde	-0,167	0,004

(\*)  $r^2$  ajustado = 0,382; p (modelo) = 0,0001; (\*\*)  $r^2$  ajustado = 0,303; p (modelo) = 0,0001; (\*\*\*)  $r^2$  ajustado = 0,248; p (modelo) = 0,0001; (\*\*\*\*)  $r^2$  ajustado = 0,056; p (modelo) = 0,0001; (\*\*\*\*\*)  $r^2$  ajustado = 0,213; p (modelo) = 0,0001.

## Discussão

Este estudo permitiu caracterizar a percepção de QV e os fatores associados entre os idosos quilombolas por meio dos quatro domínios do *WHOQOL-bref* (ambiental, físico, psicológico e relações sociais) e do IGQV. Foi possível identificar que o domínio com maior contribuição na QV foi o social e o que teve pior percepção foi o ambiental; e, a partir da média do IGQV notou-se, no geral, que os idosos não têm uma boa percepção da QV.

Para o domínio que apresentou menor contribuição na QV, os resultados se aproximam dos registrados em investigação que avaliou a qualidade de vida de idosos residentes em Juiz de fora, Brasil<sup>(13)</sup> e se diferenciou de estudo realizado em Porto, Portugal<sup>(14)</sup> e em Palmeira das Missões, Brasil<sup>(15)</sup>, os quais apresentaram como menor contribuição na QV, o domínio físico do *WHOQOL-bref*.



Neste estudo a faixa-étaria predominantemente foi de 60-79 anos, com média de 71 anos. Esses resultados apresentaram média de idade menor que a de estudos realizados com idosos em comunidade de área urbana<sup>(15)</sup> e rural<sup>(16)</sup>. Em relação ao sexo, este estudo apresentou maior concentração para o feminino, resultado semelhante a outro estudo<sup>(15)</sup>.

A partir do modelo de regressão foi visto as variáveis independentes que, em conjunto, melhor explicam o resultado da variável dependente (i.e., os domínios do *WHOQOL-Bref* e o IGQV). A renda familiar compôs o modelo final de regressão para o domínio psicológico, impactando de forma negativa a percepção de QV neste domínio.

São escassos os estudos que investiguem a percepção de QV de idosos quilombolas, o que inviabiliza comparações diretas com os resultados deste estudo. No entanto, em outra investigação, realizada na região sudeste do país, renda não se associou aos escores da QV<sup>(17)</sup>. É importante ressaltar e que no Brasil existe uma diferença quanto a renda de indivíduos brancos e negros, pois os brancos têm renda 84,5% maior que negros e 81,95% maior que pardos<sup>(18)</sup>, desigualdade que pode comprometer as condições de vida da população negra, como a residente em comunidades quilombolas, o que pode justificar nosso resultado.

A variável percepção de saúde nos últimos 5 anos compôs o modelo final de regressão para IGQV e os domínios, físico e ambiental. Sugere-se que esses achados podem ter relação com as condições de vida enfrentadas pela população quilombola e, conseqüentemente, seu impacto nas condições de saúde atual e na QV. Em estudo sobre disparidades étnico-raciais em saúde auto avaliada, realizada com indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros, identificou-se que pretos e pardos (negros) apresentaram maior razão de chances de autoavaliarem sua situação de saúde como negativa, em relação a brancos<sup>(1)</sup>, o que pode justificar a associação significativa com a maioria dos parâmetros de QV.

Conforme verificado neste estudo, quanto menor o número de atividades que o idoso é capaz de realizar sozinho, pior a percepção de QV, baseado no IGQV e nos domínios físico, psicológico e ambiental. Sendo assim, é inferir que o grau de dependência do idoso influencia impacta diretamente na percepção de QV, o que pode ser justificado pela existência da relação entre o grau de dependência do idoso com as suas condições de saúde, pois as doenças podem comprometer a funcionalidade da pessoa idosa. Logo, é preciso reduzir o impacto de doenças para

a população geral, especialmente para os idosos, com vistas a prevenir a dependência e melhorar a QV, sendo necessárias medidas de intervenção, dirigidas à prevenção e à redução de complicações que possam levar a perda da funcionalidade<sup>(19)</sup>.

A classificação da depressão influenciou negativamente na QV dos idosos e, esteve significativamente associada com o IGQV e todos os quatro domínios avaliados a partir do *WHOQOL-Bref*. É sabido que a depressão, quando não identificada e tratada, pode impactar negativamente a QV, tornando-se imprescindível identificar os possíveis casos de depressão e conhecer características como sociodemográficas, econômicas e de QV da população em investigação<sup>(16)</sup>.

Mesmo evidenciando que as variáveis referentes às condições de saúde foram as que mais influenciaram para uma pior percepção de QV, foi visto que a satisfação com o serviço de saúde contribuiu de forma negativa no IGQV e no domínio ambiental. A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pode ser um preditor para a insatisfação dos idosos quilombolas com os serviços de saúde, assim como, com a sua QV. Esses resultados são ratificados por outros estudos realizados a partir de recorte étnico-racial, com populações de matriz africanas<sup>(5, 20, 21)</sup> em que é notada a insatisfação e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

A temática do acesso à saúde nas comunidades quilombolas ainda é um grave problema para muitos debates que abordam o enredo da exclusão-inclusão, desigualdade-igualdade, iniquidade-equidade, do gerenciamento do sistema sanitário e do respeito à cultura e identidade étnica. Cabe, então, refletir até que ponto a implantação de políticas e programas do Sistema Único de Saúde pode ser observada como gesto qualificado para a promoção de ações e serviços que estabeleçam o direito de as comunidades escolherem os atendimentos de suas prioridades frente às necessidades, tornando-os protagonistas<sup>(20)</sup>.

Destaca-se, ainda, que, na análise multivariada o número de remédios que o idoso toma interferiu no IGQV e no domínio físico. Conforme resultado de outro estudo, realizado com idosos, o uso de medicamentos representou pior QV no domínio psicológico<sup>(17)</sup>. Entretanto, ressalva-se que neste estudo, o número de remédios que os idosos quilombolas utiliza foi um fator protetor para os domínios ambiental, psicológico e das relações sociais, o que pode haver existência de benefícios às condições de saúde e, possivelmente, na QV, pois as mesmas apresentaram estreita relação.

Entende-se que a população idosa apresenta níveis de morbidade maiores que o da população em geral, com maior consumo de medicamentos. Os medicamentos estão entre as intervenções mais utilizadas e essenciais no tratamento de doenças nesse grupo etário, podendo elevar a sobrevivência e, por conseguinte, proporcionar melhora na QV<sup>(22)</sup>.

Mesmo proporcionado benefícios, os idosos precisam utilizar remédios com cautela, pois a partir de inquérito dos determinantes individuais de consumo de medicamento por quilombolas<sup>(21)</sup> identificou-se que os idosos, estão entre os grupos mais propensos ao uso de medicamentos; portanto, deverão ser os grupos de preferência para o desenvolvimento de estratégias específicas no intuito de proporcionar o seu uso de forma racional.

## **Conclusão**

Entre os fatores que se mostraram associados à qualidade de vida dos idosos quilombolas verificou-se que aqueles relacionados às condições de saúde, em especial a classificação da depressão, tiveram maior influência, impactando de forma negativa a percepção de QV.

Sendo assim, como possibilidade de minorar os fatores que implicaram negativamente na qualidade de vida dos idosos estudados, é essencial que a atenção à saúde desses indivíduos seja priorizada, conforme suas demandas. Logo, as Estratégias Saúde da Família, situadas nas comunidades quilombolas, necessitam realizar suas ações de forma integrada com outros setores, serviços e profissionais da saúde, contemplando dentre as dimensões do idoso, as de caráter étnico-racial, além de, dar ênfase à saúde mental, uma vez que a depressão causou maior impacto na qualidade de vida.

Diante dos resultados encontrados, é necessário destacar que este estudo é de corte transversal, permitindo apontar associações e não uma relação de causalidade entre as variáveis. Dessa forma, não foi possível identificar as prováveis consequências advindas dos fatores que impactam na QV dos idosos, principalmente, as de longo tempo, merecendo, portanto, novas investigações com este foco. Outra limitação foi à dificuldade de alguns idosos em entender determinadas questões do *WHOQOL-bref*, carecendo de explicação dos entrevistadores.

## Referências

1. Chiavegatto Filho ADP, Laurenti R. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. Cad. Saúde Pública [internet].2013 [acesso em: 10 Jun 2014]; 29 (8): 1572-82. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a10.pdf>
2. Lei nº 12.288, de 20 julho de 2010 (BR). Dispõe sobre a Igualdade Racial, Brasília, 2010 [acesso em: 06 Jun 2014]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm)
3. Brasil. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, Brasília: Ministério da Saúde; 2007 [acesso em: 07 Jul 2014]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)
4. Decreto Nº 4.887 de 20 de novembro de 2003 (BR). Presidência da República. Casa civil. Subchefia para Assuntos jurídicos, Brasília, 2003[acesso em: 10 Jul 2014]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm)
5. Santos VC, Boery EM, Boery RNSO, Anjos KF. Condições de saúde e qualidade de vida do idoso negro quilombola. Rev enferm UFPE [internet]. 2014[acesso em: 01 ago 2014]; 8 (8): 321-7. Disponível em: [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6300/pdf\\_5827](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6300/pdf_5827)
6. The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science and Medicine, Burlington [internet]. 1998 [acesso em: 7 maio 2014]; 46 (12): 1569-85. Disponível em: [http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71\\_TheWHOQOLGroup1998.pdf](http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71_TheWHOQOLGroup1998.pdf)
7. Palmares. Fundação Cultural Palmares. Cultura Afro-Brasileira: Tempo de cidadania e diversidade. Rev Palmares, Brasília: Ministério da Cultura; 2009 [acesso em: 13 Jun 2014]; 5 (5). Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista05.pdf>

8. Brasil. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde; 2007. [acesso em: 07 ago 2014]; Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>
9. Brasil. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde; 2010. [acesso em: 07 ago 2014]; Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>
10. Veras RP, Dutra S. Perfil do idoso brasileiro: Questionário Boas, Rio de Janeiro, 2008 [citado 2014 Jun 25]. Disponível em: [http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf)
11. Veras RP. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.
12. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". Rev Saúde Pública [internet]. 2000 [acesso em: 23 jun 2014]; 34(2):178-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1954.pdf>
13. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em juiz de fora/MG. Rev APS [internet]. 2011 jan-mar [acesso em: 21 maio 2014]; 14 (1): 93-100. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/965/450>
14. Gonçalves LHT, Costa MAM, Martins MM, Nassar SM, Zunino R. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal= La dinámica de la familia de ancianos con edad avanzada en el contexto de la ciudad de Porto, Portugal =A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. Rev Latino-Am Enfermagem [internet]. 2011 May-Jun [acesso em: 25 maio 2014]; 19(3):458-66. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/03.pdf>
15. Gonçalves LHT, Leite MT, Hildebrandt LM, Bisogno SC; Biasuz S; Falcade BL. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. Rev. bras. geriatr. gerontol. [internet]. 2013 [acesso em: 20 maio 2014]; 16 (2): 315-25. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000200011&script=sci_arttext)

16. Rodrigues LR, Silva ATM, Ferreira PCS, Dias FA, Tavares DMS. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. Rev. enferm. UERJ [internet]. 2012 dez [acesso em: 14 jun 2014]; 20(esp.2): 777-83. Disponível em: <http://www-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6005/4307>
17. Pereira RJ, Cotta RMM, Franceschini SCC, Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. Ciênc. saúde coletiva [internet]. 2011 [acesso em: 04 jul 2014]; 16 (6). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/28.pdf>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE. Censo Demográfico 2010. Caracterização da população e dos domicílios [citado 2014 Jun 16]. Disponível em: [http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf)
19. Brasil. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em: 20 maio 2014]. Disponível: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_plano.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf)
20. Vieira ABD, Monteiro OS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. Saúde em Debate [internet] 2013. out-dez [acesso em: 22 maio 2014]; 37 (99): 610-18. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf>
21. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acurcio FA. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. Rev Saúde Pública [internet] 2013. [acesso em: 02 jun 2014]; 47(5):905-13. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v47n5/0034-8910-rsp-47-05-0905.pdf>
22. Dal Pizzol Tda S, Pons Eda S, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. Cad Saúde Pública [internet] 2012. [acesso em: 02 jun 2014]; 28(1):104-14. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/11.pdf>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados encontrados neste estudo utilizando-se o *WHOQOL-bref* verificou-se que o domínio Social apresentou maior contribuição à qualidade de vida dos idosos quilombolas e o domínio Meio Ambiente, o menor. Entre os fatores que impactaram a qualidade de vida desses indivíduos estavam os relacionados às condições de saúde (autoavaliação do estado de saúde e dos dentes; o número dos principais problemas de saúde, de atividades de vida diária e de remédios tomados; satisfação com os serviços de saúde; classificação depressão); e os socioeconômicos (escolaridade e renda *per capita*).

Ressalta-se que apresentou limitações relacionadas à utilização de delineamento transversal, para indicar associações entre as variáveis, uma vez que é característica intrínseca ao delineamento transversal a possibilidade de causalidade reversa, além do que houve dificuldade de alguns idosos em compreender determinadas questões do *WHOQOL-bref*, o que pode ter ocorrido por se tratar de indivíduos com baixo nível de escolaridade.

Mesmo diante das limitações, por se tratar de idosos quilombolas cadastrados em Estratégia de Saúde da Família, os resultados deste estudo poderão contribuir para a implementação de políticas públicas específicas a essa população, principalmente de saúde, haja vista que as condições de saúde impactaram de forma negativa na qualidade de vida dos idosos estudados, tanto a partir da análise de correlação *Spearman* ( $r_{sp}$ ), como da análise de regressão linear múltipla. Em especial, para o estado da saúde mental, avaliada por meio da classificação da depressão.

Sendo assim, é necessária a ampliação do acesso aos bens e serviços de saúde e integralidade da assistência que é oferecida pelas Estratégias Saúde da Família abrangendo as comunidades quilombolas estudadas. Para isso, é preciso mudanças no planejamento e gestão dos serviços públicos de saúde oferecidos principalmente na atenção primária, de forma que as demandas dos idosos quilombolas sejam atendidas em suas dimensões, étnico-raciais, culturais, socioeconômicas, entre outras.

Assim, torna-se essencial a implantação de políticas públicas que possam melhorar as condições de vida dessa população, considerando que mudanças como

estas poderão representar avanço nas condições de saúde e, por conseguinte na qualidade de vida desses idosos.

