



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Joelmara Furtado dos Santos Pereira

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES DE RISCO EM QUILOMBOLAS

São Luís

2019

Joelmara Furtado dos Santos Pereira

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES DE RISCO EM QUILOMBOLAS

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Ana Hélia de Lima Sardinha

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Promoção da Saúde.

São Luís

2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Furtado dos Santos Pereira, Joelmara.
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES DE RISCO EM
QUILOMBOLAS / Joelmara Furtado dos Santos Pereira. - 2019.
115 f.

Orientador(a): Ana Hélia de Lima Sardinha.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em
Rede - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família/ccbs,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Fatores de Risco. 2. Hipertensão Arterial
Sistêmica. 3. População Negra. I. de Lima Sardinha, Ana
Hélia. II. Título.

Joelmara Furtado dos Santos Pereira

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: FATORES DE RISCO EM QUILOMBOLAS

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca de Defesa do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, Universidade Federal do Maranhão.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Ana Hélia de Lima Sardinha
Universidade Federal do Maranhão
(Presidente/Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Martins Viveiros
Instituto Florence de Ensino Superior
Membro

Prof.Dr.István Van Deursen Varga
Universidade Federal do Maranhão
Membro

Data da Aprovação: 29 de agosto de 2019

São Luís - MA

Ao meu pai-avô, Domingos Jesuíta Furtado (*in
memoriam*) que militou apaixonadamente pela
minoría quilombola.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que até aqui me sustentou e oportunizou-me essa honra de iniciar e finalizar o mestrado.

À minha mãe-avó, Irmã Antônia Furtado, pelo amor incondicional e por toda a cobertura espiritual, minha torcedora nº1.

Aos meus pais, Maria Antônia Furtado dos Santos e Valdemar Sousa dos Santos, meus combustíveis, motivação para caminhar e conquistar novos voos.

Ao meu esposo, Evandro Costa Pereira, sem o seu apoio eu não teria conseguido, você é responsável por essa conquista, te amo!

À minha filha, Maria José Furtado Costa (três anos), minha vida, olhava para ela e pedia perdão pelos momentos em que abri mão de estarmos juntas, filha, colheremos os frutos juntas!

À minha família por todo o apoio e incentivo ao longo dessa jornada.

À minha orientadora, Profª Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha, por toda a paciência e confiança depositada em mim.

Aos meus amigos de luta, Bruna Aragão e Franco Celso Silva, por todo o carinho, amizade e companheirismo nessa minha trajetória, devo essa conquista a vocês!

À comunidade quilombola Santana dos Pretos, pelo carinho e recepção calorosa recebida em minhas idas e vindas.

À Jéssica Diniz, secretária no mestrado, sempre atenta e pronta a nos ajudar.

Aos colegas de turma, pela convivência e aprendizado construídos. Em especial aos amigos especiais que o mestrado presenteou-me: Rafaela Duailibe, Jonh Lenno Santos, Ellen Rose Santos, Evanilde da Silva, Dannyelle Carneiro, Bruno Lima, Cirlândio Coutinho, Patrícia Veras, Neusa Amorim, Heloísa Gonçalves, Inonice Cirqueira, Joama Gusmão e Livia Cristina.

Aos docentes do mestrado, pela dedicação e conhecimento compartilhado, especialmente aos professores Ana Hélia Sardinha, Rejane Queiroz, Judith Pinho, Isaura Letícia Rolim, Liberata Coimbra, Conceição Pedroso, Teresa Seabra, Erika Thomaz, Nair Portela e Zeni Lamy.

E a todos que de alguma forma contribuíram para a concretização desse trabalho.

À Deus o Louvor e a Glória!

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica é compreendida como um dos grandes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Vista como a principal causa de mortes evitáveis em países em desenvolvimento, aparece entre as doenças mais prevalentes em indivíduos de cor não branca, podendo estar associada a grupos sociais mais baixos. Esta pesquisa objetivou avaliar os fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica em quilombolas. Trata-se de um estudo transversal, analítico, de abordagem quantitativa, junto à comunidade quilombola de Santana dos Pretos no período de agosto de 2018 a fevereiro de 2019. Participaram da pesquisa, 177 quilombolas com igual ou maior a 18 anos. Para coleta de dados utilizou-se um formulário validado, adaptado à realidade da comunidade, baseado na Pesquisa Nacional de Saúde e no formulário eletrônico do Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico -Vigitel. Foi realizada triagem antropométrica e aferição da pressão arterial. Os dados foram analisados pelo programa *IBM SPSS Statistics 20* (2011) adotando um nível de significância de 5% ($p < 0,05$). A Hipertensão Arterial Sistêmica apresentou prevalência de 22,2%. A comunidade é composta em sua maioria por pessoas que se autodeclararam cor da pele preta, do sexo feminino, jovens, lavradores, renda familiar mensal de até um salário mínimo, todos residentes em zona rural. Identificou-se como fatores de risco: idade (≥ 60 anos; $p < 0,030$), índice de massa corporal para obesidade ($p < 0,001$), circunferência de cintura muito aumentada ($p < 0,010$), inatividade física ($p < 0,043$), e o consumo irregular de verduras ($p < 0,041$). Conclui-se que os fatores de risco mostraram-se presentes nos entrevistados e que a Hipertensão Arterial Sistêmica apresentou prevalência semelhantes aos achados de estudos nacionais e divergente de estudos envolvendo quilombolas.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Fatores de Risco. População Negra.

ABSTRACT

Systemic Arterial Hypertension is understood as one of the great public health problems in Brazil and around the world. Seen as the main cause of preventable deaths in developing countries, it appears among the most prevalent diseases in non-white colored individuals and is associated with lower social groups, emphasizing the special conditions of vulnerability experienced by the black population. This study aimed to assess the risk factors for Systemic Arterial Hypertension in slave descendants (*quilombolas*). This is a cross-sectional study, descriptive-analytical, which was conducted with the *quilombola* community of Santana dos Pretos from August 2018 to February 2019. The research had the participation of 177 *quilombolas* aged 18 or over. In order to collect data, we used a validated form, adapted to the reality of the community, based on the National Health Survey and on the electronic form of the Vigitel system. We performed anthropometric screening and blood pressure measurement. The data were analyzed using the *IBM SPSS Statistics 20* (2011) program by adopting a significance level of 5% ($p < 0.05$). Systemic Arterial Hypertension showed a prevalence of 22.2%. The community is mostly composed by people who self-declare black skin color, women, young, farmers and with a monthly family income up to a minimum wage, all of them living in rural areas. As for risk factors, we identified: age (≥ 60 years; $p < 0.030$), BMI obesity ($p < 0.001$), greatly increased waist circumference ($p < 0,010$), physical inactivity ($p < 0,043$) and the irregular consumption of vegetables ($p < 0,041$). We concluded that the risk factors were present in the interviewees and that Systemic Arterial Hypertension had prevalence similar to the findings of national studies, but diverging from studies involving *quilombolas*.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension; Risk factors; Black Population.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) das características demográficas e socioeconômicas, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 40 |
| Tabela 2. Proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) das características de moradia e saneamento básico dos domicílios, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 42 |
| Tabela 3 - Proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) das frequências de consumo alimentar, Santana do Pretos-MA, 2019..... | 43 |
| Tabela 4 - Distribuição da frequência de realização de atividade física em tempo livre de intensidade moderada a vigorosa por semana, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 45 |
| Tabela 5 - Proporções dos hábitos de consumo de tabaco e álcool dos quilombolas, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 46 |
| Tabela 6 - Proporções do IMC e CC apresentado pelos quilombolas, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 46 |
| Tabela 7 - Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas, segundo sexo, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 48 |
| Tabela 8 - Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas segundo faixa etária, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 50 |
| Tabela 9 - Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas segundo escolaridade, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 52 |
| Tabela 10 - Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas segundo cor da pele, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 54 |

| | |
|---|----|
| Tabela 11 - Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas segundo estado civil, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 56 |
| Tabela 12 - Significância dos fatores de risco em relação ao sexo, faixa etária, Escolaridade, Cor e Estado civil, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 57 |
| Tabela 13 - Teste da associação das variáveis sócio-econômicas e aos grupos controle e Hipertensão, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 59 |
| Tabela 14 - Teste da associação das variáveis ambientais e aos grupos controle e Hipertenso, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 60 |
| Tabela 15 - Teste da associação das variáveis hábitos de vida e aos grupos controle e Hipertenso, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 61 |
| Tabela 16 - Teste da associação dos hábitos alimentares e aos grupos controle e Hipertenso, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 62 |
| Tabela 17 - Teste T de student das variáveis numéricas em relação aos grupos controle e Hipertenso, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 63 |
| Tabela 18 - Regressão logística univariada (não ajustada) e multivariada (ajustada) em relação a ter ou não ter HAS, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019..... | 64 |

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

AVE - Acidente vascular encefálico

CC - Circunferência de Cintura

CRQ - Comunidades Remanescente de Quilombo

DCNT - Doenças crônicas não-transmissíveis

DCV - Doença cardiovascular

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia Saúde da Família

FCP - Fundação Cultural Palmares

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL - Lipoproteína de alta densidade

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de massa corpórea

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

IPAQ - Questionário Internacional de Atividade Física

OMS - Organização Mundial de Saúde

PA - Pressão arterial

PAD - Pressão Arterial Diastólica

PAS - Pressão Arterial Sistólica

PBQ - Programa Brasil Quilombola

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SEPPIR - Secretária de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

| | | |
|------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 05 |
| 2 | JUSTIFICATIVA | 07 |
| 3 | OBJETIVOS | 08 |
| 3.1 | Geral | 08 |
| 3.2 | Específicos | 08 |
| 4 | REVISÃO DE LITERATURA | 09 |
| 4.1 | Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) | 09 |
| 4.2 | Hipertensão Arterial Sistêmica | 11 |
| 4.3 | Quilombolas | 12 |
| 4.3.1 | DCNT e determinantes sociais | 13 |
| 4.3.2 | DCNT em quilombolas | 14 |
| 4.3.3 | Hipertensão Arterial em Quilombolas..... | 15 |
| 4.4 | Fatores de Risco | 16 |
| 4.4.1 | Fatores de risco não modificáveis | 17 |
| 4.4.2 | Fatores de risco modificáveis | 18 |
| 4.4.3 | Fatores de risco intermediários | 19 |
| 5 | PERCURSO METODOLÓGICO | 24 |
| 5.1 | Desenho do Estudo | 24 |
| 5.2 | Contexto | 24 |
| 5.3 | Participantes | 25 |
| 5.4 | Tamanho do Estudo | 26 |
| 5.5 | Método de Coleta | 27 |
| 5.6 | Variáveis do Estudo | 28 |
| 5.7 | Análise de Dados | 31 |
| 5.8 | Considerações Éticas | 31 |
| 6 | RESULTADOS | 32 |
| 7 | DISCUSSÃO | 65 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 77 |
| | REFERÊNCIAS | 79 |
| | APÊNDICES | 89 |
| | ANEXOS | 99 |

1 INTRODUÇÃO

O crescimento expressivo das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) é uma ameaça para a saúde e desenvolvimento de todas as nações. Segundo a World Health Organization – WHO (2014), essas doenças podem levar a custos diretos para o indivíduo e sua família, além de um impacto financeiro para o sistema público de saúde.

Avaliada como a primeira causa de incapacidades no planeta em 2020, as doenças crônicas, tem sido o problema mais oneroso para todos os serviços de saúde. Em 2009, os quatro grupos de doenças - doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes - responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (SILVA JR, 2013; WHO, 2014; MALTA, 2015).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é compreendida como uma condição clínica multifatorial, evidenciada pela elevação constante dos níveis pressóricos ≥ 140 e/ou 90 mmHg. Está relacionada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo e a eventos como acidente vascular encefálico, doença arterial periférica, infarto agudo do miocárdio, doença renal crônica, insuficiência cardíaca (MALACHIAS et al., 2016; SCALA et al., 2015).

No Brasil, dados do Vigitel (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) demonstraram a prevalência de HAS autoreferida em cerca de 24,3% da população (BRASIL, 2017). Essa prevalência tende a crescer em função do aumento do envelhecimento populacional, sedentarismo e obesidade arterial, sendo considerada atualmente como o principal fator de risco para a morte prematura e incapacidade (BUNKER, 2014; CAMPBELL e NIEBYLSKI, 2014)

Hábitos de vida como o uso abusivo de álcool, tabagismo, sedentarismo, alimentação inapropriada e *stress* exacerbados, são exemplos de importantes fatores de riscos para a HAS e que podem estar envolvidos nessa crescente prevalência (SBH, 2017). No entanto, aspectos como a baixa escolaridade, baixa qualidade de vida, o escasso acesso às informações e as iniquidades sociais têm demonstrado influência significativa nesse contexto (BARROS et al., 2011).

As Comunidades Remanescente de Quilombo (CRQ) são grupos étnicos, minoritários dentro a população negra, constituídos por população predominantemente negra, determinado pela relação cultural e territorial, que fazem parte das populações tradicionais no Brasil. Segundo o Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária, “Consideram-se

remanescentes das comunidades dos quilombos, os grupos étnicoraciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”.

Atualmente, as CRQ estão entre os grupos populacionais considerados mais vulneráveis, devido aos seus aspectos históricos, sociais e econômicos (FRAGA; SANINO, 2014). Os afro-remanescentes de quilombos, trazem consigo uma trajetória histórica de luta e resistências, racismo e busca por melhores condições de vida (MARQUES, 2009).

Apesar de escassos estudos na literatura sobre a prevalência de hipertensão arterial, em comunidades quilombolas, autores constataram uma de prevalência de 25,3% de hipertensão autoreferida em indivíduos quilombolas, sendo essa a doença crônica mais prevalente nessa população (CANÇADO FIGUEIREDO et al., 2011).

Ferreira et al (2013) verificaram que a hipertensão arterial pode ser maior entre mulheres quilombolas em relação a mulheres não quilombolas. No entanto, os autores revelam que se faz necessário mais estudos que abordem os fatores de risco para a hipertensão arterial em comunidades quilombolas.

A despeito dos avanços na área da saúde, as desigualdades raciais e étnicas perduram ao longo dos anos. A expectativa de vida aumentou e a redução das taxas de mortalidades diminuíram, no entanto, na população negra (em especial a população quilombola) quando comparada com a população branca, demonstram taxas elevadas de morbimortalidade (BRASIL, 2012a). Conhecer os hábitos de vida, as condições de saúde, os fatores associados e os determinantes sociais na saúde a que estão expostos os quilombolas, são relevantes para a compreensão do processo saúde-doença dessa população tradicional.

Apesar da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (BRASIL, 2013), criada em 2007, assegurar o direito desta população aos serviços de saúde, esse direito continua a ser negligenciado. E assim, a pobreza e o racismo persistem influenciando significadamente nas condições de saúde e adoecimento.

Mello (2010) relata que a falta de projeto de vida e visão de crescimento pessoal, aliados às condições de moradia precárias e a ineficácia das políticas que valorizem o homem do campo, podem estar relacionados ao alto índice de alcoolismo e tabagismo entre as populações quilombolas. Assim, discutir acerca dos fatores de riscos para a HAS é pertinente, pois suscita reflexões nos serviços e espaços de saúde, subsidiando o planejamento, estratégias de controle, diagnóstico precoce e mudanças de comportamento (COSTA; THULER, 2012).

2 JUSTIFICATIVA

Os quilombolas enfrentam inúmeras dilemas em razão das condições precárias de vida, pela falta de efetividade de políticas públicas de inserção social e resgate de sua história, identidade e cultura. Dentre as necessidades dos quilombolas, busca-se a efetividade do exercício do direito à saúde (BEZERRA et al., 2013).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está entre as doenças mais prevalentes identificada em quilombolas, no entanto, a origem dessa alta prevalência é razão de debates na comunidade científica (BUNKER, 2014).

Os escassos estudos que abordam HAS em quilombolas revelam que além de fatores sociais, alguns comportamentos também podem se mostrar determinantes para o surgimento dessa condição nessa população, como o hábito do tabagismo, sedentarismo e etilismo (MELO; SILVA, 2015).

Conhecer os fatores de riscos para a HAS aos quais estão expostos os remanescentes quilombolas, é importante para a discussão e planejamento de medidas de promoção, prevenção e diagnósticos precoce desse agravo à saúde. Além de contribuir para melhor qualidade de vida e redução da prevalência e fatores associados que implicam em seu desenvolvimento.

Esta pesquisa poderá subsidiar ações e políticas públicas de saúde mais equitativas e culturalmente ajustadas a partir de um perfil epidemiológico, sociodemográfico e das necessidades peculiares apresentadas por essas populações tradicionais, que poderá fornecer conhecimento e expandirá a compreensão sobre o tema.

Como questões norteadoras desta pesquisa, busca-se problematizar: Quais características socioeconômicos, demográficos e socioambientais apresentam os quilombolas? Há a associação entre essas características e o aparecimento de fatores de riscos para a HAS nessa população? Quais as características das condições de saúde desses quilombolas? Quais os hábitos de vida apresentados por esses indivíduos?

HIPÓTESES

Ho: Não existe a associação entre os fatores de risco para a HAS com o perfil socioeconômico e hábitos de vida da amostra.

H1: Existe alguma relação entre os fatores de risco para a HAS com o perfil socioeconômico e hábitos de vida da amostra.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Analisar os fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica em quilombolas.

3.2 Específicos

Caracterizar aspectos socioeconômicos e demográficos dos quilombolas;

Identificar os hábitos de vida e aspectos de saúde dos quilombolas;

Estimar a prevalência dos fatores de riscos para a Hipertensão Arterial Sistêmica dos quilombolas;

Identificar a prevalência da Hipertensão Arterial e sua associação com os fatores de risco, perfil socioeconômico e aspectos de saúde dos quilombolas;

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Doenças Crônicas não Transmissíveis

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam um grande problema de saúde pública no Brasil, afetando principalmente os grupos mais vulneráveis da população, tais como pessoas com baixa renda e com baixo nível de escolaridade (BRASIL, 2011).

Entre as DCNT cita-se as doenças cardiovasculares, alguns tipos de câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas. Responsáveis por desencadear perda de qualidade de vida, um elevado número de mortes prematuras, as DCNT propiciam impactos negativos à vida econômica das pessoas, família e comunidade (ALVES; MORAES, 2015).

O fenômeno das DCNT faz parte da denominada transição epidemiológica que afeta a população no mundo. Antes, as doenças infecciosas e parasitárias eram consideradas as principais causas de morte no início do século passado, e ao longo das décadas foram cedendo lugar às DCNT. Segundo Casado, Vianna e Thuler (2009), essa transição epidemiológica tem se refletido na área de saúde pública e o desenvolvimento de estratégias para o controle das DCNT tornou-se uma emergência para o Sistema Único de Saúde (SUS).

As doenças crônicas não transmissíveis são um sério problema mundial de saúde pública e são responsáveis por morbidez, mortalidade, incapacidade e baixa qualidade de vida. É consenso a necessidade de se conhecer os desafios para controlar o avanço das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus impactos na vida do ser humano (AHMED et al., 2015, tradução nossa).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que as DCNT sejam responsáveis por cerca de 70% de todas as mortes em todo o mundo (WHO, 2016). Elas são consideradas o maior problema global de saúde e têm gerado elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, incapacidades, além de impactos econômicos para famílias e a economia dos países.

Por outro lado, a probabilidade de morrer entre as idades de 30 e 70 anos (mortalidade precoce), devido a um dos quatro principais grupos de DCNT, reduziu entre 1993 e 2010, de 32,3% para 22,8% em homens, e de 23,5% para 15,4% em mulheres (MALTA et al., 2015).

Fazendo uma análise comparativa dos dados citados convém salientar que, embora exista uma tendência de redução da mortalidade precoce, as DCNT ainda configuram

como principais causas de morte e incapacidade na população mundial, além disso, são responsáveis por altos encargos econômicos sobre indivíduos, sociedades e sistemas de saúde.

Vários fatores de riscos e diferentes etiologias estão ligados às DCNT. As pesquisas demonstram que são necessárias medidas de prevenção e controle em nível integrado, articulado sob os principais fatores de risco como o consumo de álcool, tabagismo, dislipidemia, sedentarismo, alimentação inadequada e obesidade. Malta, Moura e Silva (2013) citam que é relevante a monitoramento das DCNT bem como de seus fatores de riscos.

Nesse contexto, destaca-se que apesar de constituírem a principal causa de morbidade e mortalidade tanto nos países ricos quanto naqueles de média e baixa renda, o impacto das DCNT é maior na população mais pobre (BRASIL 2008; SCHMIDT et al., 2011).

Estudos em outros países demonstraram que o conhecimento sobre os fatores de risco para as DCNT é escasso, e que as questões socioeconômicas (escolaridade e renda em particular) estão associadas ao baixo entendimento destes.

Schmidt et al (2011) afirma que as DCNT é um tema prioritário no Brasil, e o desenvolvimento de importantes políticas de saúde, como a redução do consumo de tabaco e o aumento no acesso à atenção básica têm contribuído para a redução na mortalidade por esse grupo de doenças. No entanto, a prevalência do excesso de peso, de hipertensão arterial e diabetes, têm aumentado, em decorrência, principalmente, das alterações negativas nos hábitos alimentares e da inatividade física.

É consenso, na literatura, que as DCNT são problemas de difícil enfrentamento e são desafiadoras no eixo da política de saúde vigente no Brasil. Para reverter esse cenário, ações são desenvolvidas no intuito de estruturar e operacionalizar um sistema de vigilância específico para as doenças crônicas não transmissíveis, de modo a conhecer a distribuição, a magnitude e a tendência das doenças crônicas e seus fatores de risco e apoiar as políticas públicas de promoção da saúde.

Dentre as atuações para controle das DCNT cita-se o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, que objetiva promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis, baseadas em evidência para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco (BRASIL, 2011). O Plano aborda as quatro principais condições mais incidentes na população (as doenças do aparelho circulatório, câncer, doenças respiratórias crônicas e o diabetes mellitus) e os fatores de risco (tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade).

A meta do Plano é de que até 2022 seja possível: reduzir a taxa de mortalidade prematura (<70 anos) por DCNT em 2% ao ano; reduzir a prevalência de obesidade em crianças e adolescentes; conter o crescimento da obesidade em adultos; reduzir o consumo nocivo de álcool; aumentar o estímulo de atividade física; aumentar o consumo de frutas e hortaliças; reduzir o tabagismo; aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; aumentar a cobertura de exame preventivo de câncer de colo uterino em mulheres de 25 a 64 anos; tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer (BRASIL, 2011).

4.2 Hipertensão Arterial Sistêmica

Dentre as doenças crônicas não transmissíveis destaca-se a hipertensão arterial sistêmica (SCHMIDT et al., 2011).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA ($PA \geq 140 \times 90 \text{ mmHg}$), tem alta prevalência e baixas taxas de controle, é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública, associando-se, com frequência, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgão-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Excesso de peso e obesidade, consumo de sal, ingestão de álcool, sedentarismo e situação socioeconômica são importantes fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento de hipertensão (PAULI, 2016).

Dados do Vigitel demonstram a prevalência de HAS autoreferida em cerca de 24,3%, sendo maior entre mulheres (26,4%) do que entre homens (21,7%) (BRASIL, 2017)

A HAS possui tratamento específico e necessita de avaliação constante, pois possui origem multifatorial. Na maioria das vezes, a HAS é diagnosticada e tratada na Atenção

Primária à Saúde (APS), assim sendo importante ações de promoção de saúde e prevenção de complicações decorrentes desse agravo (MELO; SILVA, 2015).

