



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

O ENVELHECIMENTO NUMA COMUNIDADE QUILOMBOLA MARANHENSE

Cleidson de Moraes Silva (cleidsonms@hotmail.com) - UFMA

Ana Hélia de Lima Sardinha (anahsardinha@ibest.com.br) - UFMA

Maíra Fernanda Veiga de Sousa (trunurmessenger@iq.com.br) - UFMA

Elisneide de Moraes Silva Matos (elismsmatos@gmail.com) – UEPI

Eixo 3: Políticas Públicas e Ações para Promoção da Qualidade de Vida

Resumo

O envelhecimento dos brasileiros tem despertado o interesse das políticas de saúde pública, tendo em vista a demanda social e de saúde implicada nesse fenômeno. O presente estudo foi realizado na agrovila Peru, um conjunto de comunidades quilombolas de Alcântara-MA e objetivou avaliar a Qualidade de Vida e Saúde através dos Domínios do WHOQOL-BREF. Trata-se de pesquisa descritiva com abordagem quantitativa em amostra por conveniência (n=45), com alfa de 5% e intervalo de confiança de 95%, a análise estatística foi realizada com o programa SPSS 20. A coleta dos dados foi realizada em junho de 2012. O perfil observado foi de negros, mulheres, analfabetos, renda familiar de menos de dois salários mínimos e casados. Correlações positivas regulares foram observadas entre as facetas Qualidade de Vida e Saúde (grupo controle) e Qualidade de Vida e Saúde com o Domínio Meio Ambiente (grupo III). Os achados sugerem a adoção de ações de saúde voltadas para a promoção do envelhecimento saudável, implementação de programas de alfabetização de adultos, valorizar o indicador Qualidade de Vida para avaliar a saúde da população e as intervenções possíveis de serem implementadas, a realização de estudos com metodologia qualitativa nas agrovilas, a fim de aprofundamento dos achados sobre as facetas pior pontuadas dos domínios Psicológicos e Meio Ambiente.

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

Abstract

The aging of Brazilians has aroused the interest of public health policies, in order to demand social and health implicated in this phenomenon. This study was conducted in agrovila Peru, a set of maroon communities Alcantara-MA and aimed to evaluate the Quality of Life and Health through the domains of WHOQOL-BREF. It is descriptive research with quantitative approach in a convenience sample (n = 45), alpha = 5% and a confidence interval of 95%, the statistical analysis was realized with SPSS 20. Data collection was conducted in June 2012. The profile was observed for blacks, women, illiterate household income of less than two minimum wages and married. Positive correlations were observed between regular facets Quality of Life and Health (control group) and Quality of Life and Health with Domain Environment (group III). The findings suggest the adoption of health actions to promote healthy aging, implementation of literacy programs for adults, enhance the quality of life indicator to assess the health of the population and possible interventions to be implemented, the studies with qualitative methodology in rural villages in order to deepen the findings on the worst facets of punctuated Psychological and Environment domains.

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



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

Introdução

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

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

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

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

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

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

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



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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

Metodologia de Trabalho



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

Trata-se de um estudo de campo, descritivo com abordagem quantitativa. Realizado na agrovila de Peru do município de Alcântara, Maranhão, em junho de 2012.

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

Foram incluídos idosos de ambos os sexos com idade maior ou igual a 60 anos com condições cognitivas para comunicar-se com o pesquisador e consentiram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A população da agrovila de Peru é de 570 habitantes. A amostra foi calculada através da ferramenta StatCalc- Epi Info 7, considerando uma prevalência de idosos da ordem de 9%, α de 5%, Intervalo de Confiança (IC) de 95%, acrescido de 10% como fator de correção para possíveis perdas, totalizando 45 indivíduos.

Dois questionários um sociodemográfico e o WHOQOL-BREF versão em português foram utilizados.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 20. O nível de significância considerado foi de 5%.

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e aprovado com parecer nº 23115-017526 de 01.03.2012.

Resultados e Discussão

As características sócio-demográficas da amostra da população de idosos das agrovilas estão descritas na Tabela 1. Há o predomínio de pardos (68,9%). Negros (pretos e pardos) equivalem a 96,1% de todos os habitantes das agrovilas. A agrovila revela perfil de população majoritariamente negra. Os negros, em comparação com os brancos, apresentam maior exposição a fatores que alteram tanto a QV quanto a percepção de saúde autoatribuídas como pior situação socioeconômica, piores condições de vida, moradia, maior acometimento de doenças infecto-parasitárias, maior exposição a situações de violência sexual, física e psicológica^{19,20}.

O sexo feminino apresenta maioria 66,7%. A divisão por sexo mostra o predomínio de mulheres. Em dois estudos^{21,22} houve predomínio também de mulheres. A idade média observada foi de 71,4 anos, DP de 9,8 anos. A ocorrência percentual relativa baixa de octagenários e nonagenários comparadas aos sexagenários e septuagenários.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

Dois estudos verificaram também a mesma discrepância^{24,25}. Quanto maior a idade, pior a QV associada à saúde²⁶.