Diante dessas considerações, sugere-se a realização de estudos relacionados à assistência oferecida pelos Serviços de Saúde Pública e seu impacto nos fatores que interferem na qualidade de vida de idosos quilombolas. Logo, pesquisas de avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde, direcionadas a gestores e profissionais da área, que atuam em comunidades quilombolas e, especialmente, com a população idosa, poderão fornecer subsídios essenciais para o desenvolvimento de ações que favoreçam a redução de fatores comprometedores da qualidade de vida dos idosos quilombolas.



## REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, Tiago da Silva; CORDEIRO, Renata Cereda; RAMOS, Luiz Roberto. Factors associated to quality of life in active elderly. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 4. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n4/58.pdf> >. Acesso em: 01 jul. 2013.

ARAÚJO, Isabel; PAÚL, Constança; MARTINS, Manuela. Viver com mais idade em contexto familiar: dependência no auto cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 45, n. 4, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000400011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400011)>. Acesso em: 25 jun. 2013.

ARSLANTAS, Didem et al. Life quality and daily life activities of elderly people in rural areas, Eskisehir (Turkey). **Arch Gerontol Geriatr**, v. 48, p.127-31, 2009 Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18215432>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al . Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, set. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a12v16n9.pdf> >. Acesso em: 15 jun. 2013.

BENNETT, Marcus. Os quilombolas e a resistência. **Rev Palmares**. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Cultura Afro-Brasileira. v. 6, n, 6, Brasília, 2010. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista06.pdf> >. Acesso em: 24 jun. 2013.

BEZERRA, Vanessa Moraes et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.9, set. 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2)>. Acesso em: 27 set. 2013.

BEZERRA, Vanessa Moraes et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.6, jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01835.pdf>>. Acesso em: 01 jul.2014.

BRAGA, Maria Cecília Portugal et al. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em juiz de fora/MG. **Rev APS**, v.14, n. 1, p 93-100, jan/mar. 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/965/450>>. Acesso em: 01 jul.2013.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Capítulo II da Seguridade social** Diário oficial da União de 05 de outubro de 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 29 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Decreto Nº 4.887 de 20 de novembro de2003**. Presidência da República. Casa civil. Subchefia para Assuntos jurídicos, Brasília, 2003a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm)>. Acesso em: 20 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 1ª ed., 4.ª reimpr, Brasília, 2003b. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03\\_1543\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/03_1543_M.pdf)>. Acesso em: 08 fev. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf>>. Acesso em: 07 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial - SEPPIR, Brasília, 2007b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf)>. Acesso em: 7 ago. 2013.

\_\_\_\_\_. **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 3ª ed. Análise preliminar dos dados. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Brasília, 2008. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa\\_Retrato\\_das\\_Desigualdades.pdf](http://www.ipea.gov.br/sites/000/2/destaque/Pesquisa_Retrato_das_Desigualdades.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2013.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.288, de 20 julho de 2010**. Dispõe sobre a Igualdade Racial, Brasília, 2010a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm)>. Acesso em: 6 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília, 2010b. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em: 11 set. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_integral\\_populacao\\_negra.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf)>. Acesso em: 03 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil 2011-2012**, Brasília, 2011. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_plano.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. **Programa Brasil quilombola: diagnóstico de ações realizadas**. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2012a. Disponível

em: <<http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>. Acesso em: 20 jul. 2013.

BRASIL. **As Redes de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. 2012b. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php)>. Acesso em: 19 abr 2014.

\_\_\_\_\_. **Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas**. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2013a. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/arquivos/guia-politicas-publicas-do-pbq>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica em Saúde. Redes e Programas. Equipes de Saúde da Família**. 2013b. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2013c. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963\\_27\\_05\\_2013.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html)>. Acesso em: 19 abr. 2014.

BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bomfim. **O movimento negro na construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e sua relação com o estado brasileiro**. IN Saúde da população negra / Jurema Werneck, Luís Eduardo Batista e Fernanda Lopes (orgs.). Petrópolis, RJ; Brasília, DF: ABPN, 2012. 328p. Disponível em: <<http://www.abpn.org.br/novo/attachments/article/92/Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2014.

CALHEIROS, Fernando Paulo; STADTLER, Hugo Higor Cavalcante. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. **Rev Katál**, v.13, p.133-9, 2010. Disponível em:

<[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122010000200009&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2013.

CARREIRA, Lígia et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Rev enferm UERJ**, v.19, p. 268-73, 2011. Disponível em:<<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a16.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2014.

CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto; LAURENTI, Ruy. Disparidades étnico-raciais em saúde autoavaliada: análise multinível de 2.697 indivíduos residentes em 145 municípios brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 8, p.1572-82, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n8/v29n8a10.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cad. Saúde Pública**, 2013, v.29, n.7, p. 1272-1275. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n7/02.pdf>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

CNDSS. Comissão Nacional Sobre os Determinantes Sociais da Saúde. **Carta aberta aos candidatos à Presidência da República**. 2006. Disponível em:<<http://www.determinantes.fiocruz.br/>>. Acesso em: 01 ago. 2014.

DATA/SUS. Departamento de Informática do SUS. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2014. Disponível em:<<http://cnes.datasus.gov.br>>. Acesso em: 01 jul. 2014.

DAL PIZZOL, Tatiane da Silva et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cad Saúde Pública**, v. 28, n.1, p.104-14, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n1/11.pdf>>. Acesso em: 02 jun. 2014.

DEUS, Suelma Inês Alves de. **Clube da melhor idade mariama: saúde, negritude e envelhecimento**. Temas em Saúde coletiva, 14. Velhices: experiências e desafios nas políticas do envelhecimento ativo. Instituto de Saúde – SESSP, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de->

[saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/velhices\\_envelhecimento\\_ativo\\_pdf.pdf](#)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

FLECK, Marcelo P. A et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Rev Saúde Pública**, v. 34, n.2, p.178-83, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

FLOR, Luisa Sorio; CAMPOS, Monica Rodrigues; LAGUARDIA, Josue. Qualidade de vida, posição social e grupos ocupacionais no Brasil: evidência de uma pesquisa de base populacional. **Rev. bras. epidemiol.**v.16, n.3, p. 748-762, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/pt\\_1415-790X-rbepid-16-03-00748.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n3/pt_1415-790X-rbepid-16-03-00748.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2013.

FREITAS, Daniel Antunes et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, v.13, n.5, 2011, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462011005000033>>. Acesso em: 08 jul. 2014.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciênc. saúde coletiva**, v.17, n.1, p. 123-133, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

GOMES, Karine de Oliveira Gomes et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.9, set. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2)>. Acesso em: 27 set. 2013.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. The family dynamics of elder elderly in the context of Porto, Portugal. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.19, n.3, 458-66, May-Jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/03.pdf>>. Acesso em: 25 maio. 2014.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Convívio e cuidado familiar na quarta idade: qualidade de vida de idosos e seus cuidadores. **Rev. bras. geriatr. Gerontol**, v.16, n.2, p. 315-25, 2013. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000200011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232013000200011&script=sci_arttext)>. Acesso em: 20 maio. 2014.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Informação demográfica e socioeconômica. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2010a. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/SIS\\_2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsois2010/SIS_2010.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2013.

\_\_\_\_\_. Censo Demográfico 2010. **Acesso a informações Cidades@ Bahia**, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ba>>. Acesso em: 16 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Características da população e dos domicílios: características do universo**. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em:

<[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2013.

IPEA- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Comunicados do Ipea n.º 91 - **Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira**, 2011. Disponível em: <[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110512\\_comunicadoipea91.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/comunicado/110512_comunicadoipea91.pdf)>. Acesso em: 19 jul. 2013.

KABAD, Juliana Fernandes; BASTOS, João Luiz; SANTOS, Ricardo Ventura. Raça, cor e etnia em estudos epidemiológicos sobre populações brasileiras: revisão sistemática na base PubMed. *Physis*. **Rev Saúde Coletiva**, v. 22, n.3, p.895-918, 2012. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312012000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300004)>. Acesso em: 22 jan. 2014.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda Ferreira et al. The Bambuí Health and Ageing Study (BHAS). Methodological approach and preliminary results of a population-based cohort study of the elderly in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.34, p.126-135, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000200005&script=sci_arttext)>. Acesso em: 01 jul. 2013.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda Ferreira et al. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da pesquisa nacional por amostra de domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n. 9, p.3689-3696, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n9/a06v16n9.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

MARQUES, Amaro Sãorgio et al. População quilombola no Norte de Minas gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acessos ao Sistema Público de Saúde. **Bis. Boletim do instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, 2010. Disponível em: <[http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-18122010000200009&lng=pt&nrm=iso](http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200009&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jul. 2013.

MEDEIROS, Danielle Souto de et al. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n.5, p. 905-13, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102013000500905](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500905)>. Acesso em: 02 jun. 2014.

NICOLAZI, Melina da Costa et al. Qualidade de vida na terceira idade: um estudo na atenção primária em saúde. **Cogitare Enferm**, v.14, n. 3, p.428-34, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16158/10679>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

NÓBREGA, Thaís Cano Miranda de et al. Quality of Life and multimorbidity of elderly outpatients. **Clinics**, v.64, p. 45-50, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/clin/v64n1/a09v64n1.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2014.



OLIVEIRA, Bruno Luciano Carneiro Alves de et al. Racial inequalities in the socioeconomic, demographic and health conditions of elderly from Maranhão State, Legal Amazon, Brazil: a population-based study. **Acta Amaz**, v.44, n.3, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aa/v44n3/a06v44n3.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

OMS. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PALMARES. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. Cultura Afro-Brasileira: Tempo de cidadania e diversidade. **Rev Palmares**, Brasília, v. 5, n. 5, 2009. Disponível em: <<http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2011/02/revista05.pdf>>. Acesso em: 24 jul. 2013.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; MOLZAHN, A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. **West J Nurs Res**, v. 29, n. 1, p 10-26, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/17228059/?i=2&from=/18448855/related>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi et al. Elders' perception of quality of life. **Acta paul. Enferm**, São Paulo, v. 23, n.1, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/en\\_16.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/en_16.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2013.

PEREIRA, Renata Junqueira et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n6/28.pdf>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

RAZZAQUE, Abdur et al. **Socio-demographic differentials of adult health indicators in Matlab, Bangladesh: self-rated health, health state, quality of life and disability level**, 2010. Disponível em: <<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/4618/6067>>. Acesso em: 01 jul. 2013.

RODRIGUES, Leiner Resende et al. Qualidade de vida de idosos com indicativo de depressão: implicações para a enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 20, n. esp.2, p. 777-83, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/6005>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar. **Epidemiologia & Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708 p.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Epidemiologia & saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2012.144p.

SANTOS, Felipe Hino; ANDRADE, Vanessa Mirtes; BUENO, Orlando. Envelhecimento: um processo multifatorial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.14, n.1, p. 3-10, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v14n1/a02v14n1.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2013.

SANTOS, Vanessa Cruz et al. Condições de saúde e qualidade de vida do idoso negro quilombola. **Rev enferm UFPE on line**, v. 8, n. 8, p. 321-7, 2014. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6300/pdf\\_5827](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6300/pdf_5827)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

SOUZA, Cláudio Lima; BARROSO, Sabrina Martins; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland .Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.6. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.08662013>>. Acesso em: 15 jul. 2014.

SOUZA, Eliane Helena Alvim de et al. Raça e o uso dos serviços de saúde bucal por idosos. **Ciênc Saúde coletiva**, v.17, n. 8, p. 2063-70, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000800017&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 07 jun. 2014.

SILVA, Ana Maria da. **Saúde nos Quilombos**: Temas em Saúde Coletiva, 9. Instituto de Saúde – SESSP, São Paulo, 2009. 304 p. Disponível em: <<http://educampoparaense.org/site/media/biblioteca/pdf/Temas09.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2013.

SILVA, Paulo Sérgio da. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Revista identidade**, 2010. Disponível em: <<http://est.tempsite.ws/periodicos/index.php/identidade/article/viewFile/25/38>>. Acesso em: 13 ago. 2013.

TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DIAS, Flavia Aparecida. Capacidade funcional, morbidades e qualidade de vida de idosos. **Texto Contexto Enferm**, v. 21, n.1, p. 112-20, Jan-Mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000100013&script=sci_arttext)>. Acesso em: 28 jul. 2014.

TESTON, Elen Ferraz; MARCON, Sonia Silva. Qualidade e condições de vida sob a ótica dos residentes de um condomínio do idoso. **Rev Gaúcha Enferm**, v.35, n.1, p.124-130, mar. 2014. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/37032/28950>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. **Social Science and Medicine**, Burlington, v. 46, n. 12, p. 1569-85, 1998. Disponível em: <[http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71\\_TheWHOQOLGroup1998.pdf](http://www.psychology.hku.hk/ftbcstudies/refbase/docs/thewhoqolgroup/1998/71_TheWHOQOLGroup1998.pdf)>. Acesso em: 13 ago. 2013.

TRAD, Leny Alves Bomfim et al. Percepção sobre a Política de Saúde da População negra: perspectivas polifônicas. IN: WERNECK, Jurema; BATISTA, Luís Eduardo; LOPES, Fernanda (orgs.). **Saúde da população negra**. Petrópolis: RJ, 2012.

VALSECKI JUNIOR, Aylton; VAZ, Luís Geraldo; CAMINAGA, Raquel M. Scarel. **Saúde Bucal em Comunidades Quilombolas: Uma Proposta de Educação em**

**Saúde Bucal.** In. VOLOCHKO, Ana; BATISTA, LE. Saúde nos Quilombos. Temas em Saúde Coletiva 9. São Paulo: Instituto de Saúde- SESSP; 2009. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/velhices\\_envelhecimento\\_ativo\\_pdf.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/temas-saude-coletiva/pdfs/velhices_envelhecimento_ativo_pdf.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

VERAS, Renato Peixoto. País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1994.

VERAS, Renato Peixoto; DUTRA, Sidney. **Perfil do idoso brasileiro: Questionário Boas**, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.crde-unati.uerj.br/liv\\_pdf/perfil.pdf](http://www.crde-unati.uerj.br/liv_pdf/perfil.pdf)>. Acesso em: 25 jun. 2013.

VERAS, Renato Peixoto. Population aging today: demands, challenges and innovations. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n.3, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en\\_224.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/en_224.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2013.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Sadi Monteiro. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p.610-18, out-dez. 2013. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n99/a08v37n99.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2014.

VITORINO, Luciano Magalhães; PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, no. Spe, p. 3-11, jan/fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000700002&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 01agost. 2014.