O Ministério da Saúde preconiza a observação de medidas ou estratégias de caráter educativo para o cuidado da pessoa com HAS, com esquemas terapêuticos baseados em consultas e ações equitativas realizadas pelos profissionais de saúde (SILVA et al., 2015).

Apesar do consenso científico a respeito da magnitude e do impacto da hipertensão arterial, que a configura como um problema de saúde pública grave, ainda permanecem baixas as taxas de controle (BRASIL, 2013).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o mais importante fator de risco para o desenvolvimento de doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca, doença cerebrovascular, doença renal crônica e fibrilação atrial e tem sido associada ao desenvolvimento de déficit cognitivo e demência (SIMÃO et al., 2013).

Trata-se de uma condição que representa um grave problema de saúde pública em função de sua alta prevalência, sendo mais frequente entre as doenças cardiovasculares. De acordo com Lopes (2012) a hipertensão arterial promove alterações na estrutura das artérias e configura no principal fator de risco, entre os já citados, para acidente vascular cerebral, infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e doença arterial periférica.

Para Oliveira et al (2017), a HAS é apontada como um dos mais relevantes fatores de risco cardiovascular, uma vez que está relacionada à ocorrência de uma diversidade de DCV, e responde por cerca de 40% dos óbitos por acidente vascular encefálico (AVE), sendo 25% dos ocorridos por doenças arteriais coronarianas e quando associada ao diabetes mellitus; estima-se que seja responsável por metade dos casos de desenvolvimento de insuficiência renal terminal.

4.3 Fatores de Risco

Bonita, Beaglehole e Kjellström (2010), conceituam “Fator de risco” como um elemento que eleva a probabilidade da ocorrência de eventos adversos para a saúde, mas que não é suficiente para causá-los. Determinados fatores de risco estão associados a diversas doenças, enquanto certos agravos associam-se a inúmeros fatores de risco. Ressalta-se que o efeito conjunto de vários fatores de risco é superior aquele resultante da junção dos efeitos

individuais, demonstrando que existe uma importante interação entre eles.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2005) estão incluídas no grupo das DCNT as doenças cardiovasculares – cerebrovasculares e isquêmicas – bem como as neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes. Outras com mais agravos (transtornos mentais e neurológicos; doenças bucais, osteoarticulares, genéticas, oftálmicas e auditivas) também foram incluídas na categoria DCNT pela entidade.

Os principais fatores de risco para as DCNT são o tabaco, a alimentação não saudável, a inatividade física e o consumo nocivo de álcool, responsáveis, em grande parte, pela epidemia de sobrepeso e obesidade, pela elevada prevalência de hipertensão arterial e pelo colesterol alto (MALTA et al., 2011).

Evidências indicam aumento das DCNT em função do crescimento dos quatro principais fatores de risco – tabaco, inatividade física, uso prejudicial do álcool e dietas não saudáveis – (CASADO; VIANNA; THULER, 2009). Assim, a intervenção nos fatores de risco, resultaria em redução do número de mortes em todo o mundo.

Os fatores de risco para o desenvolvimento das DCNT podem ser agrupados como modificáveis ou não modificáveis. Entre os fatores modificáveis, estão a hipertensão arterial, a ingestão de álcool em grandes quantidades, baixo consumo de frutas, verduras e legumes o diabetes *mellitus*, o tabagismo, o sedentarismo, o estresse, a obesidade e o colesterol elevado. Já entre os fatores não modificáveis, destaca-se a idade, a hereditariedade, o sexo e a raça.

4.3.1 Fatores de risco não modificáveis

Pode-se citar como fatores de risco não modificáveis a idade, hereditariedade, sexo, e cor da pele. A idade tem sido considerada como um importante fator de risco, pois existe uma relação evidente entre o envelhecimento e o risco de desenvolver DCNT (SATO et al., 2017)

O envelhecimento está ligado ao risco de desenvolver DCNT. Botrel et al (2010) afirmam, que o envelhecimento da população e a heterogeneidade demográfica, social e econômica observada no Brasil se refletem em diferentes padrões de mortalidade e de morbidade por DCNT, exigindo respostas que envolvam as especificidades locais e que sejam adequadas às suas realidades.

O envelhecimento da população e a heterogeneidade demográfica, social e econômica observada no Brasil se refletem em diferentes padrões de mortalidade e de morbidade por DCNT, exigindo respostas que envolvam as especificidades locais e que sejam adequadas às suas realidades (BRASIL, 2006).

A influência da etnia no desenvolvimento das DCNT também tem sido demonstrada. Indígenas e negros, em geral, morrem mais precocemente do que brancos, sendo, os últimos, os que apresentam as maiores taxas de hipertensão arterial e de exposição a determinados fatores de risco comportamentais. As mulheres negras, por sua vez, são as mais vulneráveis, apresentando os mais elevados índices de mortalidade por doenças cerebrovasculares (BRASIL, 2012b).

O conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental, ou seja, os que podem ser modificados, é crucial uma vez que servem como sinais de alerta para o crescimento da morbimortalidade relacionada a essas doenças.

4.3.2 Fatores de risco modificáveis

4.3.2.1 Alimentação

A alimentação inadequada emergiu rapidamente como um dos principais fatores de risco para morte e incapacidade em escala mundial. As mudanças sociais, o ritmo acelerado do cotidiano, o aumento no consumo de alimentos fora de casa, tudo isto mediado pelo aumento substancial da comercialização, pode ter subsidiado o aumento do consumo de alimentos e bebidas processadas (OPAS, 2016).

Os riscos alimentares estão condicionados a fatores como: a redução no consumo de frutas, hortaliças, frutas oleaginosas, sementes e alimentos ricos em ômega 3, juntamente com o consumo excessivo de sal, gordura trans., carnes processadas e bebidas açucaradas.

Vale ressaltar, também, que o aumento no consumo de alimentos processados está associado a um aumento no índice de massa corporal. (OPAS, 2016).

4.3.2.2 Tabagismo

O tabagismo e a exposição passiva à fumaça do cigarro continuam a ser uma das principais causas de morbimortalidade previsível em todo o mundo. As mortes relacionadas ao tabaco representam 16% de todas as mortes em adultos. Estima-se que sejam 145 milhões de fumantes, com uma prevalência de tabagismo em adultos em torno de 22% (OPAS, 2016).

O tabaco está intimamente relacionado ao desenvolvimento de DCNT, pois o uso de cigarros tem forte relação ao risco de alguns tipos de câncer, tais como o de pulmão, além de doenças respiratórias, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes (LOPES, 2012).

4.3.2.3 Atividade física

O sedentarismo é o quarto fator de risco para as DCNT. A OMS estima que, mundialmente, uma em cada três pessoas não pratica os níveis de atividade física recomendados (150 minutos de atividade moderada por semana) (WHO, 2016).

Muitos fatores contribuem para a redução da atividade física, entre eles: a automatização de muitas atividades de trabalho; a urbanização acelerada, geralmente sem planejamento, que prejudica, andar de bicicleta ou utilizar o transporte público; a substituição de formas de recreação ativa por atividades digitais, diante da tela de um computador ou outro dispositivo; e o medo da violência (OPAS, 2016).

Embora alguns dos efeitos do sedentarismo sobre a saúde sejam associados à obesidade, a atividade física exerce efeitos protetores específicos ao reduzir o risco de DCNT e suas complicações (WHO, 2016).

Estudos epidemiológicos indicam que grande parcela da população não atende às recomendações atuais quanto aos níveis de atividade física. Esse cenário é comumente observado em grupos com situação econômica desfavorável, os quais geralmente apresentam menor frequência de atividade física (BEZERRA et al., 2015). A falta de dinheiro, de informação e de ambientes favoráveis podem influenciar na ocorrência de inatividade física nessas populações.

Nesse sentido, ressalta-se a prática de atividade física como fator fundamental na perda de massa calórica, sendo responsável pelo equilíbrio energético e redução de peso. A sua prática regular favorece para a prevenção de DCNT.

Elenca-se como um dos benefícios da prática regular da atividade física o controle de peso, redução da pressão arterial, aumento de lipoproteína de alta densidade (HDL) e diminuição da glicemia (LOPES, 2012).

4.3.2.4 Consumo de álcool

Das Regiões da OMS, as Américas têm o segundo maior percentual de pessoas que consomem álcool e de episódios de consumo excessivo deste, ficando atrás apenas da Região Europeia (OPAS, 2016). O álcool é o fator de risco mais comum associado à morte de jovens. Seu consumo contribui não só para as doenças comuns relacionadas ao álcool, como cirrose hepática e lesões em acidentes de trânsito, como também para muitas outras enfermidades.

A Organização Pan-americana da Saúde (2016) aponta, ainda, que os padrões do consumo são muito importantes para determinar os efeitos do álcool sobre a criminalidade e a ocorrência de lesões (nos episódios agudos de consumo excessivo) e sobre as doenças crônicas (nos casos de consumo excessivo crônico ou de um padrão misto, em que se observam baixos níveis médios de consumo alternados com episódios de consumo excessivo).

Os quatro fatores de risco para DCNT citados acima têm magnitudes excepcionais tanto em termos de nível de exposição das populações, como de seus efeitos adversos preveníveis sobre a saúde, que ultrapassam todos os anos, em muito, qualquer efeito adverso de medicamentos, surto de doenças transmitidas por alimentos ou catástrofes naturais, ou seja, são grandes demais para serem ignorados (WHO, 2016).

4.3.3 Fatores de risco intermediários

4.3.3.1 Dislipidemia

A dislipidemia refere-se à alteração no perfil sérico dos lipídeos, caracterizadas por aumento nos níveis de colesterol total, do LDL e de triglicerídeos, bem como na redução

das taxas de HDL. Geralmente são associadas à presença de obesidade, resistência à insulina e diabetes tipo 2 e por contribuírem para o processo de aterosclerose (LOPES, 2012).

Nos dizeres de Oliveira e colaboradores (2017), os níveis séricos de colesterol e triglicérides se elevam em função do consumo alimentar aumentado de colesterol, de carboidratos, de ácidos graxos saturados, de ácidos graxos trans. e de excessiva quantidade de calorias. Por isso a seleção adequada destes itens poderá contribuir de maneira eficaz no controle das dislipidemias.

A obesidade e dislipidemia são elementos intrinsecamente relacionadas entre si, sendo, geralmente, discutidas em um mesmo contexto. Pode-se considerar também o sedentarismo como integrante desse grupo, uma vez que serve de gatilho na patogênese de doenças crônicas. Salienta-se, portanto, que dislipidemias e obesidade estão cada vez mais presentes na nossa sociedade e são considerados fatores de risco importantes (OLIVEIRA et al., 2017).

4.3.3.3 Diabetes

O diabetes mellitus (DM) é uma das doenças crônicas mais prevalentes no mundo e se constitui em um dos maiores desafios de saúde pública do século XXI. Em 2015, o índice de pessoas com diabetes chegou a 415 milhões, o que corresponde a uma prevalência de 8,8% (BORGES e LACERDA, 2018).

Essa doença consiste na disfunção do metabolismo, de múltipla etiologia, onde há um estado de hiperglicemia crônica, cujo pâncreas produz quantidades insuficientes de insulina, hormônio responsável pela glicose sanguínea, ou quando as células não respondem adequadamente a insulina produzida (LOPES, 2012). Vale mencionar que a maioria das pessoas (cerca de 90%) sofre de diabetes tipo 2 e este tipo de diabetes está bastante associado ao excesso de peso.

O diabetes compreende um relevante problema de saúde mundial que possui incidência crescente e alta morbimortalidade, resultando na perda significativa da qualidade de vida do indivíduo. Dados do Ministério da Saúde indicam que o DM figura entre as 10 principais causas de morte na população brasileira (OLIVEIRA et al., 2017).

4.3.3.4 Excesso de peso

Tradicionalmente, o grau de obesidade é medido pelo índice de massa corpórea, dividindo-se o peso pela altura elevada ao quadrado ($IMC = \text{Peso} / \text{altura} \times \text{altura}$). O índice de massa corporal (IMC) e a medida de circunferência da cintura (CC) têm sido amplamente utilizados na avaliação do excesso de peso e da obesidade abdominal por profissionais de saúde na avaliação do estado nutricional e do risco de mortalidade. São medidas recomendadas pela *World Health Organization* e pelo *National Heart, Lung, and Blood Institute of the National Institute of Health* (REZENDE et al., 2010).

Diversos estudos demonstraram que pessoas obesas ($IMC > 30$) apresentam mortalidade mais elevada do que as de IMC dentro da normalidade (entre 18,5 e 24,9). No outro extremo, quando o IMC cai abaixo de 18,5 a mortalidade volta a aumentar. Lopes (2012) aponta que sobrepeso e a obesidade estão associados ao risco de desenvolvimento de diversas DCNT, inclusive diabetes tipo 2, ocorrendo principalmente quando há uma distribuição central do excesso de gordura.

4.3 Quilombolas

A legislação brasileira define as comunidades quilombolas como grupos étnico-raciais com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida, e atribui à Fundação Cultural Palmares a responsabilidade pelo registro e certificação das mesmas (SEPPIR, 2012). Em 2018 a Fundação Cultural Palmares certificou mais de 3 mil comunidades quilombolas, presentes nas cinco regiões do país, com maior concentração nos Estados do Maranhão, Bahia, Pará, Minas Gerais e Pernambuco. Estima-se que haja 214 mil famílias e 1,17 milhão de quilombolas em todo o Brasil.

Para Costa e Scarcelli (2016), quilombo é compreendido como toda a comunidade negra, residente na zona rural, que possua descendentes de escravos que vivam da cultura de subsistência e apresentem preservadas suas manifestações culturais que reflitam um vínculo forte com o passado e origens, porém, no Brasil, existem comunidades negras que residem em cidades que também são reconhecidas juridicamente como quilombos. Possuindo semelhantemente a característica de serem comunidades étnico-raciais negros dotados de relações territoriais específicas e caracterizados pela resistência que demonstraram mediante a opressão histórica vivenciada

Na busca de estabelecer uma organização social alternativa para enfrentarem a opressão vivenciada em tempos de escravidão, os negros se reuniam para fortalecer seus laços e vínculos, em decorrência dessas reuniões surgiram os grupos sociais denominados quilombos (SOARES e BARRETO, 2014).

Após a Constituição de 1988, as comunidades quilombolas começaram a ser mapeadas, inicialmente devido à regulamentação das terras pelo INCRA, FCP, SEPPIR e

outros. Nesse contexto, criou-se o Programa Brasil Quilombola (PBQ) em 2004 e em seguida, foi elaborada a Agenda Social Quilombola (Decreto 6.261/2007), cujo objetivo foi desenvolver ações articuladas entre os diversos órgãos governamentais, no objetivo de fomentar as comunidades quilombolas quanto ao acesso à terra, infraestrutura e qualidade de vida, desenvolvimento local e inclusão produtiva, bem como garantir seus direitos e cidadania (SEPPIR, 2012).

Para Bezerra et al., (2013), a realidade de desigualdades étnico-raciais dos grupos quilombolas merece atenção, pois trata-se de uma população que se encontra em situação de vulnerabilidade social, em consequência de um processo histórico, no qual foram despossados de sua cultura e de seus direitos, ocasionando impactos que condicionaram seus indicadores de saúde.

Essa população permaneceu por muito tempo invisível aos olhos dos gestores governamentais e não recebeu incentivos sociais de qualquer natureza, obrigando-os a viver em condições higiênico-sanitárias insalubres. Essa população vive numa outra natureza de escravidão, desumana e inaceitável tal como outrora (FREITAS et al., 2013).

A situação de vida precária na qual vivem essas comunidades os expõem a diversos fatores de risco para desenvolvimento de doenças, que podem afetar o trato gastrointestinal, aparelho respiratório, músculo esquelético, dentre muitos outros órgãos. Assim, torna-se urgente a implementação de estratégias de intervenção que promova saúde a essa população (SANTOS et al., 2014).

O Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instrumento que tem por objetivo combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde da população negra (BRASIL, 2007). Ela se insere na dinâmica do SUS, por meio de estratégias de gestão solidária e participativa, que incluem:

utilização do quesito cor na produção de informações epidemiológicas para a definição de prioridades e tomada de decisão; ampliação e fortalecimento do controle social; desenvolvimento de ações e estratégias de identificação, abordagem, combate e prevenção do racismo institucional no ambiente de trabalho, nos processos de formação e educação permanente de profissionais; implementação de ações afirmativas para alcançar a equidade em saúde e promover a igualdade racial.

A PNSIPN é uma delas e objetiva garantir a equidade nos direitos humanos à saúde destas comunidades, em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos que sejam transmissíveis e não transmissíveis (CHEHUEN NETO et al., 2015).

Em 2003 foi instituído o Programa Brasil Quilombola (PBQ), uma política de Estado voltada para o reconhecimento do direito das comunidades quilombolas à terra e ao desenvolvimento econômico, social e norteada pelos princípios da cidadania, da segurança alimentar e nutricional, bem como do desenvolvimento sustentável como promotor da qualidade de vida das comunidades (FERREIRA e TORRES, 2015).

O Programa prevê uma série de ações e programas executados por diversos Ministérios e órgãos parceiros, os quais se encontram articulados segundo quatro eixos temáticos: 1) acesso à terra, 2) infraestrutura e qualidade de vida, 3) inclusão produtiva e 4) direitos e cidadania. Portanto, considerando que uma vez certificada a comunidade passaria a receber maior atenção por parte do Estado, seria esperado que essa certificação se refletisse em melhores condições de vida e do perfil de saúde de seus integrantes (BRASIL, 2012).

4.3.1 Doenças Crônicas Não Transmissíveis: determinantes sociais

A maior parte dos quilombolas encontram-se, ainda hoje, nos estratos mais pobres da população, devido a uma consequência histórica de uma série de iniquidades às quais os negros e seus descendentes foram submetidos, inclusive em relação à atenção à saúde (FERREIRA e TORRES, 2015).

A população quilombola é apontada como vivendo abaixo da linha da pobreza e suas moradias geralmente estão situadas em zonas rurais, com precário acesso às escolas e a serviços de saúde, o que configura sua vulnerabilidade social (CPISP, 2012).

Considerando os indicativos de vulnerabilidade social (baixa renda e escolaridade, moradias sem infraestrutura maioria de população negra), uma parcela da população brasileira

que recebe pouca atenção quanto a condições e determinantes de saúde são os quilombolas (BARROSO e MELO, 2014).

Nos denominados “determinantes” incluem-se os seguintes aspectos: renda, escolaridade, acesso a bens e serviços essenciais, assistência à saúde, acesso à informação, políticas públicas, cultura, entre outros (BRASIL, 2011).

Em se tratando de um serviço essencial, o abastecimento de água é um grande problema nessas comunidades, pois a maior parte da população quilombola utiliza água

proveniente de poços artesianos e sem o adequado tratamento para o consumo (PINHO et al., 2015).

Segundo Ferreira e Torres (2015), a localização geográfica torna-se um fator para a falta de acesso de alimentação equilibrada, bem como acesso aos serviços essenciais (educação, saúde, segurança), pois geralmente as comunidades quilombolas estão localizadas em áreas isoladas e de difícil acessibilidade.

4.3.2 Doenças Crônicas Não Transmissíveis em quilombolas

Poucos são os estudos que abordam a questão das DCNT em quilombolas. A literatura mostra que além de fatores sociais, alguns comportamentos também podem se mostrar determinantes para o surgimento de doenças crônicas nas populações, como o hábito do tabagismo e do etilismo. Estudos relatam que a ingestão de álcool é fator de risco para doenças como a hipertensão arterial e a obesidade (MELO; SILVA, 2015).

Nos quilombos, o tabagismo, consumo de álcool abusivo e sedentarismo são alguns dos principais fatores de risco para a saúde do indivíduo e configura uma projeção para desenvolvimento de DCNT. Deve-se apontar também que os fatores de risco estão associados à maior idade, à menor escolaridade e sexo masculino (BEZERRA et al., 2013).

Desse modo, compreendeu-se que elevada prevalência de hábitos alimentares inadequados, tabagismo presente ou passado, excesso de peso e sedentarismo, além de consumo excessivo de álcool, além de relatos de morbidades crônicas, com destaque para a hipertensão, problemas de coluna, câncer, depressão e colesterol elevado contribuem para incidência de DCNT nas comunidades quilombolas (BEZERRA et al., 2015).

No que concerne à saúde da população quilombola considerada mais vulnerável (mulheres, crianças e idosos), convém mencionar que as mulheres são as mais propensas a

desenvolverem doenças crônicas, entre elas síndrome metabólica atingindo mais as obesas ou com sobrepeso, sedentárias, com maior pressão arterial sistêmica, maiores níveis de glicose, triglicerídeos, circunferência abdominal, e menores de HDL (ARAGÃO, BÓS, SOUZA, 2014).

Uma das razões para o excesso de peso poderia ser decorrente de um estilo de vida sedentário associado à uma alimentação não saudável, pois, em estudo realizado nas comunidades quilombolas a maioria das famílias utilizavam alimentos ultraprocessados, de alta densidade energética e baixo valor nutritivo, em detrimento do consumo de frutas, verduras e legumes. Esse fato foi mais comum nas famílias mais pobres, o que foi interpretado como decorrente do menor custo financeiro desses alimentos industrializados (FERREIRA; TORRES, 2015).

4.3.3 Hipertensão Arterial Sistêmica em Quilombolas

Dentre as doenças mais prevalentes detectadas nos quilombolas está a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), uma doença grave e comum, cuja prevalência tende a crescer devido ao aumento do envelhecimento populacional, sedentarismo e obesidade (BUNKER, 2014).

A resistência à insulina desempenha um importante papel no desenvolvimento de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão. Desse modo, entende-se que a presença de resistência à insulina pode ser considerada um fator de risco para o desenvolvimento tanto de diabetes quanto de hipertensão (PAULI, 2016).

A escassez de estudos interfere de forma significativa na avaliação precisa a respeito da incidência da HAS na população quilombola. Um dos estudos citados é referente a uma pesquisa realizada, em 2011, na comunidade quilombola chamada “Limoeiro do Bacupari” localizada na cidade de Palmares do Sul. Por meio desta pesquisa, constatou-se que a prevalência de hipertensão referida foi de 25,3% nos entrevistados, sendo a doença crônica mais prevalente nessa população (CANÇADO FIGUEIREDO et al., 2011).

No entanto, um estudo realizado no Estado de Alagoas, observou que o risco de hipertensão arterial 81% é maior entre mulheres quilombolas em relação a mulheres não quilombolas (FERREIRA et al., 2013).

Outro estudo realizado na comunidade quilombola Boqueirão, em 2009 na Bahia com 467 indivíduos, revelou que 23% dos entrevistados declararam ter diagnóstico de hipertensão (MENDONÇA AMORIM et al., 2013).

O último estudo encontrado foi realizado no sudoeste da Bahia com indivíduos hipertensos quilombolas, com 18 anos ou mais, em que constatou a prevalência de desconhecimento da hipertensão foi de 44,1% e essa desinformação associou-se positivamente com sexo masculino e estágio 1 da doença e, negativamente, com maior faixa etária, sobrepeso, autopercepção negativa da saúde e realização de consulta médica (BEZERRA et al., 2015).

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, constatou que a proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que refere diagnóstico de hipertensão foi de 21,4% em 2013, correspondendo a 31,3 milhões de pessoas, na população em geral (BRASIL, 2014).

