

CARACTERÍSTICAS SOCIOAMBIENTAIS E DEMOGRÁFICOS DE IDOSOS REMANESCENTES DE QUILOMBO

ENVIRONMENTAL AND DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS OF ELDERLY OF REMAINING QUILOMBO

CARACTERÍSTICAS AMBIENTALES Y DEMOGRÁFICA DE ANCIANOS DE REMANENTES DE QUILOMBOS

José de Ribamar Medeiros Lima Júnior¹; Ana Hélia de Lima Sardinha²; Cleidson de Moraes Silva³; Mayane de Melo Bezerra⁴

RESUMO

A expectativa de vida dos idosos aumentou significativamente nos últimos anos, o que proporcionou um crescimento acentuado da população idosa, observando-se um alargamento do topo da pirâmide etária. Dentre os locais que apresentam acentuada presença de idosos, destacamos as comunidades quilombolas, ainda remanescentes no estado do Maranhão. Este estudo objetivou descrever as condições socioambientais e demográficas de idosos quilombolas. É um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, tendo uma

população de 139 idosos. Utilizou-se o programa SPSS 20. O perfil encontrado foi homens, negros, entre 60 e 69 anos, analfabetos, renda de até dois salários-mínimos, casa própria com fossa séptica, água encanada e consumo de água filtrada. As comunidades caracterizam-se pelo forte vínculo com o meio ambiente. As condições sanitárias destas populações são insuficientes. Outra característica importante dessas comunidades é a ausência de serviços de saúde locais, contribuindo para o baixo índice de indicadores de saúde. Nesse contexto, a caracterização do perfil dos idosos quilombolas é componente essencial para se ter conhecimento das características sociais, demográficas e de saúde específicas da população em estudo, permitindo a implementação da assistência à saúde voltada para esta população.

Descritores: Idoso. Envelhecimento da população. População negra.

¹Enfermeiro; Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão UFMA; Pós-Graduação em Gestão e Saúde Pública; limajr_17@hotmail.com

²Enfermeira; Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Maranhão; Doutora em Ciências Pedagógicas; anahsardinha@ibest.com

³Enfermeiro; Mestre em Saúde e Ambiente pela Universidade Federal do Maranhão;

⁴Enfermeira; Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão; mayanemelo@hotmail.com;

ABSTRACT

The life expectancy of the elderly has increased significantly in recent years, which resulted in a sharp growth of the elderly population, observing an enlargement of the top of the age pyramid. Among the places that have marked presence of elderly, highlight the maroon communities, still remaining in the state of Maranhão. This study aimed to describe the social, environmental and demographic conditions of older Maroons. It is a descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, with a population of 139 elderly. The SPSS 20 program profile found was men, black, between 60 and 69 years, illiterate, income up to two wages, own house with septic tank, city water and consumption of filtered water was used. Communities are characterized by strong bond with the environment. The health conditions of these populations are insufficient. Another important feature of these communities is the lack of local health services, contributing to the low level of health indicators. In this context, the characterization of the profile of the elderly Maroons is an essential component to have knowledge of the social, demographic and specific health characteristics of the study population,

allowing the implementation of health care focused on this population.

Keywords: Elderly. Aging population. Black population.

RESUMEN

La esperanza de vida de las personas mayores se ha incrementado significativamente en los últimos años, lo que se tradujo en un fuerte crecimiento de la población de edad avanzada, la observación de una ampliación de la parte superior de la pirámide de edades. Entre los lugares que han marcado la presencia de personas de edad avanzada, resalte las comunidades cimarronas, que aún permanecen en el estado de Maranhão. Este estudio tuvo como objetivo describir las condiciones sociales, ambientales y demográficas de los mayores cimarrones. Se trata de un estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, con una población de 139 personas de edad avanzada. El perfil SPSS 20 programa encontrado eran los hombres, negro, entre 60 y 69 años, se utilizó analfabeta, ingresos de hasta dos salarios, casa propia con tanque séptico, el agua de la ciudad y el consumo de agua filtrada. Las comunidades se caracterizan por un fuerte vínculo con el medio ambiente. Las condiciones de salud de estas

poblaciones son insuficientes. Otra característica importante de estas comunidades es la falta de servicios locales de salud, lo que contribuye al bajo nivel de los indicadores de salud. En este contexto, la caracterización del perfil de los cimarrones de edad avanzada es un componente esencial para tener conocimiento de las características sociales de salud, demográficos y específicos de la población de estudio, lo que permite la implementación de la atención de la salud centrado en esta población.