VOLOCHKO, Ana; VIDAL, Natália de Paula. Desigualdades raciais na saúde: mortalidade nas regiões de saúde paulistas, 2005. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n. 2, p.143-153, 2010. Disponível em: <<http://www.iesc.ufrj.br/cursos/saudepopnegra/recomendacaoLuisEduardo.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

XAVIER, Eliana Costa. **O olhar das mulheres quilombolas sobre a Atenção Básica e das profissionais das unidades básicas sobre a saúde das comunidades remanescentes de quilombos urbanas de Porto Alegre.** IN Saúde da população negra / Jurema Werneck, Luís Eduardo Batista e Fernanda Lopes (orgs.). Petrópolis, RJ; Brasília, DF: ABPN, 2012. 328p. Disponível em: <<http://www.abpn.org.br/novo/attachments/article/92/Sa%C3%BAde%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Negra.pdf>>. Acesso em: 14 set. 2014.

WHO. World Health Organization. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health.** Geneve: Commission on Social Determinants of Health; 2010. Disponível em: <[http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)>. Acesso em: 01 ago. 2014.

**APÊNDICE A**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida e fatores associados entre idosos**  
**quilombolas**

**Formulário sociodemográfico e algumas condições de saúde**

Registro: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Hora de término: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_

1. Raça/Cor: 1 (  ) Parda                      2 (  ) Preta

2. Há quanto tempo reside na comunidade quilombola? \_\_\_\_\_.

3. Fuma?      1 (  ) Sim                      2 (  ) Não

4. Já fumou? 1 (  ) Sim                      2 (  ) Não

**\*Se sim, parou há quanto tempo?** \_\_\_\_\_.

5. Faz uso de bebida alcoólica? 1 (  ) Sim                      2 (  ) Não

6. Já fez uso de bebida alcoólica? 1 (  ) Sim                      2 (  ) Não

**\*Se sim, parou há quanto tempo?** \_\_\_\_\_.

7. Você necessita de algum cuidador (indivíduo da família ou comunidade) para ajudá-lo a desenvolver suas atividades diárias?

1 (  ) Sim                      2 (  ) Não

**\*Se sim:**

**\* Cite algum (s) motivo (s)?** \_\_\_\_\_.

**\* Você tem algum cuidador?** 1 (  ) Sim                      2 (  ) Não

**\*Se sim, responda:**

**\* Quem é?** \_\_\_\_\_.

**APÊNDICE B**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**PROJETO DE PESQUISA:** Qualidade de vida e fatores associados entre idosos quilombolas

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012, sendo o Conselho Nacional de Saúde.

Prezado Senhor (a),

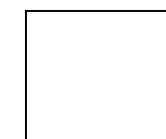
Eu, Vanessa Cruz Santos, mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, em Jequié, Bahia, juntamente com o Professor Doutor Eduardo Nagib Boery, estamos realizando a pesquisa “Qualidade de Vida e fatores associados em idosos negros quilombolas”. Estamos convidando o (a) senhor (a) para participar da nossa pesquisa. É um estudo importante, pois está sendo construído como uma maneira de identificar se fatores como: os sociodemográficos e as condições de saúde dos idosos negros quilombolas, estão interferindo em sua qualidade de vida. A pesquisa tem como objetivo analisar as associações dos fatores sociodemográficos e de condições de saúde na qualidade de vida de idosos negros quilombolas residentes em comunidades. Concordando em participar da pesquisa o (a) senhor (a) deverá estar disposto para responder as perguntas, por meio de entrevista que vai durar em torno de 30 a 40 minutos. Durante a aplicação dos questionários, existe o risco de alguma pergunta lhe causar desconforto ou incômodo, ficando o(a) a vontade para deixar de responder as perguntas que lhe causar incômodo. Sua participação é voluntária, ou seja, livre de qualquer forma de pagamento, podendo desistir a qualquer momento do estudo, sem qualquer prejuízo. Nós guardaremos os registros de cada pessoa, e somente os pesquisadores terão acesso as informações. Se qualquer relatório ou publicação ocorrer a partir deste trabalho, a identificação do participante não será revelada. Este estudo poderá proporcionar um planejamento de ações e a prestação de assistência para a saúde de qualidade para os idosos. Se o senhor(a) tiver algum constrangimento decorrente do estudo, poderá deixar de responder aos questionários e desistir da pesquisa a qualquer momento. Se o senhor(a) quiser ou necessitar de mais informações sobre esta pesquisa entre em contato com Vanessa Cruz Santos e o Professor Eduardo Nagib Boery, no endereço da Universidade estadual do Sudoeste da Bahia, Av. Jose Moreira Sobrinho, S/N, Jequié, Bahia, pelos telefones: (73) 3528-9738 (Mestrado em Enfermagem), (73) 3528-9727/ 3525-6683 (Comitê de Ética em pesquisa- CEP) ou (77) 9157-8680 / 3426-9501(mestranda).

Se o senhor (a) aceita a participar livremente deste estudo, por favor assine comigo este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Agradecemos a atenção.

**Assinatura do Participante** \_\_\_\_\_

**Nome da pessoa ou responsável legal** \_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador \_\_\_\_\_



Polegar direito

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

**ANEXO A**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida e fatores associados entre idosos**  
**quilombolas**

**Mini Exame do Estado Mental - MEEM**

**Nº do Entrevistado:**

**Idade:**

<b>Orientação</b>	
1) Em que ano nós estamos?(1 ponto)	( )
2) Dia do Mês?(1 ponto)	( )
3)Mês?(1 ponto)	( )
4)Ano?(1 ponto)	( )
5)Hora aproximada?(1 ponto)	( )
6) Local específico (andar ou setor)?(1 ponto)	( )
7) O que é este prédio que estamos?(1 ponto)	( )
8) Bairro ou rua próxima?(1 ponto)	( )
9) Cidade?(1 ponto)	( )
10)Estado?(1 ponto)	( )

**Memória Imediata**

Agora, preste atenção. Eu vou dizer três palavras e o(a) Sr(a) vai repeti-las quando eu terminar. Certo? As palavras são: **CARRO** [pausa], **VASO** [pausa], **BOLA** [pausa]. Agora, repita as palavras para mim. [Permita cinco tentativas, mas pontue apenas a primeira]

**\*Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.**

**Cálculo**

Agora eu gostaria que o(a) Sr(a) subtraísse 7 de 100 e do resultado subtraísse 7. Então, continue subtraindo 7 de cada resposta até eu mandar parar.



Entendeu? [pausa] Vamos começar: quanto é 100 menos 7? [Dê um ponto para cada acerto]

Correto: (100-7=**93**-7=**86**-7=**79**-7=**72**-7=**65**)

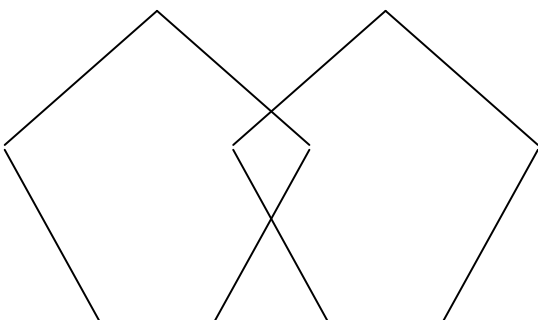
\*\*Se não atingir o escore máximo, peça: Soletre a palavra **MUNDO**. Corrija os erros de soletração e então peça: Agora, soletre a palavra **MUNDO** de trás para frente. [Dê um ponto para cada letra na posição correta. Considere o maior resultado]  
( )

<b>Evocação</b>	
Pergunte pelas três palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra)	( )
<b>Linguagem</b>	
1) Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos)	( )
2) Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto)	( )
3) Comando:”pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos)	( )
4) Ler e obedecer:”feche os olhos” (1 ponto)	( )
5) Escrever uma frase (1 ponto)	( )
6) Copiar um desenho (1 ponto)	( )

**Escore:** ( / 30)

**ESCREVA UMA FRASE**

**COPIE O DESENHO**



**ANEXO B**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida e fatores associados entre idosos**  
**quilombolas**

**QUESTIONÁRIO *BRAZIL OLD AGE SCHEDULE (BOAS)***

As informações contidas neste questionário permanecerão confidenciais.

<b>I. INFORMAÇÕES GERAIS</b>
------------------------------

**1. Sexo do Entrevistado:**

**Entrevistador:** Indique o sexo da pessoa entrevistada

1. Masculino
2. Feminino

**2. Quantos anos o(a) Sr.(a) tem?**

..... anos

998. N.S./N.R

**3. Em que país o(a) Sr.(a) nasceu?**

1. Brasil
2. Outros países (especifique) .....
8. N.S./N.R

**Entrevistador:** Se 1 (Brasil) vá para Q. 3a., se 2 (outros países) vá para Q. 4 e marque N.A. na Q. 3a.

**3a. Em que estado do Brasil o(a) Sr.(a) nasceu?**

Nome do estado .....

1. Região Norte
2. Região Nordeste
3. Região Sudeste
4. Região Sul
5. Região Centro-Oeste
7. N.A.
8. N.S./N.R

**4. Há quanto tempo (anos) o(a) Sr.(a) mora nesta cidade?**

..... (número de anos)

98. N.S./N.R.

**5. O(a) Sr.(a) sabe ler e escrever?**

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 6 e marque N.A. na Q. 5a.**)
8. N.S./N.R.

**5a. Qual é sua escolaridade máxima completa?**

1. Nenhuma
2. Primário
3. Ginásio ou 1º grau
4. 2º grau completo (científico, técnico ou equivalente)
5. Curso superior
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**6. Atualmente qual é o seu estado conjugal?**

**Entrevistador:** Marque apenas uma alternativa

1. Casado/morando junto
2. Viúvo (a) (**Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.**)
3. Divorciado(a) / separado (a) (**Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.**)
4. Nunca casou (**Vá para Q. 7 e marque N.A. nas Qs. 6a. e 6b.**)
8. N.S./N.R.

**6a. Há quanto tempo o(a) Sr.(a) está casado(a) / morando junto?**

**Entrevistador:** A pergunta se refere ao casamento atual

..... (número de anos)

97. N.A.
98. N.S./N.R.

**6b. Qual a idade de sua (seu) esposa (o) ?**

..... anos de idade

97. N.A.
98. N.S./N.R.

**7. O(a) Sr.(a) teve filhos? (em caso positivo, quantos?)**

**Entrevistador:** Especifique o número de filhos...../ filhas .....

..... (número total de filhos/as)

00. Nenhum
98. N.S./N.R.

**8. Quantas pessoas vivem com o(a) Sr.(a) nesta casa?**

..... pessoas

00. Entrevistado(a) mora só. (**Vá para Q. 9 e marque N.A. na Q. 8a.**)
98. N.S./N.R.

**8a. Quem são essas pessoas?**

**Entrevistador:** Para cada categoria de pessoas indicada pelo entrevistado marque a resposta **SIM**.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NA</b>	<b>NS/NR</b>
1. Esposo(a) / companheiro(a)	1	2	7	8
2. Pais	1	2	7	8
3. Filhos	1	2	7	8
4. Filhas	1	2	7	8
5. Irmãos/irmãs	1	2	7	8
6. Netos(as)	1	2	7	8
7. Outros parentes	1	2	7	8
8. Amigos	1	2	7	8
9. Empregado(a)	1	2	7	8

**9. Como o(a) Sr.(a) se sente em relação à sua vida em geral ?**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Marque apenas uma opção.

1. Satisfeito(a) (**Vá para a Q. 10 e marque N.A. na Q. 9a.**)
2. Insatisfeito(a)
8. N.S./ N.R.

**9a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com a vida?**

**Entrevistador:** Não leia para o entrevistado as alternativas listadas

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NA</b>	<b>NS/NR</b>
1. Problema econômico	1	2	7	8
2. Problema de saúde	1	2	7	8
3. Problema de moradia	1	2	7	8
4. Problema de transporte	1	2	7	8
5. Conflito nos relacionamentos pessoais	1	2	7	8
6. Falta de atividades	1	2	7	8
7. Outro problema (especifique)	1	2	7	8

**10. Observação do entrevistador: O entrevistado informou sua idade na Q.2.**

**Você acha esta informação:**

1. Idade plausível/ consistente/ correta
2. O entrevistado informou idade que não corresponde à impressão do observador; ou é obviamente errada ou não sabe ou forneceu resposta incompleta.

**II. SAÚDE FÍSICA**

**Agora, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre sua saúde**

**11. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.

Marque apenas uma opção

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim

- 4. Péssima
- 8. N.S./N.R

**12. Em comparação com os últimos 5 anos, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde hoje é:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3.  
Marque apenas uma opção.

- 1. Melhor
- 2. Mesma coisa
- 3. Pior
- 8. N.S./N.R

**13. Em comparação com as outras pessoas de sua idade, o(a) Sr.(a) diria que sua saúde está:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 3.  
Marque apenas uma opção.

- 1. Melhor
- 2. Igual
- 3. Pior
- 8. N.S./N.R.

**14. Atualmente o(a) Sr.(a) tem algum problema de saúde ?**

- 1. Sim
- 2. Não (Vá para Q. 15 e marque N.A. nas Qs. 14a., 14b. e 14c.)
- 8. N.S./ N.R.

**14a. Quais são os principais problemas de saúde que o(a) Sr.(a) está enfrentando?**

**Entrevistador:** Especifique os problemas.

	NA	NS/NR
1) .....	97	98
2) .....	97	98
3) .....	97	98

**14b. Há quanto tempo?**

**Entrevistador:** Anote em meses o período de duração dos problemas

	MESES	96 MESES	NA/NR	OU MAIS
1) .....	.....	96	97	98
2) .....	.....	96	97	98
3) .....	.....	96	97	98

**14c. Este problema de saúde atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer coisas que precisa ou quer fazer ?**

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**15. Por favor, responda se o(a) Sr.(a) sofre de algum destes problemas:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado todas as alternativas listadas.

Marque as respostas correspondentes.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Problema nos pés que inibe sua mobilidade (Ex.: joanete, calos, dedos torcidos, unha do pé encravada, etc.)	1	2	8
b. Problemas nas articulações dos braços, mãos, pernas, pés	1	2	8
c. Falta algum braço, mão, perna, pé	1	2	8

**15a. O Sr.(a) recebeu alguma ajuda, tratamento de reabilitação ou alguma outra terapia para este problema ?**

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**16. O(a) Sr.(a) teve alguma queda(tombo) nos últimos 3 meses ?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q. 17 e marque N.A. nas Qs. 16a. e 16b.)
8. N.S./N.R.

**16a. O(a) Sr.(a) pode se levantar sozinho(a) do chão ?**

1. Sim (Vá para Q. 17 e marque N.A. na Q 16b.)
2. Não
7. N.A.
8. N.S./ N.R.

**16b. Quanto tempo o(a) Sr.(a) ficou no chão até receber ajuda?**

..... minutos

997. N.A.
998. N.S./N.R.

**17. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua visão (com ou sem a ajuda de óculos) está:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.

Marque apenas uma opção.

0. (o entrevistado é uma pessoa cega)
1. Ótima (**Vá para Q. 18 e marque N.A. na Q. 17a.**)
2. Boa (**Vá para Q. 18 e marque N.A. na Q. 17a.**)
3. Ruim
4. Péssima
8. N.S./N.R.