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

Variáveis	Agrovila Peru(N = 45)
Raça/Cor	
Branca	3(6,7)
Preta	11(24,4)
Parda	31(68,9)
Indígena	0
Sexo	
Masculino(M)	15(33,3)
Feminino(F)	30(66,7)
Idade Média	*71,4±9,8
Escolaridade	
Analfabeto	25(55,6)
Ens. fundamental incompleto	17(37,8)
Ens. fundamental completo	2(4,4)
Ens. médio completo	1(2,2)
Superior Completo	0
Renda Familiar Média	*1,53±0,5
Estado Civil	
Solteiro	10(22,2)
Casado	17(37,8)
Viúvo	16(35,6)
Separado	2(4,4)

Fonte: Dados da Pesquisa

* Média ± Desvio Padrão

O analfabetismo se destaca atingindo valor percentual alto 54,7%, muito acima da média nacional²⁷ e superior a dois estudos^{22,24} cujas amostras apresentaram analfabetismo da ordem de aproximadamente 40%. O baixo nível de escolaridade foi descrito como um fator de limitação para QV²⁸.

Quanto à variável renda familiar em salários mínimos, a média e DP verificados foi de 1,53 mais ou menos 0,5. O estado civil prevalecente é casado, seguido de viúvo. Em um estudo²⁹, observou-se frequência semelhante para esta variável.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

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

A Tabela 2 apresenta os escores médios e DP obtidos para os quatro domínios do WHOQOL-BREF, considerando a escala de 0-100. Os Domínios Físico e Relações Sociais (61,4%;63,3%), o Domínio Psicológico foi o melhor pontuado 73,1%. Já o Domínio Meio Ambiente teve a pior média.

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

Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
*M±DP	*M±DP	*M±DP	*M±DP
61,4±12,4	63,3±10,9	73,1±3,9	52,4±7,6

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

O domínio Relações Sociais foi o domínio que alcançou a maior média de escores, ao passo que o domínio Meio Ambiente, foi o pior avaliado.

A explicação para percepção tão ruim para este domínio pode ter sido a consequência lógica do processo de desterritorialização e reassentamento compulsório.

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

A desterritorialização impossibilitou as práticas tradicionais de pesca, caça, extrativismo, atividades agrícolas que garantiam autossuficiência às comunidades. Em troca,



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

os camponeses receberam lotes pequenos, pouco férteis, erodidos. Além disso, foram impostas mudanças no processo produtivo original, criando dependência de recursos financeiros e externos e novo modo de produzir não assimilado pelos agricultores³².

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

O resultado da aplicação do teste de correlação produto-momento de Pearson para as variáveis quantitativas do WHOQOL-BREF, tomadas duas a duas entre as facetas gerais QV e Percepção da Saúde entre si e entre cada uma destas facetas gerais com os quatro domínios também estão resumidos na Tabela 3.

Observaram-se correlações positivas entre as duas facetas gerais QV ($r = 0,358$; p -valor = $0,016$) e Saúde ($r = 0,375$; p -valor = $0,011$) com o Domínio Meio Ambiente.

Tabela 3. Correlação de Pearson entre as Facetas Gerais Qualidade de Vida e Percepção de Saúde com os Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente, Alcântara-MA, 2012.

Facetas Gerais Média±DP	Coefficiente de Correlação	Saúde	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Relações Sociais	Domínio Meio Ambiente
QV 3,3±0,7	R	0,461	0,417	0,193	0,197	*0,358
	p-valor	0,001	0,004	0,203	0,195	*0,016
Saúde 3,1±0,9	R	-----	0,591	0,233	0,208	*0,375
	p-valor	-----	0,000	0,124	0,170	*0,011

Fonte: Dados da Pesquisa

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

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

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

Conclusões



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

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

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

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

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

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

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

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

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



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

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

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica*. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2006.
2. Costa MFFL, Guerra HL, Barreto SM, Guimarães RM. Diagnóstico da situação de saúde da população idosa brasileira: um estudo da mortalidade e das internações hospitalares públicas. *Informe Epidemiológico do SUS* 2000; 9(1):23-41.
3. Fajardo, C. A importância da abordagem não-farmacológica da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Med. Fam. Comun.* 2006; 1(4):107-112.
4. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública* 2009; 43(3):548-54 .
5. World Health Organization Quality of Life Assessment Group. Development of the world health organization whoqol-bref quality of life assesment. *Social Science and Medicine* 1995; 41:1403.
6. Machado RM, Fonseca BF, Machado DTM. Avaliação da qualidade de vida da comunidade assistida pelo programa de saúde da família e a inserção do profissional fisioterapeuta nos serviços de atenção básica de saúde. *Rev. FisioBrasil* 2007; 84:20-25.
7. Moreira ECH. Proposta de elaboração e validação de um questionário de qualidade de vida, específico para paciente submetida ao tratamento cirúrgico do câncer de mama. *Revista Reabilitar* 2002; 14(6):43-47.
8. Pinheiro L, Fontoura NO, Querino AC, Bonetti A, Rosa W. *Retrato das desigualdades de gênero e raça*. 3ed. Brasília: IPEA; 2008.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o SUS*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
10. Lopes F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: Brasil. Fundação Nacional de Saúde. *Saúde da população negra no Brasil: contribuições para a promoção da equidade*. Brasília: Funasa; 2005.
11. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC* 2011; 13(5):937-43.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

