

## CONDIÇÕES DE SAÚDE E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM IDOSOS QUILOMBOLAS

Iana Andrade Sampaio Felipe (1); Edivan Gonçalves da Silva Júnior (1); Tâmara Delles Ferreira Pinto de Albuquerque (2); Vitória de Farias Maracajá (3); Maria do Carmo Eulálio (4)

*Universidade Estadual da Paraíba, [iana\\_net@hotmail.com](mailto:iana_net@hotmail.com); Universidade Estadual da Paraíba, [edivangoncalves.junior@gmail.com](mailto:edivangoncalves.junior@gmail.com); Universidade Estadual da Paraíba, [thamara\\_dellys@hotmail.com](mailto:thamara_dellys@hotmail.com); Universidade Estadual da Paraíba, [vitoriamaracaja@hotmail.com](mailto:vitoriamaracaja@hotmail.com); Universidade Estadual da Paraíba, [carmitaeulalio.uepb@gmail.com](mailto:carmitaeulalio.uepb@gmail.com)*

**RESUMO:** Este estudo teve como objetivo averiguar as condições de saúde e o acesso aos serviços de saúde em idosos quilombolas. Participaram 69 idosos residentes nas comunidades quilombolas Caiana dos Crioulos e Pedra D'Água, localizadas em dois municípios do agreste paraibano. Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal. Foram utilizadas as seguintes medidas: dados sociodemográficos, doenças crônicas, sinais e sintomas, uso de medicamentos, hábitos de vida, autoavaliação de saúde, acesso aos serviços de saúde, satisfação com o acesso aos serviços de saúde. Os dados foram tabulados no SPSS e realizadas análises descritivas dos dados. A média de idade dos participantes foi de 69,62 anos (DP=6,87). Foi encontrada ligeira prevalência do sexo feminino (60,9%) e de idosos que nunca foram à escola (59,4%). Entre as doenças crônicas pesquisadas prevaleceu a hipertensão (65,2%). No tocante aos sinais e sintomas foi destaque o número de idosos que relataram problemas no sono (59,4%), perda de apetite (44,9%) e dificuldades de memória (40,6%). Uma minoria dos idosos apresenta consumo de tabaco e de bebidas alcólicas. Grande parte dos idosos faz uso de medicação (78,3%) e 47,8% dos participantes avaliam seu estado de saúde atual como regular. Observou-se que muitos idosos relataram usar os serviços do SUS (76,8%), 84,1% dos idosos disseram não receber visitas de profissional de saúde no último ano e 44,9% relataram estar muito satisfeitos com o seu acesso aos serviços de saúde. Observa-se a necessidade de que sejam empreendidas práticas de promoção da saúde nos idosos quilombolas.

**Palavras-chave:** Quilombolas, idosos, envelhecimento, doenças crônicas, serviços de saúde.

### INTRODUÇÃO

O envelhecimento é associado ao declínio de múltiplos sistemas orgânicos, à maior vulnerabilidade e ao aumento da prevalência de quadros mórbidos (GUARIENTO et al, 2013). A população idosa apresenta níveis de morbidade mais elevados que o da população em geral, com maior consumo de medicamentos e maior procura por serviços de saúde. Os medicamentos estão entre as intervenções mais utilizadas e de grande valor no tratamento de doenças nesse grupo etário, e são responsáveis por aumentar a sobrevida da população (MURRAY; CALLAHAN, 2003).

As doenças crônicas na velhice são associadas a uma pior condição socioeconômicas, incapacidade funcional, problemas de sono, incontinência urinária e uso de medicamentos. Em função de uma elevada vulnerabilidade, essas doenças e incapacidades exigem atendimentos de longa duração e utilização de procedimentos terapêuticos de alto custo, com sobrecarga para os sistemas público e privado de atenção. Em função da maior vulnerabilidade a doenças crônicas e incapacidades, a velhice exige atendimentos de longa duração e utilização de procedimentos

terapêuticos de alto custo, com sobrecarga para os sistemas público e privado de atenção (GUARIENTO et al., 2011).