**17a. Este seu problema de visão atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?**

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**18. Em geral, o(a) Sr.(a) diria que sua audição (com ou sem a ajuda de aparelhos) está:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.

Marque apenas uma opção.

1. Ótima (**Vá para Q. 19 e marque N.A. na Q. 18a.**)
2. Boa (**Vá para Q. 19 e marque N.A. na Q. 18a.**)
3. Ruim
4. Péssima
8. N.S./N.R.

**18a. Este seu problema de audição atrapalha o(a) Sr.(a) de fazer as coisas que o(a) Sr.(a) precisa / quer fazer ?**

1. Sim
2. Não
1. N.A.
2. N.S./N.R.

**19. Em geral, qual é o estado dos seus dentes ?**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.

Marque apenas uma opção.

1. Ótimo
2. Bom
3. Ruim
4. Péssimo
8. N.S./N.R.

**20. Está faltando algum dos seus dentes ?**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas de 1 a 4.

Marque apenas uma opção.

1. Não está faltando dente
2. Poucos dentes estão faltando
3. A maioria ou todos os dentes estão faltando
8. N.S./N.R.

**21. O(a) Sr.(a) tem algum dente postiço, dentadura, ponte...?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

**22. O(a) Sr.(a) tem algum problema de dente que lhe atrapalha mastigar os alimentos?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

**Com o passar da idade é bastante normal aparecerem alguns Problemas de bexiga ou intestino. Eu gostaria de lhe fazer duas Perguntas sobre este assunto.**

**23. Aconteceu com o senhor de perder um pouco de urina e se molhar acidentalmente; seja porque não deu tempo de chegar ao banheiro, ou quando está dormindo; ou quando tosse ou espirra, ou faz força?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q. 24 e marque N.A. na Q. 23a.)
8. N.S./N.R.

**23a. Com que freqüência isso acontece?**

1. Uma ou duas vezes por dia
2. Mais de duas vezes por dia
3. Uma ou duas vezes por semana
4. Mais do que duas vezes por semana
5. Uma ou duas vezes por mês
6. Mais de duas vezes por mês
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**24. Observação do Entrevistador: Há sinais de incontinência? (cheiro de urina)**

1. Sim
2. Não

### III. UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E DENTÁRIOS

**Agora, eu gostaria de lhe perguntar sobre os serviços médicos que o(a) Sr.(a) tem direito de usar.**

**25. Quando o Sr.(a) está doente ou precisa de atendimento médico, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?**

**Entrevistador:** Marque apenas uma alternativa. Se 0.(Ninguém), faça a pergunta 25a.; se 1,2,3,4 ou 8, vá para Q.26 e marque N.A. na Q.25a.

Nome de onde ou a quem procura .....



0. Ninguém ou o entrevistado não procura o médico há muito tempo.
1. Serviço médico de uma instituição pública gratuita.
  2. Serviço médico credenciado pelo seu plano de saúde
  3. Médicos/ Clínica particulares
  4. Outros (especifique) .....
  8. N.S./N.R.

**25a. O Sr.(a) não procura um médico há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao médico? Que dificuldade?**

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao médico	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique) .....	1	2	7	8

**26. O(a) Sr.(a) está satisfeito com os serviços médico que utiliza normalmente?**

1. Sim
2. Não
3. Não utiliza serviços médicos ou não precisa consultar médico há muito tempo  
(Vá para Q.27 e marque N.A. na Q.26a.)
8. N.S./N.R.

**26a. Em geral, quais os problemas que mais lhe desagradam quando o(a) Sr.(a) utiliza os serviços médicos?**

**Entrevistador:** Não leia para o entrevistado as alternativas listadas.

Classifique as respostas nas categorias listadas, de acordo com as instruções do Manual para esta pergunta. Na dúvida, registre a resposta do entrevistado no item 08. Outros problemas.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. O custo dos serviços médicos	1	2	7	8
2. O custo dos medicamentos que são prescritos	1	2	7	8
3. Os exames clínicos que são prescritos	1	2	7	8
4. A demora para a marcação das consultas /exames	1	2	7	8
5. O tempo de espera para ser atendido(a) no Consultório	1	2	7	8
6. O tratamento oferecido pelos médicos	1	2	7	8
7. O tratamento oferecido pelo pessoal não médico	1	2	7	8
8. Outros problemas (especifique) .....	1	2	7	8

**27. Quando o(a) Sr.(a) necessita de tratamento dentário, onde ou a quem o(a) Sr.(a) normalmente procura?**

**Entrevistador:** Classifique a resposta e marque apenas uma alternativa

Nome de onde ou a quem procura .....

0. Ninguém ou o entrevistado não procura o dentista há muito tempo.

**(Vá para Q. 28 e marque N.A. na Q. 27a.)**

1. Serviço dentário de uma instituição pública gratuita.
2. Serviço dentário credenciado pelo seu plano de saúde
3. Dentista particular
4. Outros (especifique) .....
8. N.S./N.R.

**27a. O Sr.(a) não procura um dentista há muito tempo porque não precisou ou porque tem dificuldade para ir ao dentista? Que dificuldade?**

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
0. Porque não precisou	1	2	7	8
1. Dificuldade de locomoção/transporte	1	2	7	8
2. Dificuldade de acesso/demanda reprimida	1	2	7	8
3. Dificuldade financeira para pagar	1	2	7	8
4. Porque não tem ninguém para levar	1	2	7	8
5. Porque tem medo de ir ao dentista	1	2	7	8
6. Por outra razão(especifique) .....	1	2	7	8

**28. Nos últimos três meses, o(a) Sr. (a):**

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	8
b. Fez exames clínicos	1	2	8
c. Fez tratamento fisioterápico	1	2	8
d. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	8
e. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	8
f. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	8
g. Foi ao dentista	1	2	8

**28a. Dos serviços acima, qual (is) o(a) Sr.(a) utilizou mais de uma vez?**

**Entrevistador:** Repita para o entrevistado apenas os itens citados na pergunta acima como utilizados. Para os não utilizados marque NA.

	SIM	NÃO	NA	NS/NR
1. Consultou o médico no consultório ou em casa	1	2	7	8
2. Fez exames clínicos	1	2	7	8
3. Fez tratamento fisioterápico	1	2	7	8
4. Teve de ser socorrido(a) na Emergência	1	2	7	8
5. Foi ao hospital / clínica para receber medicação	1	2	7	8
6. Esteve internado em hospital ou clínica	1	2	7	8
7. Foi ao dentista	1	2	7	8

**29. O(a) Sr.(a) normalmente usa:**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
b. Óculos ou lente de contato	1	2	8
c. Aparelho de surdez	1	2	8
d. Bengala	1	2	8
e. Muleta	1	2	8
f. Cadeira de rodas	1	2	8

**29a. Atualmente, o(a) Sr.(a) está precisando ter ou trocar :**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado apenas as ajudas mencionadas na questão anterior. Marque as respostas correspondentes.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
1. Dente postiço, dentadura, ponte	1	2	8
2. Óculos ou lentes de contato	1	2	8
3. Aparelho de surdez	1	2	8
4. Bengala	1	2	8
5. Muleta	1	2	8
6. Cadeira de rodas	1	2	8
7. Outros(especifique) .....	1	2	8

**30. O(a) Sr.(a) toma remédio?**

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 31 e marque N.A. nas Qs. 30a.,30b. e 30c.**)
8. N.S./N.R.

**30a. Que remédios o(a) Sr.(a) está tomando atualmente?**

Entrevistador: Se nenhum, vá para a Q. 31 e marque NA nas Qs. 30b. e 30c.

	<b>NA</b>	<b>NS/NR</b>
1) .....	97	98
2) .....	97	98
3) .....	97	98

**30b. Quem receitou?**

	<b>NA</b>	<b>NS/NR</b>
1) .....	97	98
2) .....	97	98
3) .....	97	98

**30c. Em geral quais são os problemas ou as dificuldades mais importantes que o(a) Sr.(a) tem para obter os remédios que toma regularmente?**

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NA</b>	<b>NS/NR</b>
1. Problema financeiro	1	2	7	8
2. Dificuldade de encontrar o remédio na farmácia	1	2	7	8
3. Dificuldade em obter a receita de remédios controlados	1	2	7	8
4. Outro problema ou dificuldade (especifique).....	1	2	7	8
7. N.A.	1	2	7	8
8. N.S./N.R.	1	2	7	8

**31. No caso de o(a) Sr.(a) ficar doente ou incapacitado(a), que pessoa poderia cuidar do(a) Sr.(a)?**

0. Nenhuma
1. Esposo(a) / companheiro(a)
2. Filho
3. Filha
4. Outra pessoa da família
5. Outra pessoa de fora da família (indique qual).....
8. N.S./N.R.

#### **IV. ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AVD)**

**32. O(a) Sr.(a), capaz de fazer sozinho(a) as seguintes atividades:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes. No caso de o entrevistado ter colostomia ou usar cateter, marque **NÃO** em “o”.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Sair de casa utilizando um transporte (ônibus, van, táxi, trem, metrô, barca, etc.)	1	2	8
b. Sair de casa dirigindo seu próprio carro	1	2	8
c. Sair de casa para curtas distâncias (caminhar pela vizinhança)	1	2	8
d. Preparar sua própria refeição	1	2	8
e. Comer a sua refeição	1	2	8
f. Arrumar a casa, a sua cama	1	2	8
g. Tomar os seus remédios	1	2	8
h. Vestir – se	1	2	8
i. Pentear seus cabelos	1	2	8
j. Caminhar em superfície plana	1	2	8
k. Subir/descer escadas	1	2	8
l. Deitar e levantar da cama	1	2	8
m. Tomar banho	1	2	8
n. Cortar as unhas dos pés	1	2	8
o. Ir ao banheiro em tempo	1	2	8

**33. Há alguém que ajuda o(a) Sr.(a) a fazer algumas tarefas como limpeza arrumação da casa, vestir – se, ou dar recados quando precisa?**

1. Sim
2. Não (**Vá para Q. 34 e marque N.A. na Q. 33a.**)
8. N.S./N.R.

**33a. Qual a pessoa que mais lhe ajuda nessas tarefas?**

**Entrevistador:** marque apenas uma alternativa

1. Esposo(a) / companheiro(a)
2. Filho
3. Filha
4. Uma outra pessoa da família (quem?).....
5. Um(a) empregado(a)
6. Outro (quem?) .....
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**34. No seu tempo livre o(a) Sr.(a) faz (participa de) alguma dessas atividades:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Ouve rádio	1	2	8
b. Assiste a televisão	1	2	8
c. Lê jornal	1	2	8
d. Lê revistas e livros	1	2	8
e. Recebe visitas	1	2	8
f. Vai ao cinema, teatro, etc	1	2	8
g. Anda pelo seu bairro	1	2	8
h. Vai à igreja (serviço religioso)	1	2	8
i. Vai a jogos (esportes)	1	2	8
j. Pratica algum esporte	1	2	8
k. Faz compras	1	2	8
l. Sai para visitar os amigos	1	2	8
m. Sai para visitar os parentes	1	2	8
n. Sai para passeios longos (excursão)	1	2	8
o. Sai para encontro social ou comunitário	1	2	8
p. Costura, borda, tricota	1	2	8
q. Faz alguma atividade para se distrair (jogos de cartas, xadrez, jardinagem, etc.)	1	2	8
r. Outros (especifique) .....	1	2	8

**35. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com as atividades que desempenha no seu tempo livre?**

1. Sim (**Vá para Q. 36 e marque N.A. na Q. 35a.**)
2. Não
8. N.S./N.R.

**35a. Quais são os principais motivos de sua insatisfação com as atividades que o(a) Sr.(a) desempenha no seu tempo livre?**

**Entrevistador:** Marque apenas uma alternativa

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
1. Problema com o custo	1	2	8
2. Problema de saúde que o(a) impede de se engajar em uma atividade	1	2	8
3. Problema com falta de motivação em fazer coisas (tédio, aborrecimento)	1	2	8
4. Problema de transporte que limita seu acesso aos lugares que deseja ir	1	2	8
5. Outras razões (especifique) .....	1	2	8

## **V. RECURSOS SOCIAIS**

**Nesta seção, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de suas relações de amizade com as outras pessoas e a respeito de recursos que as pessoas idosas costumam usar na sua comunidade.**

**36. O (a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com as pessoas que moram com o(a) Sr.(a)?**

- 0. Entrevistado mora só
- 1. Sim
- 2. Não
- 8. N.S./N.R.

**37. Que tipo de ajuda ou assistência sua família oferece? (familiares que vivem/ ou que não vivem com o entrevistado).**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Outro tipo de cuidado / assistência(especifique) .....	1	2	8

**38. Que tipo de ajuda ou assistência o(a) Sr.(a) oferece para sua família?**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas listadas.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NS/NR</b>
a. Dinheiro	1	2	8
b. Moradia	1	2	8
c. Companhia / cuidado pessoal	1	2	8
d. Cuidar de criança	1	2	8
d. Outro tipo de cuidado / assistência(especifique) .....	1	2	8

**39. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus amigos?**

- 0. Entrevistado(a) não tem amigos
- 1. Sim
- 2. Não
- 8. N.S./N.R.

**40. O(a) Sr.(a) está satisfeito(a) com o relacionamento que tem com seus vizinhos?**

- 0. Entrevistado(a) não tem relação com os vizinhos
- 1. Sim
- 2. Não
- 8. N.S./N.R.

**41. Na semana passada o(a) Sr.(a) recebeu visita de alguma destas pessoas?**

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Vizinhos / amigos	1	2	8
b. Filhos(as)	1	2	8
c. Outros familiares	1	2	8
d. Outros (especifique) .....	1	2	8

## VI. RECURSOS ECONÔMICOS

**42. Que tipo de trabalho (ocupação) o(a) Sr.(a) teve durante a maior parte de sua vida?**

**Entrevistador:** Anote o tipo de trabalho .....

- 01. Nunca trabalhou (**Vá para Q. 43 e marque N.A. na Q. 42a.**)
- 02. Dona de casa (**Vá para Q. 43 e marque N.A. na Q. 42a.**)
- 98. N.S./N.R.

**42a. Por quanto tempo?**

Número de anos:.....

- 97. N.A.
- 98. N.S./N.R.

**43. Atualmente o(a) Sr.(A) trabalha? Por trabalho quero dizer qualquer atividade produtiva remunerada.**

- 1. Sim (**Vá para Q. 44 e marque N.A. na Q. 43a.**)
- 2. Não
- 8. N.S./N.R

**43a. Com que idade o(a) Sr.(a) parou de trabalhar?**

.....anos

- 97. N.A.
- 98. N.S./N.R.