12. Costa IR. *Vida de negro no maranhão: uma experiência de lutas, organização e resistência nos territórios quilombolas*. In: Costa IR, organizador. Coleção Negro Cosme, v. 6. São Luís: Estação Produções; 2005.
13. Associação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas do Maranhão (ACONERUQ). *Lutas, vitórias e desafios*. Disponível em:
http://www.cpsp.org.br/comunidades/html/brasil/ma/ma_lutas.html
14. Ferreira ALCBM. *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador* [dissertação]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2009.
15. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(5):1595-1601.
16. Maia FOM. *Vulnerabilidade e envelhecimento: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo Estudo SABE 2011* [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2011.
17. Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Comportamentos relacionados a saúde e qualidade de vida em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Saúde Pública* 2011; 45(3):485-93.
18. Pereira RJ, Cotta RMT, Franceschini SCC; Ribeiro RCL, Sampaio RF, Priore SE, et al. Influência de fatores socio sanitários na qualidade de vida dos idosos de um município do Sudeste do Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(6):2907-17.
19. Camarano AM, Kanso S, Mello SL. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano AM, organizadora. *Os novos idosos brasileiros, muito ale dos 60?*. Rio de Janeiro: IPEA; 2004.
20. Braga MCP, Casella MA, Campos MLN, Paiva SP. Qualidade de vida medida pelo whoqol-bref: estudo com idosos residentes em juiz de fora/MG. *Rev. APS* 2011; 14(1): 93-100.
21. Guedes DP, Hatmann MS, Martini FAN, Borges MB, Bernardelli Jr R. Quality of life and physical activity in a sample of Brazilian older adults. *J Aging Health* 2012; 24(2): 212-216.
22. Garcia EL, Banegas JR, Perez-Regadera AG, Cabrera RH, Rodriguez-Artalejo F. Social network and health related quality of life in older adults: a population based study in Spain. *Qual Life Res.* 2005; 14:511-20.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Ibge). *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010*. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.



VI SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

III FÓRUM INTERNACIONAL DE GEOGRAFIA DA SAÚDE

Geografia da Saúde: desigualdades socioambientais e promoção da qualidade de vida

São Luís (MA), 21 a 24 de outubro de 2013.

24. Feliciano AB, Moraes AS, Freitas ICM. O perfil do idoso de baixa renda no município de São Carlos, São Paulo, Brasil: um estudo epidemiológico. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20:1575-1585.
25. Cauduro MHF, Cauduro A, Souza ACA, Bós AJG, Terra NL. *Condições de vida e de saúde dos idosos de Manaus e Porto Alegre*. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2011.
26. Zielinka-Wieczowska H, Kedziora-Kornatowska K, Ciemnoczowski W. Evaluation of quality of life (QoL) of students of the University of Third Age (U3A) on the basis of socio-demographic factors and health status. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2010; 53: 198-202.
27. Duprat D, organizador. *Pareceres jurídicos- direitos dos povos e das comunidades tradicionais*. Manaus: Documentos de Bolso; 2007.
28. Linhares LFR. Terra de preto, terra de santíssima [dissertação]. São Luís: Universidade Federal do Maranhão; 1999.
29. Borges LJ, Benedetti TRB, Mazo GZ. Rastreamento cognitivo e sintomas depressivos em idosos iniciantes em programa de exercício físico. *J Bras Psiquiatr.* 2007; 56(4):273-279.
30. Paskulin LMG, Molzahn A. Quality of life of older adults in Canada and Brazil. *West J Nurs Res* 2007; 29(1):10-26.
31. Joia CL, Ruiz T, Donalisio, MR. Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Rev. Saúde Pública* 2007; 41:131-8.
32. Low G, Molzahn A. predictors of quality of life in old age: a cross-validation study. *Research in Nursing & Health* 2007; 43:293-300.
33. Paskulin L, Vianna L, Molzahn AE. Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review* 2009; 56:109–115.
34. Ferraz AF, Peixoto MRB. Qualidade de vida na velhice: estudo em uma instituição pública de recreação para idosos. *Rev Esc Enferm USP* 1997; 31:316-38.
35. Tate RB, Lah L, Cuddy TE. Definition of successful aging by elderly canadian males: the Manitoba follow-up study. *The Gerontologist* 2003; 43:735-744.
36. Sprangers MA, De Regt EB, Andries F, Van Agt HM, Bijl RV, De Boer JB et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *J Clin Epidemiol.* 2000; 53(9):895-907.
37. Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 (3):735-43.