Palabras clave: Ancianos. Envejecimiento de la población. Población Negro.

INTRODUÇÃO

O Brasil tem vivenciado importantes mudanças no perfil demográfico, social, ambiental e na estrutura etária populacional com elevação da expectativa de vida e acentuado envelhecimento da população, pois, com o avanço das tecnologias da área da saúde, valorização da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis voltadas aos idosos e o novo paradigma da promoção da saúde, dentre outros fatores, houve contribuição para que os indivíduos

envelheçam saudáveis, atingindo idade cada vez mais avançada¹.

A expectativa de vida dos idosos aumentou significativamente nos últimos anos, o que proporcionou um crescimento acentuado da população idosa, observando-se um alargamento do topo da pirâmide etária, que se deu pelo crescimento da participação relativa da população com 60 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010².

O aumento da população de idosos é um fenômeno crescente e mundial. Iniciado em países desenvolvidos, passa atualmente a ser uma realidade também em países em desenvolvimento³. Esse fenômeno pode ser observado no Brasil pelo crescimento absoluto da população nos últimos dez anos, principalmente, em função do crescimento da população adulta, com destaque para o aumento da participação da população idosa².

À medida que aumenta a idade cronológica, as pessoas tornam-se menos ativas e a sua independência funcional diminui; esta pode ser definida como a capacidade de realizar as atividades de deslocamento, atividades de autocuidado, sono adequado e participação em atividades ocupacionais e recreativas de forma

independente⁴. As alterações decorrentes do envelhecimento associadas à redução da capacidade funcional e à inatividade podem levar a um impacto na qualidade de vida (QV) desses idosos⁵.

O envelhecimento afeta praticamente todas as espécies que habitam o planeta, e apesar de todos os medos e incertezas associados à velhice, ainda é um estado que todo ser humano deseja chegar com saúde. Do ponto de vista biológico, ele é definido como um processo de deterioração gradual da capacidade funcional do organismo, posterior a maturidade e que conduz à morte⁶.

O processo de envelhecimento pode ser uma experiência positiva ou não, dependendo do contexto social em que o sujeito envelhece, contudo, o envelhecimento também influencia o contexto social, uma vez que o idoso com as suas características e experiências leva a uma determinada atuação da sociedade⁷. No Brasil, devido às condições de desigualdade social, injustiça e exclusão social, poucas pessoas têm acesso a um serviço de saúde adequado, e isto constitui um fator determinante tanto para dificuldade de acesso aos serviços de saúde com qualidade quanto para satisfação de suas necessidades⁸.

Quando essa população é negra, as condições de vulnerabilidade são maiores.

A permanência dos negros nos estratos sociais mais baixos determina condições especiais de vulnerabilidade⁹. O Governo Federal reconhece a situação de vulnerabilidade vivenciada pela população negra no Brasil, e desde os últimos dez anos implementa medidas a fim de combater tais problemas. Foram criadas a Secretaria Especial de Políticas de Promoção de Igualdade Racial (SEPPIR) e mais recentemente a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Política Nacional de Saúde Integral da População Negra visa a promoção da equidade em saúde da população afro-descendente, bem como garantir e ampliar o acesso da população negra do campo e da floresta, em particular as populações quilombolas, às ações e aos serviços de saúde¹⁰.

Historicamente a escravidão de africanos consumiu milhares negros nas Américas, mas é importante lembrar que onde existia escravidão havia resistência, resultando em fugas e formação de grupos. Esses grupos receberam diferentes nomes nas Américas, e no Brasil eram chamados de quilombos e mocambos e seus

membros, quilombolas, calhambolas ou mocambeiros. Essas populações são vulneráveis, e ainda hoje são mitigadas, porém vem conquistando sua autonomia, mesmo com muita dificuldade¹¹.

Reconhecidas oficialmente pelo Estado brasileiro em 1988, principalmente com a afirmação de seus direitos territoriais por meio do Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição (ADCT), as comunidades quilombolas despertaram uma série de questões socioeconômicas, espaciais, jurídicas e culturais que passaram a fazer parte da discussão sobre o que representam os quilombos contemporâneos na atualidade e sobre a sua efetiva inserção cidadã¹².