**44. De onde o(a) Sr.(a) tira o sustento de sua vida?**

	SIM	NÃO	NS/NR
a. do seu trabalho	1	2	8
b. da sua aposentadoria	1	2	8
c. da pensão/ajuda do(a) seu (sua) esposo(a)	1	2	8
d. da ajuda de parentes ou amigos	1	2	8
e. de aluguéis, investimentos	1	2	8
f. de outras fontes.....	1	2	8

**45. Em média, qual é a sua renda mensal?**

**Entrevistador:** Caso haja mais de uma fonte, anote a soma destes valores.  
(Atenção: valor líquido)

rendimento mensal	<u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u>
98. N.S./N.R.	8 0 0 0 8

**45a. Qual é a renda média mensal das pessoas que vivem nesta residência? Não preciso saber o valor exato, basta dizer – me o valor aproximado.**

**Entrevistador:** Se o entrevistado vive sozinho e tem rendimento, repita o valor informado na Q. 45. Se o entrevistado vive sozinho e não tem rendimento, marque N.A. nesta questão e na Q. 45b.

rendimento mensal	<u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u> <u>    </u>
97. NA	7 0 0 0 7
98. N.S./N.R.	8 0 0 0 8

**45b. Quantas pessoas, incluindo o(a) Sr.(a), vivem com esse rendimento familiar (do seu rendimento)**

..... pessoas

97. N.A.

98. N.S./N.R.

**46. Por favor, informe me se em sua casa / apartamento existem ou estão funcionando em ordem os seguintes itens:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas listadas:

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Água encanada	1	2	8
b. Eletricidade	1	2	8
c. Ligação com a rede de esgoto	1	2	8
d. Geladeira/congelador	1	2	8
e. Rádio	1	2	8
f. Televisão	1	2	8
g. Vídeo – cassete	1	2	8
h. DVD	1	2	8
i. Computador	1	2	8
j. Telefone	1	2	8
k. Automóvel	1	2	8



**47. O(a) Sr.(a) é proprietário(a), aluga, ou usa de graça o imóvel onde reside?**

**Entrevistador:** Para cada uma das três categorias (propriedade, aluguel ou usa de graça) verifique em qual o entrevistado se enquadra. Especifique apenas uma alternativa.

1. Propriedade da pessoa entrevistada ou do casal
2. Propriedade do cônjuge do entrevistado
3. Alugado pelo entrevistado
4. Morando em residência cedida sem custo para o entrevistado
5. Outra categoria (especifique) .....
8. N.S./N.R.

**48. Em comparação a quanto o(a) Sr.(a) tinha 50 anos de idade, a sua atual situação econômica é:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas listadas. Marque apenas uma opção

1. Melhor
2. A mesma
3. Pior
8. N.S./N.R.

**49. Para suas necessidades básicas, o que o(a) Sr.(a) ganha:**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado as alternativas listadas de 1 a 4. Marque apenas uma opção.

1. Dá e sobra
2. Dá na conta certa
3. Sempre falta um pouco
4. Sempre falta muito
8. N.S./N.R.

**50. Observação do entrevistador: Qual é a condição da residência do(a) entrevistado(a)?**

1. Ótima
2. Boa
3. Ruim
4. Péssima

**VII. SAÚDE MENTAL**

É bastante comum as pessoas terem problemas de memória quando começam a envelhecer. Deste modo, eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre este assunto. Algumas perguntas talvez não sejam apropriadas para o(a) Sr.(a), outras bastantes inadequadas. No entanto, eu gostaria que o(a) Sr.(a) levasse em conta que tenho que fazer as mesmas perguntas para todas as pessoas.

**51. Esta pesquisa está sendo realizada pela UNATI – Universidade Aberta da Terceira Idade. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) repetisse para mim este nome e guardasse na memória.**

1. Repete UNATI ou algo próximo
2. Não consegue/não repete/não responde

**52. Em que ano o(a) Sr.(a) nasceu?**

Ano do nascimento:.....

1. Ano do nascimento aparentemente correto
2. Informa ano do nascimento que: não corresponde à impressão do observador; ou é inconsistente com a data anteriormente obtida; ou é obviamente errada; ou não sabe ou fornece resposta incompleta.

**53. Qual é o endereço de sua casa?**

1. Informa endereço correto
2. Informa endereço incorreto; ou não sabe ou fornece informação incompleta

**54. Há quanto tempo o(a) Sr(a) mora neste endereço?**

..... anos

1. Informação sobre tempo de residência aproximadamente correto/plausível
2. Informa tempo de residência obviamente errado, ou não sabe.

**55. O(a) Sr.(a) sabe o nome do atual presidente do Brasil?****Registre:**.....

1. Nome do presidente correto/quase correto
2. Informa nome incorreto ou não recorda nome do presidente

**56. Em que mês do ano nós estamos?**

Mês do ano:.....

1. Mês correto
2. Informa incorretamente o mês ou não sabe

**57. Em que ano nós estamos?**

Registre:.....

1. Ano correto
2. Informa incorretamente o ano ou não sabe

**58. Eu gostaria que o(a) Sr.(a) colaborasse, fazendo alguns pequenos exercícios.****O(a) Sr.(a) poderia colocar as mãos sobre os seus joelhos?****Entrevistador:** Marque SIM para correto e NÃO para incorreto.

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
a. Por favor, toque com a mão direita o seu ouvido direito	1	2
b. Agora com a mão esquerda o seu ouvido direito	1	2
c. Agora com a mão direita o seu ouvido esquerdo	1	2

**59. O(a) Sr.(a) se lembra do nome da Universidade que está realizando esta pesquisa?****Registre:**.....

1. **UNATI** – Universidade Aberta da Terceira Idade (ou algo próximo)
2. Não se lembra ou fornece outros nomes

Agora eu gostaria de lhe fazer algumas perguntas a respeito de como o(a) Sr.(a) vem se sentindo ultimamente em relação a certas coisas. Eu gostaria de começar perguntando sobre suas últimas quatro semanas.

**60. O(a) Sr.(a) sentiu-se solitário(a) durante o último mês?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q.61 e marque N.A. na Q.60a.)
3. N.S./N.R.

**60a. Com que freqüência o(a) Sr.(a) se sentiu solitário(a)?**

1. Sempre
2. Algumas vezes
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**61. O Sr.(a) esteve preocupado durante o último mês?**

1. Sim
2. Não (Vá para Q.62 e marque N.A. na Q.61a.)
8. N.S./N.R.

**61a. O(a) Sr.(a) esteve preocupado(a) no último mês em relação a que tipo de coisa?**

**Entrevistador:** após esta introdução, segue-se o complemento desta pergunta:

- O(a) Sr.(a) diria que se preocupa em relação a quase tudo?

**Registre:**.....

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**62. O(a) Sr.(a) tem alguma dificuldade para dormir?**

**Entrevistador:** Se o entrevistado não tem dificuldade para dormir, marque **NÃO** na opção "a" e **N.A.** na opção "b". Se ele tiver dificuldade em dormir, continue a questão, **sondando**, como se segue:

- O que impede o(a) Sr.(a) de dormir ou lhe faz acordar no meio da noite?
- O que é que o(a) Sr.(a) fica pensando quando está acordado na cama?
- O(a) Sr.(a) tem problema em dormir porque se sente tenso(a) ou preocupado(a)?
- Ou porque o(a) Sr.(a) se sente deprimido(a)?
- Ou devido a outras razões?

	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>NA</b>	<b>NS/NR</b>
a. Dificuldade para dormir	1	2	7	8
b. Dificuldade para dormir devido a preocupação ou ansiedade, depressão ou pensamento depressivo	1	2	7	8

**63. O(a) Sr.(a) teve dor de cabeça no mês passado?**

1. Sim

2. Não
8. N.S./N.R.

**64. O(a) Sr.(a) tem se alimentado bem no último mês?**

1. Sim (Vá para Q.65 e marque N.A. na Q.64a.)
2. Não
8. N.S./N.R.

**64a. Qual é o motivo do(a) Sr.(a) não estar se alimentando bem?**

**Registre:**.....

1. Não tem se alimentado bem por falta de apetite ou por estar deprimido(a) preocupado(a)/nervoso(a)
2. Outras razões
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**65. O(a) Sr.(a) sente que está ficando mais lerdo(a) ou com menos energia?**

1. Sim
3. Não (Vá para Q.66 e marque N.A. nas Qs.65a., 65b. e 65c.)
8. N.S./N.R.

**65a. Em alguma hora do dia o(a) Sr.(a) se sente mais lerdo(a) ou com menos energia?**

3. Mais lerdo(a), com menos energia no período da manhã
4. Mais lerdo(a), com menos energia em outros períodos do dia ou não especifica período determinado.
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**65b. No último mês o(a) Sr.(a) tem estado com menos energia ou como de costume?**

1. Com menos energia
2. Como de costume ou com mais energia
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**65c. Atualmente o(a) Sr.(a) sente falta de energia para fazer suas coisas no seu dia-a-dia?**

1. Sim, sinto falta de energia
2. Não, não sinto falta de energia
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**66. Durante o último mês o(a) Sr.(a) se sentiu mais irritado(a)/zangado(a) do que de costume?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R.

**67. O(a) Sr.(a) sai de casa sempre que precisa ou quer sair?**

1. Sim (**Vá para Q.68 e marque N.A. na Q.67a.**)
2. Não
8. N.S./N.R.

**67a. Como o(a) Sr.(a) se sente a respeito?**

**Registre:** .....

1. Fica chateado(a)/ aborrecido(a)
2. Não fica chateado(a)/ aborrecido(a)
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**Agora mais algumas perguntas rápidas sobre como o(a) Sr.(a) se sente:**

**68. O(a) Sr.(a) tem se sentido triste ou deprimido(a) durante o último mês?**

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.69 e marque N.A. nas Qs.68a., 68b. e 68c.**)
8. N.S./N.R.

**68a. O(a) Sr.(a) tem se sentido desta maneira por um período de apenas poucas horas (ou menos) ou este estado se mantém por mais tempo?**

1. Triste ou deprimido(a) por um período maior que poucas horas
2. Triste ou deprimido(a) por um período de poucas horas ou menos
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**68b. Quando o(a) Sr.(a) está se sentindo triste ou deprimido(a) a que horas do dia o(a) Sr.(a) se sente pior?**

1. Pior no início do dia
2. Pior em outros períodos ou em nenhum período particular
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**68c. O(a) Sr.(a) tem sentido vontade de chorar?**

**Entrevistador:** Em caso afirmativo pergunte: **o(a) Sr.(a) chorou no último mês?** em caso negativo, anote a resposta Não.

**Registre:** .....

1. Sim
2. Não
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**69. Alguma vez durante o mês o(a) Sr.(a) sentiu que viver não valia a pena?**

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.70 e marque N.A. nas Qs.69a. e 69b.**)
8. N.A.

**69a. No último mês o(a) Sr.(a) alguma vez sentiu que seria melhor estar morto(a)?**

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.70 e marque N.A. na Q.69b.**)

3. N.A.
4. N.S./N.R.

**69b. O(a) Sr.(a) pensou em fazer alguma coisa para acabar com sua vida?**

**Entrevistador:** Em caso negativo marque resposta 1, caso afirmativo, pergunte:

- a. **Com que frequência o(a) Sr.(a) teve este pensamento?**
- b. **O que o(a) Sr.(a) pensou em fazer para acabar com sua vida?**
- c. **O(a) Sr.(a) chegou a tentar acabar com sua vida?**

1. Rejeita suicídio
2. Apenas pensamentos suicidas
3. Considerou seriamente um método de suicídio mas não o pôs em prática
4. Tentou suicídio
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**70. O(a) Sr.(a) tem algum arrependimento em relação aos anos anteriores da sua vida?**

**Entrevistador:** Caso negativo marque resposta 0, caso afirmativo pergunte:

**Existe alguma coisa que o(a) Sr(a) se culpa? O que? O(a) Sr.(a) pensa bastante no assunto?**

**Registre:**

0. Sem arrependimento
1. Arrepende-se mas não se culpa
2. Arrepende-se, culpa-se mas atualmente não pensa no assunto
3. Arrepende-se, culpa-se e pensa bastante sobre o assunto
8. N.S./N.R.

**71. Quando o(a) Sr.(a) olha para o futuro, como o(a) Sr.(a) se sente, quais são as suas expectativas para o futuro?**

1. Menciona expectativas e pensa no futuro
2. Não menciona expectativas mas também não refere a nenhuma afirmação negativa
3. O futuro é descrito negativamente ou amedrontador ou insuportável
8. N.S./N.R.

**72. Atualmente o(a) Sr.(a) sente que perdeu o interesse ou a satisfação pelas coisas?**

1. Sim
2. Não (**Vá para Q.73 e marque N.A. na Q.72a.**)
8. N.S./N.R.

**72a. O que o(a) Sr.(a) acredita ser a causa disto?**

**AVERIGUAR:** isso é por que o(a) Sr.(a) tem se sentido doente, deprimido(a) ou nervoso(a)?

1. Perda de interesse causada por depressão/nervosismo
2. Perda de interesse causada por outros motivos
7. N.A.
8. N.S./N.R.

**73. De um modo geral, o(a) Sr.(a) se sente feliz nos dias atuais?**

1. Sim
2. Não
8. N.S./N.R

<b>VIII. NECESSIDADES E PROBLEMAS QUE AFETAM O ENTREVISTADO</b>
---

**74. Atualmente (da lista abaixo), quais são as suas principais necessidades ou carências?**

**Entrevistador:** Leia para o entrevistado todas as perguntas e marque as alternativas correspondentes.

	SIM	NÃO	NS/NR
a. Carência econômica	1	2	8
b. Carência de moradia	1	2	8
c. Carência de transporte	1	2	8
d. Carência de lazer	1	2	8
e. Carência de segurança	1	2	8
f. Carência de saúde	1	2	8
g. Carência de alimentação	1	2	8
h. Carência de companhia e contato pessoal	1	2	8

**75. Para finalizar esta entrevista, eu gostaria que o(a) Sr.(a) me informasse qual o problema mais importante do seu dia-a-dia.**

**Entrevistador:** Anote apenas uma alternativa

00. Entrevistado(a) não relata problemas importantes
01. Problema econômico
02. Problema de saúde (deterioração da saúde física ou mental)
03. O medo da violência
04. Problema de moradia
05. Problema de transporte
06. Problemas familiares (conflitos)
07. Problemas de isolamento (solidão)
08. Preocupação com filhos/netos
09. Outros problemas (especifique).....
98. N.S/N.R.