De acordo com o Ministério da Saúde, a HAS é uma das doenças mais prevalentes na população negra. Caracterizada por níveis pressóricos elevados e sustentados, a HAS é um agravo de etiologia multifatorial e tem se destacado como o mais importante contribuinte dentre as causas modificáveis de morbidade e mortalidade cardiovascular precoce (SILVA et al., 2016).

Assim, ressalta-se que a prevalência da HAS parece ser maior entre os indivíduos remanescentes de quilombos quando comparados à população em geral. Esses achados reforçam a necessidade de estudar os fatores que contribuiriam para essa elevada prevalência, dentre eles a genética, fatores socioeconômicos, sociodemográficos, estilo de vida, entre outros.

Para Spritzer (PAULI, 2016), a designação “raça” é frequentemente um indicador secundário de nível socioeconômico, refletindo diferenças quanto ao comportamento, estilo de vida e exposição ambiental e, assim, diferenças no risco de desenvolvimento da hipertensão.

Cabe salientar que no Brasil, o nível de consumo de sal é alto e associado ao teor calórico dos alimentos podem aumentar o estresse oxidativo no cérebro, ativando, desse modo, o fluxo simpático central e elevando o risco de hipertensão (PAULI, 2016).

Evidencia-se que no Brasil, as comunidades quilombolas já demonstram perfil de transição epidemiológica, convivendo hoje com doenças crônicas não transmissíveis, como HAS, mas ainda apresentando elevadas taxas de mortalidade infantil, desnutrição e doenças infecciosas (SOUZA; BARROSO; GUIMARÃES, 2014; OLIVEIRA et al., 2015).

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico com abordagem quantitativa.

5.2 Contexto

O estudo realizou-se junto à Comunidade quilombola de Santana dos Pretos, localizada no Município de Pinheiro, Maranhão.

Pinheiro situa-se na microrregião da Baixada Maranhense, Nordeste brasileiro, a 333 km da capital, São Luís. Limita-se aos municípios de Santa Helena, Pedro do Rosário, Bequimão e São Bento. Atualmente pela estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2018) possui 82.990 habitantes com médio Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,637.

Os serviços de saúde existentes no município são: Hospital Municipal, que oferece serviços de média complexidade, Hospital Macrorregional ofertando assistência de média e alta complexidade, laboratório Central, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades Médicas, Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, 19 Estratégias Saúde da Família e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Observa-se que o município apresenta uma cobertura dos serviços da Atenção básica, em 80% da população do município (BRASIL, 2018).

A comunidade de Santana dos Pretos, é reconhecida como quilombola rural, com acesso a estrada asfáltica e possui a Certidão Fundação Cultural Palmares desde 2005, o que lhe assegura o acesso às políticas públicas e ser reconhecida pelo Estado brasileiro (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2018). Sua atividade laboral predominante é a agropecuária de subsistência. Numa busca na literatura sobre os dados das condições de vida e de saúde desta comunidade, não se encontrou trabalhos de pesquisa realizados até então, o que corrobora a necessidade de realização deste estudo.

A Comunidade Quilombola de Santana dos Pretos, situa-se às margens da MA 006. Compõe-se de 200 famílias e cerca de 450 habitantes, segundo dados da Estratégia Saúde da Família (ESF) local.

5.3 Participantes

A população da pesquisa está estimada em 302 pessoas com iguais ou maiores a 18 anos, de acordo com os dados obtidos das fichas de cadastro individual do E-SUS preenchidas pelo Agente Comunitário de Saúde da referida comunidade, com a cobertura de 100% dessa comunidade.

A ficha de cadastro individual do E-SUS, é um instrumento do Sistema de Informação da Atenção Básica utilizada pelos Agentes Comunitários de Saúde, para cadastramento e acompanhamento das famílias visitadas, e registros acerca das características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos usuários no território das equipes de AB. Seu objetivo é captar informações sobre os usuários que se encontram adscritos no território da equipe da Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa: quilombolas com idade igual ou maior a 18 anos de ambos os sexos, ser residentes da comunidade remanescente de quilombo de Santana dos Pretos e ser acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, estar em boas condições físicas e mentais para comunicar-se com o pesquisador e consentirem em participar do estudo através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B).

Já os critérios de exclusão utilizados foram: estar grávida, os que declararam residir temporariamente na localidade e os que não se encontravam no momento da entrevista domiciliar.

5.4 Tamanho do Estudo

O cálculo do tamanho amostral dos quilombolas para estudos da Hipertensão Arterial Sistêmica foi feito utilizando-se o programa estatístico *PAS 15* (2015) e os seguintes parâmetros: 302 é a população quilombola igual ou maior de 18 anos, Prevalência de 44,1% de hipertensos (BEZERRA et al., 2016), nível de significância (α) de 5%, erro tolerável de 7%, o tamanho mínimo foi de 172 pessoas mais 5% de possíveis perdas, assim o número de quilombolas a serem avaliados foram no mínimo 180.

A amostragem probabilística deu-se por seleção aleatória simples, a partir de uma série de números aleatórios dos quais foram escolhidos os 180 participantes de um total de

302. Utilizou-se o software PAS 15, para o sorteio entre os limites de 1 a 302. Em caso de recusa ou ausência no domicílio do participante selecionado no momento da entrevista, não houve a reposição deste, seguindo-se para a entrevista do participante subsequente sorteado. Dessa forma, do total de 180 participantes, 177 participaram efetivamente da pesquisa, pois três deles estavam ausentes no momento da entrevista.

Assim, o delineamento amostral ocorreu em dois momentos: (1) busca nas fichas de cadastro individual do E-SUS fornecidas pelo agente comunitário de saúde do território, para identificação dos quilombolas com igual ou maior a 18 anos, cadastrados. (2). Após isto, procedeu-se a listagem nominal e enumeração destes para a realização da seleção aleatória simples, por meio de sorteio, o que garantiu a todos os participantes, igual probabilidade de ser sorteado.

5.5 Método de Coleta

A coleta dos dados ocorreu no segundo semestre de 2018, por meio de entrevista domiciliar aos usuários selecionados, em um local reservado que se procedeu em sala, alpendre ou outro local conveniente ao participante.

Durante a entrevista foi utilizado como instrumento um formulário já validado (APÊNDICE A), baseado na Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2013) e o formulário eletrônico do sistema VIGITEL (BRASIL, 2017). Ressalta-se que ambos os questionários passaram por minuciosa avaliação como também adequação de algumas perguntas à realidade, buscando-se a congruência com o contexto das Comunidades Quilombolas.

No primeiro momento, houve apresentação dos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa aos quilombolas que obedeceram aos critérios de inclusão e concordaram em participar da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/12, que rege as pesquisas com seres humanos no Brasil. No segundo momento, foram aplicados o instrumento de coleta de dados com informações que buscavam caracterizar aspectos socioeconômicos, demográficos, hábitos de vida, condições de saúde dos quilombolas.

5.6 Variáveis do Estudo

5.6.1 Variáveis socioeconômicas e demográficas

Foram categorizadas as variáveis socioeconômicas e demográficas em: idade, cor/raça, sexo, escolaridade, ocupação, renda mensal, religião, tipo de casa (piso, teto, chão), quantidade de moradores e cômodos na casa, destino do lixo e esgoto, acesso e tratamento da água para consumo.

5.6.2 Variáveis hábitos de vida

Após análise das produções literárias acerca dos aspectos relacionados aos hábitos de vida, foram investigados neste estudo o consumo de álcool e tabaco, os hábitos alimentares e a prática de atividade física.

5.6.2.1 Consumo de álcool e tabaco

Para categorizar o hábito de fumar utilizou-se quatro categorias de classificação: nunca fumou, fumante (quantos cigarros/dia, tentativa de parar de fumar nos últimos 12 meses), ex-fumante e fumantes passivos na residência.

Considerou-se fumante o quilombola que respondeu positivamente à questão “O(a) sr. (a) fuma?”, categorizada em sim e não. Fumantes passivos, no domicílio, os indivíduos não fumantes que relatam que pelo menos um dos moradores costuma fumar dentro de casa/número de indivíduos entrevistados, conforme resposta à questão: “Alguma das pessoas que mora como (a) sr. (a) costuma fumar dentro de casa?” (BRASIL, 2017; WHO, 2014).

O consumo de bebidas alcoólicas foi considerado abusivo quando referido cinco ou mais doses (homem) ou quatro ou mais doses (mulher) em uma única ocasião, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias, categorizada a resposta em sim ou não à questão “Nos últimos 30 dias, o sr. chegou a consumir cinco ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?” para homens ou “Nos últimos 30 dias, a sra. chegou a consumir quatro ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?” para mulheres. Considerando que uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, uma taça de vinho ou uma dose de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada (BRASIL, 2017; WHO,

2014)

5.6.2.2 Atividade física

Esta pesquisa avaliou a atividade física praticada no domínio *tempo livre* ou lazer, com intensidade moderada a vigorosa. Considerou-se como fisicamente inativos os indivíduos que se referiram não ter praticado qualquer atividade física moderada a vigorosa no tempo livre nos últimos três meses; prática Insuficiente quando atividade física moderada a vigorosa <150min/semana e suficiente na prática de atividade física moderada a vigorosa quando >150min/semana. Essas informações foram fundamentadas a partir da seção de lazer da versão curta do Questionário Internacional de Atividade Física – IPAQ - proposto pela Organização Mundial de Saúde (1998), e que pretende servir como um instrumento mundial para determinar o nível de atividade física em nível populacional (BRASIL, 2017; MUNIZ et al., 2012).

Categorizado as respostas em tipo, dias por semana e duração da atividade, às perguntas “Quantos dias por semana o sr (a) costuma praticar exercício físico ou esporte?” Em geral, no dia que o sr (a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?”. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr. (a) praticou? Nos últimos três meses, o(a) sr. (a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte?

5.6.2.3 Alimentação

O consumo diário de legumes/verduras, frutas e leite foram utilizados para avaliar o padrão alimentar. Para estimar a frequência diária do consumo de frutas e legumes/verduras, perguntou-se o número de vezes de consumo na semana (categorizado em dias na semana ou nunca/menos que 1x por semana, considerado consumo irregular: menor que 5x na semana) (BRASIL, 2017; WHO, 2003).

O consumo habitual de gordura aparente da carne (BRASIL, 2017) categorizado em tira o excesso de gordura visível e come com gordura; para o consumo de frango/galinha: tira a pele e come com a pele. Considerado presente, se resposta positiva para “comer com gordura/come com a pele”.

O consumo de leite com teor integral de gordura: categorizado em dias na semana e nunca ou menos de 1x/semana, considerado presente no caso da resposta “leite integral” (BRASIL, 2017).

O consumo regular de refrigerantes: categorizado em dias na semana e nunca ou menos de 1x/semana, considerado presente em caso de frequência igual ou superior a cinco ou mais vezes na semana, independentemente da quantidade e do tipo (LONGO et al., 2011; BRASIL, 2017).

O consumo regular de alimentos doces foi categorizado em dias na semana e em nunca ou menos de 1x por semana. Considerado consumo regular se consumido em cinco ou mais dias da semana, a partir de questão que indagou sobre a frequência semanal do consumo de sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces (WHO, 2014; BRASIL, 2017).

O consumo regular de feijão: categorizado em dias na semana e nunca ou menos de 1x/semana, considerado presente em caso de frequência igual ou superior a cinco vezes na semana (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017).

O consumo regular de carne de boi, porco, peixe e frango/galinha: categorizado em dias na semana e nunca ou menos de 1x na semana, considerado presente se 5x ou mais durante a semana (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION; DIETITIANS OF CANADA, 2003; VANG et al., 2008).

5.6.3 Variáveis relacionadas às condições de saúde

Foram estudadas variáveis relacionadas às condições de saúde como os dados antropométricos (peso, altura, o índice de massa corporal- IMC, circunferência da cintura abdominal.) e mensuração hemodinâmica (pressão arterial).

A pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD), foi aferida em dois momentos (com intervalo mínimo de 2 minutos), após a entrevista, em ocasião única, com os participantes sentados em descanso por 20 minutos, com os pés apoiados no chão, braço direito sobre a mesa no nível do coração e com a palma da mão voltada para cima. Assegurou-se que os quilombolas não ingeriram bebidas alcoólicas, café ou alimento e não fumaram nos 30 minutos anteriores, não estivessem com a bexiga cheia e praticaram exercícios físicos há pelo menos 60 minutos (MALACHIAS et al., 2016).

Para análise da pressão arterial considerou-se a que se apresentou mais alta das duas aferições realizadas com intervalo de 2 minutos entre elas, sendo considerado com pressão arterial alterada os indivíduos que apresentaram pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg e hipertensos os que relataram uso de medicamentos anti-hipertensivos (MALACHIAS et al., 2016).

Para as mensurações, utilizou-se um aparelho esfigmomanômetro digital da marca Techline modelo Bp - 1305 (Tech Line ComImp E, São Paulo, Brasil), com o manguito ajustado ao perímetro do braço do participante.

As medidas antropométricas permitiram a avaliação do estado nutricional pelo índice de massa corporal (IMC = massa corporal (kg) / estatura²m). Foram considerados com excesso de peso os que foram classificados de sobrepeso e obesidade. A classificação quanto ao estado nutricional, obedeceu ao seguinte critério: baixo peso ($\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($\geq 18,5$ a $< 25,0 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($\geq 25,0$ a $< 30 \text{ kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$) (BRASIL, 2014).

Utilizou-se para a verificação da estatura uma fita métrica fixada à parede, que permitiu medir a distância, em centímetros, entre o vértex (ponto mais superior da cabeça (no plano mediano sagital) e o solo. Os quilombolas permaneceram em posição ortostática, de cabeça orientada para frente, com os pés descalços e juntos, cabeça, ombros e glúteos tocando a parede.

O peso foi verificado com os participantes descalços e vestindo roupas leves, por meio balança eletrônica portátil da marca Techline modelo Tec - 117 com capacidade para 180kg e precisão 50g, (Tech Line ComImp E, São Paulo, Brasil). Devidamente calibrada de acordo com a orientação do manual de utilização do aparelho; verificada em posição ortostática, com pés afastados na linha do quadril, ficando a massa distribuída entre os membros inferiores.

Utilizou-se para as medidas de circunferências uma fita métrica inextensível. Considerou-se como padrão para as medidas de Circunferência de Cintura (CC): a menor medida de circunferência entre as últimas costelas e a crista ilíaca.

Considerou-se a circunferência da cintura alterada quando: $\geq 94 \text{ cm}$ para homens e $\geq 80 \text{ cm}$ para mulheres, e muito aumentada $\geq 102 \text{ cm}$ e $\geq 88 \text{ cm}$ para homens e mulheres, respectivamente (WHO, 1998).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, após um pré-teste em um grupo de 07 participantes, não inclusos na amostra deste estudo, mas que tinham as mesmas características da população estudada. A partir dos resultados do pré-teste, realizou-se as devidas adequações do instrumento de coleta.

5.7 Análise dos dados

Os dados foram avaliados pelo programa *IBM SPSS Statistics 20* (2011). Inicialmente foi feita a estatística descritiva das variáveis analisadas, ou seja, gráficos e tabela de frequência. Posteriormente, para se avaliar a associação das variáveis classificatórias (sócio-econômicas, ambientais, hábitos de vida e hábitos alimentares) em relação aos grupos de HASS (Caso e Controle) usou-se o teste não paramétrico de Qui-quadrado de independência (χ^2) ou Exato de Fisher. A avaliação das variáveis numéricas (Idade, N° Filhos, N° pessoas em casa, Dias comer peixe, Idade de início beber álcool, n° dias de praticar esporte, Idade de início Fumo, Frequência de fumo em casa, CC, IMC) em relação aos dois grupos de HAS (Caso e Controle) foi feita pelo teste paramétrico T de student independente. Em todos os testes estatísticos o nível de significância adotado foi de 0,05 ($p \leq 0,05$).

5.8 Considerações Éticas

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior denominado Impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Quilombos que foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário-Universidade Federal do Maranhão obtendo aprovação mediante o parecer N° 2.626.680, conforme exigido pela Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa, que regulamenta a pesquisa científica em seres humanos.

6 RESULTADOS

6.1 Perfil da população estudada

Participaram deste estudo um total de 177 quilombolas, dos quais 55,9% eram mulheres. A idade média da população foi de 43,89 anos (DP=17,82), variando entre 18 e 89 anos de idade. Observou-se maior proporção de investigados na faixa etária entre 30 e 39 anos. A maioria dos indivíduos declararam-se pretos (63,8%), tendo de 1 a 4 anos de estudo (36,2%) e eram casados (40,1%). Quanto à renda, 97,2% dependem de até um salário mínimo por mês (R\$ 994,00 – vigente no ano de 2018), oriundo da venda de excedentes da produção da lavoura (70,6%) e/ou de programas sociais como o bolsa família.

Tabela 1. Proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) das características demográficas e socioeconômicas, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| | Variável | N | % | IC95% | |
|---------------------|---------------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|
| Faixa etária | < 20 | 8 | 4,5% | 1,5% | 7,6% |
| | 20-29 | 35 | 19,8% | 13,9% | 25,6% |
| | 30-39 | 37 | 20,9% | 14,9% | 26,9% |
| | 40-49 | 30 | 16,9% | 11,4% | 22,5% |
| | 50-59 | 28 | 15,8% | 10,4% | 21,2% |
| | 60-69 | 23 | 13,0% | 8,0% | 17,9% |
| | 70-79 | 12 | 6,8% | 3,1% | 10,5% |
| | 80-89 | 4 | 2,3% | 0,1% | 4,4% |
| Sexo | Masculino | 78 | 44,1% | 36,8% | 51,4% |
| | Feminino | 99 | 55,9% | 48,6% | 63,2% |
| Cor | Preta | 113 | 63,8% | 56,8% | 70,9% |
| | Branca | 11 | 6,2% | 2,7% | 9,8% |
| | Parda | 53 | 29,9% | 23,2% | 36,7% |
| Estado civil | Casado | 71 | 40,1% | 32,9% | 47,3% |
| | União Estável | 41 | 23,2% | 16,9% | 29,4% |
| | Solteiro | 52 | 29,4% | 22,7% | 36,1% |
| | Viúvo | 3 | 1,7% | -0,2% | 3,6% |
| | Separado | 10 | 5,6% | 2,2% | 9,1% |
| Nº Filhos | 0-2 | 46 | 26,0% | 19,5% | 32,4% |
| | 3-5 | 100 | 56,5% | 49,2% | 63,8% |
| | > 5 | 31 | 17,5% | 11,9% | 23,1% |
| Escolaridade | Antigo primário (1ª a 5ª série) | 64 | 36,2% | 29,1% | 43,2% |
| | Antigo ginásio (6ª a 9ª série) | 45 | 25,4% | 19,0% | 31,8% |
| | Médio | 28 | 15,8% | 10,4% | 21,2% |
| | Superior | 3 | 1,7% | 0,0% | 3,6% |
| | Não estudei | 37 | 20,9% | 14,9% | 26,9% |
| Ocupação | Lavrador | 125 | 70,6% | 63,9% | 77,3% |
| | Pescador | 4 | 2,3% | 0,1% | 4,4% |
| | Funcionário público | 1 | 0,6% | 0,0% | 1,7% |
| | Aposentado | 25 | 14,1% | 9,0% | 19,3% |
| | Pedreiro | 8 | 4,5% | 1,5% | 7,6% |
| | Não trabalho | 7 | 4,0% | 1,1% | 6,8% |
| | Estudante | 4 | 2,3% | 0,1% | 4,4% |
| | Doméstica | 2 | 1,1% | 0,0% | 2,7% |
| Outros | 1 | 0,6% | 0,0% | 1,7% | |
| Renda mensal | Até 1 SM | 172 | 97,2% | 52,1% | 66,6% |
| | De 1 a 3 SM | 5 | 2,8% | 0,4% | 5,3% |
| Religião | Católica | 107 | 60,5% | 53,2% | 67,7% |
| | Evangélica | 65 | 36,7% | 29,6% | 43,8% |
| | Outra | 5 | 2,8% | 0,4% | 5,3% |

As características das moradias dos participantes estudados encontram-se na Tabela 2. Quanto a origem da água para o consumo, destaca-se que todos os participantes referiram utilizar água de poço artesiano, sendo que a sua maior parte não realiza algum tipo de tratamento (71,8%). Já a origem da água para uso doméstico vem de poço aberto (62,7%) e o destino do esgoto caseiro faz-se a céu aberto (93,8%). Sobre o escoadouro do banheiro 14,1% referiram utilizar a fossa, no entanto, a maior parte dos entrevistados afirmam o uso de patente (76,8%) e o destino do lixo queimado na propriedade (87%) (Tabela 2).

Tabela 2. Proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) das características de moradia e saneamento básico dos domicílios, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Dados da moradia | | n | % | IC95% | |
|-------------------------------------|-------------------------|------------|---------------|---------------|---------------|
| Tipo de casa | Madeira | 10 | 5,6% | 2,2% | 9,1% |
| | Tijolo | 161 | 91,0% | 86,7% | 95,2% |
| | Taipa | 6 | 3,4% | 0,7% | 6,1% |
| Tipo de piso | Cimento | 172 | 97,2% | 94,7% | 99,6% |
| | Chão batido | 5 | 2,8% | 0,4% | 5,3% |
| Teto | Telha de barro | 176 | 99,4% | 98,3% | 100,0% |
| | Brasilit | 1 | ,6% | -0,5% | 1,7% |
| Cômodos | 2-4 | 39 | 22,0% | 15,9% | 28,1% |
| | 5-6 | 110 | 62,1% | 55,0% | 69,3% |
| | >6 | 28 | 15,8% | 10,4% | 21,2% |
| N° pessoas em casa | 1-4 | 116 | 65,5% | 58,5% | 72,5% |
| | 5-7 | 49 | 27,7% | 21,1% | 34,3% |
| | > 7 | 9 | 5,1% | 1,8% | 8,3% |
| Água de beber | Poço | 177 | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Tem tratamento | Sim (filtro) | 50 | 28,2% | 21,6% | 34,9% |
| | Não | 127 | 71,8% | 65,1% | 78,4% |
| De onde vem a Água doméstico | Rio ou igarapé | 2 | 1,1% | 0,0% | 2,7% |
| | Encanamento | 7 | 4,0% | 1,1% | 6,8% |
| | Poço aberto | 111 | 62,7% | 55,6% | 69,8% |
| | Outro | 2 | 1,1% | 0,0% | 2,7% |
| | Poço fechado/bomba | 55 | 31,1% | 24,3% | 37,9% |
| Destino do esgoto | Céu aberto | 166 | 93,8% | 90,2% | 97,3% |
| | Fossa | 9 | 5,1% | 1,8% | 8,3% |
| | Outro | 2 | 1,1% | 0,0% | 2,7% |
| Escoadouro banheiro | Céu aberto | 16 | 9,0% | 4,8% | 13,3% |
| | Fossa | 25 | 14,1% | 9,0% | 19,3% |
| | Outro (patente) | 136 | 76,8% | 70,6% | 83,1% |
| Destino do lixo | Queimado na propriedade | 154 | 87,0% | 82,1% | 92,0% |
| | Jogado no mato | 23 | 13,0% | 8,0% | 17,9% |

A Tabela 3 caracteriza a frequência de consumo alimentar dos quilombolas estudados, com as prevalências e respectivos IC95%. A maior parte dos investigados declarou nunca consumir ou quase nunca na semana verdura, salada e feijão. De uma a quatro vezes na semana, a frequência relatada pelos quilombolas para o consumo de carne foi de 58%. Em relação a frequência de cinco vezes ou mais vezes na semana, a ingestão de leite foi relatada pela maioria dos entrevistados correspondendo a 57,6%, nessa categoria (Tabela 3).