As comunidades de quilombo se constituíram a partir de diversos processos, heranças, doações, recebimento de terras como pagamento de serviços prestados ao Estado, permanência em terras que cultivavam no interior de grandes propriedades depois da abolição, e até mesmo a compra de propriedades por escravos alforriados ou libertos. Para os antropólogos contemporâneos, o que definia o quilombo, portanto, não era isolamento e a fuga, e sim a resistência e a autonomia, características também

presentes nas comunidades quilombolas de hoje, de acordo com documento divulgado em 1994 pelo grupo de Trabalho sobre Comunidades Rurais Negras, criado pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA), para auxiliar a aplicação do artigo Constitucional¹³.

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 central¹⁴. Diferentemente de outros estados, aqui, os proprietários de fazendas de algodão e de engenhos de açúcar, dos séculos XVIII e XIX, ao entrarem em derrocada econômica, abandonaram as terras, permitindo o florescimento de um campesinato tanto parcelar quanto comunal¹⁵, ou, como também caracterizado, de *uso comum*¹⁶.

O município de Alcântara, no litoral ocidental maranhense, apresenta população preponderantemente rural e de formação histórica peculiar. Sua sede, instalada em 1648, é das poucas cidades brasileiras a ostentar a condição de monumento nacional. É também o único município do país a ter oficialmente reconhecido, num mesmo perímetro e de forma contínua, um

extenso território étnico, integrado por mais de centena e meia de povoados camponeses que reivindicam a condição de *quilombolas*. Por outro lado, é apontado por militares e planejadores oficiais como um dos melhores locais do planeta para a instalação de plataformas de lançamento de artefatos espaciais, o que tem ocasionado sérias disputas pelo território entre quilombolas e aparelhos do Estado¹⁷.

Neste contexto, a presente pesquisa objetivou descrever a população de idosos das agrovilas de Alcântara-MA quanto ao seu perfil socioambiental e demográfico, contribuindo para o conhecimento do perfil demográfico e conhecimento do impacto das relações sociais desses grupos a fim de identificar o estado de saúde nessas comunidades no sentido de promover uma construção coletiva assistencial aos idosos quilombolas, melhorando a atuação dos diversos profissionais da área da saúde. E, dessa forma, perceber que saúde não é entendida somente como ausência de doença, mas, sobretudo como um processo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a terra e aos serviços de saúde.

OBJETIVO

Descrever a população de idosos das agrovilas de Alcântara-MA quanto ao seu perfil socioambiental e demográfico; além de favorecer o conhecimento do estado de saúde nessas comunidades no sentido de promover uma construção coletiva assistencial aos idosos quilombolas, melhorando a atuação dos diversos profissionais da área da saúde.

REVISÃO DE LITERATURA

O fato mais marcante para as sociedades atuais é o processo de envelhecimento populacional observado em todos os continentes. O aumento do número de idosos, tanto proporcional quanto absoluto, está a impor mudanças profundas nos modos de pensar e viver a velhice na sociedade¹⁰.

As mudanças no perfil demográfico e na estrutura etária populacional com elevação da expectativa de vida e acentuado envelhecimento da população, decorre do avanço das tecnologias da área da saúde, valorização da atenção primária à saúde, desenvolvimento de políticas públicas saudáveis voltadas aos idosos e o novo paradigma da promoção da saúde, dentre outros fatores, havendo contribuição para que os indivíduos

envelheçam saudáveis, atinjam idade cada vez mais avançada¹⁶.

E paralelo à transição demográfica ocorre a transição epidemiológica. Transição expressa pela mudança nos padrões de mortalidade e morbidade da população e maior ocorrência de doenças crônicas, próprio das faixas etárias mais avançadas, com custos diretos e indiretos mais altos, uma vez que estas doenças requerem gerenciamento por um período de anos ou décadas por serem de longa duração e progressão lenta⁸.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define envelhecimento como "um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte". O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos - senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema¹⁰.

A palavra "quilombo", que em sua etimologia bantu quer dizer acampamento guerreiro na floresta, foi

popularizada no Brasil pela administração colonial, em suas leis, relatórios, atos e decretos, para se referir às unidades de apoio mútuo criadas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão no País. Essa palavra teve também um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando amplas dimensões e conteúdos. O fato mais emblemático é o do Quilombo dos Palmares, movimento rebelde que se opôs à administração colonial por quase dois séculos⁶.