**ENTREVISTADOR: LEIA PARA O(A) ENTREVISTADO(A) O PARÁGRAFO SEGUINTE:**

Algumas pessoas como o(a) Sr.(a) que foram entrevistadas nesta pesquisa vão ser reentrevistadas numa outra ocasião. No caso de o(a) Sr.(a) ser uma das pessoas escolhidas (esta escolha, procedida através de sorteio) eu gostaria de pedir a sua permissão para uma nova entrevista. Esclareço que essa nova entrevista, se ocorrer, será bem pequena e eu estarei acompanhado (a) por um(a) outro(a) colega de equipe. Para isto eu gostaria de solicitar sua permissão para um novo possível contato. O (a) Sr.(a) poderia me informar seu nome completo

( \_\_\_\_\_ ) e, caso o(a) Sr.(a) tenha, o número do seu telefone ( \_\_\_\_\_ )?

**Entrevistador:** assegure para a pessoa entrevistada que seu nome foi solicitado apenas para facilitar uma possível rápida nova entrevista para verificação das informações coletadas por parte do entrevistador. As respostas contidas neste questionário, como também o nome do entrevistado, permanecerão estritamente confidenciais.

**Muito obrigado(a) pela sua colaboração.**

**O(a) Sr.(a) tem alguma pergunta que gostaria de fazer?**

**O(a) Sr.(a) gostaria de acrescentar alguma coisa a mais sobre o que já mencionou?**

**Entrevistador:** registre a resposta do entrevistado aqui

#### **IX. AVALIAÇÃO DO ENTREVISTADOR**

**Estas perguntas deverão ser respondidas pelo entrevistador imediatamente após deixar a residência do(a) entrevistado(a)**

**1. Tempo de duração da entrevista (especifique)**

.....minutos

**2. No geral, as respostas são confiáveis?**

1. Sim
2. Não

**3. No geral, o(a) entrevistado(a) entendeu as perguntas formuladas?**

1. Sim
2. Não

**4. Qual foi a reação do entrevistado com a entrevista:**

1. Positiva
2. Negativa

**5. Durante a entrevista, havia alguma outra pessoa presente:**

1. Sim
2. Não (Vá para Q.6 e marque N.A. nas Qs.5a. e 5b.)

**5a. Você diria que a presença de uma outra pessoa afetou a qualidade da entrevista em algum aspecto importante?**

1. Sim
2. Não
7. N.A.

**5b. Que efeito a presença desta pessoa teve na qualidade da entrevista?**

1. Positiva



2. Negativa
7. N.A.

**6. Por favor, faça alguma outra observação sobre a entrevista que você julgar importante.**

**Entrevistador: POR FAVOR, LEIA E ASSINE SEU NOME**

Eu reli o questionário após a entrevista e certifico que todas as respostas às perguntas formuladas foram anotadas de acordo com as respostas dadas pelo entrevistado e que todas as colunas e espaços que requerem preenchimentos foram completados de acordo com as instruções recebidas. Eu me comprometo a manter sob estrita confidencialidade o conteúdo das perguntas, das respostas e dos comentários do entrevistado, como também sua identidade.

NOME DO ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

DIA \_\_\_\_\_ MÊS \_\_\_\_\_ ANO \_\_\_\_\_

NOME DO SUPERVISOR

SEXO DO ENTREVISTADOR

1. Masculino
2. Feminino

IDADE DO ENTREVISTADOR

..... ANOS

ASSINATURA DO ENTREVISTADOR \_\_\_\_\_

**ANEXO C**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**PROJETO DE PESQUISA:** Qualidade de vida do familiar cuidador de idosos dependentes no domicílio

**Questionário *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref)***

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_

**Instruções**

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Muito</b>	<b>Completamente</b>
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Muito</b>	<b>Completamente</b>
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

**Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.**

		Muito Ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		<b>Nada</b>	<b>Muito pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Muito</b>	<b>Completamente</b>
10	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		<b>Muito ruim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Nem ruim nem bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito bom</b>
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem satisfeito nem insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade	1	2	3	4	5

	de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?					
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu	1	2	3	4	5

	acesso aos serviços de saúde?					
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas **nas últimas duas semanas**.

		<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Muito frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
26	Com que frequência você tem sentime-tos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Você tem algum comentário sobre o questionário? \_\_\_\_\_

**Obrigado Pela Sua Colaboração**

**ANEXO D**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida e fatores associados entre idosos**  
**quilombolas**  
**Parecer Consubstanciado do CEP/UESB**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
 SUDOESTE DA BAHIA -  
 UESB/BA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Qualidade de vida e fatores associados em idosos negros quilombolas

**Pesquisador:** Vanessa Cruz Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 24568313.4.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 509.987

**Data da Relatoria:** 10/01/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo epidemiológico, censitário, de base populacional, delineamento transversal. Realizar-se-á o estudo no município de Vitória da Conquista, Bahia, em residências localizadas em comunidades remanescentes de quilombos, da área urbana e rural, reconhecidas e certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), que tenha alguma ESF em seus territórios. O trabalho de campo com os participantes da pesquisa ocorrerá de dezembro de 2013 a março de 2014. A população do estudo consistir-se-á de idosos que se autodeclararem quilombolas e pardos ou pretos (negros), residentes em comunidades remanescentes de quilombos que estejam nas áreas adstritas das cinco ESF e que tenha em seu território alguma ESF localizadas nas áreas urbana e rural do município de Vitória da Conquista - BA, totalizando o quantitativo de 358 idosos. A princípio,

será realizada busca nas Fichas A, de cada ESF das comunidades para identificar os idosos com idade 60 anos ou mais cadastrados. Posteriormente, por meio de visita domiciliar juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e equipe de entrevistadores que será capacitada pelos pesquisadores, os idosos serão identificados no domicílio. Considerar-se-á para este estudo os seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos; autodeclarar-se como pardo ou preto (negro); declarar ser quilombola; residir em comunidades remanescente de quilombo reconhecida pela FCP; estar cadastrado em uma das ESF; ter função cognitiva

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
**Bairro:** Jequezinho **CEP:** 45.206-510  
**UF:** BA **Município:** JEQUIE  
**Telefone:** (73)3525-6683 **Fax:** (73)3528-9727 **E-mail:** cepuesb.jq@gmail.com

*VB*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 509.987

preservada conforme o Mini-Exame do Estado Mental (MEEM). Utilizar-se-á como critério de exclusão: os idosos que, após três visitas em dias e horários distintos, não forem encontrados para a entrevista, aqueles que não pertencerem a uma comunidade; assim como não ter em seu território alguma ESF. A priori, será realizada a aplicação dos instrumentos de pesquisa para o pré-teste (piloto) à idosos de uma comunidade quilombola não selecionada para o estudo, no município de Vitória da Conquista, que está em processo de certificação pela FCP. Aplicar-se-á o MEEM, para avaliar a função cognitiva dos idosos. Em seguida, os idosos que adquirirem pontuação mínima de escore no MEEM responderão aos instrumentos de pesquisa, inicialmente a um formulário estruturado. As condições de saúde dos idosos serão avaliadas pelo questionário Brazil Old Age Schedule (BOAS). Para avaliar a QV dos idosos, será aplicado o questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). A técnica a ser utilizada para coleta de dados será a entrevista nos domicílios dos idosos. Os dados originados da coleta serão tabulados e organizados no programa Microsoft Office Excel e, em seguida, transferidos e processados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 20.0 for Windows. A análise será estatística descritiva, utilizando-se média, mediana, variação e desvio padrão (dp). Adicionalmente, realizar-se-á a correlação de Spearman entre os domínios do WHOQOL-bref e as seções do BOAS, bem como, o modelo de regressão linear múltiplo (stepwise forward) tendo como variável dependente o escore do IGQV e, como variáveis independentes, as características sociodemográficas e as condições de saúde do idoso. O nível de significância adotado para o estudo será de 5% (i.e.,  $p < 0,05$ ).

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar a qualidade de vida e fatores associados em idosos negros quilombolas residentes em comunidades.

Objetivo Secundário:

Avaliar a qualidade de vida em idosos negros quilombolas residentes em comunidades; Descrever características sociodemográficas e de condições de saúde em idosos negros quilombolas residentes em comunidades; Verificar a associação de características sociodemográficas e de condições de saúde com a qualidade de vida de idosos negros quilombolas residentes em comunidades.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

*NR. 1002*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 509.987

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Será disponibilizada uma carta de apresentação da pesquisa e pesquisador ao idoso e um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obedecendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, especificando os objetivos do estudo aos participantes da pesquisa e esclarecendo que em momento algum ele(a) será exposto(a) a riscos devido à sua participação na pesquisa e que poderá, a qualquer momento recusar a continuar sem qualquer prejuízo físico, mental e/ou financeiro, contando com garantia do seu anonimato. Lembrando que no momento das entrevistas podem ocorrer desconfortos dos participantes, logo, o pesquisador poderá minimizar os riscos, contornando a situação por meio de esclarecimentos.

**Benefícios:**

Acredita-se que por meio dessa pesquisa possa obter diagnóstico da possível problemática referente à QV de idosos negros quilombolas e fatores que possam interferir na mesma, como os sociodemográficos e as condições de saúde. Com isso, este estudo poderá subsidiar profissionais de saúde na compreensão dos resultados encontrados, com o intuito de implementar e adotar intervenções, principalmente por parte das ESF que abrangem a população, sendo direcionada para com os idosos que apresentem necessidades de cuidado e/ou apoio de serviços e profissionais de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de importância por tratar de assunto relevante para as comunidades quilombolas, ampliando os conhecimentos acerca da saúde da população negra na Bahia.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados.

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O pesquisador atendeu às recomendações do relator.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

*Q. Soubore*

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 509.987

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 13/01/2014

JEQUIE, 13 de Janeiro de 2014

*Ana Angélica Leal Barbosa*

Assinador por:

Ana Angélica Leal Barbosa  
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequezinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIE  
Telefone: (73)3525-6683 Fax: (73)3528-9727 E-mail: cepuesb.jq@gmail.com

**ANEXO E**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida e fatores associados entre idosos**  
**quilombolas**  
**Normas da Revista de Saúde Pública**  
**Revista de Saúde Pública (RSP)– ISSN 1518-8787**

### **Informações Gerais**

Os manuscritos submetidos à publicação na Revista de Saúde Pública devem ser apresentados de acordo com as Instruções aos Autores.

São aceitos manuscritos nos idiomas: português, espanhol e inglês.

O texto de manuscritos de pesquisa original deve seguir a estrutura conhecida como IMRD: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão (ver **Estrutura do Texto**). Em cada uma das partes não se deve dividir o texto em subtítulos, exceto nos casos que requerem maior detalhe, sobretudo em Resultados e Discussão. Manuscritos baseados em pesquisa qualitativa podem ter outros formatos, admitindo-se Resultados e Discussão em uma mesma seção e Considerações Finais/Conclusões. Outras categorias de manuscrito (revisões, comentários, etc.) seguem os formatos de texto a elas apropriados.

O texto submetido deve ter páginas e linhas numeradas para fins de revisão.

O uso de siglas deve ser evitado.

Recomendamos que o autor consulte o **checklist** correspondente à categoria do manuscrito submetido.

Pormenores sobre os itens exigidos para apresentação do manuscrito estão descritos a seguir.

### **Categorias de artigos**

#### **Artigos Originais**

Incluem estudos observacionais, estudos experimentais ou quase-experimentais, avaliação de programas, análises de custo-efetividade, análises de decisão e estudos sobre avaliação de desempenho de testes diagnósticos para

triagem populacional. Cada artigo deve conter objetivos e hipóteses claras, desenho e métodos utilizados, resultados, discussão e conclusões.

Incluem também ensaios teóricos (críticas e formulação de conhecimentos teóricos relevantes) e artigos dedicados à apresentação e discussão de aspectos metodológicos e técnicas utilizadas na pesquisa em saúde pública. Neste caso, o texto deve ser organizado em tópicos para guiar os leitores quanto aos elementos essenciais do argumento desenvolvido.

### **Instrumentos de aferição em pesquisas populacionais**

Manuscritos abordando instrumentos de aferição podem incluir aspectos relativos ao desenvolvimento, à avaliação e à adaptação transcultural para uso em estudos populacionais, excluindo-se aqueles de aplicação clínica, que não se incluem no escopo da RSP.

Aos manuscritos novos de instrumentos de aferição, recomenda-se que seja apresentada uma apreciação detalhada do construto a ser avaliado, incluindo seu possível gradiente de intensidade e suas eventuais subdimensões. O desenvolvimento de novo instrumento deve estar amparado em revisão de literatura, que identifique explicitamente a insuficiência de propostas prévias e justifique a necessidade de novo instrumental.

Deve ser detalhada a proposição, a seleção e a confecção dos itens, bem como o emprego de estratégias para adequá-los às definições do construto, incluindo o uso de técnicas qualitativas de pesquisa (entrevistas em profundidade, grupos focais etc.), reuniões com painéis de especialistas, entre outras. O trajeto percorrido na definição da forma de mensuração dos itens e a realização de pré-testes com seus conjuntos preliminares necessitam ser descritos no texto. A avaliação das validades de face, conteúdo, critério, construto e/ou dimensional deve ser apresentada em detalhe.

Análises de confiabilidade do instrumento também devem ser apresentadas e discutidas, incluindo-se medidas de consistência interna, confiabilidade teste-reteste e/ou concordância inter-observador. Os autores devem expor o processo de seleção do instrumento final e situá-lo em perspectiva crítica e comparativa com outros instrumentos destinados a avaliar o mesmo construto ou construtos semelhantes.

Para os manuscritos sobre **adaptação transcultural** de instrumentos de aferição, além de atender, de forma geral, às recomendações supracitadas, faz-se

necessário explicitar o modelo teórico norteador do processo. Os autores devem, igualmente, justificar a escolha de determinado instrumento para adaptação a um contexto sociocultural específico, com base em minuciosa revisão de literatura. Finalmente, devem indicar explicitamente quais e como foram seguidas as etapas do modelo teórico de adaptação no trabalho submetido para publicação.

Obs: O instrumento de aferição deve ser incluído como anexo dos artigos submetidos.

Recomenda-se ao autor que antes de submeter seu artigo utilize o "checklist" correspondente:

- **CONSORT** checklist e fluxograma para ensaios controlados e randomizados
- **STARD** checklist e fluxograma para estudos de acurácia diagnóstica
- **MOOSE** checklist e fluxograma para meta-análise
- **PRISMA** checklist e fluxograma para revisões sistemáticas
- **STROBE** checklist para estudos observacionais em epidemiologia
- **RATS** checklist para estudos qualitativos

#### Informações complementares:

Devem ter até 3.500 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

As tabelas e figuras, limitadas a 5 no conjunto, devem incluir apenas os dados imprescindíveis, evitando-se tabelas muito longas. As figuras não devem repetir dados já descritos em tabelas.