No envelhecimento usual, os hábitos de vida e os aspectos psicossociais do indivíduo intensificam as alterações sistêmicas decorrentes da idade, com aumento na ocorrência de doenças e de predisposição à perda de autonomia. Já no envelhecimento saudável, as alterações sistêmicas são mínimas ou ausentes, de modo a favorecer um bom funcionamento físico e mental do indivíduo, com baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais consequentes, além de um envolvimento ativo com a vida (NETTO, 2002).

Considerando-se que o fenômeno do envelhecimento é multifacetado e multifatorial e que o idoso apresenta características biopsicológicas próprias, faz-se necessária uma assistência à saúde de forma abrangente, multidimensional, preventiva, de modo que se consiga não só o controle das doenças, mas, principalmente, o bem-estar físico, psíquico e social desta população, ou seja, a melhoria de sua qualidade de vida (NETTO, 2002).

Nesse contexto, cabe ressaltar o conceito de acesso aos serviços de saúde, que diz respeito ao grau de facilidade ou de dificuldade com que as pessoas obtêm atendimento de suas necessidades por esse setor. Reflete características do sistema, que atuam aumentando ou diminuindo os obstáculos à obtenção e à utilização de serviços de saúde pela população (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007). O acesso e o uso de serviços de saúde são também influenciados pelo perfil de necessidades de saúde, pelos valores e pelas preferências dos usuários (GUARIENTO et al, 2013 ).

A exclusão em saúde, definida como a falta de acesso de indivíduos ou de grupos aos bens, serviços e oportunidades desfrutados por outros indivíduos ou grupos da sociedade, relaciona-se com a estrutura e a organização dos sistemas de saúde e com as características socioeconômicas dos indivíduos, e são responsáveis por gerar problemas de oferta e de organização aos recursos de saúde (GEIB, 2012). Louvison et. al. (2007) enfatizam a importância de intervenções que busquem a equidade em saúde para a população idosa.

Tendo em vista o fato de poder contribuir com o estudo de idosos situados em diferentes contextos sociais, esta pesquisa foi desenvolvida com idosos residentes em duas comunidades remanescentes de quilombos, localizadas no meio rural, do estado da Paraíba, são elas: Pedra D'Água, localizada no município de Ingá; e Caiana dos Crioulos, localizada no município de Alagoa Grande.

Os quilombolas, assim como os povos indígenas, os caboclos ribeirinhos, as comunidades tradicionais urbanas e as populações tradicionais marítimas, são denominadas populações

tradicionais. Esses povos constituem comunidades que variam de acordo com cada região do Brasil, com características específicas que as diferenciam da população que está em seu entorno (SANTANA; OLIVEIRA, 2005). As comunidades remanescentes de quilombos são formadas, em sua maioria, por indivíduos de ancestralidade africana, que vivem isoladas culturalmente e geograficamente (AMORIM et al., 2013).

Tendo em vista tais provocativas, objetivou-se, neste estudo, averiguar as condições de saúde e o acesso aos serviços de saúde em idosos quilombolas.

## METODOLOGIA

A pesquisa foi desenvolvida através de abordagem quantitativa, de corte transversal e de caráter exploratório. Foi realizada em duas comunidades de remanescentes de quilombolas, localizadas no agreste do estado da Paraíba: Pedra D'Água (município de Ingá) e Caiana dos Crioulos (município de Alagoa Grande). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEPB e atendeu aos requisitos propostos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Participam 69 idosos, de ambos os sexos, com idades a partir de 60 anos. O critério de amostragem adotado foi não probabilístico, realizado através de critérios de conveniência e de acessibilidade. Foram incluídos no estudo os idosos moradores das comunidades pesquisadas que aceitaram participar livremente desta pesquisa. Foram excluídos do estudo os idosos com déficit cognitivo grave, portadores de sequelas graves de Acidente Vascular Encefálico, de Parkinson em estágio grave ou instável, de déficits de audição ou de visão e os que estiveram em estágio terminal.