Tabela 3. Proporções e respectivos intervalos de confiança (IC95%) das frequências de consumo alimentar, Santana do Pretos-MA, 2019.

| Alimentos | 5x ou mais | | | | 1 a 4x | | | | Nunca/quase nunca | | | |
|-------------------------|------------|--------------|--------------|--------------|------------|--------------|--------------|--------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|
| | N | % | IC95% | | N | % | IC95% | | n | % | IC95% | |
| Dias come feijão | 11 | 6,2% | 2,7% | 9,8% | 81 | 45,8% | 38,4% | 53,1% | 85 | 48,0% | 40,7% | 55,4% |
| Come salada | 14 | 7,9% | 3,9% | 11,9% | 67 | 37,9% | 30,7% | 45,0% | 96 | 54,2% | 46,9% | 61,6% |
| Come verduras | 36 | 20,3% | 14,4% | 26,3% | 59 | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 82 | 46,3% | 39,0% | 53,7% |
| Come carne | 57 | 32,2% | 25,3% | 39,1% | 104 | 58,8% | 51,5% | 66,0% | 16 | 9,0% | 4,8% | 13,3% |
| Come frango | 5 | 2,8% | 0,4% | 5,3% | 138 | 78,0% | 71,9% | 84,1% | 34 | 19,2% | 13,4% | 25,0% |
| Dias comer peixe | 32 | 18,1% | 12,4% | 23,7% | 100 | 56,5% | 49,2% | 63,8% | 45 | 25,4% | 19,0% | 31,8% |
| Suco natural | 15 | 8,5% | 4,4% | 12,6% | 86 | 48,6% | 41,2% | 56,0% | 76 | 42,9% | 35,6% | 50,2% |
| Come frutas | 35 | 19,8% | 13,9% | 25,6% | 78 | 44,1% | 36,8% | 51,4% | 64 | 36,2% | 29,1% | 43,2% |
| Refrigerante | 20 | 11,3% | 6,6% | 16,0% | 54 | 30,5% | 23,7% | 37,3% | 103 | 58,2% | 50,9% | 65,5% |
| Toma leite | 102 | 57,6% | 50,3% | 64,9% | 28 | 15,8% | 10,4% | 21,2% | 47 | 26,6% | 20,0% | 33,1% |
| Come doces | 23 | 13,0% | 8,0% | 17,9% | 37 | 20,9% | 14,9% | 26,9% | 117 | 66,1% | 59,1% | 73,1% |

A Tabela 4 representa a prática de atividade física moderada a vigorosa por semana no tempo livre. Grande parte dos indivíduos estudados reportou não realizar algum tipo de atividade física em tempo livre (65,5%) e dentre os tipos dos que realizam, destaca-se o futebol como a modalidade mais frequente. Os que realizaram atividade física suficiente (≥ 150 min/semana) correspondeu a apenas 16,9% (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição da frequência de realização de atividade física em tempo livre de intensidade moderada a vigorosa por semana, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Variável | N | % |
|----------------------------------|------------|-------------|
| Tipo de atividade física | | |
| Nenhuma | 116 | 65,5 |
| Futebol | 27 | 15,3 |
| Corrida | 13 | 7,3 |
| Caminhada | 21 | 11,9 |
| Prática | | |
| Inatividade | 116 | 65,5 |
| insuficiente <150min/semana | 31 | 17,5 |
| suficiente ≥ 150 min/semana | 30 | 16,9 |
| Total | 177 | 100,0 |

A Tabela 5 demonstra que a ingestão de bebidas alcoólicas, nos últimos 30 dias (5 ou mais doses para homens e 4 ou mais doses para mulheres em uma única ocasião) alcançou a frequência de 20,9%. O hábito de fumar no momento do estudo foi relatado por 15,3% dos entrevistados. Destaca-se a alta incidência de ex-fumantes (71,8%) e de fumantes passivos (29,3%).

Tabela 5 - Proporções dos hábitos de consumo de tabaco e álcool dos quilombolas, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Variável | n | % |
|--|-----------|-------------|
| Fuma (n = 177) | | |
| Sim | 27 | 15,3 |
| Não | 23 | 13,0 |
| Ex-Fumante | 127 | 42,4 |
| Fumante Passivo | 52 | 29,3 |
| | | |
| Consumo de bebida alcoólica nos últimos 30 dias (n = 177) | | |
| Sim | 37 | 20,9 |
| Não | 140 | 79,1 |

O Índice de Massa Corporal (IMC) e a Circunferência da Cintura Abdominal foram demonstrados na Tabela 6. Observou-se que a proporção de pessoas com IMC alterado (sobrepeso e obesidade) correspondeu a maior parte dos participantes estudados (51,4%), assim como a circunferência da cintura abdominal alterada (aumentada e muito aumentada) que foi de 55,3%.

Tabela 6 - Proporções do IMC e CC apresentado pelos quilombolas, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Variável | n | % |
|---|-----------|-------------|
| IMC (n = 177) | | |
| Baixo peso | 2 | 1,1 |
| Eutrófico | 84 | 47,5 |
| Sobrepeso | 66 | 37,3 |
| Obesidade | 25 | 14,1 |
| Circunferência cintura abdominal (n = 177) | | |
| Adequada | 79 | 44,6 |
| Aumentada | 33 | 18,6 |
| Muito Aumentada | 65 | 36,7 |

6.2 Fatores de Risco

As prevalências dos fatores de risco investigados na população total e segundo sexo encontram-se descritas na Tabela 7. Observou-se entre as mulheres a maior prevalência de circunferência de cintura abdominal (muito aumentada), inatividade física, tabagismo, obesidade e consumo irregular (<5x/semana) de frutas. Tanto homens quanto mulheres quilombolas utilizam com maior frequência o saleiro à mesa, consomem saladas e feijão irregularmente (<5x/semana), consomem leite integral e não consomem suco natural. Observou-se que o consumo de carne vermelha com gordura e o consumo irregular de verdura (<5x/semana) foi maior entre os homens (Tabela 7).

Tabela 7. Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas, segundo sexo, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Fator de risco | | Masculino | | | Feminino | | |
|---------------------------------|-----------------|-----------|-------|-------|--------------|--------------|--------------|
| | | % | IC95% | | % | IC95% | |
| Fuma | Fumante | 10,3% | 5,8% | 14,7% | 15,2% | 9,9% | 20,4% |
| Bebida | Sim | 26,9% | 20,4% | 33,5% | 16,2% | 10,7% | 21,6% |
| IMC | Obeso | 5,1% | 1,9% | 8,4% | 21,2% | 15,2% | 27,2% |
| CC | Muito aumentada | 17,9% | 12,3% | 23,6% | 51,5% | 44,2% | 58,9% |
| Atividade física | Não | 51,3% | 43,9% | 58,6% | 76,8% | 70,5% | 83,0% |
| Saleiro na mesa | Sim | 43,6% | 36,3% | 50,9% | 42,4% | 35,1% | 49,7% |
| Consumo irregular de feijão | < 5x | 94,9% | 91,6% | 98,1% | 92,9% | 89,2% | 96,7% |
| Consumo irregular de salada | < 5x | 93,6% | 90,0% | 97,2% | 90,9% | 86,7% | 95,1% |
| Consumo irregular de verduras | < 5x | 82,1% | 76,4% | 87,7% | 77,8% | 71,7% | 83,9% |
| Consume carne verm. com gordura | Sim | 57,7% | 50,4% | 65,0% | 35,4% | 28,3% | 42,4% |
| Consume frango com a pele | Sim | 16,7% | 11,2% | 22,2% | 6,1% | 2,5% | 9,6% |
| Consume peixe | Não | 34,6% | 27,6% | 41,6% | 18,2% | 12,5% | 23,9% |
| Consumo de suco natural | Não | 43,6% | 36,3% | 50,9% | 41,4% | 34,2% | 48,7% |
| Consumo de frutas | Não | 30,8% | 24,0% | 37,6% | 40,4% | 33,2% | 47,6% |
| Consome refrigerante | Sim | 48,7% | 41,4% | 56,1% | 36,4% | 29,3% | 43,5% |
| Toma leite | Integral | 97,4% | 95,1% | 99,7% | 99,0% | 97,5% | 100,0% |
| Consome doces | Sim | 37,2% | 30,1% | 44,3% | 31,3% | 24,5% | 38,1% |

Os comportamentos estudados também foram verificados com relação às faixas de idade. Constatou-se maior frequência de tabagista, uso do saleiro à mesa, inatividade física, consumo irregular de feijão, verduras e frutas nas faixas etárias mais avançadas, enquanto a circunferência abdominal muito aumentada, obesidade, consumo de bebida alcoólica, carne com gordura e refrigerantes apresentou maior prevalência entre os mais jovens (Tabela 8).

Tabela 8. Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas segundo faixa etária, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Fator de risco | | < 30 | | | 30-59 | | | 60 ou mais | | |
|-------------------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| | | % | IC95% | | % | IC95% | | % | IC95% | |
| Fuma | Fumante | 7,0% | 3,2% | 10,7% | 8,4% | 4,3% | 12,5% | 30,8% | 24,0% | 37,6% |
| Bebida | Sim | 25,6% | 19,2% | 32,0% | 22,1% | 16,0% | 28,2% | 12,8% | 7,9% | 17,7% |
| IMC | Obeso | 9,3% | 5,0% | 13,6% | 18,9% | 13,2% | 24,7% | 7,7% | 3,8% | 11,6% |
| CC | Muito aumentada | 34,9% | 27,9% | 41,9% | 37,9% | 30,7% | 45,0% | 35,9% | 28,8% | 43,0% |
| Atividade física | Não | 53,5% | 46,1% | 60,8% | 60,0% | 52,8% | 67,2% | 92,3% | 88,4% | 96,2% |
| Saleiro na mesa | Sim | 20,9% | 14,9% | 26,9% | 43,2% | 35,9% | 50,5% | 66,7% | 59,7% | 73,6% |
| Consumo irregular de feijão | < 5x | 88,4% | 83,6% | 93,1% | 90,5% | 86,2% | 94,8% | 94,9% | 91,6% | 98,1% |
| Consumo irregular de salada | < 5x | 95,3% | 92,2% | 98,5% | 90,5% | 86,2% | 94,8% | 92,3% | 88,4% | 96,2% |
| Consumo irregular de verduras | < 5x | 74,4% | 68,0% | 80,8% | 80,0% | 74,1% | 85,9% | 84,6% | 79,3% | 89,9% |
| Consume carne com gordura | Sim | 48,8% | 41,5% | 56,2% | 43,2% | 35,9% | 50,5% | 46,2% | 38,8% | 53,5% |
| Consume frango com a pele | Sim | 11,6% | 6,9% | 16,4% | 10,5% | 6,0% | 15,0% | 10,3% | 5,8% | 14,7% |
| Consume peixe | Não | 34,9% | 27,9% | 41,9% | 25,3% | 18,9% | 31,7% | 15,4% | 10,1% | 20,7% |
| Consumo de suco natural | Não | 53,5% | 46,1% | 60,8% | 37,9% | 30,7% | 45,0% | 33,3% | 26,4% | 40,3% |
| Consumo de frutas | Não | 18,6% | 12,9% | 24,3% | 40,0% | 32,8% | 47,2% | 46,2% | 38,8% | 53,5% |
| Consome refrigerante | Sim | 67,4% | 60,5% | 74,3% | 33,7% | 26,7% | 40,6% | 33,3% | 26,4% | 40,3% |
| Toma leite | Integral | 100,0% | --- | --- | 97,9% | 95,8% | 100,0% | 97,4% | 95,1% | 99,7% |
| Consome doces | Sim | 44,2% | 36,9% | 51,5% | 30,5% | 23,7% | 37,3% | 30,8% | 24,0% | 37,6% |

A Tabela 9 apresenta os dados da análise dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial segundo escolaridade. Os percentuais de tabagismo e inatividade física atingiram números mais elevados entre os entrevistados que referiram não ter estudado. Por outro lado, o consumo irregular de saladas, verduras e frutas demonstrou uma tendência linear entre as categorias de escolaridade.

Tabela 9. Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas segundo escolaridade, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Fator de risco | | Fundamental (1a a 5a série) | | | Fundamental (6a a 9a série) | | | Médio | | Superior | | | Não estudei | | | |
|-------------------------------|-----------------|--------------------------------|-----------|--------|--------------------------------|-----------|-------|--------|-----------|----------|--------|-----------|-------------|--------------|--------------|--------------|
| | | % | IC95 % | | % | IC95 % | | % | IC95 % | | % | IC95 % | | % | IC95 % | |
| Fuma | Fumante | 17,2% | 11,6% | 22,7% | 11,1% | 6,5% | 15,7% | 7,1% | 3,3% | 10,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 24,3% | 18,0% | 30,6% |
| Bebida | Sim | 10,9% | 6,3% | 15,5% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 21,4% | 15,4% | 27,5% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 21,6% | 15,6% | 27,7% |
| IMC | Obeso | 17,2% | 11,6% | 22,7% | 17,8% | 12,1% | 23,4% | 10,7% | 6,2% | 15,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 8,1% | 4,1% | 12,1% |
| CC | Muito aumentada | 40,6% | 33,4% | 47,9% | 40,0% | 32,8% | 47,2% | 32,1% | 25,3% | 39,0% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 29,7% | 23,0% | 36,5% |
| Atividade física | Não | 71,9% | 65,3% | 78,5% | 60,0% | 52,8% | 67,2% | 46,4% | 39,1% | 53,8% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 75,7% | 69,4% | 82,0% |
| Saleiro na mesa | Sim | 53,1% | 45,8% | 60,5% | 44,4% | 37,1% | 51,8% | 10,7% | 6,2% | 15,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 51,4% | 44,0% | 58,7% |
| Consumo irregular de feijão | < 5x | 90,6% | 86,3% | 94,9% | 97,8% | 95,6% | 99,9% | 89,3% | 84,7% | 93,8% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 97,3% | 94,9% | 99,7% |
| Consumo irregular de salada | < 5x | 90,6% | 86,3% | 94,9% | 95,6% | 92,5% | 98,6% | 85,7% | 80,6% | 90,9% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 94,6% | 91,3% | 97,9% |
| Consumo irregular de verduras | < 5x | 76,6% | 70,3% | 82,8% | 88,9% | 84,3% | 93,5% | 71,4% | 64,8% | 78,1% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 81,1% | 75,3% | 86,9% |
| Consome carne com gordura | Sim | 60,9% | 53,7% | 68,1% | 48,9% | 41,5% | 56,3% | 53,6% | 46,2% | 60,9% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 51,4% | 44,0% | 58,7% |
| Consome frango com a pele | Sim | 90,6% | 86,3% | 94,9% | 88,9% | 84,3% | 93,5% | 96,4% | 93,7% | 99,2% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 81,1% | 75,3% | 86,9% |
| Consome peixe | Não | 18,8% | 13,0% | 24,5% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 39,3% | 32,1% | 46,5% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 21,6% | 15,6% | 27,7% |
| Consumo de suco natural | Não | 35,9% | 28,9% | 43,0% | 48,9% | 41,5% | 56,3% | 42,9% | 35,6% | 50,1% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 45,9% | 38,6% | 53,3% |
| Consumo de frutas | Não | 45,3% | 38,0% | 52,6% | 20,0% | 14,1% | 25,9% | 25,0% | 18,6% | 31,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 51,4% | 44,0% | 58,7% |
| Consome refrigerante | Sim | 35,9% | 28,9% | 43,0% | 46,7% | 39,3% | 54,0% | 64,3% | 57,2% | 71,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 32,4% | 25,5% | 39,3% |
| Toma leite | Integral | 98,4% | 96,6% | 100,3% | 100,0% | 100,0 | 100,0 | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 94,6% | 91,3% | 97,9% |
| Consome doces | Sim | 31,3% | 24,4% | 38,1% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 50,0% | 42,6% | 57,4% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 27,0% | 20,5% | 33,6% |

A Tabela 10 apresenta a distribuição dos fatores de risco estudados segundo cor da pele. Observou-se que os percentuais de tabagismo, uso de sal na mesa, consumo de salada, feijão, verdura, frutas e carne com gordura atingiram níveis mais elevados entre os indivíduos que declararam a cor da pele preta. Por outro lado, o consumo de bebida alcoólica, obesidade, circunferência abdominal muito aumentada e inatividade física foram mais prevalentes nos entrevistados que autodeclararam parda a cor da pele.

Tabela 10. Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas segundo cor da pele, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Fator de risco | | Branca | | | Preta | | | Parda | | |
|-------------------------------|-----------------|--------|--------|--------|---------------|---------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| | | % | IC95% | | % | IC95% | | % | IC95% | |
| Fuma | Fumante | 17,7% | 12,1% | 23,3% | 27,3% | 20,7% | 33,8% | 7,5% | 3,7% | 11,4% |
| Bebida | Sim | 21,2% | 15,2% | 27,3% | 9,1% | 4,9% | 13,3% | 22,6% | 16,5% | 28,8% |
| IMC | Obeso | 11,5% | 6,8% | 16,2% | 9,1% | 4,9% | 13,3% | 20,8% | 14,8% | 26,7% |
| CC | Muito aumentada | 31,9% | 25,0% | 38,7% | 18,2% | 12,5% | 23,9% | 50,9% | 43,6% | 58,3% |
| Atividade física | Não | 64,6% | 57,6% | 71,6% | 63,6% | 56,5% | 70,7% | 67,9% | 61,0% | 74,8% |
| Saleiro na mesa | Sim | 42,5% | 35,2% | 49,8% | 45,5% | 38,1% | 52,8% | 43,4% | 36,1% | 50,7% |
| Consumo irregular de feijão | < 5x | 94,7% | 91,4% | 98,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 90,6% | 86,3% | 94,9% |
| Consumo irregular de salada | < 5x | 93,8% | 90,3% | 97,4% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 86,8% | 81,8% | 91,8% |
| Consumo irregular de verduras | < 5x | 83,2% | 77,7% | 88,7% | 90,9% | 86,7% | 95,1% | 69,8% | 63,0% | 76,6% |
| Consume carne com gordura | Sim | 54,0% | 46,6% | 61,3% | 63,6% | 56,5% | 70,7% | 50,9% | 43,6% | 58,3% |
| Consume frango com a pele | Sim | 89,4% | 84,8% | 93,9% | 90,9% | 86,7% | 95,1% | 86,8% | 81,8% | 91,8% |
| Consume peixe | Não | 24,8% | 18,4% | 31,1% | 36,4% | 29,3% | 43,5% | 26,4% | 19,9% | 32,9% |
| Consumo de suco natural | Não | 46,0% | 38,7% | 53,4% | 54,5% | 47,2% | 61,9% | 32,1% | 25,2% | 39,0% |
| Consumo de frutas | Não | 40,7% | 33,5% | 47,9% | 54,5% | 47,2% | 61,9% | 22,6% | 16,5% | 28,8% |
| Consome refrigerante | Sim | 40,7% | 33,5% | 47,9% | 36,4% | 29,3% | 43,5% | 45,3% | 37,9% | 52,6% |
| Toma leite | Integral | 99,1% | 97,7% | 100,5% | 90,9% | 86,7% | 95,1% | 98,1% | 96,1% | 100,0% |
| Consome doces | Sim | 31,9% | 205,0% | 38,7% | 54,5% | 47,2% | 61,9% | 34,0% | 27,0% | 40,9% |

Foram realizadas análises segundo estado civil e encontram-se descritas na Tabela 11. Os separados apresentaram menor prevalência de consumo de álcool, no entanto, maior prevalência de consumo irregular de saladas e feijão (<5 vezes/semana). Para os demais fatores investigados não foram identificadas diferenças estatísticas.

Tabela 11. Prevalências e intervalos de confiança (IC95%) dos fatores de risco para a Hipertensão Arterial em quilombolas segundo estado civil, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Fator de risco | | Estado civil | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|-----------------|-------------------|-------|--------|----------|--------|--------|------------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|--------|--------|
| | | Casado/U. estável | | | Solteiro | | | Divorciado | | | Viúvo | | | Separado | | |
| | | % | IC95% | | % | IC95% | | % | IC95% | | % | IC95% | | % | IC95% | |
| Fuma | Fumante | 21,1% | 15,1% | 27,1% | 9,8% | 5,4% | 14,1% | 13,5% | 8,4% | 18,5% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Bebida | Sim | 11,3% | 6,6% | 15,9% | 24,4% | 18,1% | 30,7% | 30,8% | 24,0% | 37,6% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 10,0% | 5,6% | 14,4% |
| IMC | Obeso | 9,9% | 5,5% | 14,3% | 14,6% | 9,4% | 19,8% | 19,2% | 13,4% | 25,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 20,0% | 14,1% | 25,9% |
| CC | Muito aumentada | 43,7% | 36,4% | 51,0% | 48,8% | 41,4% | 56,1% | 42,3% | 35,0% | 49,6% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 50,0% | 42,6% | 57,4% |
| Atividade física | Não | 67,6% | 60,7% | 74,5% | 65,9% | 58,9% | 72,8% | 59,6% | 52,4% | 66,8% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 80,0% | 74,1% | 85,9% |
| Saleiro na mesa | Sim | 40,8% | 33,6% | 48,1% | 48,8% | 41,4% | 56,1% | 32,7% | 25,8% | 39,6% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 80,0% | 74,1% | 85,9% |
| Consumo irregular de feijão | < 5x | 95,8% | 92,8% | 98,7% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 86,5% | 81,5% | 91,6% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Consumo irregular de salada | < 5x | 93,0% | 89,2% | 96,7% | 95,1% | 91,9% | 98,3% | 88,5% | 83,8% | 93,2% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Consumo irregular de verduras | < 5x | 78,9% | 72,9% | 84,9% | 78,0% | 72,0% | 84,1% | 80,8% | 75,0% | 86,6% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 90,0% | 85,6% | 94,4% |
| Consume carne com gordura | Sim | 52,1% | 44,8% | 59,5% | 48,8% | 41,4% | 56,1% | 55,8% | 48,5% | 63,1% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 80,0% | 74,1% | 85,9% |
| Consume frango com a pele | Sim | 88,7% | 84,1% | 93,4% | 82,9% | 77,4% | 88,5% | 92,3% | 88,4% | 96,2% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 90,0% | 85,6% | 94,4% |
| Consume peixe | Não | 90,1% | 85,7% | 94,5% | 82,9% | 77,4% | 88,5% | 71,2% | 64,5% | 77,8% | 66,7% | 59,7% | 73,6% | 80,0% | 74,1% | 85,9% |
| Consumo de suco natural | Não | 46,5% | 39,1% | 53,8% | 29,3% | 22,6% | 36,0% | 50,0% | 42,6% | 57,4% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 30,0% | 23,2% | 36,8% |
| Consumo de frutas | Não | 39,4% | 32,2% | 46,6% | 29,3% | 22,6% | 36,0% | 34,6% | 27,6% | 41,6% | 33,3% | 26,4% | 40,3% | 50,0% | 42,6% | 57,4% |
| Consome refrigerante | Sim | 39,4% | 32,2% | 46,6% | 36,6% | 29,5% | 43,7% | 48,1% | 40,7% | 55,4% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 60,0% | 52,8% | 67,2% |
| Toma leite | Integral | 95,8% | 92,8% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% | 100,0% |
| Consome doces | Sim | 33,8% | 26,8% | 40,8% | 26,8% | 20,3% | 33,4% | 40,4% | 33,2% | 47,6% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 40,0% | 32,8% | 47,2% |

Tabela 12. Significância dos fatores de risco em relação ao sexo, faixa etária, Escolaridade, Cor e Estado civil, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Fator de risco | Valor de p | | | | |
|---------------------------|------------|--------------|--------------|-------|--------------|
| | Sexo | Faixa etária | Escolaridade | Cor | Estado civil |
| Fuma (sim) | < 0,001 | 0,002 | 0,038 | 0,316 | 0,065 |
| Bebida (sim) | 0,080 | 0,334 | 0,080 | 0,597 | 0,018 |
| IMC (Obeso) | 0,001 | 0,087 | 0,929 | 0,067 | 0,105 |
| CC (muito aumentada) | < 0,001 | 0,225 | 0,949 | 0,092 | 0,494 |
| Inatividade física | 0,001 | 0,001 | 0,249 | 0,300 | 0,896 |
| Tem saleiro na mesa (sim) | 0,876 | < 0,001 | 0,001 | 0,979 | 0,056 |
| Dias come feijão (< 5x) | 0,001 | 0,463 | 0,876 | 0,087 | 0,002 |
| Come salada (< 5x) | 0,052 | 0,942 | 0,637 | 0,224 | 0,015 |
| Come verduras (< 5x) | < 0,001 | 0,046 | 0,202 | 0,175 | 0,804 |
| Carne com gordura visível | 0,008 | 0,732 | 0,290 | 0,915 | 0,683 |
| Frango com pele | 0,055 | 0,923 | 0,436 | 0,904 | 0,675 |
| Comer peixe (não) | < 0,001 | 0,309 | 0,259 | 0,259 | 0,808 |
| Suco natural (não) | 0,013 | 0,032 | 0,248 | 0,845 | 0,057 |
| Come frutas (< 5x) | 0,003 | 0,021 | 0,041 | 0,092 | 0,663 |
| Refrigerante (sim) | 0,002 | 0,021 | 0,312 | 0,044 | 0,652 |
| Tipo de leite (Integral) | 0,520 | 0,260 | 0,688 | 0,004 | 0,804 |
| Come doces (sim) | 0,005 | 0,132 | 0,541 | 0,226 | 0,871 |

A Significância dos fatores de risco em relação ao sexo, faixa etária, Escolaridade, Cor e Estado civil encontra-se descrita na Tabela 12. Observa-se que dos 17 fatores de risco avaliados houve diferença significativa ($p < 0,05$) entre os sexos em 12 delas. E nas variáveis fumar, obesidade, circunferência da cintura muito aumentada e inatividade física, a frequência é significativamente maior nas mulheres do que nos homens quilombolas. Por outro lado, nas variáveis hábitos alimentares (comer feijão, comer verduras, comer carne com gordura, não comer peixe, nem suco natural, tomar refrigerante e comer doces) os hábitos de risco são mais frequentes nos homens do que nas mulheres.