As referências bibliográficas, limitadas a cerca de 25, devem incluir apenas aquelas estritamente pertinentes e relevantes à problemática abordada. Deve-se evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação. Citações de documentos não publicados e não indexados na literatura científica (teses, relatórios e outros) devem ser evitadas. Caso não possam ser substituídas por outras, não farão parte da lista de referências bibliográficas, devendo ser indicadas nos rodapés das páginas onde estão citadas.

Os resumos devem ser apresentados no *formato estruturado*, com até 300 palavras, contendo os itens: Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. Excetuam-se os ensaios teóricos e os artigos sobre metodologia e técnicas usadas em pesquisas, cujos resumos são no formato narrativo, que, neste caso, terão limite de 150 palavras.

A estrutura dos artigos originais de pesquisa é a convencional: Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, embora outros formatos possam ser aceitos. A Introdução deve ser curta, definindo o problema estudado, sintetizando sua importância e destacando as lacunas do conhecimento que serão abordadas no artigo. As fontes de dados, a população estudada, amostragem, critérios de seleção, procedimentos analíticos, dentre outros, devem ser descritos de forma compreensiva e completa, mas sem prolixidade.

A seção de Resultados deve se limitar a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações/comparações. O texto deve complementar e não repetir o que está descrito em tabelas e figuras. A Discussão deve incluir a apreciação dos autores sobre as limitações do estudo, a comparação dos achados com a literatura, a interpretação dos autores sobre os resultados obtidos e sobre suas principais implicações e a eventual indicação de caminhos para novas pesquisas. Trabalhos de pesquisa qualitativa podem juntar as partes Resultados e Discussão, ou mesmo ter diferenças na nomeação das partes, mas respeitando a lógica da estrutura de artigos científicos.

**Comunicações Breves** – São relatos curtos de achados que apresentam interesse para a saúde pública, mas que não comportam uma análise mais abrangente e uma discussão de maior fôlego.

Informações complementares:

Devem ter até *1.500 palavras* (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências) *uma tabela ou figura* e até 5 referências.

Sua apresentação deve acompanhar as mesmas normas exigidas para artigos originais, exceto quanto ao resumo, que não deve ser estruturado e deve ter até *100 palavras*.

**Artigos De Revisão**

**Revisão sistemática e meta-análise** - Por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder à pergunta específica e de relevância para a saúde pública. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese

dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de **meta-análise**).

**Revisão narrativa/crítica** - A revisão narrativa ou revisão crítica apresenta caráter descritivo-discursivo, dedicando-se à apresentação compreensiva e à discussão de temas de interesse científico no campo da Saúde Pública. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, argumentação lógica, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva. Deve ser elaborada por pesquisadores com experiência no campo em questão ou por especialistas de reconhecido saber.

Informações complementares:

Sua extensão é de até 4.000 palavras, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências.

O formato dos resumos, a critério dos autores, será narrativo, com até 150 palavras. Ou estruturado, com até 300 palavras.

Não há limite de referências.

**Comentários**

Visam a estimular a discussão, introduzir o debate e "oxigenar" controvérsias sobre aspectos relevantes da saúde pública. O texto deve ser organizado em tópicos ou subitens destacando na Introdução o assunto e sua importância. As referências citadas devem dar sustentação aos principais aspectos abordados no artigo.

Informações complementares:

Sua extensão é de até 2.000 *palavras*, excluindo resumos, tabelas, figuras e referências

O formato do resumo é o narrativo, com até 150 palavras.

As referências bibliográficas estão limitadas a cerca de 25

**Publicam-se também Cartas Ao Editor com até 600 palavras e 5 referências.**

**Título no idioma original do manuscrito e em inglês**

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres,

incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer um título em português.

### **Título resumido**

Deve conter até 45 caracteres, para fins de legenda nas páginas impressas.

### **Descritores**

Devem ser indicados entre 3 e 10, extraídos do vocabulário "**Descritores em Ciências da Saúde**" (**DeCS**), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no **Medical Subject Headings (MeSH)**. Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos não existentes nos conjuntos citados.

### **Número de figuras e tabelas**

A quantidade de figuras e tabelas de cada manuscrito é limitada a cinco em conjunto. Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como *figura* ou *tabela*, e numerados seqüencialmente a partir de um, e não como *quadros*, *gráficos*, etc.

### **Preparo dos manuscritos**

#### **Resumo**

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**.

Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivos do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

#### **Estrutura do texto**

*Introdução* – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar



explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

*Métodos*– Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

*Resultados* – Devem ser apresentados em uma seqüência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

*Discussão* – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

## Referências

*Listagem:* As referências devem ser normalizadas de acordo com o estilo **Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas alfabeticamente e numeradas. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o Medline, e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos abaixo.

## Exemplos:

### Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor:uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005.

Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão. *Cad Saude Coletiva* [Internet].2005;21(1):256-65. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/28.pdf> DOI:10.1590/S0102-311X2005000100028

### Livros

Nunes ED. Sobre a sociologia em saúde. São Paulo; Hucitec;1999.

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. Patologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. Improving palliative care for cancer Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10149](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149)

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>).

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

**Citação no texto:** A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** após a pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes e similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por &. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de et al. em caso de autoria múltipla).

#### **Exemplos:**

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans & Stoddart,<sup>9</sup> que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al<sup>9</sup> (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Parece evidente o fracasso do movimento de saúde comunitária, artificial e distanciado do sistema de saúde predominante.<sup>12,15</sup>

## **Tabelas**

Devem ser apresentadas depois do texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 12 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Tabelas que não se enquadram no nosso limite de espaço gráfico podem ser publicadas na versão eletrônica. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras, em sobrescrito e negrito.

Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização para sua reprodução, por escrito.

## **Figuras**

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital que permitam sua impressão, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Figuras em cores são publicadas quando for necessária à clareza da informação. Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

### **Endereço:**

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Avenida Dr. Arnaldo, 715

CEP:01246-904. São Paulo SP Brazil

Tel./Fax: +55 11 3061-7985

**ANEXO F**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**PROJETO DE PESQUISA: Qualidade de vida e fatores associados entre idosos**  
**quilombolas**  
**Normas da Revista Latino- Americana de Enfermagem**  
**Latino- Americana de Enfermagem / *Latin- American Journal of Nursing*- ISSN**  
**1518-8345**

### **Instruções para preparação e submissão dos manuscritos**

#### **Política editorial**

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) tem como missão contribuir para o avanço do conhecimento científico e da prática profissional da enfermagem e de outras áreas da saúde por meio da publicação de artigos de relevância, interesse, qualidade e originalidade. A revista recebe artigos nos idiomas inglês, português ou espanhol, nas categorias Artigo Original, de Revisão e Cartas ao Editor, sendo prioritários os Originais. Sua periodicidade é bimestral e os números especiais são publicados a critério do Conselho de Editores. O processo de avaliação adotado é o de revisão por pares, preservado o anonimato dos autores e revisores.

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos em acesso aberto.

Assim como o ICMJE e a Rede EQUATOR, a RLAE defende as iniciativas destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa por meio do estímulo à utilização de guias internacionais pelos autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas disponíveis nas declarações CONSORT, PRISMA, STROBE e COREQ.

. Ensaio clínico randomizado - CONSORT (checklist e fluxograma).

- . Revisões sistemáticas e metanálises - PRISMA (checklist e fluxograma).
- . Estudos observacionais em epidemiologia - STROBE (checklist)
- . Estudos qualitativos - COREQ (checklist).

A RLAE desencoraja fortemente a submissão artigos multipartes e resultados parciais de uma mesma pesquisa, bem como a submissão de artigos cujos dados foram coletados há mais de 3 anos.

## **Categorias de artigos**

### **Artigos originais**

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

### **Artigos de revisão**

Estudos avaliativos críticos, abrangentes e sistematizados, resultados de pesquisa original e recente. Visam estimular a discussão e introduzir o debate sobre aspectos relevantes e inovadores. Apresentam o método de revisão, o processo minucioso de busca e os critérios utilizados para a seleção e classificação dos estudos primários incluídos. Devem ser sustentados por padrões de excelência científica e responder à pergunta de relevância para a enfermagem e/ou outras áreas da saúde. Dentre os métodos utilizados estão: metanálise, revisão sistemática e revisão integrativa.

### **Cartas ao Editor**

Incluem cartas que visam discutir artigos recentemente publicados pela revista ou relatar pesquisas originais e achados científicos significativos.

### **Processo de julgamento**

Os artigos submetidos, se encaminhados de acordo com as normas de publicação, são enviados à pré-análise do Editor Científico Chefe e, posteriormente, ao Editor Associado para seleção de consultores. Após a avaliação dos consultores, o Editor Associado realiza uma recomendação para o Editor Científico Chefe que decidirá pela aprovação, reformulação ou recusa do artigo.

**Autoria**

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A quantidade de autores é limitada a seis e, excepcionalmente, para estudos multicêntricos será examinada a possibilidade de inclusão de mais autores, considerando as justificativas apresentadas pelos mesmos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos (consultar Preparo dos manuscritos).

Os conceitos emitidos nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

**Direitos autorais**

Os direitos autorais são de propriedade exclusiva da revista, transferidos por meio da Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada pelos autores (Download no site da revista). Para a utilização dos artigos, a RLAE adota a Licença Creative Commons, CC BY-NC Atribuição não comercial. Com essa licença é permitido acessar, baixar (download), copiar, imprimir, compartilhar, reutilizar e distribuir os artigos, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte, conferindo os devidos créditos autorais à RLAE. Nesses casos, nenhuma permissão é necessária por parte dos autores ou dos editores.

**Custos de publicação**

Os custos de publicação na RLAE são compostos pelo pagamento da taxa de submissão e dos serviços de tradução para a publicação em três idiomas.

**Taxa de submissão**

A taxa de submissão é solicitada no ato da submissão do artigo e não será devolvida aos autores dos artigos recusados, seja na pré-análise ou na avaliação por pares, bem como aos autores dos artigos cujas correções foram solicitadas pela revista e não atendidas pelos autores.

Valor: R\$150,00

Forma de pagamento: depósito bancário

Banco do Brasil

Favorecido: Fundação Instituto de Enfermagem de Ribeirão Preto.

CNPJ: 01.084.089/0001-84

Agência: 2665-4

Conta Corrente: 29.701-1

As orientações de como enviar o comprovante de pagamento da taxa de submissão estão descritas em Preparo do artigo.

### **Traduções**

As traduções são solicitadas aos autores após a aprovação do artigo. Nesse momento, o texto original é traduzido para mais dois idiomas, diferentes daquele de origem da submissão. O custo das duas traduções é de responsabilidades dos autores. Para garantir a qualidade das traduções, as mesmas somente serão aceitas acompanhadas do certificado de tradução de umas das empresas credenciadas pela RLAE.

### **Preparo do artigo**

#### **Estrutura**

- . Título somente no idioma do artigo
- . Resumo somente no idioma do artigo
- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Introdução
- . Método
- . Resultados
- . Discussão
- . Conclusão
- . Referências

Os Agradecimentos deverão constar apenas na Title Page. Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores a revista sugere o uso das seções convencionais Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.



**Papel**

- . A4
- . Margens superiores, inferiores e laterais de 2,5cm

**Quantidade de páginas**

- . Artigos Originais: 17 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)
- . Artigos de Revisão: 25 págs. (incluindo resumo, tabelas, figuras e referências)

**Formatação**

- . Fonte Times New Roman 12 (em todo o texto, inclusive nas tabelas)
- . Espaçamento duplo entre linhas desde o título até as referências, com exceção das tabelas
- . Formatação não permitida no meio do texto: negrito, sublinhado, caixa alta, marcadores do MS Word. Para destaques utilizar itálico. Obs: entende-se por meio do texto os parágrafos e não o título do artigo, seções e subseções.

**Título**

- . Conciso e informativo com até 15 palavras. Excepcionalmente poderão conter até 25 palavras.
- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Negrito
- . Itens não permitidos: caixa alta, siglas e localização geográfica da pesquisa

**Resumo**

O resumo é um item de apresentação do artigo e de fundamental importância na decisão do leitor em acessar o texto completo e o referenciar, por isso, especial atenção deve ser direcionada à sua apresentação.

O resumo deve ser a versão condensada do texto completo e suas informações devem assegurar a clareza do texto e a fidedignidade dos dados, jamais apresentando dados divergentes do texto.

O Objetivo deve ser claro, conciso e descrito no tempo verbal infinitivo. Exemplos: analisar, relacionar, comparar, conhecer.

O Método deve conter informações suficientes para que o leitor possa entender a pesquisa. Os estudos descritivos devem apresentar o tipo de estudo,

amostra, instrumento e o tipo de análise. Os estudos analíticos também devem acrescentar o número de sujeitos em diferentes grupos, desfecho primário, tipo de intervenção e o tempo do estudo.

Os Resultados devem ser concisos, informativos e apresentar principais resultados descritos e quantificados, inclusive as características dos sujeitos e análise final dos dados.

As Conclusões devem responder estritamente aos objetivos, expressar as considerações sobre as implicações teóricas ou práticas dos resultados e conter três elementos: o resultado principal, os resultados adicionais relevantes e a contribuição do estudo para o avanço do conhecimento científico.

Os Ensaaios clínicos devem apresentar o número do registro de ensaio clínico ao final do resumo.

Itens não permitidos: siglas, exceto as reconhecidas internacionalmente, citações de autores, local do estudo e ano da coleta de dados.

- . Somente no idioma do artigo e não mais em três idiomas
- . Estruturado em Objetivos, Método, Resultados e Conclusão
- . Redigido em um único parágrafo
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento duplo entre linhas
- . Até 200 palavras

### **Descritores**

- . Descritores em português
- . Descritores em inglês
- . Descritores em espanhol
- . Selecionados da lista de Descritores em Ciências da Saúde ou Mesh
- . Mínimo de 3 e máximo de 6
- . Separados entre si por ponto e vírgula
- . Primeiras letras de cada palavra do descritor em caixa alta, exceto artigos e preposições

### **Nome das Seções Introdução, Método, Resultados, Discussão e Conclusão**

- . Negrito
- . Caixa alta somente na primeira letra

. Itens não permitidos: excessivas subseções, subseções com nomes extensos e em itálico, marcadores do MS Word

### **Introdução**

Deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências atualizadas e de abrangência nacional e internacional.

### **Método**

Deve informar o método empregado, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

### **Resultados**

Devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras. Para artigos quantitativos é necessário apresentar os resultados separados da discussão.

### **Discussão**

A Discussão deve enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes.

### **Conclusão**

A Conclusão deve responder aos objetivos do estudo, restringindo-se aos dados encontrados. Evitar afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o artigo contenha os dados e análise econômica apropriada. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses. Não citar referências bibliográficas.