Foram utilizadas as seguintes medidas: **a) questionário sociodemográfico** – estruturado com questões relativas à idade, sexo, escolaridade, estado civil, renda mensal familiar e renda mensal individual; **b) doenças crônicas** – investigados por meio de nove itens dicotômicos que questionavam se algum médico havia diagnosticado uma ou mais das seguintes doenças crônicas: doenças do coração, hipertensão arterial, acidente vascular encefálico/isquemia/derrame, diabetes mellitus, câncer, artrite ou reumatismo, doenças pulmonares, depressão e osteoporose; **c) sinais e sintomas** – investigados por meio de itens dicotômicos a partir dos seguintes problemas de saúde: incontinência urinária e fecal, perda de apetite, ganho involuntário de peso, dificuldade de memória e distúrbios do sono; **d) uso de medicamentos** – avaliado a partir de uma pergunta se o idoso havia feito uso de medicamentos prescritos por médicos ou auto administrados nos últimos três meses e posteriormente contabilizado o número de medicamentos utilizados pelos idosos; **e) hábitos de**

**vida** – avaliados segundo 4 itens dicotômicos que investigavam o uso de tabaco e de bebidas alcólicas pelo idoso; **f) autoavaliação de saúde** – composta pela questão “De modo geral, como o/a senhor/a avalia a sua saúde atualmente?” e respondida através de cinco opções de resposta: “muito ruim”, “ruim”, “regular”, “boa”, “muito boa”; **g) acesso aos serviços de saúde** – medida com itens dicotômicos que investigavam, nos últimos 12 meses o tempo de internação hospitalar, número de consultas médicas, visita de profissional de saúde no domicílio, tipo de serviço mais utilizado e posse de plano particular de saúde; **h) satisfação com o acesso aos serviços de saúde** – avaliada através de uma pergunta estruturada sobre a satisfação do idoso acerca do seu acesso aos serviços de saúde e respondida através de três opções de resposta: “pouco satisfeito”, “mais ou menos satisfeito”, “muito satisfeito”.

Os procedimentos para coleta dos dados se deram inicialmente a partir do contato com as lideranças das comunidades e, através dessas, os idosos foram convidados a participar da pesquisa. A coleta de dados foi realizada no espaço físico da associação dos moradores e numa escola, ambas localizadas nas comunidades pesquisadas e próximas às residências dos idosos. Após o idoso ou seu responsável legal ter assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi feita a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Foi montado um banco de dados no programa estatístico SPSS (versão 18) e realizadas contagens de frequências simples e percentuais dos dados.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

### Perfil sociodemográfico

Considerando o perfil demográfico da amostra estudada, observou-se que a idade dos participantes variou de 60 a 86 anos ( $M= 69,62$ ;  $DP= 6,87$ ), com ligeira prevalência do sexo feminino (60,9%). Houve predominância dos que afirmaram ser casados ou viverem com companheiro (65,2%). A renda mensal total dos idosos pesquisados apresentou uma média de 1243,44 ( $DP=426,14$ ;  $Mín=0$ ;  $Máx=2172$ ).

A maior parte da população dos idosos é do sexo feminino, isso tem ocorrido na maior parte do mundo e estima-se que as mulheres vivem mais tempo que a maioria dos homens, com uma sobrevivência maior de cerca de cinco a sete anos (NICODEMO; GODOI, 2010). Segundo alguns dos dados considerados no Brasil, as mulheres com mais de 60 anos de idade passaram de 2,2%, em 1940, para 4,7% em 2000, e 6% em 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E

ESTATÍSTICA, 2010). Diante dos dados, pode-se observar que, ter uma vida longa não implica em viver melhor. As mulheres aglomeram, durante a vida, desigualdades, como violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, dupla jornada, baixa escolaridade, solidão pela viuvez, além de apresentarem uma maior possibilidade de serem mais dependentes do que os homens (NICODEMO; GODOI, 2010).

Quanto à escolaridade, prevaleceram de forma significativa baixos índices de acesso à educação, uma vez que a taxa de idosos não alfabetizados chegou a 59,4% e nenhum dos idosos pesquisados alcançou o ensino médio. Esse dado chama a atenção uma vez que a distribuição das afecções crônicas tende a crescer com o aumento da idade e nas populações com menor nível de escolaridade, gerando um impacto crescente sobre os serviços de saúde (BARROS et al., 2011).