A Guerra dos Palmares foi um dos episódios de resistência escrava mais notável na história da escravidão do Novo Mundo. Ainda que as estimativas das fontes coevas e dos historiadores sobre o número total de habitantes diverjam bastante — de um mínimo de 6 mil a um máximo de 30 mil pessoas, não há como negar que as comunidades palmarinas, dada a extensão territorial e a quantidade de escravos fugitivos que acolheram, tornaram-se o maior quilombo na história da América portuguesa⁴.

Suas origens datam do início do século XVII, mas sua formação como grande núcleo quilombola se deu apenas no contexto da invasão holandesa de Pernambuco, quando diversos escravos

se aproveitaram das desordens militares e fugiram para o sul da capitania. As comunidades rebeldes que então se organizaram resistiram a diversas incursões da Companhia das Índias Ocidentais e, após a expulsão dos holandeses, a ataques das tropas luso-brasileiras⁵.

Os quilombos brasileiros e as áreas remanescentes são fruto de um processo histórico da formação da nação brasileira, originada na colonização portuguesa. A formação dos quilombos se deu como forma de resistência ao regime escravocrata durante o Brasil Colônia e ainda no Império, sendo que até os dias atuais são ocupados por populações sem o integral reconhecimento da sociedade³.

O fenômeno dos quilombos não é apenas um evento da realidade brasileira. Com nomes distintos, em toda a América, onde houve escravidão, houve resistência e a formação dessas comunidades, como os *palenques* ou *cumbés* na América espanhola, os *maroons* e *grand marronage* nas áreas de colonização inglesa e francesa, respectivamente. Em nosso país, o quilombamento tornou-se símbolo da resistência e tem em Zumbi dos Palmares o seu máximo expoente³.

Souza (2012) traz uma reflexão sobre o problema em que as

comunidades quilombolas se encontram com vista ao acesso às políticas de saúde. As comunidades, em sua maioria, caracterizam-se pelo forte vínculo com o meio ambiente. As famílias destas comunidades vivem da agricultura de subsistência, sendo a atividade econômica baseada na mão de obra familiar, para assegurar os produtos básicos para o consumo¹⁷.

As condições sanitárias destas populações são insuficientes; a maior parte não possui água tratada e nem esgoto sanitário. Outra característica importante dessas comunidades é a ausência de serviços de saúde locais, fazendo com que, ao surgirem doenças, seus habitantes sejam obrigados a percorrer grandes distâncias em busca de ajuda. Todas estas questões acabam por aumentar o baixo índice de indicadores de saúde entre os quilombolas¹⁷.

Além disso, as comunidades quilombolas sofrem constantes ameaças de expropriação territorial, principalmente pela fertilidade do solo, riqueza em recursos naturais e do subsolo. Todas elas, no entanto, apresentam necessidades, em especial ao acesso à água e esgotos, condições que trazem agravos para saúde. Estas necessidades, por sua vez, só se mostrarão efetivas com um adequado

trabalho de educação sanitária, garantindo o correto acesso às informações sobre construções de sistemas de saneamento e usos adequados, sempre preservando as características culturais da população⁸.

Assim, perceber a relação entre esses conceitos é indispensável para entendermos sobre a situação de saúde desses grupos que foram historicamente perseguidos e excluídos, os quilombolas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada de setembro à novembro de 2012 com idosos moradores das agrovilas Peru, Peptal, Cajueiro, Ponta Seca, Só Assim, Marudá e Espera localizadas na zona rural do município de Alcântara- MA.

Alcântara está situada na mesorregião do Norte Maranhense, na microrregião da Baixada Ocidental Maranhense, dentro dos limites da Amazônia Legal. Área total do município é de 1.496,5 km², ou próximo de 114 mil hectares, o que corresponde a 0,45% da superfície do Maranhão.

A população de idosos total das agrovilas é 139, conforme consolidado dos dados de 2011 da Secretaria

Municipal de Saúde de Alcântara, destes 128 foram efetivamente entrevistados e 11 não puderam responder. Foram entrevistados, na agrovila de Peru- 44, Peptal- 10, Cajueiro- 20, Ponta Seca- 10, Só Assim- 10, Marudá- 28 e Espera- 6.

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado com calculadora estatística StatCalc do programa Epi Info versão 7 considerando uma frequência de 13% de idosos na população total das agrovilas, um intervalo de confiança de 99,99% e nível de significância (α) de 0,01%. A fim de compensar as possíveis perdas acrescentou-se 10% como fator de correção, chegando a uma amostra final de 128 idosos. Os dados obtidos foram analisados no programa software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 20 e apresentados por meio de gráficos e tabelas discutidos a luz da literatura.