Em relação à faixa etária foi encontrado diferença significativa ($p < 0,05$) em fumar, não fazer atividade física, saleiro na mesa, não comer verduras, não beber suco e beber refrigerantes. Constatou-se que os indivíduos maiores de 59 anos fumam mais do que os mais jovens. E são os que não fazem atividades físicas (92,3%), enquanto os mais jovens (53,5%) fazem mais atividade física. Os mais velhos comem mais sal na alimentação (66,7%) do que os mais jovens (20,9%). Os mais velhos consomem menos verduras do que os mais jovens, por outro lado eles bebem mais suco natural e menos refrigerantes do que os mais jovens.

As outras variáveis independentes, escolaridade, cor da pele e estado civil foram significativas ($p < 0,05$) em poucos fatores de risco, respectivamente em três (fumar, saleiro e não comer frutas), dois (beber refrigerante e beber leite integral) e três (bebida alcoólica, comer feijão e salada).

6.3 Hipertensão Arterial

A população estudada apresentou uma prevalência de hipertensão arterial de 22,2% (IC95%: 16,1-28,3%), sua frequência aumentou com a idade, diminuiu com a escolaridade, foi maior entre os casados, lavradores e em cor não branca. Diferenças estatisticamente significantes para sexo, renda e religião não foram encontradas (Tabela 13).

Tabela 13. Teste da associação das variáveis sócioeconômicas e aos grupos controle e Hipertensão, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Sócioeconômicas | | HAS | | | | P |
|---------------------|-----------------------------|------|-------|----------|--------|---------|
| | | Caso | | Controle | | |
| | | n | % | N | % | |
| Sexo | Masculino | 15 | 19,2% | 63 | 80,8% | 0,404 |
| | Feminino | 24 | 24,5% | 74 | 75,5% | |
| Faixa etária | 18-29 | 1 | 2,3% | 42 | 97,7% | < 0,001 |
| | 30-39 | 2 | 5,4% | 35 | 94,6% | |
| | 40-49 | 3 | 10,3% | 26 | 89,7% | |
| | 50-59 | 6 | 21,4% | 22 | 78,6% | |
| | 60 ou mais | 27 | 69,2% | 12 | 30,8% | |
| Cor | Preta | 23 | 20,5% | 89 | 79,5% | 0,027 |
| | Branca | 6 | 54,5% | 5 | 45,5% | |
| | Parda | 10 | 18,9% | 43 | 81,1% | |
| Estado civil | Casado | 19 | 27,1% | 51 | 72,9% | 0,002 |
| | União Estável | 5 | 12,2% | 36 | 87,8% | |
| | Solteiro | 7 | 13,5% | 45 | 86,5% | |
| | Viúvo | 2 | 66,7% | 1 | 33,3% | |
| | Separado | 6 | 60,0% | 4 | 40,0% | |
| Escolaridade | Fundamental (1a a 5a série) | 20 | 31,7% | 43 | 68,3% | < 0,001 |
| | Fundamental (6a a 9a série) | 2 | 4,4% | 43 | 95,6% | |
| | Médio | 0 | 0,0% | 28 | 100,0% | |
| | Superior | 0 | 0,0% | 3 | 100,0% | |
| | Não estudei | 17 | 47,2% | 19 | 52,8% | |
| Ocupação | Lavrador | 21 | 16,9% | 103 | 83,1% | 0,001 |
| | Pescador | 1 | 25,0% | 3 | 75,0% | |
| | Funcionário público | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | |
| | Aposentado | 15 | 60,0% | 10 | 40,0% | |
| | Pedreiro | 0 | 0,0% | 8 | 100,0% | |
| | Não trabalho | 1 | 14,3% | 6 | 85,7% | |
| | Estudante | 1 | 25,0% | 3 | 75,0% | |
| | Doméstica | 0 | 0,0% | 2 | 100,0% | |

| | | | | | | |
|---------------------------|----------------|----|--------|-----|--------|-------|
| | Outros | 0 | 0,0% | 1 | 100,0% | |
| Renda mensal | Nenhuma | 9 | 13,6% | 57 | 86,4% | 0,085 |
| | Até 1 SM | 28 | 26,7% | 77 | 73,3% | |
| | De 1 a 3 SM | 2 | 40,0% | 3 | 60,0% | |
| | | | | | | |
| Religião | Católica | 23 | 21,5% | 84 | 78,5% | 0,621 |
| | Evangélica | 14 | 21,9% | 50 | 78,1% | |
| | Outro | 2 | 40,0% | 3 | 60,0% | |
| Tipo de casa | Madeira | 4 | 40,0% | 6 | 60,0% | 0,363 |
| | Tijolo | 34 | 21,3% | 126 | 78,8% | |
| | Taipa | 1 | 16,7% | 5 | 83,3% | |
| Tipo de piso | Cimento | 39 | 22,8% | 132 | 77,2% | 0,226 |
| | Chão Batido | 0 | 0,0% | 5 | 100,0% | |
| Teto | Telha de barro | 38 | 21,7% | 137 | 78,3% | 0,060 |
| | Brasilit | 1 | 100,0% | 0 | 0,0% | |
| Cômodos | < 4 | 4 | 57,1% | 3 | 42,9% | 0,067 |
| | 4-5 | 26 | 21,7% | 94 | 78,3% | |
| | > 5 | 9 | 18,4% | 40 | 81,6% | |
| Nº pessoas em casa | 1-3 | 14 | 22,6% | 48 | 77,4% | 0,969 |
| | 4-6 | 21 | 22,3% | 73 | 77,7% | |
| | > 6 | 4 | 20,0% | 16 | 80,0% | |

Tabela 14. Teste da associação das variáveis ambientais e aos grupos controle e Hipertenso, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Ambiente | | HAS | | | | p |
|-------------------------------------|-------------------------|------|-------|----------|--------|-------|
| | | Caso | | Controle | | |
| | | n | % | n | % | |
| Água de beber | Poço | 39 | 22,2% | 137 | 77,8% | --- |
| Tem tratamento | Sim | 11 | 22,0% | 39 | 78,0% | 0,974 |
| | Não | 28 | 22,2% | 98 | 77,8% | |
| De onde vem a Água doméstico | Rio ou igarapé | 0 | 0,0% | 2 | 100,0% | 0,164 |
| | Encanamento | 4 | 57,1% | 3 | 42,9% | |
| | Poço aberto | 22 | 20,0% | 88 | 80,0% | |
| | Outro | 0 | 0,0% | 2 | 100,0% | |
| | Poço fechado/bomba | 13 | 23,6% | 42 | 76,4% | |
| Destino do esgoto | Céu aberto | 37 | 22,4% | 128 | 77,6% | 0,750 |
| | Fossa | 2 | 22,2% | 7 | 77,8% | |
| | Outro | 0 | 0,0% | 2 | 100,0% | |
| Escoadouro | Céu aberto | 0 | 0,0% | 10 | 100,0% | 0,153 |
| | Fossa | 30 | 22,1% | 106 | 77,9% | |
| | Outro (patente) | 3 | 12,5% | 21 | 87,5% | |
| Destino do lixo | Queimado na propriedade | 31 | 20,3% | 122 | 79,7% | 0,118 |
| | Jogado no mato | 8 | 34,8% | 15 | 65,2% | |

Não foi encontrado associação significativa ($p > 0,05$) das variáveis ambientais com a classificação de ter ou não hipertensão arterial.

Tabela 15. Teste da associação das variáveis hábitos de vida e aos grupos controle e Hipertenso, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| | Hábitos de vida | HAS | | | | P |
|-----------------------------|--------------------------|------|--------|----------|-------|---------------|
| | | Caso | | Controle | | |
| | | n | % | n | % | |
| Fuma | Nunca fumou | 7 | 25,9% | 20 | 74,1% | 0,001 |
| | Fumante | 12 | 52,2% | 11 | 47,8% | |
| | Ex-fumante | 20 | 15,9% | 106 | 84,1% | |
| Bebida alcoólica | Sim | 5 | 13,5% | 32 | 86,5% | 0,154 |
| | Não | 34 | 24,5% | 105 | 75,5% | |
| IMC | Baixo peso | 2 | 100,0% | 0 | 0,0% | 0,007 |
| | Eutrófico | 13 | 15,5% | 71 | 84,5% | |
| | Sobrepeso | 15 | 23,1% | 50 | 76,9% | |
| | Obeso | 9 | 36,0% | 16 | 64,0% | |
| Atividade Física | Inatividade | 36 | 33,6% | 79 | 57,7 | 0,0002 |
| | Insuficiente <150min/sem | 1 | 0,9 | 30 | 21,9 | |
| | Suficiente ≥150min/sem | 2 | 1,8 | 28 | 20,4 | |
| CC | Adequado | 12 | 15,2% | 67 | 84,8% | 0,070 |
| | Aumentada | 7 | 21,2% | 26 | 78,8% | |
| | Muito aumentada | 20 | 31,3% | 44 | 68,8% | |

Foi encontrado associação significativa ($p < 0,05$) nas variáveis hábitos de vida com a classificação de ter ou não hipertensão arterial.

Tabela 16. Teste da associação dos hábitos alimentares e aos grupos controle e Hipertenso, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| Hábitos alimentares | | HAS | | | | p |
|--------------------------|---------------------------|------|-------|----------|--------|-------|
| | | Caso | | Controle | | |
| | | N | % | n | % | |
| Come salada | Não | 31 | 21,1% | 116 | 78,9% | 0,441 |
| | Sim | 8 | 27,6% | 21 | 72,4% | |
| Come verduras | Não | 29 | 25,2% | 86 | 74,8% | 0,180 |
| | Sim | 10 | 16,4% | 51 | 83,6% | |
| Come carne | Não | 19 | 28,4% | 48 | 71,6% | 0,121 |
| | Sim | 20 | 18,3% | 89 | 81,7% | |
| na carne costuma | Tira o excesso de gordura | 24 | 25,0% | 72 | 75,0% | 0,320 |
| | Come com a gordura | 15 | 18,8% | 65 | 81,3% | |
| Come frango | Não | 32 | 24,2% | 100 | 75,8% | 0,249 |
| | Sim | 7 | 15,9% | 37 | 84,1% | |
| Costuma no frango | Tira a pele | 35 | 22,3% | 122 | 77,7% | 0,902 |
| | Come com a pele | 4 | 21,1% | 15 | 78,9% | |
| Suco natural | Não | 29 | 21,8% | 104 | 78,2% | 0,842 |
| | Sim | 10 | 23,3% | 33 | 76,7% | |
| Come frutas | Não | 26 | 26,3% | 73 | 73,7% | 0,061 |
| | Sim | 10 | 14,3% | 60 | 85,7% | |
| Refrigerante | Não | 34 | 26,4% | 95 | 73,6% | 0,060 |
| | Sim | 5 | 12,2% | 36 | 87,8% | |
| Toma leite | Não | 10 | 16,9% | 49 | 83,1% | 0,411 |
| | Sim | 14 | 23,0% | 47 | 77,0% | |
| Tipo de leite | Integral | 39 | 22,4% | 135 | 77,6% | 0,922 |
| | Desnatado | 0 | 0,0% | 2 | 100,0% | |
| Come doces | Não | 31 | 23,3% | 102 | 76,7% | 0,518 |
| | Sim | 8 | 18,6% | 35 | 81,4% | |

Não foi encontrado associação significativa ($p > 0,05$) entre os hábitos alimentares e os grupos de ter ou não hipertensão arterial.

Tabela 17. Teste T de student das variáveis numéricas em relação aos grupos controle e Hipertenso, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

| | | HAS | | | p |
|-------------------------------------|-----|-----|-------|-------|--------------|
| | | N | Média | DP | |
| Idade | Sim | 39 | 61,62 | 13,79 | 0,000 |
| | Não | 137 | 39,15 | 15,31 | |
| N° Filhos | Sim | 39 | 4,87 | 3,04 | 0,000 |
| | Não | 137 | 2,38 | 2,02 | |
| N° pessoas em casa | Sim | 39 | 3,97 | 2,02 | 0,444 |
| | Não | 137 | 4,26 | 2,02 | |
| Dias comer peixe | Sim | 39 | 2,67 | 1,98 | 0,060 |
| | Não | 137 | 2,01 | 1,87 | |
| Idade de início beber álcool | Sim | 4 | 18,50 | 3,70 | 0,988 |
| | Não | 35 | 18,54 | 5,35 | |
| Idade de início Fumo | Sim | 7 | 18,43 | 3,99 | 0,609 |
| | Não | 22 | 16,91 | 7,37 | |
| Frequência de fumo em casa | Sim | 39 | 3,69 | 1,88 | 0,584 |
| | Não | 135 | 3,87 | 1,81 | |
| CC | Sim | 39 | 94,08 | 9,75 | 0,012 |
| | Não | 137 | 89,29 | 10,57 | |
| IMC | Sim | 39 | 27,64 | 4,06 | 0,006 |
| | Não | 137 | 25,75 | 3,66 | |

Foi encontrado diferença significativa ($p < 0,05$) das médias das variáveis numéricas idade, n° de filhos, circunferência da cintura e IMC dos grupos controle e hipertenso.

Tabela 18. Regressão logística univariada (não ajustada) e multivariada (ajustada) em

| Variável independente | Univariada - não ajustada | | | Multivariada - ajustada | | |
|---------------------------------------|---------------------------|------|--------------|-------------------------|------|--------------|
| | p | OR | IC95% do OR | p | OR | IC95% do OR |
| Sexo (masculino) | 0,498 | 0,57 | 0,11 - 2,92 | | | |
| Idade (≥ 60) | 0,092 | 2,57 | 0,86 - 7,73 | 0,030 | 2,96 | 1,11 - 7,90 |
| Cor (Preta, Parda) | 0,551 | 1,37 | 0,49 - 3,88 | | | |
| Estado civil (Não casado) | 0,067 | 0,37 | 0,13 - 1,07 | 0,060 | 0,38 | 0,14 - 1,04 |
| Escolaridade (Analfabeto/Fundamental) | 0,989 | 0,99 | 0,42 - 2,33 | | | |
| Renda (até 1 SM) | 0,457 | 0,66 | 0,22 - 1,96 | | | |
| IMC (obeso) | 0,049 | 5,44 | 1,01 - 29,40 | 0,001 | 9,23 | 2,47 - 34,54 |
| CC (muito aumentada) | 0,036 | 3,10 | 1,08 - 8,91 | 0,010 | 3,23 | 1,33 - 7,85 |
| Bebe álcool (sim) | 0,913 | 1,06 | 0,36 - 3,18 | | | |
| Atividade Física (não) | 0,045 | 4,52 | 1,04 - 19,7 | 0,043 | 3,38 | 1,04 - 10,87 |
| Fuma (sim) | 0,090 | 2,71 | 0,85 - 8,33 | 0,111 | 2,35 | 0,82 - 6,67 |
| Usa sal (sim) | 0,493 | 1,41 | 0,53 - 3,79 | | | |
| Verduras (não) | 0,097 | 2,33 | 0,86 - 6,34 | 0,041 | 2,67 | 1,04 - 6,87 |
| Carne (com gordura) | 0,107 | 0,44 | 0,16 - 1,19 | 0,119 | 0,47 | 0,18 - 1,21 |
| Frango (com pele) | 0,709 | 1,30 | 0,32 - 5,25 | | | |
| Peixe (não) | 0,024 | 5,68 | 1,25 - 25,0 | 0,023 | 5,15 | 1,27 - 20,0 |
| Suco natural (não) | 0,886 | 1,10 | 0,30 - 3,99 | | | |
| Frutas (não) | 0,533 | 1,45 | 0,45 - 4,68 | | | |
| Refrigerante (sim) | 0,225 | 0,54 | 0,20 - 1,46 | | | |
| Leite (Integral) | 0,194 | 2,03 | 0,70 - 5,88 | 0,138 | 2,05 | 0,79 - 5,26 |
| Doces (sim) | 0,891 | 1,07 | 0,41 - 2,78 | | | |

relação a ter ou não ter HAS, Santana do Pretos, Pinheiro - MA, 2019.

Na análise inicial da regressão logística univariada foram selecionadas as seguintes variáveis: idade, estado civil, IMC, circunferência da cintura, inatividade física, fumar, consumo irregular de verduras, consumo de carne com gordura, o não consumo de peixe e beber leite integral, pois tiveram $p < 0,20$. Estas variáveis foram avaliadas posteriormente na análise de regressão logística multivariada. Verifica-se que os principais fatores de risco foram: ser obeso (OR=9,23 $p = 0,001$), não consumir peixe (OR=5,15 $p = 0,023$), inatividade física (OR=3,38 $p = 0,043$), circunferência da cintura aumentada (OR = 3,23 $p = 0,010$), seguidos por ter idade maior do que 60 anos (OR=2,96 $p = 0,03$) e consumo irregular de verduras (OR=2,67 $p = 0,041$).

7. DISCUSSÃO

A distribuição das doenças e agravos em saúde dá-se de forma desigual nas diferentes etnias no Brasil. Estudos que abordam a repercussão das desigualdades raciais no processo saúde-doença são ainda escassos, no entanto, evidências apontam que o quadro atual de desigualdades quanto a cor da pele, pode ser resultado das iniquidades existentes no país (CHOR et al., 2013).

O presente estudo permitiu identificar aspectos econômicos, sociodemográficos, hábitos de vida, fatores de risco e sua associação com a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em quilombolas residentes na Comunidade de Santana dos Pretos, Pinheiro, Maranhão.

Os principais achados deste estudo podem ser resumidos como segue:

1) Estimou-se a prevalência da hipertensão arterial sistêmica em 22,2% (IC95%: 16,1-128,3%), sendo sua frequência maior no sexo feminino, entre os casados, idosos, lavradores, nos que se declararam cor da pele preta e nos entrevistados com menor escolaridade;

2) Observou-se diferenças significativas na prevalência de fatores de risco para a Hipertensão Arterial Sistêmica. De modo geral, comportamentos mais saudáveis foram observados no sexo feminino, em indivíduos com maior escolaridade e que se autodeclararam brancos;

4) Os resultados indicaram associação significativa da HAS com às variáveis faixa etária, cor da pele, estado civil, escolaridade, ocupação e aos fatores hábitos de vida fumar, IMC e atividade física;

5) Identificou-se como fatores de risco: idade (igual ou maior a 60 anos; $p < 0,030$), IMC obesidade ($p < 0,001$), Circunferência de cintura muito aumentada (0,010), Inatividade física ($p < 0,043$), e consumo irregular de verduras ($p < 0,041$).

Corroborando com a literatura, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (2014), demonstraram uma prevalência de pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg de 22,3% na população adulta, enquanto o Vigitel (2017) constatou uma prevalência de 24,3% de hipertensão nas capitais federativas, achados semelhantes ao encontrado na presente pesquisa. No entanto, ressalta-se que em ambos os estudos, a população estudada foi predominantemente urbana, sendo que na primeira pesquisa o diagnóstico da HAS foi por aferição (utilizando aparelhos semi-automáticos digitais, calibrados, realizadas três medidas de pressão arterial,

com intervalos de dois minutos) e no segundo estudo, o diagnóstico foi autoreferido (diagnóstico médico de HAS). Destaca-se que em nossa pesquisa, a população estudada foi genuinamente rural, o que pode ter interferido nos achados, como veremos a diante.

Por outro lado, a prevalência da HAS deste presente estudo encontra-se inferior a registrada por Bezerra et al (2013), quando observou a prevalência de HAS em 45,4% (IC95%: 41,9-48,8%) nos quilombolas entrevistados, considerando hipertensos aqueles com pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg e/ou relataram uso de medicamentos anti-hipertensivos. Na presente pesquisa, não se considerou hipertensos os que referiram fazer uso de anti-hipertensivos, o que poderia elevar a prevalência encontrada. No entanto, de modo geral, é válido refletir sobre essa elevada prevalência de hipertensão arterial em comunidade quilombolas.

Os estudos de Oliveira e Caldeira (2016) identificaram uma alta prevalência (30,9%) da HAS dentre as doenças crônicas não transmissíveis autoreferidas pelos quilombolas pesquisados.

Quanto a variável idade, esta apresentou associação significativa com a HAS, mesmo após ajuste no modelo multivariado, como em outras pesquisas realizadas (SATO et al, 2017; BEZERRA et al., 2013; OLIVEIRA e CALDEIRA, 2016). O envelhecimento é frequentemente relacionado a doenças crônicas não transmissíveis, devido ao aumento da expectativa de vida da população brasileira e o aumento da população idosa (IBGE, 2010).

Nesse sentido, os estudos de Picon et al (2013) identificaram uma prevalência de 68% de HAS em idosos, ao realizarem uma metanálise com revisão sistemática da literatura, envolvendo cerca de 14 mil idosos.

Corroborando, Das et al (2013) em inquérito com americanos de 57 a 85 anos para analisar a influência da etnia em distúrbios metabólicos, constatou que a prevalência de doenças cardiovasculares é maior para as pessoas negras e com idade mais avançada.