### **Variáveis de saúde dos idosos: doenças crônicas, sinais e sintomas, hábitos de vida, medicação e autoavaliação de saúde**

No quadro das doenças crônicas avaliadas, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) destacou-se como a condição crônica mais prevalente entre os idosos pesquisados (Tabela 1). É sabido que a HAS constitui um grave problema de saúde pública e que pode ser um fator modificável para ocorrência de doença cardiovascular (BEZERRA et al., 2013). Os dados corroboram com o estudo realizado em comunidades quilombolas da Bahia que igualmente encontrou elevados índices da doença na população quilombola baiana. Os autores identificaram ainda que condições socioeconômicas desfavoráveis, como o baixo nível de escolaridade e de renda, são fatores que podem influenciar no desenvolvimento da HAS no grupo estudado (BEZERRA et al., 2013).

**Tabela 1** – Distribuição dos indicadores de saúde (doenças crônicas, sinais e sintomas, hábitos de vida, uso de medicamentos, número de medicamentos, autoavaliação geral de saúde) dos idosos. Caiana dos Crioulos e Pedra D'Água, PB. (n=69).

| <b>Variáveis</b>        | <b>Categorias</b>   | <b>Frequência</b> | <b>%</b> |
|-------------------------|---------------------|-------------------|----------|
| <b>Doenças crônicas</b> | Doenças do coração  | 8                 | 11,6     |
|                         | Hipertensão         | 45                | 65,2     |
|                         | AVE/derrame         | 0                 | 0        |
|                         | Diabetes mellitus   | 14                | 20,3     |
|                         | Câncer              | 0                 | 0        |
|                         | Artrite/reumatismo  | 27                | 39,1     |
|                         | Doenças dos pulmões | 1                 | 1,4      |
|                         | Depressão           | 15                | 21,7     |

|                                     |   |    |      |
|-------------------------------------|---|----|------|
|                                     | Osteoporose   | 9  | 13,0 |
| <b>Sinais e sintomas</b>            | Incontinência urinária  | 16 | 23,2 |
|                                     | Incontinência fecal   | 8  | 11,6 |
|                                     | Ganho involuntário de peso  | 19 | 27,5 |
|                                     | Perda de apetite  | 31 | 44,9 |
|                                     | Dificuldades de memória   | 28 | 40,6 |
|                                     | Problemas de sono   | 41 | 59,4 |
| <b>Hábitos de vida</b>              | Fumam atualmente  | 15 | 21,7 |
|                                     | Ex-fumantes   | 35 | 50,7 |
|                                     | Bebidas alcóolicas ≥ 4 vezes/semana                                     | 2  | 2,9  |
|                                     | Bebidas alcóolicas ≥ 4 doses/mês  | 3  | 4,3  |
| <b>Uso de medicamentos</b>          | Tomou medicamento nos últimos 3 meses (receitados ou por conta própria) | 54 | 78,3 |
|                                     |   |    |      |
| <b>Número de medicamentos</b>       | 0   | 16 | 23,2 |
|                                     | 1   | 24 | 34,8 |
|                                     | 2-3   | 21 | 30,4 |
|                                     | 4-5   | 5  | 7,2  |
|                                     | ≥6  | 3  | 4,3  |
| <b>Autoavaliação geral da saúde</b> | Muito ruim  | 5  | 7,2  |
|                                     | Ruim  | 8  | 11,6 |
|                                     | Regular   | 33 | 47,8 |
|                                     | Boa   | 19 | 27,5 |
|                                     | Muito boa   | 3  | 4,3  |

Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

No tocante aos sinais e sintomas pesquisados, foi encontrado alto índice de alteração do sono (Tabela 1). Considera-se, a partir disso, que o processo de envelhecimento gera mudanças tanto na quantidade quanto na qualidade do sono, o que ocasiona impacto negativo na qualidade de vida na velhice e prejudica boa parte dessa população acima dos 65 anos de idade (VALADARES NETO, 1994) Segundo a Sociedade Brasileira do Sono (2008), muitas reclamações são comuns no idosos, quando referidas ao sono, porém, são normais nessa idade mais avançada. De acordo com Van Someren (2000), os distúrbios do sono são muito frequentes na população idosa.