Foram incluídos idosos de ambos os sexos, na faixa etária de 60 anos ou mais de idade que residiam nas Agrovilas do município de Alcântara- MA.

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa /CEP-UFMA da Universidade Federal do Maranhão com parecer nº 23115-017526.

RESULTADOS

As características sociodemográficas investigadas foram sumarizadas na (Tabela 1). Prevaleceu o sexo masculino, sendo representado por 51,6% (n=66). Quanto à cor/raça, a maioria referiu ser negra (50,8% de pardos e 45,3% de pretos). Considerando que a classificação de negros segundo IBGE é a junção de pardos e pretos.

A idade mínima foi 60 anos e a máxima foi de 90 anos, apresentando uma média de 69,7. Quando questionados em relação ao nível de escolaridade, a maioria respondeu que era analfabeta (60,2%). Em relação ao estado civil, 42,2% afirmou ser casado.

A renda mensal de maior destaque foi a de dois salários mínimos (57,0%), seguido de 38,3% com apenas um salário mínimo, com uma média salarial de 1,66.

Os questionamentos realizados quanto ao tipo de condições de moradia, mostrou dados referentes ao destino do lixo, onde a maioria respondeu que era queimado (89,1%) e a minoria que descartava a céu aberto (10,9%). Em relação ao destino das fezes houve a predominância de fossa séptica (72,7%). Quanto ao abastecimento de água houve a predominância de origem de rede

pública (53,1%). Quanto ao tipo de tratamento da água a grande maioria afirmou que era filtrada (66,4%) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

No presente estudo foram avaliados 128 idosos das sete agrovilas de Alcântara (Peru, Peptal, Cajueiro, Ponta Seca, Só Assim, Marudá e Espera), sendo que a maioria dos idosos pertencia ao sexo masculino 51,6% (n=66). Os resultados encontrados nessa pesquisa destoam do que se encontra na literatura, onde os resultados mostram que a população feminina tem aumentado cada vez mais em relação à masculina.

Nesse contexto, não corroboram o panorama de feminilização do envelhecimento, que tem sido atribuído à menor exposição a determinados fatores de risco do que os homens, relacionados ao ambiente de trabalho, menor prevalência de tabagismo e uso de álcool, diferenças quanto à atitude em relação a doenças e incapacidades e pela maior cobertura da assistência gineco-obstétrica⁶.

Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2011, o Brasil tem mais mulheres do que homens. De uma população de 195,2 milhões de habitantes, 100,5

milhões – ou 51,5% - são mulheres e 94,7 milhões são homens – 48,5% do total. O aumento da proporção de mulheres em relação a homens é uma tendência demográfica no Brasil, e isso se observa a cada nova pesquisa⁸. A porcentagem das mais idosas passará de 18% no ano 2000 para 30,8% em 2050, significando um envelhecimento da própria população idosa. Haverá assim, em meados do século, quase duas mulheres para cada homem entre os mais idosos⁴.

Uma possível explicação para a maior frequência de idosos homens no presente estudo está em um fenômeno que ocorre desde a década de 50 do século XX no Brasil: o da masculinização do envelhecimento no meio rural, pois a migração à procura de trabalho nas cidades e a oferta de empregos nos setores de serviços e de comércio estão absorvendo mais a mão de obra feminina¹¹.

Houve predominância de negros entre os idosos das agrovilas de Alcântara, com 50,8% de pardos (n= 65), seguido por 45,3 % de pretos; 3,1% se consideram brancos e menos de 1% se considerou indígena.

Esses dados são distintos comparados a um estudo realizado, o qual mostra que dos 14,5 milhões de idosos brasileiros, 8,8 milhões eram

brancos, cerca de 5,4 milhões negros (1,0 milhão de pretos e 4,4 milhões de pardos), o que corresponde, respectivamente, a 60,7%, 7,0% e 30,7% da população idosa. Os amarelos e indígenas constituem uma parcela pequena da população idosa, 1,2%. A população negra e a branca estão representadas na população idosa comparada à população total¹⁴.

Porém, podem ser explicados se levados em consideração a história da colonização do local de realização da pesquisa, que faz parte do estado do Maranhão, mais precisamente Nordeste, tendo sua composição étnica formada por maioria parda (59,8%), segundo PNAD 2011².