## **Tabelas**

Título informativo, claro e completo indicando o que se pretende representar na tabela. Conter:

- . a distribuição "do que / de quem"
- . de acordo com "o que" ela foi realizada
- . cidade, sigla do Estado, país, ano da coleta de dados

Exemplo: Tabela 1 - Distribuição das mulheres submetidas à quimioterapia para câncer de mama, segundo idade, cor, estado civil e escolaridade. Fortaleza, CE, Brasil, 2010

- . Localizado acima da tabela

## **Formatação**

- . Elaboradas com a ferramenta de tabelas do MS Word
- . Dados separados corretamente por linhas e colunas de forma que cada dado esteja em uma célula
- . Traços internos somente abaixo e acima do cabeçalho e na parte inferior tabela
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas

## **Formatação não permitida**

- . Quebras de linhas utilizando a tecla Enter
- . Recuos utilizando a tecla Tab
- . Espaços para separar os dados
- . Caixa alta
- . Sublinhado
- . Marcadores do MS Word
- . Cores nas células

## **Cabeçalho**

- . Negrito
- . Sem células vazias

## **Tamanho**

- . Evitar tabelas com mais de uma página
- . Tabelas de apenas uma ou duas linhas devem ser convertidas em texto

**Quantidade**

. Até 5 itens entre tabelas e figuras

**Menção no texto**

. Obrigatória. Ex: conforme a Tabela 1

**Inserção no texto**

. Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

**Notas de rodapé**

. Restritas ao mínimo necessário

. Indicadas pelos símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡, apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé da mesma, e não somente em um dos dois lugares.

**Siglas**

. Restritas ao mínimo necessário

. Descritas por extenso em nota de rodapé da tabela utilizando os símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡

**Valores monetários**

Podem ser apresentados em dólares ou em salários mínimos da época e do país da pesquisa. Se apresentados em dólares deve-se informar a cotação e a data da cotação em nota de rodapé da tabela, se apresentados em salários mínimos deve-se informar o valor do salário mínimo, a data e o país também em nota de rodapé.

**Figuras**

São figuras:

Quadros, gráficos, desenhos, esquemas, fluxogramas e fotos.

**Título**

. Localizado abaixo da figura

**Quadros**

- . São semelhantes as tabelas, porém contém dados textuais e não numéricos, são fechados nas laterais e contém linhas internas
- . Quando construídos com a ferramenta de tabelas do MS Word poderão ter o tamanho máximo de uma página, e não somente 16x10cm como as demais figuras.
- . Fonte Times New Roman 12, espaçamento simples entre linhas
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

**Gráficos**

- . Não devem repetir os dados representados nas tabelas
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em tons de cinza e não em cores
- . Vários gráficos em uma só figura só serão aceitos se a apresentação conjunta for indispensável à interpretação da figura

**Desenhos, esquemas, fluxogramas**

- . Construídos com ferramentas adequadas, de preferência com a intervenção de um profissional de artes gráficas
- . Lógicos e de fácil compreensão
- . Plenamente legíveis e nítidos
- . Em tons de cinza e não em cores
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Autorização da fonte quando extraídos de outros trabalhos, indicando-a em nota de rodapé da figura

**Fotos**

- . Em alta resolução (mínimo de 900 dpi)
- . Plenamente legíveis e nítidas
- . Tamanho máximo de 16x10cm
- . Em preto e branco e não em cores
- . Fotos contendo pessoas devem ser tratadas para que as mesmas não sejam identificadas

**Quantidade**

- . Até 5 itens entre tabelas e figuras

**Menção no texto**

- . Obrigatória. Ex: conforme a Figura 1

**Inserção no texto**

- . Logo após a primeira menção no texto e não no final do artigo ou em arquivos separados

**Siglas**

- . Restritas ao mínimo necessário
- . Descritas por extenso em nota de rodapé da figura utilizando os símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡

**Formato e resolução para publicação**

Poderá ser solicitado pela revista o reenvio da figura em alta resolução (mínimo de 900 dpi) e em formato de arquivo TIFF (sugere-se a intervenção de um profissional de artes gráficas).

**Citações no texto****Formatação**

- . Números arábicos, sobrescritos e entre parênteses. Ex: (12)
- . Ordenadas consecutivamente, sem pular referência

**Citações de referências sequenciais**

- . separadas por traço e não por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (1-2), (4-5), (5-9)

**Citações de referências intercaladas**

- . separadas por vírgula, sem espaço entre elas. Ex: (8,14), (10,12,15)

**Local de inserção**

- . quando inseridas ao final do parágrafo ou frase devem estar antes do ponto final e quando inseridas ao lado de uma vírgula devem estar antes da mesma

### **Citações "ipsis literes"**

- . entre aspas, sem itálico, tamanho 12, na seqüência do texto.

### **Itens não permitidos**

- . espaço entre a citação numérica e a palavra que a antecede
- . indicação da página consultada
- . nomes de autores, exceto os que constituem referencial teórico
- . citações nas Conclusões

### **Siglas**

- . No texto: descritas por extenso na primeira vez em que aparecem
- . Nas tabelas e nas figuras: o mínimo necessário, descritas por extenso em nota de rodapé utilizando os símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡
- . Não são permitidas no título do artigo e no resumo

### **Falas de sujeitos**

- . Itálico, fonte Times New Roman tamanho 10, sem aspas, na seqüência do texto
- . Identificação da fala: obrigatória, codificada, apresentada ao final de cada fala entre parênteses e sem itálico

### **Notas de Rodapé**

- . No texto: indicadas por asterisco, iniciadas a cada página, restritas ao mínimo necessário
- . Nas tabelas e figuras: indicadas pelos símbolos sequenciais \*, †, ‡, §, ||, ¶, \*\*, ††, ‡‡ apresentando-os tanto no interior da tabela quanto na nota de rodapé, e não somente em um dos dois lugares.
- . Nas figuras que são imagens deverão estar em formato de texto e não no interior da imagem

### **Referências**

- . Estilo Vancouver
- . Artigos Originais: até 25 referências
- . Artigos de Revisão: sem limite máximo



. Referências com mais de 6 autores: seis primeiros seguidos de et al.

. Referências da RLAE citadas em inglês

## **Modelo de referências**

### **PERIÓDICOS**

#### **1 - Artigo padrão**

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

#### **2 - Artigo com mais de seis autores**

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

#### **3 - Artigo cujo autor é uma organização**

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

#### **4 - Artigo com múltiplas organizações como autor**

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologia.* 2008;48(10):74-96. Russian.

#### **5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional**

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

#### **6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação familiar**

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94. *Infram JJ 3rd.* Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

#### **7- Artigo com indicação de subtítulo**

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? J Endourol. 2008;22(9):2175-9.

#### **8 - Artigo sem indicação de autoria**

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. Arq Bras Cardiol 2000;75(6):28-32.

#### **9 - Artigo em idioma diferente do português**

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. Cad Saúde Pública 2009;25(1):133-41. Espanhol.

#### **10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas**

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. Rev Latino-am Enfermagem set/out 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

#### **11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)**

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. Acta Paul Enferm. 2008;21(3):504-8.

#### **12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento**

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive spectrum. J Neurol. 2008;255 Suppl 5:48-56.

Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6 Suppl 1:S3-58.

de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. Oncol Nurs Forum. 2008;35 Suppl:7-12.

#### **13 - Parte de um volume**

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. J Exp Biol. 2008;211 Pt 23:3764.

#### **14 - Parte de um número**

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994;107(986 Pt 1):377-8.

#### **15 - Artigo num fascículo sem volume**

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

#### **16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume**

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. Rev Paul Enfermagem 1981;6-10.

#### **17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos**

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. Nurs Clin North Am. 2008;43(3):xiii-xvi.

#### **18 - Artigo contendo retratação**

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. Br J Nurs. 2007;16(1):34-8. Retraction in: Bailey A. Br J Nurs. 2007;16(15):915.

#### **19 - Artigos com erratas publicadas**

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

#### **20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (ahead of print)**

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

#### **21 - Artigo provido de DOI**

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

#### **22 - Artigo no prelo**

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

**23 - Artigo em idioma diferente do inglês**

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

**LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS****24 - Livro padrão**

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbook: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

**25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar**

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

**26 - Livro editado por um autor/editor/organizador**

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

**27 - Livro editado por uma organização**

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005.

Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

**28 - Livro sem autor/editor responsável**

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

**29 - Livro com edição**

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

**30 - Livro publicado em múltiplos idiomas**

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

**31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada**

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.

Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

**32 - Livro de uma série com indicação de número**

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

**33 - Livro publicado também em um periódico**

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

**34 - Capítulo de livro**

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

**PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS****35 - Proceedings de conferência com título**

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

**36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais**

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

**37 - Abstract de trabalho de evento**

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiate P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de

12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

**TESES E DISSERTAÇÕES** - sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas

### **38 - Dissertação/tese no todo**

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

## **RELATÓRIOS**

### **39 - Relatórios de organizações**

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

## **PATENTE**

### **40 - Patente**

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

## **JORNAIS**

### **41 - Matéria de jornal diário**

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).

Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

## **LEGISLAÇÃO**

### **42 - Legislação**

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na internet]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

**43 - Código legal**

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

**DOCUMENTOS ELETRÔNICOS****44 - Livro na íntegra na internet**

Berthelot M. La synthèse chimica. [internet]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

**45 - Livro na internet com múltiplos autores**

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: [http://www.cmwf.org/usr\\_doc/Collins\\_squeezedrisinghlcarecosts\\_953.pdf](http://www.cmwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghlcarecosts_953.pdf)

**46 - Capítulo de livro na internet**

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [Internet]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: [http://books.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9750&page=57](http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=9750&page=57)

National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [internet]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: <http://newton.nap.edu/books/030910078X/html/35.html>

**47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco**

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

**48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência**

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

**49 - Monografia na internet**

Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://www.ipecc.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

### **50 - Artigo de periódico na internet**

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. Entropy [internet]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

### **51 - Artigo da internet com número de DOI**

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. Rev Saúde Pública [internet]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso)

### **52 - Artigo de periódico da internet com partícula hierárquica no nome**

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. J Vis [internet]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org/6/9/9/>

### **53 - Artigo de periódico da internet com organização como autor**

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. S Afr Med J [internet]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: [http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m\\_samj/m\\_samj\\_v96\\_n8\\_a12.pdf](http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed2004&/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf)

### **54 - Artigo de periódico da internet com paginação em números romanos**

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. Health Serv Res [Internet]. abril 2001 [acesso em: 9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art id=1089210&blobtype=pdf>

### **55 - Artigo de periódico da internet com mesmo texto em dois ou mais idiomas**

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida



estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [internet]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16(no. Spe):509-15. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_issue\\_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso) Português, Inglês, Espanhol.

### **56 - Artigo de periódico da internet com título em idioma diferente do português**

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol—life-threatening combination]. Lakartidningen. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

### **57 - Proceedings de conferência na internet**

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [internet]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

### **58 - Legislação na internet**

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providencias. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: [http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213\\_91.html](http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html)

### **59 - Documentos publicados na internet**

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento - Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: [http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR\\_2006\\_Suplemento\\_Brasil.pdf](http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf)

### **60 - Verbete de dicionário na internet**

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

### **61 - Tese e Dissertação na internet (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)**

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na internet]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSperandio.pdf>

### **62 - Homepage na internet**

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

### **63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na internet com autor individual/organização**

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/>

Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consuIta34002030.htm>

### **64 - Bases de dados na íntegra na internet**

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [internet]. Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

### **65 - Matéria de jornal na internet**

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

## **Ensaio clínico randomizado, Revisões sistemáticas, Metanálises, Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos**

A RLAE apoia a iniciativa do ICMJE e da Rede EQUATOR destinadas ao aperfeiçoamento da apresentação dos resultados de pesquisa e, portanto, adota a utilização de guias internacionais que orientam os autores na preparação dos artigos de ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas, metanálises, estudos observacionais em epidemiologia e estudos qualitativos. Os guias internacionais são compostos por checklists e fluxogramas publicados nas declarações internacionais CONSORT (ensaio clínico randomizado), PRISMA (revisões sistemáticas e metanálises), STROBE (estudos observacionais em epidemiologia) e COREQ (estudos qualitativos) e seu uso na preparação do artigo pode aumentar o potencial

de publicação e, uma vez publicado, aumentar a utilização da referência em pesquisas posteriores.

### **Ensaio clínico randomizados, Revisões sistemáticas e Metanálises**

. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, preenchê-los e enviá-los à revista no momento da submissão.

### **Estudos observacionais em epidemiologia e Estudos qualitativos**

. Utilizar os checklists e fluxogramas na preparação do artigo, não preenchê-los e nem enviá-los no momento da submissão.

### **Links para download dos checklists e fluxogramas**

- . Ensaio clínico randomizado: checklist e fluxograma CONSORT em MS Word
- . Revisões sistemáticas e metanálises: checklist e fluxograma PRISMA em MS Word
- . Estudos observacionais em epidemiologia: checklist STROBE em pdf
- . Estudos qualitativos: checklist COREQ publicado Int. Journal for Quality in Health Care em 2007 em formato de tabela no estudo Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups.

### **Estudos de tradução e validação de instrumentos**

Nas versões inglesa e espanhola, os estudos de tradução e validação de instrumentos devem preservar os itens do instrumento em português, idioma em que o estudo foi realizado.

### **Documentos para submissão**

#### **Title page**

Envio obrigatório para todos os artigos. Fazer o download do modelo no site revista; preenchê-lo cuidadosamente; enviá-lo durante a submissão.

#### **Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais**

Envio obrigatório para todos os artigos. Fazer o download do modelo no site da revista; digitar o título do artigo e o nome dos autores; imprimi-lo; assiná-lo (todos os autores); escaneá-lo em formato pdf; enviá-lo durante a submissão.

**Comprovante de pagamento da taxa de submissão**

Envio obrigatório para todos os artigos com exceção dos artigos internacionais (a cobrança da taxa de submissão está temporariamente suspensa para os artigos internacionais devido à limitações nas transações bancárias).

**Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa**

Envio obrigatório para os estudos que envolveram sujeitos humanos direta ou indiretamente. Escaneá-la em formato pdf; enviá-la durante a submissão.

**Checklist e fluxograma CONSORT**

Envio obrigatório para os ensaios clínicos randomizados. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis no site da revista; utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

**Checklist e fluxograma PRISMA**

Envio obrigatório para as revisões sistemáticas e metanálises. Fazer o download dos dois documentos nos links disponíveis no site da revista; utilizá-los na preparação do artigo, preenchê-los; enviá-los durante a submissão.

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons

**Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**

Av. Bandeirantes, 3900

14040-902 Ribeirão Preto SP

Tel.: +55 16 3602-3451

Fax: +55 16 3602-0518

E-mail: [rlae@eerp.usp.br](mailto:rlae@eerp.usp.br)