De acordo com Geib et al. (2003), as queixas mais comuns nos idosos são associadas às modificações da arquitetura do sono, ao ritmo circadiano, aos problemas clínico-psiquiátricos e àquelas relativas aos comportamentos individuais e sociais, com ênfase nas rotinas e nos rituais de sono, nas atividades de vida diária e nas condições ambientais.

Destacou-se também o número de idosos que relataram perda de apetite e ganho de peso involuntário. Nesse sentido, o maior predomínio do desvio nutricional na população mais velha vem sendo revelada em diferentes estudos, em vários países, onde a desnutrição, o sobrepeso e a obesidade dominam sobre os indivíduos eutróficos. Portanto, alguns resultados são consequentes

das condições particulares em que cada idoso se encontra, seja no âmbito familiar, sozinho ou em instituições para idosos. (CAMPOS et. al 2000). Nessas circunstâncias, os efeitos da alimentação inapropriada, refletem numa má nutrição no idoso, sendo ela de maior ou menor grau (CAMPOS, 1996).

As dificuldades com a memória alcançaram pouco mais de 40% dos idosos quilombolas. O fato merece atenção tendo em vista a baixa escolaridade apresentada por esse grupo. Em se tratando do processo de envelhecimento, é notório destacar que as alterações das funções cognitivas, entre elas o destaque para a memória, se configuram como eventos possíveis de acometer o idoso, em maior ou menor tempo, a depender de determinados fatores (biológicos, psicológicos e sociais). Nesse sentido, o declínio cognitivo, a partir de um nível anteriormente elevado de funcionamento, gera múltiplos problemas para o idoso, tendo em vista que essa função está relacionada ao bom funcionamento dos estados psíquico e mental do indivíduo (YASSUDA; ABREU, 2006).

A avaliação dos hábitos de vida nos idosos foi satisfatória, tendo em vista o baixo índice de fumantes na pesquisa. Também foi identificado um número bastante reduzido de consumo de bebidas alcólicas pelos idosos quilombolas (Tabela 1). Diferentemente desses resultados um estudo realizado em comunidades quilombolas, localizadas no município de Vitória da Conquista-BA, encontrou que os idosos apresentaram um padrão de consumo considerado de risco para bebidas alcoólicas, incluindo nesta categoria os que consomem durante a semana uma quantidade excessiva de álcool, sem necessariamente fazer uso exagerado da substância em uma única ocasião, e aqueles que eventualmente utilizam o álcool em quantidade abusiva (CARDOSO; MELO; CESAR, 2015).

As alterações do ambiente social podem favorecer o consumo abusivo e crônico do álcool nos idosos, e assim fomentar danos à saúde (quadros demenciais, cirrose, pancreatite, agravamento de sintomas preexistentes), a curto e longo prazo, bem como mudanças de comportamento. Pode-se dizer que o alcoolismo é uma doença crônica, contínua, que pode levar à morte e é caracterizada pelo abuso sem total controle do uso do álcool, pela elevada ingestão de bebidas alcoólicas, e ainda em que seu consumo prevalece sem haver o devido conhecimento dos malefícios causado pelo uso (HERMAN; SADOVSKY, 2010).

Observou-se também que grande parte dos idosos consumiu algum tipo de medicamento durante os três meses que compreendia o período da pesquisa (Tabela 1). Nesse sentido, é discutido na literatura sobre envelhecimento que os idosos consomem mais medicamentos, consultas, exames

e internações, exigindo, portanto grande aporte de recursos financeiros, materiais e humanos para o atendimento de suas necessidades (TRAVASSOS; VIACAVA, 2007).

O consumo de medicamentos pelos idosos desta pesquisa foi consideravelmente superior quando comparado ao consumo dos participantes de um estudo realizado em comunidades quilombolas da Bahia, que identificou uma frequência de 41,9% do consumo de medicamentos (MEDEIROS et al., 2013). Sendo assim, o que se pode perceber é que o fato desses idosos quilombolas residirem em áreas rurais, serem desprovidos de transporte coletivo regular e estarem predominantemente restritos aos serviços públicos de saúde, já não se configura enquanto empecilho para que os mesmos consumam medicamentos.