Quando questionados em relação ao nível de escolaridade, a maioria respondeu que era analfabeto (60,2%), em segundo lugar ficou a opção de fundamental incompleto (35,2%), seguido da opção fundamental completo (3,1%) e apenas um idoso respondeu as opções ensino médio completo (menos de 1%) e ensino superior completo (menos de 1%). O mesmo resultado é encontrado em diversas pesquisas. Esse panorama reflete a organização social do começo do século que bloqueou o acesso à escola aos mais pobres⁷. É importante chamar atenção para o fato da baixa escolaridade dos participantes

da pesquisa, por este ser um fator de deterioração geral da saúde, principalmente, nas áreas rurais.

Neste momento, compreendemos melhor o porquê de muitas iniciativas públicas e ações não governamentais se voltarem à alfabetização e educação continuada de adultos e idosos, experiências que ilustram este tipo de iniciativa são os programas denominados Universidade Aberta a Terceira Idade, Movimento de Alfabetização de Adultos e Educação de Jovens e Adultos.

O estado civil predominante foi o casado (a) com 42,2% dos entrevistados respondendo a essa alternativa, a de menor predominância foi a de separado com apenas 4,7% dos entrevistados. Dados semelhantes foram encontrados em estudo sobre idosos realizado por Lopes et al. (2005), onde 43,3% dos idosos são casados⁹.

Costa et al. (2012), também observou o mesmo em uma pesquisa realizada nas cidades de Porto Alegre e Manaus sobre as condições de vida e saúde dos idosos. Em Porto Alegre dos 393 idosos entrevistados, (36,5%) admitiram estar casados e em Manaus dos 172, (36,8%) eram casados. Observando-se uma percentagem considerável de idosos casados, o que

favorece uma velhice engajada no meio familiar¹³.

Quanto ao número de filhos a maior frequência foi de dez filhos (15,6%), com presença de idosos sem nenhum filho (3,9%) até idosos com vinte filhos (menos de 1%). Uma amostragem que reflete a vida no campo, porém é possível observar uma mudança nesse perfil quando se encontra uma amostra significativa de idosos sem filhos¹³.

É importante analisar a interação entre fecundidade e envelhecimento no âmbito da família buscando contribuir para a formulação de políticas públicas que devem atentar para quem cuidará do crescente contingente de idosos. É certo que a notável redução da fecundidade terá implicações futuras sobre a rede de apoio familiar concentrando a responsabilidade pelo cuidado com os pais idosos sobre um número menor de filhos adultos¹³.

Em relação à renda familiar mensal, a maioria dos idosos da pesquisa vive com dois salários mínimos (57,0%) e 38,3% afirmou viver com apenas um salário mínimo. Esses dados diferem dos obtidos no estudo realizado por Perez (2009) o qual mostra que a maioria dos idosos recebe de meio a um salário mínimo (38%) e

somente 29% recebem de um a três salários mínimos¹³.

A maioria dos idosos destacou-se como único provedor de renda (50,8%) e a minoria destacou ter ajuda de mais de uma pessoa na composição da renda familiar (49,2%). O mesmo foi observado por uma pesquisa, tendo 55,9% (n=34) dos idosos como os únicos provedores, únicos com renda no núcleo familiar¹³.

Perez (2009) considera importante esse significativo aumento do número de idosos responsáveis por domicílios brasileiros, sendo o único a contribuir na renda familiar, e diz que não pode ser considerado como um avanço na melhoria das condições de vida do idoso, e que agora ele ganha o suficiente para manter a si e a seus dependentes, na verdade esse fato demonstra o aumento da condição de pobreza e de miséria do restante da população. Filhos e netos desempregados veem na pequena renda do idoso uma tábua de salvação, num país onde se estima que existam 26 milhões de indigentes e 53 milhões de pobres⁶.

A caracterização socioeconômica apresentada a partir dos três eixos: gênero – escolaridade – renda, confirma a situação de vulnerabilidade dos idosos. E ratifica as

reflexões elaboradas anteriormente neste trabalho de que o Brasil envelhece num cenário socioeconômico desfavorável e esse fato coloca os idosos numa situação de precariedade⁶.

As disparidades em renda e educação no Brasil aparecem, também, como os mais importantes fatores sociodemográficos para explicar diferenças no risco de doenças aos idosos. O processo de envelhecimento nas comunidades quilombolas se dá em um cenário econômico de fragilidade, pobreza, desigualdade social, contração do acesso a recursos e a serviços financiados coletivamente⁶.