Todavia, observou-se que grande parte dos entrevistados jovens na presente pesquisa, apresentaram valores de pressão arterial para a pré-hipertensão (PA sistólica (PAS) entre 121 e 139 e/ou PA diastólica (PAD) entre 81 e 89 mmHg) (MALACHIAS et al., 2016).

Arima et al (2012), ao investigarem por meio de estudo de coorte os efeitos do subtipo pré-hipertensão e hipertensão na doença cardiovascular na região Ásia-Pacífico, identificaram que a pré-hipertensão arterial associa-se a maior risco de desenvolvimento de HAS e anormalidades cardíacas.

Nos Estudos de Egan e Stevens (2015) de base populacional, a prevalência mundial de pré-hipertensão variou de 21% a 37,7%. Assim, compreende-se a necessidade de se investigar com mais afinco essa problemática nas comunidades quilombolas.

Quanto ao gênero, a prevalência de HAS autoreferida por entrevistados na Pesquisa Nacional de Saúde (2014) demonstrou ser maior entre as Mulheres (24,2%), assim como no Vigitel (26,4%), por outro lado, em nossa pesquisa, não houve associação positiva entre HAS e sexo, apesar de a frequência desta ter sido maior no sexo feminino. Este achado pode estar relacionado ao fato de as mulheres normalmente utilizarem mais os serviços de saúde e por isso terem mais acesso ao diagnóstico de patologias ou condições de saúde.

Além disso, nas pesquisas envolvendo mulheres negras da África do Sul, os níveis de marcadores inflamatórios, resistência vascular periférica e pressão arterial demonstraram-se mais elevados do que em mulheres de descendência europeia, apesar de o IMC não ter revelado diferença significativa na análise estatística. A sensibilidade ao sódio (mais frequente em negros), pode ser um dos diferentes fatores associado a esse desfecho (ADEBOYE et al., 2012).

Em relação à variável cor da pele, pesquisas nacionais como o estudo de coorte multicêntrico ELSA-Brasil (Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto) investigou 15.103 servidores civis entre 35 a 74 anos de seis capitais brasileiras e demonstrou a prevalência de HAS: 30,3% em brancos, 38,2% em pardos e 49,3% em negros (CHOR et al., 2015). A Pesquisa Nacional de Saúde (2014) também identificou que há uma maior prevalência da HAS autoreferida em pessoas de cor preta (24,2%) comparada a adultos pardos (20,0%).

Estudos envolvendo genética e os efeitos multilocus nas características da pressão arterial ainda são pouco explorados, no entanto, kimura et al (2012) testaram a presença de efeitos multilocus entre sete polimorfismos (seis genes) sobre características relacionadas à pressão arterial em 12 comunidades quilombolas da cidade de São Paulo, e não notaram um padrão genético para a elevação dos níveis pressóricos, devido provavelmente à miscigenação e reforçaram que estudos maiores são necessários para validar os achados (KIMURA et al., 2013).

No entanto, Rodriguez e Ferdinand (2015), alertam que nos Estados Unidos a proporção de HAS e doenças cardiovasculares apresenta um padrão diferente nos grupos étnico/raciais e que existe a associação entre determinantes sociais da saúde e hipertensão em afro-americanos (RODRIGUEZ & FERDINAND, 2015).

Não obstante, Thorpe et al (2014) apontam em seus estudos que entre os grupos afroamericanos e brancos não há diferença significativa quanto a etnia e HAS, quando esses vivem em condições sociais semelhantes. Isto é, o acesso a cuidados de saúde similares, afastou as diferenças étnicas no tratamento e no controle da HAS.

Nesta pesquisa, a escolaridade demonstrou interferir nos percentuais da HAS do grupo caso, pois quanto menor o grau de instrução, maior foi a frequência da HAS na população estudada, dado semelhante aos resultados do Vigitel (2017).

Malta et al (2014), adverte para o fato de que as pessoas com maior escolaridade buscarem mais recursos de promoção à saúde, como bons hábitos alimentares e atividade física, dessa forma prevenindo agravos crônicos não transmissíveis. Enquanto Bezerra et al (2013) observaram, nas comunidades quilombolas estudadas, condições de vulnerabilidades como baixos níveis de escolaridade e baixa renda.

Corroborando, Sato et al (2017) afirmam que a escolaridade foi um fator que interferiu na prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em seus estudos, demonstrando-se maior nos entrevistados que referiram menos anos de estudos.

Chor et al (2015) alertam para a discussão de que o pior controle terapêutico e maior prevalência da HAS concentra-se no segmento da população com condições socioeconômicas em desvantagem.

Analisar as diferenças na prevalência da HAS quanto a renda, educação, cor da pele e sexo, podem revelar o impacto da desvantagem social gigantesca na saúde de segmentos populacionais, moldando "as causas das causas" das doenças, pois acabam causando uma distribuição desigual dos fatores de risco de doenças/condições (ADLER, BUSH, PANTELL, 2012). Assim, torna-se relevante pesquisas que levantem discussão sobre a interferência dessas variáveis na determinação da saúde quilombola.

Resgatando os resultados desta pesquisa, o cenário econômico e sociodemográfico demonstrou uma maior frequência do sexo feminino (55,9%), cor preta (63,8%), lavradores (70,6%) com escolaridade de até 4 anos (36,2%), pessoas casadas (40,1%) e com rendimentos mensais de até um salário mínimo (97,2%); revelou-nos a carência no fornecimento de água tratada, no acesso à rede de esgoto, no serviço de coleta de resíduos sólidos domiciliares, baixa escolaridade, indivíduos em níveis econômicos mais baixos, desemprego e baixo consumo de alimentos como frutas, verduras e hortaliças

Corroborando com a literatura, Oliveira e Caldeira (2016) em um estudo recente realizado no Brasil com 756 quilombolas mineiros, verificaram também o predomínio do gênero feminino (64,2%) cor preta (84,3%) com escolaridade de até 4 anos

(44,4%) casados (65,7%) e com rendimentos mensais de até um salário mínimo (65,5%). Ressalta-se, no entanto, que, no estudo citado foram investigados quilombolas residentes em zona rural e urbana, o que pode ter contribuído num maior valor de rendimento por indivíduo.

Em um estudo envolvendo HAS e quilombolas de Vitória da Conquista-Bahia, também demonstrou na população estudada uma predominância do sexo feminino, pessoas casadas, da cor não branca, lavradores e com idade média de 44,17 anos (IC: 41,9-48,8) (BEZERRA et al., 2013), resultados semelhantes aos da nossa pesquisa.

Sobre a prática do tratamento de água para consumo verificou-se que 71,8% quilombolas declararam não utilizar nenhum método de purificação da água. Esse também é um dado importante pois reflete a susceptibilidade dessas pessoas a muitas doenças parasitárias ou infecciosas, que podem ser transmitidas através da má qualidade da água consumida (PINHO et al., 2015).

A população quilombola é apontada como vivendo abaixo da linha da pobreza e suas moradias geralmente estão situadas em zonas rurais, com precário acesso aos serviços básicos como água tratada e rede de esgoto (CPISP, 2012).

Assim, as comunidades quilombolas vivenciam desigualdades, muitas delas oriundas do processo histórico de desapropriação de sua cultura, de seus direitos e do racismo imperante, submetendo-as a condições de vulnerabilidade, repercutindo negativamente no modo de viver e adoecer, como também nos indicadores de saúde e no desencadeamento de doenças, tais como a HAS (SILVA et al, 2016).

A proporção da HAS nas diferentes populações, assim como outras doenças cardiovasculares, está provavelmente relacionada com os determinantes sociais da saúde, as circunstâncias em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, bem como os sistemas criados para lidar com doenças (FERDINAND e NASSER, 2015).

Os dados desta pesquisa referentes aos hábitos de vida foram confrontados com os achados de outros estudos. Na presente pesquisa, a frequência de consumo alimentar considerados saudáveis - salada (7,9%), verduras (20,3%), frutas (19,8%), feijão (6,2%) e suco natural (8,5%) - entre os quilombolas foi baixa ou menor que a recomendada pela Organização Mundial de Saúde (de 5 ou mais vezes na semana) (OMS, 2003), apresentando maior proporção as frequências de uma a quatro vezes e nunca/quase nunca de consumo desses alimentos.

Nos estudos de Bezerra et al (2013) envolvendo 797 quilombolas com igual ou maior a 18 anos realizado na cidade de Vitória da Conquista-BH, também encontram

frequências inferiores, uma pequena parcela (15%) consumia regularmente frutas e verduras.

Por outro lado, os dados obtidos pelo Vigitel (2017) demonstraram que 26,2% dos entrevistados de São Luís-MA referiram consumir frutas e verduras em mais do que cinco dias na semana (BRASIL, 2017), sendo essa frequência maior que àquela encontrada entre os quilombolas pesquisados. Ressalta-se que o Vigitel consiste em uma pesquisa realizada em todas as capitais do país, portanto, investigou pessoas em área urbana, onde o acesso aos locais para adquirir esses alimentos é facilitado.

Oliveira e Caldeira (2016) advertem sobre a importância de se discutir com mais afinco acerca do padrão alimentar inadequado dos quilombolas, pois observa-se o baixo consumo de verduras, frutas e hortaliças e o aumento crescente no consumo de refrigerantes. Essa inversão do padrão de consumo alimentar, pode ser o reflexo da não garantia das formas de produção agrícolas a essas comunidades; elas detêm a terra e a mão de obra, no entanto, não possuem os meios para essa prática.

Nesse sentido, Cordeiro et al (2014) pontuam que a prática de produção de alimentos por economia de subsistência vem sendo substituído pelo consumo direto e fácil aos alimentos industrializados, podendo estar relacionado a conexão dessas comunidades às grandes cidades, repercutindo na elevada prevalência de obesidade nas comunidades quilombolas.

Assim, as comunidades quilombolas tem apresentado mudanças no padrão alimentar e no modo de produzir sua economia de subsistência, como por exemplo, a redução das atividades agrícolas e modificação nutricional que podem estar associadas a elevação dos casos de efeitos indesejáveis à saúde, como a hipertensão arterial sistêmica e o excesso de peso (FERREIRA et al, 2011).

Destaca-se que apesar de o padrão alimentar dos entrevistados ter demonstrado um baixo consumo regular de frutas, verduras e hortaliças, somente após ajuste no modelo multivariado o consumo de verdura apresentou associação significativa ($p > 0,05\%$) nos grupos ter ou não ter hipertensão arterial em relação a essa variável. Depreendemos que as respostas podem ter sofrido influência das orientações recebidas em grupos de educação em saúde realizadas pela ESF local voltados para esse público, somada ao fato de se tratar de um hábito socialmente não aceitável.

A prática da atividade física foi investigada no presente estudo por meio da dimensão lazer ou “tempo livre”, moderada a vigorosa, realizadas durante a semana. Grande parte dos entrevistados (65,5%) referiram não realizar algum tipo de atividade

física (inatividade física) em tempo livre, e dentre os que realizam, a modalidade futebol foi a mais frequente. Os entrevistados que afirmaram realizar prática de atividade física suficiente (igual ou maior a 150min/semana) correspondeu a 16,9%.

Observou-se que a maior prevalência de HAS no grupo caso ocorreu nos entrevistados que se referiram inativos, ou seja, não realizaram qualquer atividade física no lazer nos últimos três meses, permanecendo significativa a associação entre inatividade física e HAS mesmo após o ajuste multivariado.

A inatividade física também revelou-se mais prevalente (75,7%) entre os que relataram não ter estudo, apesar de não apresentar diferença significativa na associação aos fatores de risco.

Corroborando, Scala et al (2015) identificaram uma prevalência de sedentarismo (lazer e trabalho) em 75,8% em um estudo de base populacional, e observou a associação significativa entre HAS e sedentarismo, sobrepeso e adiposidade central.

Por outro lado, na presente pesquisa o percentual do nível insuficiente de atividade física na população demonstrou-se ser inferior (17,5%) ao um estudo transversal (26,7%) de base populacional envolvendo 648 indivíduos com mais de 18 anos de idade (OLIVEIRA-CAMPOS, 2013). Vale pontuar que a inatividade física (65,5%), no entanto, demonstrou-se elevada em nossa pesquisa.

Dados do Vigitel (2017) apontam que nas capitais federativas, a frequência de adultos inativos corresponde a cerca de 13,9%, inferior ao identificado na presente pesquisa. Ressaltando-se que o Inquérito foi realizado em zonas urbanas-metropolitanas, nas quais há maior disponibilização de lugares para a realização de atividades físicas como por exemplo a Academia da Saúde.

Nos estudos de Bicalho et al (2010) que incluiu 567 adultos de duas comunidades rurais do Vale do Jequitinhonha-MG, a prevalência de inatividade física foi de 13,5%, inferior à encontrada no presente estudo. Já em outro estudo, a inatividade física em quilombolas foi identificada em 26,3% (BEZERRA et al., 2013). Vale ressaltar que em ambos os trabalhos citados, investigou-se a prática ou não da atividade física nos domínios lazer, deslocamento, trabalho e doméstica, enquanto nesta pesquisa, investigou-se o domínio lazer ou “tempo livre”, visto a dificuldade dos entrevistados em referir fidedignamente o tempo gasto para a realização de atividades nas outras dimensões.

Muniz et al (2012) numa pesquisa desenvolvida no sul do país, envolvendo 2.732 pessoas com igual ou maior a 20 anos, 75,6% dos entrevistados referiram inatividade física no lazer, frequência maior que a encontrada no presente estudo.

O Ministério da Saúde adverte que os indivíduos que não praticam atividade física têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS, mas que os bons hábitos de vida podem inverter esse cenário (BRASIL, 2013 – CAB 37).

Além disso, a prática do exercício físico regular é uma recomendação para prevenir fatores de risco cardiovascular modificáveis, que potencialmente levam a HAS (CORDERO et al., 2014).

Quanto ao estado nutricional, 51,4% dos entrevistados apresentaram excesso de peso (37,3% para o sobrepeso e 14,1% para a obesidade), semelhantemente aos achados de Bezerra et al (2017).

Em concordância com outros estudos, na presente pesquisa, observou-se maior prevalência (38,4%) de hipertensão arterial nos que apresentaram sobrepeso e o IMC apresentou associou-se significadamente a HAS mesmo após ajuste no modelo multivariado.

O IMC para obesidade (21,2%) e a inatividade física (76,8%) foram mais prevalente entre as mulheres ($p < 0,001$) do que entre os homens entrevistados na presente pesquisa, por outro lado, observou-se uma maior prevalência (57,7%) no consumo de carne com gordura entre os homens ($p < 0,008$), resultados que se assemelha aos achados de Muniz et al (2012) envolvendo 2.732 adultos da zona urbana, do sul do país, num estudo transversal de base populacional. No entanto, o IMC demonstrou ser um bom preditor de HAS para homens e mulheres, em um estudo transversal realizado na Índia, envolvendo 801 pessoas com igual ou maior a 20 anos (MIDHA et al., 2014).

Curiosamente, estudos têm demonstrado uma menor frequência de fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis em mulheres (OLIVEIRA e CALDEIRA, 2016; MALTA et al., 2015; YOKOTA et al., 2012; SOARES e BARRETO, 2014).

Todavia, frequência de adultos obesos variou entre 15,0% a 23,8% nas capitais federativas, sem diferenças entre os sexos (VIGITEL, 2017). Por outro lado, Soares e Barreto (2014) identificaram em seus estudos, maior prevalência de sobrepeso e obesidade corporal entre as mulheres do que em homens quilombolas. Uma possível explicação seria o fato de que as mulheres normalmente ocupar-se mais com os afazeres domésticos e os homens trabalham mais na agricultura de subsistência, desenvolvendo atividades físicas mais intensas, com pouco ou nenhum insumo tecnológico, o que resulta em maior dispêndio de energia (VOLOCHKO e BATISTA, 2009).

A carência de locais destinados para a realização da atividade física como por exemplo, praça - referida por 100% dos quilombolas pesquisados- aliada à possível resistência a mudança de comportamento e hábitos de vida, podem ter resultado na alta prevalência de inatividade física entre os entrevistados. No entanto, reconhecemos que a avaliação da atividade física apenas na dimensão lazer podem ter influenciado nessa elevação da ocorrência dessa variável.

Além disso a Organização Mundial da Saúde (2012), afirma que o excesso de peso pode levar a efeitos metabólicos adversos sobre a pressão arterial.

Carlucci e autores (2013) advertem que o sedentarismo e o consumo de alimentos inapropriados cada vez mais frequentes, são os grandes responsáveis pelo aumento na frequência da obesidade e sobrepeso, podendo influenciar negativamente no desenvolvimento de várias doenças cardiovasculares, como a HAS.

Estudos transversais realizados nos Estados Unidos da América, constataram que a obesidade é mais prevalente entre os grupos minoritários, havendo grande disparidades entre eles (ZHANG e RODRIGUEZ, 2012; JACKSON et al., 2013).

Zhang e Rodriguez (2012), constataram que as chances de hispânico e negros desenvolverem obesidade são maiores quando comparados a população branca. As chances de desenvolver doenças relacionadas como HAS, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral, hipercolesterolemia e diabetes também foram maiores nesses grupos em relação à população branca.

Soares e Barreto (2014) em pesquisa realizada no município de Vitória da Conquista-BA envolvendo 2.935 quilombolas buscou caracterizar o estado nutricional destes e constatou associação entre hipertensão arterial obesidade abdominal (p: 0,001) e sobrepeso (p: 0,003).

Valkengoed et al (2012) também reconhecem a associação da HAS e obesidade, em seus estudos realizados com homens e mulheres com 35 e 60 anos, em Amsterdã e Bezerra et al (2013) identificaram o excesso de peso como um dos principais fatores de risco para a HAS em quilombolas.

A circunferência de cintura abdominal dos entrevistados foi verificada na presente pesquisa e demonstrou-se alterada, correspondendo a 18,6% (cintura aumentada) (frequência aproximada dos estudos de Bezerra et al (2013) e 36,7% (cintura muito aumentada).

Warren et al (2012) relatam que a associação da circunferência de cintura - maior que 88cm - com hipertensão arterial em mulheres afro-americana demonstrou estar

associada ao risco de 5 vezes maior de HAS.

Na presente pesquisa, a circunferência de cintura abdominal se associou significadamente ($p>0,05$) a HAS apenas após ajuste no modelo multivariado, mas vale pontuar que houve uma maior prevalência de hipertensão arterial no grupo caso, naqueles que apresentaram cintura abdominal muito aumentada (51,2%).

Quanto ao uso do tabaco, os achados de nossa pesquisa demonstrou uma frequência de 15,3%, resultado que se assemelha às pesquisas realizadas em populações de diferentes faixas etárias, nas quais as taxas variaram de 14% a 21,8% (AL-NSOUR et al., 2012; MALTA et al., 2010; BORTOLUZZI et al., 2011; MUNIZ et al., 2012; BERTO; CARVALHAES; MOURA, 2010). Dados do Vigitel (2017) mostram que o percentual de adultos tabagista alcançou 10,1% nas capitais federativas.

Quanto ao tabagismo progressivo, 42,4% dos quilombolas entrevistados referiram ter sido tabagista no passado, o oposto identificado (22,1%) nos estudos de Oliveira e Caldeira (2016) e Bezerra et al (26,3%) (2013).

Mais de 29% dos entrevistados referiram exposição passiva a fumaça do cigarro no domicílio, valor inferior à frequência identificada pelo Vigitel (2017) na cidade de São Luís-MA (6%).

Constatou-se associação significativa entre o hábito de vida fumar e escolaridade ($p<0,038$), na qual a prevalência demonstrou ser maior nos entrevistados que declararam não ter estudado (24,3%).

Assim a adesão de um estilo de vida saudável pode estar relacionado com a escolaridade. Muniz et al (2012) identificaram níveis elevados de fatores de risco para a doença cardiovascular entre aqueles com menos anos de estudo.

O estado civil, por sua vez, mostrou-se associado ao consumo de álcool ($p<0,018$) nos últimos 30 dias. O viúvos apresentaram maior prevalência no hábito de fumar e de consumo de risco do álcool.

Um estudo norte-americano concluiu que a presença de discriminação racial/étnica no ambiente laboral foi associada significadamente ao hábito de beber e fumar (CHAVEZ, et al., 2015).

Na presente pesquisa, o hábito de fumar associou-se positivamente à HAS, no entanto após ajuste no modelo multivariado, essa variável deixou de ser significativa, semelhante aos estudos de Bezerra et al (2013), fato este que ocorreria em outros estudos transversais, levando a resultados contestáveis. No entanto, os entrevistados hipertensos classificados como ex-fumantes apresentaram maior prevalência de hipertensão arterial em

relação ao grupo caso, semelhante a estudo envolvendo quilombolas (BEZERRA et al., 2013).

Oliveira e Caldeira (2016) pontuam que o uso regular do tabaco constitui-se como um dos principais fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis. Por outro lado, nos estudos de Sato et al (2017), não demonstrou associação significativa entre essa variável e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis. Vale dizer que na população estudada, identificou-se elevado percentuais de ex-fumantes e fumantes passivos, o que demonstra a importância de se trabalhar essa temática no cenário das comunidades quilombolas, para a prevenção de futuros agravos à saúde.

Oliveira e Caldeira (2016) ao avaliar a distribuição dos fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis segundo o gênero em quilombolas, também identificaram maior prevalência do consumo abusivo de álcool, refrigerante e sal de mesa entre os homens. No entanto, o hábito de fumar apresentou-se mais prevalente (15,2%) entre as mulheres ($p < 0,001$) do que em homens (10,3%) no presente estudo, o que difere da pesquisa citada. Já o consumo irregular de frutas foi mais prevalente entre as mulheres ($p < 0,003$) do que em homens, nos dois estudos.

Quanto a relação à variável idade, constatou-se maior prevalência (30,8%) do hábito de fumar ($p < 0,002$) entre os entrevistados com igual ou maior 60 anos, sendo estes o que menos (92,3%) fazem atividade física ($p < 0,001$) e que consomem menos refrigerantes ($p < 0,021$).

Sato et al (2017) adverte que a alta prevalência de fatores de risco para as doenças crônicas não transmissíveis em idosos pode estar relacionada a redução da mortalidade por outras causas na população em geral e o conseqüente ao aumento da expectativa de vida.

Assim, as doenças crônicas não transmissíveis como por exemplo a HAS, são associadas à hábitos de vida não saudáveis tais como o tabagismo e o consumo abusivo do álcool (COSTA e THULER, 2012).

Com relação ao consumo de bebida alcoólica, 20,9% dos entrevistados relataram fazer o uso abusivo o que se assemelha com os achados (20%) do Vigitel (2017), no entanto, Bezerra et al (2013) em seu estudo identificaram que 13,1% referiram consumo de risco para essa variável da pesquisa. Ressalta-se que estes buscaram conhecer o consumo de risco no qual consideraram consumo médio acima 30g/dia para homens (mais de 2 doses bebidas) e acima de 15g/dia (mais de uma dose para mulheres), enquanto que na presente pesquisa abordamos e consideramos o consumo abusivo considerando os

últimos 30 dias (5 ou mais doses para homens e 4 ou mais doses para mulheres em uma única ocasião (BRASIL, 2017).

Neste estudo, a prevalência da hipertensão arterial foi maior entre os que declararam não consumir bebida alcoólica abusivamente (grupo caso), resultado diferente do que se esperava, mas semelhantes aos resultados de outras pesquisas (BEZERRA et al., 2013; SATO et al., 2017).