No tocante à autoavaliação de saúde, 47,8% dos idosos fizeram uma avaliação geral da sua saúde enquanto regular, apenas 4,3% avaliaram a sua saúde de maneira geral enquanto muito boa e 7,2% dos idosos relataram estar com a saúde muito ruim. Essa avaliação reflete que os idosos podem estar ponderando as reais dificuldades que estão presentes em seu franco processo de envelhecimento. Estudos indicam que a autoavaliação de saúde tende a ser pior em idosos com doenças crônicas (BARRETO; FIGUEIREDO, 2009); e associa-se positivamente com o maior número de fatores de risco para acidentes cardiovasculares (PEREIRA; BARRETOS; PASSOS, 2009).

### **Acesso e satisfação com os serviços de saúde**

Sobre o acesso aos serviços de saúde, 76,8% dos idosos da pesquisa relataram que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e apenas 15,9% têm acesso a serviços particulares de saúde (Tabela 2). Os resultados ainda não configuram um nível satisfatório de uso dos serviços de saúde pela via do SUS, uma vez que é assegurado, segundo esse sistema, o acesso universal, a integralidade e a equidade nas formas de acesso. É sabido também que o Estatuto do Idoso (2003) assegura a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços, para a prevenção, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, em que está incluída também a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos.

**Tabela 2 – Frequência de respostas relativas ao acesso, uso e satisfação aos serviços de saúde. Caiana dos Crioulos e Pedra D'Água, PB. (n=69).**

| <b>Variáveis</b>   | <b>Categorias</b>                    | <b>N</b> | <b>%</b> |
|--|--------------------------------------|----------|----------|
| <b>Tipo de serviço médico que mais utilizam</b>                | SUS                                  | 53       | 76,8     |
|  | Convênios                            | 5        | 7,2      |
|  | Particular                           | 11       | 15,9     |
| <b>Têm convênios de serviços médicos</b>                       | Sim                                  | 15       | 21,7     |
|  | Não                                  | 53       | 76,8     |
| <b>Número de consultas médicas no último ano</b>               | Nenhuma                              | 14       | 20,2     |
|  | 1 ou 2                               | 19       | 27,5     |
|  | 3 ou mais                            | 36       | 52,2     |
| <b>Motivo de não terem ido ao médico no último ano</b>         | Não quiseram                         | 7        | 10,1     |
|  | Dificuldades para conseguir consulta | 1        | 1,4      |
|  | Não precisaram                       | 61       | 88,4     |
| <b>Internação hospitalar no último ano</b>                     | Sim                                  | 14       | 20,3     |
|  | Não                                  | 55       | 79,7     |
| <b>Estiveram acamados por doença ou cirurgia no último ano</b> | Sim                                  | 14       | 17,4     |
|  | Não                                  | 55       | 79,7     |
| <b>Visitas de profissional de saúde no último ano</b>          | Sim                                  | 11       | 15,9     |
|  | Não                                  | 58       | 84,1     |
| <b>Satisfação com o acesso aos serviços de saúde</b>           | Pouco satisfeitos                    | 12       | 17,4     |
|  | Mais ou menos satisfeitos            | 26       | 37,7     |
|  | Muito satisfeitos                    | 31       | 44,9     |

\* Poucos idosos não responderam aos itens propostos. Fonte: Dados da Pesquisa, 2015.

Segundo Louvison et al. (2007), os idosos que mais utilizam serviços médicos são os de idade avançada, as mulheres, os de baixa escolaridade, os que têm mais doenças crônicas, os que avaliam sua saúde como ruim ou regular. Entre os usuários do SUS, predominam mulheres, crianças, negros, pardos e indivíduos de baixa escolaridade e baixa renda (RIBEIRO et al., 2006). Entre os idosos atendidos pelo SUS, predominam aqueles com renda baixa e com pior condição de saúde e pior funcionalidade (TRAVASSOS et al., 2002).

Dentre os idosos estudados, 88,4 % disseram não ter ido ao médico no último ano por não precisarem. De forma semelhante, 79,7% não tiveram internação hospitalar no último ano nem estiveram acamados por doença ou por dentro desse mesmo período. Os dados podem revelar desconhecimento por parte dos idosos acerca das ações em saúde que privilegiam as práticas em promoção da saúde e prevenção de agravos. Assim, conforme apontam a visita aos serviços de

saúde não deve estar direcionada apenas ao fato de possuir uma condição grave de saúde, ou mesmo quando se têm instalados determinados problemas em que já não dão mais para suportar.