Quanto ao tipo de moradia, a maioria dos idosos (96,1%) respondeu residir em casa própria e a porcentagem restante (3,9%) afirmou residir em moradia cedida. Estes dados coincidem com um estudo realizado, onde a maioria dos idosos entrevistados possui casa própria (96,7%)⁶.

O número de moradores por domicílio apresentou uma variação de um a oito, com uma média de três pessoas por domicílio. A maioria em destaque foi a de duas pessoas (33,6%) enquanto que a minoria foi de oito pessoas por domicílio (menos de 1%). Esses dados condizem com um estudo realizado por Pinho (2005), onde a média, por domicílio, foi de 3,35

moradores. Esse fenômeno tem se tornado progressivo e mundial, com tendência a diminuir com relação ao idoso, devido a maior mobilidade das famílias⁷.

Alguns estudos associam a autoavaliação da saúde a fatores socioeconômicos. Idosos com piores avaliações subjetivas de saúde apresentam maior vulnerabilidade, considerando a renda familiar de até meio salário mínimo, idade maior ou igual a 75 anos e a cor preta ou parda¹⁴.

Em relação ao destino do lixo 89,1% dos idosos respondeu que era queimado e 10,9% respondeu que o mesmo era jogado a céu aberto. Os dados encontrados na presente pesquisa vão de encontro ao citado no trabalho realizado por Ceretta et al. (2012) sobre lixo sólido rural, onde 37% das famílias utilizam a queima do lixo doméstico como um dos principais métodos utilizados para sua destinação final e, também, para a eliminação do lixo de higiene pessoal produzido, citada por 85%¹⁸.

O uso das queimadas ou soterramento para a eliminação desses resíduos é uma prática inadequada, devido aos seus impactos negativos ao ambiente. Ao se enterrar o lixo sem critérios de seleção, muitos moradores podem danificar bens fundamentais para

a produção na agricultura, como o solo de onde muitos agricultores retiram seu sustento¹⁸.

Porém, na maioria das comunidades rurais brasileiras não há serviço público ou particular para a realização da coleta do lixo, cabendo aos moradores a responsabilidade de dar um destino final para esses resíduos, e eles veem na queimada o meio mais prático. Mas, o que sabemos é que se lixo não tiver destino adequado, pode ocorrer um maior risco de poluição e comprometimento da saúde das pessoas que residem nesse ambiente, também a falta de um sistema de descarte consolidado e eficiente pode ocasionar sérios problemas ao ambiente, entre eles a contaminação da água, do solo e até dos alimentos produzidos nessas propriedades.

Quanto ao destino das fezes a grande maioria dos idosos respondeu que era a fossa séptica (72,7%) e a porcentagem restante respondeu “privada” ao destino das fezes (26,6%). Os dados encontrados coincidem com o encontrado em estudo realizado por Pilger (2011), onde 91,94% utilizam-se da fossa como destino para as fezes e urina. Destaca-se aqui a importância da forma como a população destina suas fezes e lixo, uma vez que isso reflete diretamente aos riscos de doenças

apresentados à comunidade, bem como ao aumento dos problemas de cunho ambiental¹.

No que se refere ao abastecimento de água predominou a rede pública (53,1%), seguido pela opção poço, citada por 46,1% dos idosos¹.

Quando indagados ao tipo de tratamento que forneciam à água, a maioria dos idosos respondeu que era filtrada (66,4%) e a porcentagem restante (33,6%) afirmou não realizar nenhum tipo de tratamento. Apesar de a pesquisa apresentar que maioria dos idosos utiliza um modo de tratamento para água (filtração), ainda existe uma parcela significativa de idosos que não utilizam nenhum tipo de tratamento, o que deve ser considerado um fato preocupante para condições de saúde dessa população¹.

No tocante ao exposto, o tipo de moradia, a sua infraestrutura (fornecimento e tratamento de água, destino de lixo, destino das fezes) e a quantidade/número de pessoas que usufruem dela são importantes indicadores da qualidade estrutural das agrovilas envolvidas no estudo¹.

CONCLUSÃO

Com base nos resultados apresentados, percebe-se que o fato dos

idosos da pesquisa residirem em áreas rurais (agrovilas), estejam naturalmente vulneráveis à agravos. Diante do exposto, verifica-se que, o envelhecimento dos idosos remanescentes de quilombo das agrovilas do município de Alcântara-MA é marcado pelo ambiente rural no qual residem, condição financeira e recursos à saúde limitados.