No entanto, o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas pode aumentar a pressão arterial de forma consistente (ANDRADE et al., 2015). Sato et al (2017) advertem que os entrevistados podem ser levados a declarar respostas que sejam socialmente aceitáveis, devendo, pois se considerar a confiabilidade das afirmações autoreferidas e informações distorcidas.

Resultados do Vigitel (2017) apontam a frequência de consumo abusivo de bebidas alcoólicas (ingestão de quatro ou mais doses para mulheres, ou cinco ou mais doses para homens, em uma mesma ocasião dentro dos últimos 30 dias) variando entre 13,7% e 25,7%, sendo maior para os homens (27,1%), diminuiu com a idade e aumentou com a escolaridade, achados semelhantes a nossa pesquisa (20,9%) quando usou metodologia semelhante para a avaliação do consumo de bebidas alcoólicas.

É necessário investigar se os usuários com diagnóstico de HAS consomem álcool em dose abusiva e sempre desencorajá-los para esse hábito, alertando-os para a importância da alimentação saudável e dos bons hábitos de vida (SOUZA e PÓVOA, 2014).

Quanto às limitações identificadas no presente estudo, cita-se o seu delineamento transversal, na qual permite que a coleta dos dados ocorra como um recorte único no tempo, o que dificulta uma análise temporal entre as variáveis e as proporções encontradas, bem como afirmar a causalidades dos eventos.

Outra limitação encontra-se nos escassos estudos que abordam população quilombola e HAS, o que de certa forma limita a discussão e comparações acerca dos fatores de risco para a hipertensão arterial nesse segmento populacional.

Por fim, é prudente reconhecer que os resultados encontrados não podem ser generalizados, pois os indivíduos pesquisados não representam todos os quilombolas do estado do Maranhão. Todavia, ressalta-se que este estudo é um dos poucos já realizados em comunidades quilombolas no Estado do Maranhão, revelando a necessidade de mais pesquisas que abordem o impacto e a vulnerabilidade dessa população às doenças crônicas não transmissíveis, como a HAS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O assunto “saúde dos quilombolas” é ainda pouco discutido. Os escassos estudos epidemiológicos que investigaram os fatores de risco para a HAS em comunidades quilombolas revelaram um cenário de iniquidades socioeconômicas e hábitos comportamentais não saudáveis.

Este estudo alcançou seu objetivo de investigar os fatores de riscos para a HAS aos quais estão expostos os remanescentes quilombolas, o que poderá subsidiar a discussão e o planejamento de medidas de promoção, prevenção e diagnósticos precoce desse agravo à saúde.

Os resultados evidenciaram uma prevalência de HAS aproximada aos achados de estudos nacionais e uma prevalência divergente às pesquisas envolvendo população quilombola, uma vez que essas utilizaram critérios amostrais diferentes.

Constatou-se a baixa proporção de consumo regular de frutas, verduras e hortaliças e baixa escolaridade, por outro lado, uma elevada proporção de indivíduos fisicamente inativos no lazer, com excesso de peso e circunferência de cintura abdominal alterada. Dentre os hábitos investigados, destaca-se também o tabagismo progressivo e exposição passiva à fumaça do cigarro no domicílio, que alcançaram proporções superiores aos de estudos nacionais, assim como o consumo abusivo de álcool.

Este estudo permitiu identificar fatores de risco para a HAS como idade igual ou maior a 60 anos, IMC obesidade, CC muito aumentado, inatividade física e o baixo consumo de verduras. No entanto, vale lembrar, que a escolaridade, cor da pele, ocupação e renda, não demonstraram ser fatores de risco após a análise multivariada, uma vez que houve uma frequência elevada nessas variáveis entre os entrevistados, sendo assim uma população homogênea quanto a essas categorias.

Os resultados apontam para um diagnóstico situacional que servirá de base para a inserção de políticas intersetoriais, desenvolvimento de projetos sociais de geração de renda e serviços públicos de saúde.

Assim, buscar ações e políticas públicas de saúde mais equitativas e culturalmente ajustadas a partir de um perfil epidemiológico, sociodemográfico e das necessidades peculiares apresentadas por essas populações tradicionais, é promover justiça às populações vulneráveis, além de fornecer conhecimento e expandir a compreensão sobre o tema.

REFERÊNCIAS

- ADEBOYE, B.; BERMANO, G.; ROLLAND, C. Obesity and its health impact in Africa: a systematic review. **Cardiovasc J Afr**, v. 23, n. 9, p. 512-21, Oct 2012. ISSN 1680-0745. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23108519> >.
- ADLER, N.; BUSH, N. R.; PANTELL, M. S. Rigor, vigor, and the study of health disparities. **Proc Natl Acad Sci.**, v. 109, p. 17154–17159, 2012. pmid:23045672.
- AHMED, Sara et al. The prevention and management of chronic disease in primary care: recommendations from a knowledge translation meeting. **BMC Res Notes**, v. 8, p. 571, 2015.
- AL-NSOUR, M. et al. Prevalence of selected chronic, noncommunicable disease risk factors in Jordan: results of the 2007 Jordan Behavioral Risk Factor Surveillance Survey. **Preventing Chronic Disease**, v. 9, n. 1, p. 1-9, 2012.
- Alves CG, Morais Neto OL. **Tendência da mortalidade prematura por doenças crônicas não transmissíveis nas unidades federadas brasileiras.** *Cien Saude Colet* 2015; 20(3):641-654.
- ALVES, T. A. et al. Hipertensão arterial: conhecimento de jovens quilombolas. **Rev Bras Saúde Func.**, v. 1, n. 11, p. 39-49, 2016.
- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION; DIETITIANS OF CANADA. Position of the American Dietetic Association and Dietitians of Canada: vegetarian diets. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 103, n. 6, p. 748765, 2009.
- ANDRADE, S. S. A. et al. Prevalência de hipertensão arterial autorreferida na população brasileira: análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Epidemiol Serv Saúde**, v. 24, n. 2, p. 297-304, 2015.
- ANGELI, C. B. et al. Análises Multilocus de sete genes candidatos sugerem vias de interação para características relacionadas à obesidade em populações brasileiras. **Obesidade**, v. 19, n. 6, p. 1244-1251, 2011.
- ARAGÃO, Janaína A.; BÓS, Ângelo José G.; SOUZA, Gabriella C. Síndrome metabólica em adultos e idosos de comunidades quilombolas do centro-sul do Piauí, Brasil. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 501-512, 2014.
- ARIMA, H. et al. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Effects of prehypertension and hypertension subtype on cardiovascular disease in the Asia-Pacific Region. **Hypertension.**, v. 59, n. 6, p. 1118-1123, 2012.
- BARROS, M.B.A. et al. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. **Rer. Cien Saude Colet.** São Paulo, v.9, n.16, ago.,2011. Disponível em. <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

BARROSO, S. M.; MELO, A. P. S.; GUIMARÃES, M. D. C. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 4, 2014.

BERTO, S. J. P.; CARVALHAES, M. A. B. L.; MOURA, E. C. Tabagismo associado a outros fatores comportamentais de risco de doenças e agravos crônicos não transmissíveis. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, n. 8, p. 1573-1582, 2010.

BEZERRA, Vanessa M. et al. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1889-1902, set. 2013.

_____. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1213-24, jun. 2015.

_____. Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 10, e00139516, Ago. 2016. Disponível em: <<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/264/pr-hipertensoarterial-em-comunidades-quilombolas-do-sudoeste-da-bahia-brasil>>. Acesso em: 24 out. 2018.

_____. Unawareness of hypertension and its determinants among ‘quilombolas’ (inhabitants of ‘quilombos’ – hinterland settlements founded by people of African origin) living in Southwest Bahia, Brazil. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet]. v. 20, n. 3, p. 797-807, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000300797&lng=en>. Acesso em: 12 nov. 2018.

BICALHO, P. G. et al. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, p. 884-893, 2010.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2010.

BORGES, Daiani B.; LACERDA, Josimari T. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. **Saúde debate**, v. 42, n. 116, jan./mar. 2018.

BORTOLUZZI, M. C. et al. Prevalência e perfil dos usuários de tabaco de população adulta em cidade do Sul do Brasil (Joaçaba, SC). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1953-1959, 2011.

BOTREL, T.E.A. et al. Doenças cardiovasculares: causas e prevenção / Cardiovascular diseases: etiology and prevention. **Revista brasileira de clínica e terapêutica**, São Paulo, v.26, n.3, Maio, 2000. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r001&id_=39>. Acesso em: 15 jul. 2018.

BRASIL. A vigilância, o controle e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. **Epidemiologia e serviços de saúde**: revista do Sistema Único de Saúde do Brasil, v. 15, n. 1, p. 47 – 65, 2006.

_____. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro:

_____. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra**. Brasília, 2007.

_____. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.

_____. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2012.

_____. **Programa Brasil Quilombola: Diagnóstico de Ações Realizadas**. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, uma política do SUS**. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2018. 132p.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília (DF), 2012b. 132 p

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. 212 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 38).

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afrodescendente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). ISBN: 978-85-334-2058-8. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica.pdf. Acesso em: 23 de julho de 2019.

BUNKER J. Hypertension: diagnosis, assessment and management. **Nurs Stand.**, v. 28, n. 42, p. 50-59, 2014.

CAMPBELL, N. R.; NIEBYLSKI, ML. **Prevention and control of hypertension: developing a global agenda**. *Curr Opin Cardiol.*, v. 29, n. 4, p. 324-330, 2014.

CANÇADO FIGUEIREDO, M. et al. **Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil**. *Revista da Faculdade de Odontologia - UPF*, v. 16, n. 2, p. 130-135, 2011.

CANÇADO FIGUEIREDO, M. et al. Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil. **RFO**, Passo Fundo

[Internet]. v.16, n. 2, p. 130-135, 2011. Disponível em:

<<http://www.upf.br/seer/index.php/rfo/article/view/2116/1350>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CARLUCCI, E. M. de S. et al. Obesidade e sedentarismo: fatores de risco para doença cardiovascular. **Com. Ciências Saúde**, 2013.

CASADO, Leticia; VIANNA, Lucia M.; THULER, Luiz Claudio S. Fatores de riscos para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 55, n. 4, p. 379-388, 2009.

CHAVEZ, L. J. et al. Racial/ethnic workplace discrimination: association with tobacco and alcohol use. **Am J Prev Med.**, v. 48, n. 1, p. 42-49, 2015. DOI: 10.1016/j.amepre.2014.08.013.

CHEHUEN NETO, J. A. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro- RJ, v. 20, n. 6, p.1909-1916, jun. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

CHOR, D. et al. Prevalence, awareness, treatment and influence of socioeconomic variables on control of high blood pressure: results of the ELSA-Brasil Study. **PLOS One**, v. 10, n. 6, 2015.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO - CPISP. **Terras Quilombolas tituladas no Brasil**. 2018. Disponível em: <http://www.cpisp.org.br/terras/asp/terras_tabela.aspx>. Acesso em: 23 jul. 2018.

CORDEIRO, M. M.; MONEGO, E. T.; MARTINS, K. A. Overweight in Goiás' *quilombola* students and food insecurity in their families. **Rev. Nutr.**, v. 27, n. 4, p. 405-412, 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732014000400002>.

CORDERO, A.; MASIÁ, M. D.; GALVE, E. Physical exercise and health. **Rev Esp Cardiol** [Internet], v. 67, n. 9, p. 748-753, 2014. DOI: 10.1016/j.rec.2014.04.005. Disponível em: <http://www.revespcardiol.org/en/physical-exercise-and-health/articulo/90341434/>. Acesso em: 14 de julho de 2019.

COSTA, E.; SCARCELLIB, I. Psicologia, política pública para a população quilombola e racismo. **Psicol. USP**, São Paulo - SP, v. 27, n. 2, p. 357-366, ago. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v27n2/en_16785177-pusp-00001.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

COSTA, L.C.; THULER, L.C.S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. **Rev Bras Estud Popul.** v. 29, n. 1. p.133-45, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v29n1/v29n1a09.pdf>>. Acesso em: 08 maio 2018.

DAS, A. How does race get "under the skin"? : inflammation, weathering, and metabolic problems in late life. **Soc Sci Med**, v. 77, p. 75-83, Jan 2013. ISSN 1873-5347. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23201190> >.

DUNCAN, B. B. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para

enfrentamento e investigação. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, supl.1, p.126-134, Dec., 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

EGAN, B. M.; STEVENS-FABRY, S. Prehypertension-prevalence, health risks, and management strategies. **Nat Rev. Cardiol.**, v. 12, n. 5, p. 289-300, 2015.

FERREIRA, H. D. S. et al. **Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil.** Revista de Nutrição, v. 26, p. 539-549, 2013. ISSN 1415-5273. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000500005&nrm=iso>

FERREIRA, H. S. et al. Nutrição e saúde em crianças de antigas comunidades escravistas (quilombos) no estado de Alagoas, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 51-58, 2011.

FERREIRA, Haroldo S.; TORRES, Zaira M. C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.15, n. 2, p. 219-229 222, abr. / jun. 2015.

FERREIRA, S. D. et al. Prevalência e fatores associados ao sobrepeso/obesidade e à hipertensão arterial sistêmica em crianças da rede privada de ensino de Divinópolis/MG. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 289-297, set. 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201400060082>. Acesso em: 12 de junho de 2019

FERREIRA, S. R. S. et al. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. **Rev Nutr** [Internet]. v, 26, n. 5, p. 539-549. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.pgp?script=sci_arttext&pid=>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

FRAGA, F. A.; SANINO, G. E. C. Saúde da mulher negra: passos e descompassos, ações afirmativas na saúde, provável luz no fim do túnel? **Revista da ABPN**, v.07, n.15, p.192-211, nov., 2014; fev., 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

FREITAS et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais-Brasil. Rev. CEFAC., v. 15, n. 4,p. 941-946. 2013

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Certificação Quilombola.** 2018. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551>. Acesso em: 23 ago. 2018.

HASKELL, W. L. et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. **Med. Sci. Sports Exerc.**, v. 39, n. 8, p. 1423-1434, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Sinopse do censo demográfico.** Rio de Janeiro: IBGE, 2010. [Internet]. Disponível em: <https://ibge.gov.br/>. Acesso em: 19 maio 2019.

JACKSON, C. L. et al. Black-white disparities in overweight and obesity trends by educational attainment in the United States, 1997-2008. **J Obes**, v. 2013, p. 140743 2013. ISSN 2090-0716. Disponível em: <

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23691282> >

KERSHAW, K. N.; ALBRECHT, S. S.; CARNETHON, M. R. Racial and ethnic residential segregation, the neighborhood socioeconomic environment, and obesity among Blacks and Mexican Americans. **Am J Epidemiol**, v. 177, n. 4, p. 299-309, Feb 2013. ISSN 1476-6256. Disponível em: <
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23337312>>.

KIMURA, L. et al. Genomic ancestry of rural African-derived populations from Southeastern Brazil. **Am J Hum Biol.**, v. 25, n. 1, p. 35-41, 2013.

_____. et al. Multilocus family-based association analysis of seven candidate polymorphisms with essential hypertension in an African-derived semiisolated Brazilian population. **Int J Hypertens.**, v. 2012, p. 859219, 2012

LONGO, G. Z. et al. Prevalência e distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis entre adultos da cidade de Lages (SC), sul do Brasil, 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 698708, 2011.

LOPES, Leidjaira Juvanhol. **Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre adventistas do sétimo dia**. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências em Saúde Coletiva; Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, ES: UFES, 2012.

MALACHIAS, M. et al. 7 thBrazilianGuidelineof Arterial Hypertension. **ArqBrasCardiol.** v. 107, 3 Suppl, p. 1- 83.1, 2016.

MALTA, D. C. et al. Desigualdades intraurbanas na distribuição dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis, Belo Horizonte. **Rev. Bras. Epidemiol.**, n. 3, p. 629-641, 2014.

_____. et al. Prevalência do tabagismo em adultos residentes nas capitais dos estados e no Distrito Federal, Brasil, 2008. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 1, p. 75-83, 2010.

_____. Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 373-387, jul./set. 2015.

_____. DCNT e utilização de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl. 1, p. 1-10, jan. 2017.

MALTA, D.C.; MOURA, L.; SILVA, J.B. Epidemiologia das Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil. **Rev. Epidemiologia & Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n.3. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n4/1980-5497-rbepid-20-04-661.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2018.

MALTA, D.C.; SILVA JR, J.B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 22,n.1, p. 151-164, mar.,2013. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100016>. Acesso em: 25 jul. 2018.

MALTA, Deborah Carvalho et al. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 425-438, out./dez. 2011.

MARQUES, C. E. De quilombos a quilombolas: notas sobre um processo histórico-etnográfico. **Rev. de Antrop. USP**, v. 52, n.1, p. 339-374, 2009. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/27338>>. Acesso em: 12 maio 2018.

MELLO, M. M. Mocambo: antropologia e história no processo de formação quilombola. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 585-588, Oct., 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010493132009000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jul. 2019.

MELO, Maira F. T.; SILVA, Hilton P. Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. **Revista da ABPN**, v. 7, n. 16, p. 168-189, 2015.

MENDONÇA AMORIM, M. et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Biosci J.** [Internet]. v. 29, n. 4, p.1049-1057, 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/biosciencejournal/article/view/17308/12929>. Acesso em: 12 nov. 2018.

MIDHA, T. et al. Cut-off of body mass index and waist circumference to predict hypertension in Indian adults. **World J Clin Cases** [Internet], v. 2, n. 7, p. 272-278, 2014. DOI: 10.12998/wjcc.v2.i7.272. Disponível em: <http://www.wjgnet.com/2307-8960/full/v2/i7/272.htm>. Acesso em: 02 de agosto de 2019.

MOURA, E.C; et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. **Rev. Cad Saude**. v.3, n.27, p.486-96,2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000300009>. Acesso em: 18 jun. 2018.

MUNIZ, L. C. et al. Fatores de risco comportamentais acumulados para doenças cardiovasculares no sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 3, p. 534-542, 2012.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketllin Mendes. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9, p. 2879-2890, 2015.

OLIVEIRA, Veronilde da S. et al. Análise dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis: estudo com colaboradores de uma instituição privada **Saúde**, Santa Maria, v. 43, n. 1, p. 214-224, jan./abr. 2017.

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. **Cien. Saúde Colet.**, v. 18, n. 3, p. 873-882, 2013. PMID:23546214. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800033>. Acesso em: 05 de agosto de 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**: considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória. Documento de Referência Técnica REGULA. Washington, DC: OPAS, 2016.

- PAULI, Silvia. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil**. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Epidemiologia; Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: UFRG, 2016.
- PICON, R. V. et al. Prevalence of hypertension among elderly persons in urban Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Am J Hypertens.**, v. 26, n. 4, p. 541-548, 2013.
- PINHO et al. Conditions of health and quality of life of the quilombola elderly black. *J. res.: fundam. care. Online*, v. 7, n. 1, p. 1847-1855. 2015
- REZENDE, Fabiane A. C. et al. Aplicabilidade do Índice de Massa Corporal na Avaliação da Gordura Corporal. **RevBrasMed Esporte**, v. 16, n. 2, mar./abr., 2010.
- RODRIGUEZ, F.; FERDINAND, K.C. Hypertension in minority populations: new guidelines and emerging concepts. **Adv Chronic Kidney Dis.**, v. 22, n. 2, p. 145-153, 2015. DOI: 10.1053/j.ackd.2014.08-004.
- SANTOS, L.R.C.S.; ASSUNÇÃO, A.A.; LIMA, E.P. Back pain in adults of quilombola territories. *Rev Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 750-757. 2014.
- SATO, T. O. et al. Doenças crônicas não transmissíveis em usuários de unidade de saúde da família- prevalência, perfil demográfico, utilização de serviços de saúde e necessidades clínicas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 35-42, 2017.
- SCALA et all. Epidemiologia da hipertensão arterial sistêmica. In: Moreira SM, Paola AV; Sociedade Brasileira de Cardiologia. Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. 2ª ed. São Paulo: Manole; 2015. p. 780-5
- SCALA, L. C. et al. Hipertensão arterial e atividade física em uma capital brasileira. **Arq Bras Cardiol.**, v. 105, n. 3, supl. 1, p. 20, 2015.
- SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais**. Pelotas: The Lancet, 2011. p. 61-74. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/handle/123456789/222>>. Acesso em: 15 jul. 2018.
- SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL (SPPIR). **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de Ações Realizadas**. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2012.
- SILVA, T. S. S. et al. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 376-383, 2016.
- SILVA, Thalane S. S. et al. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 376-383, 2016.
- SIMÃO, A. F. et al. I Diretriz Brasileira de Prevenção Cardiovascular. **Arq. Bras. Cardiol.** São Paulo, v.101, n.6, supl. 2, dez. 2013.
- SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, p. 341-354, 2014.

- SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, p.341-354, fev., 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n2/0102-311X-csp-30-2-0341.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2018.
- SOUZA, Cláudio Lima; BARROSO, Sabrina Martins; GUIMARÃES, Mark Drew C. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p. 653-1662, 2014.
- SOUZA, D. de; PÓVOA, R. **Álcool e hipertensão arterial**. [S. l.]: Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2014.
- THORPE, R. J. et al. Racial disparities in hypertension awareness and management: are there differences among African Americans and Whites living under similar social conditions?. **Ethn Dis.**, v. 24, n. 3, p. 269-275, 2014.
- TRINDADE, L. N.; SANTOS, R. V. **The social causes of health inequities in Brazil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2008. 220 p.
- VALKENGOED, I. G. M. et al. Ethnic differences in the association between waist-to-height ratio and albumin-creatinine ratio: the observational SUNSET study. **BMC Nephrol**, v. 13, p. 26, 2012.
- VANG, A. et al. Meats, processed meats, obesity, weight gain and occurrence of diabetes among adults: findings from Adventist Health Studies. **Nutrition and Metabolism**, v. 52, p. 96-104, 2008.
- VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. **Saúde nos quilombos**. São Paulo: Instituto de Saúde; Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, 2009.
- WARREN, T. Y. et al. Independent association of waist circumference with hypertension and diabetes in African American women, South Carolina, 2007-2009. **Prev Chronic Dis** [Internet], v. 9, p. 105, 2012. DOI: 10.5888/pcd9.110170. Disponível em: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2012/11_0170.htm. Acesso em: 20 de julho de 2019.
- WONG, R. J.; CHOU, C.; AHMED, A. Long Term Trends and Racial/Ethnic Disparities in the Prevalence of Obesity. **J Community Health**, Apr 2014. ISSN 1573-3610. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24715435> >.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Global status report 2014**. Health statistics and information systems. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index1.html>. Acesso em: 10 jun. 2018.
- _____. **World health statistics 2012**. Geneva: WHO, 2012a. 180 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/1/978_9241564441_eng.pdf. Acesso em: 15 de maio de 2019.
- _____. **World health statistics 2012: noncommunicable diseases: a major health of the 21st century**. Geneva: WHO, 2012b.

Adherence to long-term therapies - evidence for action. Genebra, Suíça: World Health Organization, 2003. Disponível em: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2018.

_____. **Health topics: Chronic diseases.** Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/topics/chronic_diseases/en/>. Acesso em: 30 jun. 2018.

_____. **Diet, nutrition and the prevention chronic diseases.** Geneva: World Health Organization, 2003.

_____. **Obesity: preventing and managing the global epidemic. WHO Technical Report Series,** Geneva, n. 894, 1998.

_____. **Diet, nutrition and the prevention chronic diseases.** Geneva: WHO, 2003.

YOKOTA, R. T. C. et al. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças e agravos não transmissíveis em município de pequeno porte, Brasil, 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 1, p. 55-68, 2012.