O quadro que se observa a respeito da instalação de vulnerabilidades para o público idoso ratifica dados que indicam que os grupos socialmente menos privilegiados apresentam maiores riscos de adoecer e de morrer quando comparados a grupos mais privilegiados. Enfatiza-se nesse trabalho, que o grupo de idosos naturalmente irá integrar grupos de vulnerabilidade social, no entanto, no Brasil, observa-se essa situação acentuada significativamente pelas péssimas condições sociais que atingem grande parte dos idosos brasileiros. Assim, conforme apontam Travassos e Castro (2012), as desigualdades sociais estão relacionadas às condições de saúde da população e de maneira correlata, destaca-se também que as desigualdades sociais no acesso e na utilização dos serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde dos quais a sociedade dispõe.

Essas impressões podem ser reforçadas pelo fato da maioria considerável dos idosos (84,1%) desta pesquisa afirmar que não receberam visitas dos profissionais de saúde (médico, dentista, enfermeiro, psicólogo, agente comunitário de saúde) no último ano. Observou-se, ainda, uma avaliação mediana do acesso aos serviços de saúde pelos idosos, embora 44,9% deles relatem estar muito satisfeitos com o seu nível de acesso (Tabela 2).

Diante de tais resultados, é possível discutir, conforme apontam Bertuzzi, Paskulin e Moraes (2012), que os idosos que vivem em meios rurais, além de enfrentarem os problemas naturais ao processo de envelhecimento, também têm que lidar com dificuldades no acesso aos serviços de saúde, evidenciadas nos problemas de transporte, na baixa renda e nas grandes distâncias que precisam ser percorridas para acessar os centros de saúde. Percebe-se, com isso, que essas condições de desfavorecimento social repercutem na saúde dos indivíduos, pois limitam o seu acesso aos serviços de saúde (BEZERRA et al., 2013).

Dito isso, é interessante observar que, na medida em que os idosos quilombolas podem superar as dificuldades de transporte coletivo regular e chegar até os serviços públicos de saúde em busca de medicamentos, por exemplo, esses serviços, por sua vez, parecem não se deslocarem até os idosos.

## CONCLUSÕES

Os idosos apresentaram alguns agravos à saúde, tais como elevada prevalência de hipertensão, de problemas de sono, de dificuldades de memória e considerável relato de falta de

apetite. É possível que essas condições resultem em declínios na saúde e na qualidade de vida do idoso, caso não haja a devida atenção para o enfrentamento de suas manifestações.

De modo geral, observou-se uma avaliação satisfatória por parte dos idosos com relação ao acesso aos serviços de saúde. Porém, é necessário considerar que muitos dos participantes relataram não receber visitas dos profissionais em seus domicílios. A falta de maior proximidade dos idosos com os serviços de saúde pode ser um reflexo da baixa escolaridade dos idosos e, conseqüentemente, do desconhecimento por parte desses acerca das práticas vigentes em promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde. Aliado a isso, tem-se também a carência de comunicação entre os profissionais de saúde com a população das comunidades quilombolas estudadas.

O contexto observado com a realização desta pesquisa revela certa fragilidade no sistema de saúde que atende às comunidades quilombolas. Devem ser realizadas novas pesquisas com foco nos aspectos que contribuem para a baixa procura aos serviços de saúde por parte desse público específico. Os profissionais que atendem às demandas da população quilombola também devem ser alvo de pesquisas, tendo em vista o número reduzido de visitas domiciliares realizadas pelos mesmos aos idosos pesquisados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMORIM, M. M. et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience Journal**. v. 29, n. 4, p. 1049-1057, 2013.
- BARROS, M. B. A et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD 2003-2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n.9, p. 3755-3768, 2011.
- BARRETO, S. M.; FIGUEIREDO, R. C. Doença crônica, auto-avaliação de saúde e comportamento de risco: diferença de gênero. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, supl. 2, p. 38-47, 2009.
- BERTUZZI, D. B.; PASKULIN, L. M. G., MORAIS, E. P. Arranjo e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto e Contexto da Enfermagem**, v. 21, n. 1, p. 158-166, 2012.
- BEZERRA, V. M. et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1889-1902, 2013.
- BRASIL, Lei nº 10741/2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília: DF, Outubro de 2003.
- CAMPOS, Maria Teresa Fialho de Sousa. 1996. **Efeitos da suplementação alimentar em idosos**. 1996. 119f. Dissertação (Mestrado em Ciência e Tecnologia de Alimentos) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 1996.
- CAMPOS, M.T.F.S. et al. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. **Revista de Nutrição**. Campinas. v.13, n.3, p.157-165, 2000.
- CARDOSO, L.G.V.; MELO, A.P.S.; CESAR, C.C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.20, n.3 p.809-820, 2015.