Sendo assim, é possível fazer algumas considerações que expressam o cenário atual das comunidades quilombolas estudada. As características socioambientais e demográficas dos idosos configuram perfil predominante do sexo masculino, de cor parda, faixa etária de 60 a 69 anos, casado, analfabeto. Características socioeconômicas, com renda familiar variando entre 1 e 2 salários mínimos, sendo significativamente o único provedor.

Quanto às condições de moradia, constatou-se que a grande maioria possui residência própria, com uma média de três pessoas por domicílio e grande parte do lixo produzido nas casas é queimado, o destino das fezes são as fossas sépticas rudimentares, o abastecimento de água se dá por rede pública e a água utilizada para o consumo é filtrada.

Nesse contexto, a caracterização do perfil dos idosos das agrovilas é componente essencial para se ter conhecimento das características sociais, demográficas e de saúde específicas da população em estudo, pois essas informações não são obtidas em outras fontes de dados, e representam grande importância para a saúde pública, pois, assim, o planejamento das ações voltadas para a terceira idade pelos profissionais de saúde e gestores será por meio de dados reais e específicos visando a saúde integral desses idosos, uma vez que possuem um risco adicional, em consequência da distância a que estão dos serviços de saúde, o que pode ser agravado em decorrência do isolamento geográfico.

REFERÊNCIAS

- 1 PILGER, C; MENON, M.H.; MATHIAS, T.A.F. **Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde.** Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(5). set.-out. 2011.
- 2 INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira 2010.** Rio de Janeiro, 2010.
- 3 CHACHAMOVICH, E. **Qualidade de vida em idosos: Desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do desempenho do WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros.** 2005.197f. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas)-Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005.
- 4 MATSUDO, S.M; MATSUDO, V.K.R; NETO, T.L.B. Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. **Rev Bras Med Esporte.** 2011; 7:2-13.
- 5 GOMES Neto, M.; CASTRO, M.F. Estudo comparativo da independência funcional e qualidade de vida entre idosos ativos e sedentários. **Rev Bras Med Esporte.** vol.18, no.4. São Paulo, July/Aug. 2012.
- 6 PÉREZ, V; SIERRA, F. Biology of aging. **Rev Méd Chile.** v 137, p. 296-302, 2009.
- 7 PINHO, M. M. N. Análise dos índices de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar "X", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa. Lisboa: Faculdade de

Medicina da Universidade de Lisboa.
Dissertação de Mestrado. 2005.

8 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Caderno de atenção Básica. 192p. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

9 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.

10 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

11 ARAGÃO, J.A.; BÓS, A.J.G. **Acesso e assistência de saúde dirigida aos remanescentes idosos de**

quilombos nos serviços de saúde, na rede básica, Picos-PI. Instituto de Geriatria e Gerontologia- PUCRS, 2010.

12 PARÉ, M.L.; OLIVEIRA, L.P.; VELLOSO, A.D. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel dos Pretos em Restinga Seca (RS) e da Comunidade Kalunga de Engenho II (GO). **Cad. CEDES.** vol.27, no.72. Campinas, May/Aug. 2007.

13 COSTA, J.C.; MOURA, A.R.V. **A educação no quilombo maloca em Sergipe e suas consequências para a valorização das raízes afrobrasileiras.** São Cristovão – SE, 2012.

14 COSTA, I. R. e cols. Vida de negro no maranhão: uma experiência de lutas, organização e resistência nos territórios quilombolas. In: **Coleção Negro Cosme**, v. 6. Estação Produções, São Luís, 2005.

15 SÁ, L. M. **O pão da terra: propriedade comunal e campesinato livre na Baixada Ocidental maranhense.** São Luís: Edufma, 2007.

16 ALMEIDA, A. W. B. de. **Os quilombos e a base de lançamento de foguetes de Alcântara: laudo**

antropológico. v. 1-2. Brasília: MMA, 2006.

17 SOUZA FILHO, B.; ANDRADE, M.P. Patrimônio imaterial de quilombolas – limites da metodologia de inventário de referências culturais. **Horiz. antropol.** vol.18 no.38 Porto Alegre July/Dec. 2012.

18 CERETTA, G. F.; SILVA, F.K.; ROCHA, A. C. da. Gestão Ambiental e a problemática dos resíduos sólidos domésticos na área rural do município de São João – PR. 2012.

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2014-08-27

Last received: 2014-08-27

Accepted: 2014-08-28

Publishing: 2014-11-28