- GUARIENTO, M.E. et al. Acesso e uso de serviços de saúde e fragilidade. In: NERI, A. L. (Org). **Fragilidade e qualidade na velhice**. Campinas, SP: Editora: Alínea, 2013. p.209-226
- GUARIENTO, M. E. et al. A saúde dos idosos segundo seus relatos e conforme indicadores clínicos e antropométricos. In . NERI, A. L.; GUARIENTO, M. E. **Fragilidade, saúde e bem-estar do idosos**. Campinas, SP: Editora: Alínea, 2011. p. 101-134.
- GEIB, L.T.C. et al. Sono e envelhecimento. **Revista Psiquiátrica**. v.25, n.3, p. 453-465, 2003.
- GEIB, L.T.C. Determinantes sociais saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.17, n.1, p.123-133, 2012.
- HERMAN S, SADOVSKY R. Psychosocial health screening and recognizing early signs of psychosocial distress. **Journal of Men's Health**. v.7, n.1, p.73-82, 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, IBGE. Censo demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>  
Acesso em 5 set. 2016.
- LOUVISON, M.C.P. et al. Uso e acesso de serviços de saúde entre a população idosa do município de São Paulo. **Divulgação em Saúde para debate**. Rio de Janeiro, v.3 p.7-13, 2007.
- MEDEIROS, D.S. et al. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. **Revista Saúde Pública**. v.47, n.5, p.905-13, 2013.
- MURRAY, M.D.; CALLAHAN, C.M. Improving medication use for older adults: an integrated research agenda. **Ann Intern Med**. v.139 p.425-9, 2003.
- NETTO, M.P. O estudo da velhice no século XX: histórico, definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora: Guanabara Koogan, 2002. p. 2-12.
- NICODEMO, D.; GODOI, M. P. Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. **Revista Ciência em Extensão**. v.6, n.1, 2010.
- PEREIRA, J. C.; BARRETO, S. M.; PASSOS, V. M. A. O perfil de saúde cardiovascular dos idosos brasileiros precisa melhorar: estudo de base populacional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 1, p. 1-10, 2008.
- RIBEIRO, M. C. S. A. et al. Perfil Sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários do SUS -PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.11, n.4, p.1011-1022, 2006.
- SANTANA, L. R.; OLIVEIRA, T. P. O patrimônio cultural imaterial das populações tradicionais e sua tutela pelo Direito Ambiental. **Revista Jus Navigandi**., ano 10, n.750, 2005.
- Sociedade Brasileira do Sono**. Disponível em: <<http://www.absono.com.br/publicacoes/revista-sono/>>. Acesso em: 10 de outubro de 2016.
- TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde em idosos residentes em áreas rurais, Brasil, 1998 e 2003. **Caderno de Saúde Pública**. v.23, n.10, p.2490-2502, 2007.
- TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L., et al. (Orgs.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 183-206
- VALADARES NETO, D. C. Distúrbios de sono no idoso. In: CANCADO, F. A. X. (Org) **Noções práticas de geriatria**. Belo Horizonte, MG: Editora: Coopmed, 1994.
- VAN SOMEREN, E. J. W. Circadian and sleep disturbances in the elderly. **Experimental Gerontology**. v.9, n. 35, 2000.
- YASSUDA, M. S.; ABREU V. P. S. Avaliação cognitiva. In: FREITAS, E. V. et al. (Eds). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, RJ: Koogan, 2006. p. 1252-1266.