ZHANG, H.; RODRIGUEZ-MONGUIO, R. Racial disparities in the risk of developing obesity-related diseases: a cross-sectional study. **Ethn Dis**, v. 22, n. 3, p. 308-16, 2012. ISSN 1049-510X. Disponível em: < <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22870574> >.

APÊNDICE

APÊNDICE A – FORMULÁRIO DA ENTREVISTA

ENTREVISTA

| DADOS DO ENTREVISTADOR | |
|--|-----------------------|
| Entrevistador (a): _____ | |
| DATA: ____/____/____ | Hora da Visita: _____ |
| LOCALIDADE (Povoado/Comunidade): _____ | |

| DADOS DE IDENTIFICAÇÃO | |
|--|--|
| Numero da casa (ID): _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | |
| 1. Nome: _____ | |
| 2. Idade: _____ anos | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino |
| 3. Cor: <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena | |
| 4. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Separado | |
| 5. Quantidade de Filhos: _____ | |

| DADOS SOCIOECONÔMICOS, DEMOGRÁFICOS E SOCIOAMBIENTAIS | |
|---|--|
| 6. Qual seu nível de escolaridade? | |
| <input type="checkbox"/> Da 1ª a 5ª série do Ensino Fundamental (antigo primário) <input type="checkbox"/> Da 6ª a 9ª série do Ensino Fundamental (antigo ginásio) <input type="checkbox"/> Ensino Médio (antigo 2º Grau) <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Não estudei | |
| 7. Qual a sua principal ocupação? | |
| <input type="checkbox"/> Lavrador <input type="checkbox"/> Carpinteiro <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Pescador <input type="checkbox"/> Pedreiro <input type="checkbox"/> Doméstica <input type="checkbox"/> Funcionário Público <input type="checkbox"/> Não Trabalho <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Outros: _____ | |
| 8. Qual a sua renda mensal? | |
| <input type="checkbox"/> Nenhuma Renda <input type="checkbox"/> Até 1 salário mínimo (até R\$ 954,00) <input type="checkbox"/> De 1 a 3 salários mínimos (de R\$ 954,01 até R\$ 2.862,00) <input type="checkbox"/> De 3 a 6 salários mínimos (de R\$ 2.862,01 até R\$ 5.724,00) | |
| 9. Qual a sua religião? <input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Outra | |

| DADOS SOBRE MORADIA | |
|--|--|
| 10. A casa é feita de? | |
| <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Outra _____ <input type="checkbox"/> Tijolo <input type="checkbox"/> Taipa <input type="checkbox"/> Palha | |
| 11. O piso é de? <input type="checkbox"/> Cimento <input type="checkbox"/> Chão Batido <input type="checkbox"/> Madeira <input type="checkbox"/> Outro _____ | |

12. O teto é de? Telha de Barro Brasilit Palha Zinco
 Outro: _____

13. Número total de cômodos na casa: _____

14. Quantas pessoas vivem nesta casa permanentemente? _____

15. A casa tem:

| | | |
|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| Cozinha interna? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Banheiro interno? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Sanitário? | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

SANEAMENTO BÁSICO

16. De onde vem a água para beber? _____

17. A água de beber recebe algum tratamento? Sim Não Qual? _____

18. De onde vem a água para uso doméstico (cozinhar, lavar louças, etc.)?

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Rio ou Igarapé | <input type="checkbox"/> Poço aberto | <input type="checkbox"/> Poço fechado/bomba (tipo) _____ |
| <input type="checkbox"/> Encanamento | <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |

19. Qual o destino do esgoto caseiro?

| | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| Rio ou Igarapé | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Céu aberto | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Fossa | <input type="checkbox"/> Sim | Descreva: _____ |
| Outro | <input type="checkbox"/> Sim | Descreva: _____ |

20. O escoadouro do banheiro ou sanitário é ligado a?

| | | |
|----------------|------------------------------|------------------------------|
| Rio ou Igarapé | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Céu aberto | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Fossa | <input type="checkbox"/> Sim | Descreva: _____ |
| Outro | <input type="checkbox"/> Sim | Descreva: _____ |

21. Qual o destino do lixo?

| | | |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Queimado na propriedade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Enterrado na propriedade | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Jogado no mato | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Jogado no Rio/Igarapé | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Outro: | | |

HÁBITOS DE VIDA

23. Em quantos dias da semana o Sr(a). costuma comer feijão?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
24. Em quantos dias da semana, o Sr(a). costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume cru?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
25. Em quantos dias da semana, o Sr(a). costuma comer verdura ou legume cozido, como couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha? (sem contar batata, mandioca ou inhame):
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
26. Em quantos dias da semanao Sr(a). costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
27. Quando o Sr(a). come carne vermelha, costuma:
 Tirar o excesso de gordura visível Comer com a gordura
28. Em quantos dias da semana o Sr(a). costuma comer frango/galinha?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
29. Quando o Sr(a). come frango/galinha, costuma: Tirar a pele Comer com pele
30. Em quantos dias da semana o Sr(a). costuma comer peixe?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
31. Em quantos dias da semana o Sr(a). costuma tomar suco de frutas natural?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
32. Em quantos dias da semanao Sr(a). costuma comer frutas?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
33. Em quantos dias da semana o Sr(a). costuma tomar refrigerante (ou suco artificial)?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
34. Em quantos dias da semana o Sr(a). costuma tomar leite? (não vale leite de soja)
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana
35. Quando o Sr(a). toma leite, que tipo de leite costuma tomar?
 Integral Desnatado ou semidesnatado Os dois tipos
36. Em quantos dias da semana o Sr(a). come alimentos doces, tais como pedaços de bolo ou torta, doces, chocolates, balas, biscoitos ou bolachas doces?
 Dias _____ Nunca ou menos de uma vez por semana

37. Nas próximas questões, vamos perguntar sobre suas atividades físicas do dia a dia.

38. Nos últimos três meses, o(a) sr.(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (Anotar apenas o primeiro citado)

- Sim Não

39. O(a) sr.(a) pratica o exercício pelo menos uma vez por semana?

- Sim Não

40. Quantos dias por semana o(a) sr.(a) costuma praticar exercício físico ou esporte?

- 1 a 2 dias por semana
 3 a 4 dias por semana
 5 a 6 dias por semana
 Todos os dias (inclusive sábado e domingo)

41. No dia que o(a) sr.(a) pratica exercício ou esporte, quanto tempo dura esta atividade?

- menos de 10 minutos
 entre 10 e 19 minutos
 entre 20 e 29 minutos

- entre 30 e 39 minutos
 entre 40 e 49 minutos
 entre 50 e 59 minutos
 60 minutos ou mais

42. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr.(a) praticou?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Caminhada | <input type="checkbox"/> Tênis |
| <input type="checkbox"/> Caminhada em esteira | <input type="checkbox"/> Dança (balé, dança de salão, dança do ventre) |
| <input type="checkbox"/> Corrida (<i>cooper</i>) | <input type="checkbox"/> outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Corrida em esteira | |
| <input type="checkbox"/> Musculação | |
| <input type="checkbox"/> Ginástica Aeróbica (<i>spinning, step, jump</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Hidroginástica | |
| <input type="checkbox"/> Ginástica em Geral (alongamento, pilates, ioga) | |
| <input type="checkbox"/> Natação | |
| <input type="checkbox"/> Artes Marciais e Luta (<i>jiu-jitsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Bicicleta (inclui ergométrica) | |
| <input type="checkbox"/> Futebol / <i>futsal</i> | |
| <input type="checkbox"/> Basquetebol | |
| <input type="checkbox"/> Voleibol/futevôlei | |

43. Perto do seu domicílio, existe algum lugar público (praça, parque, rua fechada, praia) para fazer caminhada, realizar exercício ou praticar esporte?

Sim Não

44. Em média, quantas horas por dia o Sr(a). costuma ficar assistindo televisão?

- Menos de 1 Hora
 Entre 1 hora e menos de 2 horas
 Entre 2 horas e menos de 3 horas
 Entre 3 horas e menos de 4 horas
 Entre 4 horas e menos de 5 horas
 Entre 5 horas e menos de 6 horas
 6 horas ou mais
 Não assiste televisão

45. Fuma? Sim Não Caso SIM, quantos cigarros por dia? _____
 Sou ex-fumante

46. Que idade o Sr(a). tinha quando começou a fumar cigarro diariamente?

Anos _____

47. Durante os últimos 12 meses, o Sr(a). tentou parar de fumar?

Sim Não

48. Com que frequência alguém fuma dentro do seu domicílio?

Diariamente Mensalmente Nunca
 Semanalmente Menos que mensalmente

49. Pra homens: Nos últimos 30 dias, o senhor chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? OBS: uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, 1 taça de vinho ou uma dose de cachaça, whiskey ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Sim Não

Para mulheres: nos últimos 30 dias, a sra chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? OBS: uma dose de bebida alcoólica corresponde a uma lata de cerveja, 1 taça de vinho ou uma dose de cachaça, whiskey ou qualquer outra bebida alcoólica destilada.

Sim Não

CONDIÇÕES DE SAÚDE

47. O médico já falou que você tem Pressão Alta? Se Sim, há quanto tempo convive com ela?

Sim ___anos Não

48. O médico já falou que você tem Diabetes Mellitus? Se Sim, há quanto tempo convive com ela?

Sim ___anos Não

48. Tratamento utilizado: Medicamentoso Não medicamentoso

49. Como o Sr(a). avalia a sua vida após o diagnóstico?

Vive Mal
 Vive bem Vive mais ou menos (regular)

50. Tem ou já teve alguma complicação? Sim Não Se SIM, qual:

Derrame
 Amputação de Membro
 Cegueira
 Outra: _____

57. Pressão arterial _____

58. Altura (cm):

59. Peso (Kg) :

60. Circunferência da cintura (cm) |_|_|_|_|

61. IMC

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO - UFMA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA-RENASF
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA USUÁRIO

DESCRIÇÃO E OBJETIVO DO ESTUDO:

As informações abaixo estão sendo fornecidas para que a sua participação voluntária seja resguardada de dúvidas a respeito dos propósitos e benefícios que este estudo possa trazer. O estudo intitulado **Hipertensão Arterial Sistêmica: Fatores de Risco em Quilombolas**, objetiva avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento da Hipertensão Arterial na população Quilombola de Santana dos Pretos.

Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa contribuirão para fomentar a discussão acerca das condições de vida e saúde a que estão expostos os remanescentes quilombolas, como também possibilitar estratégias de abordagem resolutivas e coerentes a essa população.

RISCOS E DESCONFORTOS ASSOCIADOS AO ESTUDO

Os procedimentos a serem realizados (entrevista e avaliação antropométrica (pesagem, altura e verificação da circunferência abdominal) e hemodinâmica (aferição da pressão arterial) têm risco mínimo e é garantido que danos previsíveis sejam evitados. Caso ocorra algum tipo de risco mínimo (como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário), será prestada assistência imediata ao participante como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso este aceite ainda participar da pesquisa, não acarretando ônus de qualquer espécie. O pesquisador avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos, os benefícios do melhor regime, conforme determinações

da Res. CNS/MS nº466/12.

BENEFÍCIOS

Participando deste estudo não haverá obtenção de qualquer benefício adicional, mas sim a contribuição para ampliar os conhecimentos, além da contribuição para pesquisa científica na área.

DIREITO DE CONFIDENCIALIDADE

Todos os seus dados registrados nas fichas que serão preenchidas durante a pesquisa serão considerados sigilosos, ou seja, todo esforço será feito no sentido de resguardar o sigilo sobre os dados fornecidos por você, bem como dos resultados de seus exames.

DIREITO A RETIRADA DO ESTUDO

Será garantida a liberdade de retirada do consentimento a qualquer momento do estudo, sem ocasionar prejuízo para continuidade de seu tratamento na instituição.

DESPESAS E COMPENSAÇÕES

Não haverá despesas pessoais, incluindo exames e consultas, bem como, não haverá compensação financeira durante sua participação neste estudo.

GARANTIA DE ACESSO AOS RESPONSÁVEIS PELO ESTUDO

Durante todas as etapas do estudo haverá acesso aos responsáveis em horário comercial. O pesquisador principal é a mestrandia Joelmara Furtado dos Santos Pereira, que poderá ser encontrado no endereço Rua Santa Maria, sn, Pacas, CEP: 65200-000, Pinheiro-MA e através dos telefones: (98) 988274403 e-mail: joelmaraf7@yahoo.com.br, ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA), Rua Barão de Itapary, 227- Centro- São Luís-MA, CEP: 65020-070. Telefone (98) 21091250, bem como O CEP-HUUFMA deverá ser contatado se houver

alguma questão ética relacionada à pesquisa.

Os Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação neste estudo é voluntária, caso recuse-a não haverá qualquer tipo de retaliação ou perda de direito à saúde. Terá também o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas sempre que forem solicitados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias de igual teor e deverá conter rubricas do participante da pesquisa e do pesquisador em todas as páginas, sendo que uma das vias ficará com o participante, caso o participante esteja impossibilitados de assinar, ou seja, analfabeto, usaremos a impressão digital.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Por estar devidamente informado (a) a respeito de minha participação neste estudo, tendo sido discutidos com os responsáveis quais os propósitos, desconfortos e eventuais riscos, de forma isenta de despesas, com garantia de confidencialidade; expresso o consentimento para minha inclusão, como sujeito, nesta pesquisa; mantendo o direito de retirar meu consentimento a qualquer momento.

Data:

_____ **ou**
Assinatura Paciente ou Representante Legal

Impressão Digital



_____ **Assinatura Pesquisador Responsável**

Data:

ANEXOS

ANEXO A –

SUBMISSÃO DO ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA

SUBMISSÃO DO ARTIGO DE REVISÃO INTEGRATIVA
22 DE OUTUBRO DE 2018
REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

The image is a screenshot of a Yahoo! Mail interface. At the top, the header is purple with the 'YAHOO! MAIL BRASIL' logo on the left and a search bar in the center. The search bar contains the text 'Localizar mensagens, documentos, fotos ou pessoas'. On the right of the header, there is a user profile icon and the name 'joelmara furta...'. Below the header, there is a navigation bar with icons for 'Voltar', 'Arquivar', 'Mover', 'Apagar', and 'Spam'. The main content area shows an email from 'Carlos Alberto Agudelo Calderon' with the subject '[RSAP] Envío recibido'. The email body contains a message in Spanish, a URL to a manuscript, and contact information for the sender. The left sidebar shows the 'Entrada' folder with 999+ messages and other folders like 'Não lidos', 'Favoritos', 'Rascunhos', etc.

YAHOO! MAIL
BRASIL

Localizar mensagens, documentos, fotos ou pessoas

joelmara furta...

Escrever

Voltar Arquivar Mover Apagar Spam

[RSAP] Envío recibido Yahoo/Entrada

Carlos Alberto Agudelo Calderon <caagudeloc@unal.edu.co>
Para: Sra JOELMARA FURTADO DOS PEREIRA 22 de out às 20:10

Sra JOELMARA FURTADO DOS PEREIRA:



Gracias por enviarnos su manuscrito "FACTORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO QUILOMBOLA: uma revisão integrativa" a Revista de Salud Pública. Gracias al sistema de gestión de revistas online que usamos podrá seguir su progreso a través del proceso editorial identificándose en el sitio web de la revista:

URL del manuscrito:
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/author/submission/75726>
Nombre de usuario/o: joelmaraf7

El artículo que ha ingresado inicia el proceso de evaluación por pares. Le informamos que este proceso dura entre seis y doce meses.

Si tiene cualquier pregunta no dude en contactar con nosotros/as. Gracias por tener en cuenta esta revista para difundir su trabajo.

Carlos Alberto Agudelo Calderon
Revista de Salud Pública
Revista de Salud Pública
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica>

ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

Estado do Maranhão
Prefeitura Municipal de Pinheiro
Secretaria Municipal de Saúde
CNPJ: 11.782.162/0001-45

OFÍCIO Nº0031/2018- GAB/SMS-PINHEIRO-MA

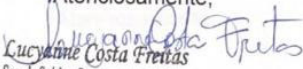
Pinheiro, 28 de Fevereiro de 2018.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA

PREFEITURA MUNICIPAL DE

Autorizo a realização da pesquisa intitulada **IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM QUILOMBOS**, tendo como responsável a Profa Dra Ana Hélia de Lima Sardinha do Departamento de Enfermagem da UFMA para fins de trabalhos acadêmicos. Informo que esta cessão de dados ou autorização está condicionada à realização de pesquisa conforme princípios de ética e responsabilidade.

Atenciosamente,

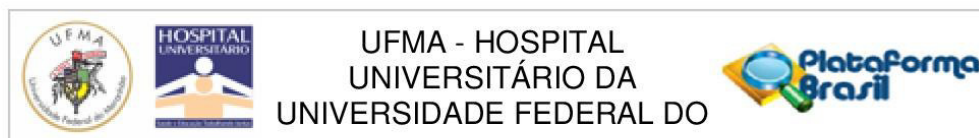


Lucyanne Costa Freitas
Sec. de Saúde e Saneamento de Pinheiro
Portaria Nº 698/2017

Lucyanne Costa Freitas
Secretária Municipal de Saúde e Saneamento

Praça José Sarney, s/n – Centro Pinheiro – Maranhão CNPJ N.º 06.200.745/0001-80

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM QUILOMBOS

Pesquisador: Ana Hélia de Lima Sardinha

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 87902918.4.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.626.680

Apresentação do Projeto:

Introdução

O crescimento expressivo das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) é uma ameaça para a saúde e desenvolvimento de todas as nações. Segundo a WHO, essas doenças podem levar a incapacidade e causar custos diretos para o indivíduo e família, além de um impacto financeiro para o sistema público de saúde. No Brasil estima-se que a perda da produtividade no trabalho e diminuição da renda familiar causadas pelo aumento

das DCNT's, pode gerar um prejuízo na economia de cerca de R\$ 4, 18 bilhões de reais (WHO, 2013; MALTA, SILVA JR, 2013). As DCNT são também a principal causa de mortalidade no Brasil. Em 2009, após correções para causas mal definidas e sub-registro, responderam por 72,4% do total de óbitos. As quatro doenças - doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes - responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (DUNCAN, 2012). Avaliada como a primeira causa de incapacidades no planeta em 2020, as doenças crônicas, tem sido

o problema mais oneroso para todos os serviços de saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2014). Num contexto de precárias condições de saúde em que vivem os remanescentes de quilombo, fomentar a discussão das DCNT em populações tradicionais é relevante e necessária, como também conhecer a realidade de vida e saúde destes, nos seus aspectos socioeconômicos, investigando seus indicadores clínicos e prevalências

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

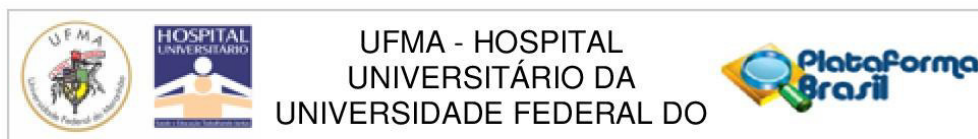
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.626.680

de condições crônicas. Conhecer para transformar por meio da promoção da saúde tem papel transformador, com capacidade para desenvolver nas pessoas um novo olhar sobre seus problemas de saúde, uma consciência crítica e a procurar por saídas solidárias e coletivas para superá-las (BIS,2004 apud TAVARES; SILVA, 2014). Diante do exposto, torna-se evidente que as Doenças Crônicas Não Transmissíveis são responsáveis por uma grande parcela e carga da morbimortalidade do Brasil, consequentemente, de elevados gastos e preocupações no cenário da saúde pública. A presente pesquisa busca contribuir para o conhecimento do impacto da doença crônica não transmissíveis dos quilombolas, possibilitando a reflexão e análise das ações desenvolvidas no sentido de promover uma construção coletiva assistencial aos quilombos com doença crônica não transmissíveis. Além disso, esse estudo buscará aspectos sociais, já que buscará a melhor compreensão por parte dos quilombos quanto ao processo de cronicidade das doenças não transmissíveis vivenciadas por eles.

Hipótese:

O impactos das doenças crônicas não transmissíveis em quilombos tem uma relação significativa com a sua condições de vida.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa.

Critério de Inclusão:

Quilombos com 18 anos ou mais, ambos sexo, com capacidade cognitiva preservada, que concordarem em participar da pesquisa.

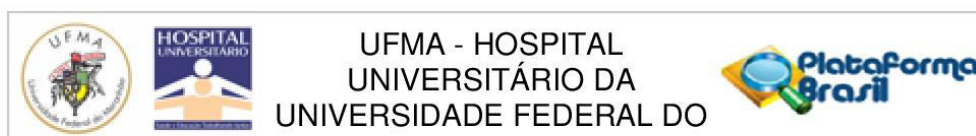
Critério de Exclusão:

não ser remanescente de quilombo e aqueles que não apresentarem nível cognitivo satisfatório que desfavoreça a comunicação com o entrevistador.

Metodologia de Análise de Dados:

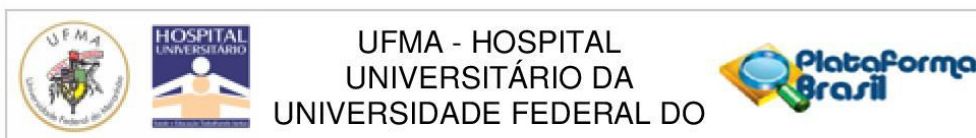
Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Pinheiro localiza-se na microrregião da Baixada Maranhense e tem aproximadamente 82 mil habitantes, limita-se ao norte, com os municípios de Santa Helena e Central, ao Sul com Pedro do Rosário e Presidente

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SÃO LUÍS



Continuação do Parecer: 2.626.680

Sarney; ao leste com Bequimão, Peri Mirim, Palmerândia e São Bento e, a oeste, com Presidente Sarney e Santa Helena, fica a 333 km da capital, São Luís. As populações tradicionais afro-remanescente de quilombos no município de Pinheiro são as comunidades de Pirinã, Guaribal, Belo Monte, Santa Rosa, Santa Maria, Bem-Fica, Pacoã, Sudário, Cuba, Alto dos Pretos, Proteção, Santa Vitória, Lacral, Espírito



Continuação do Parecer: 2.626.680

algum tipo de risco mínimo (como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário), será prestada assistência imediata ao participante como: a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso este aceite ainda participar da pesquisa, não acarretando ônus de qualquer espécie. O pesquisador avaliará a necessidade de adequar ou suspender o estudo em curso, visando oferecer a todos, os benefícios do melhor regime, conforme determinações da Res. CNS/MS nº466/12".

Benefícios:

Segundo o pesquisador "Quanto aos benefícios visa expandir os conhecimentos acerca das doenças crônicas não transmissíveis com os quilombolas. Almeja-se através dessa pesquisa entender melhor o impacto das doenças crônicas não transmissíveis em quilombos essas que podem resultar em direcionamento de políticas públicas e estratégias que garantam a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

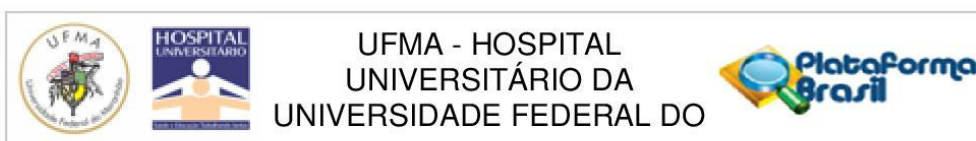
Estudo relevante pois o crescimento expressivo das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) é uma ameaça para a saúde e desenvolvimento de todas as nações. Segundo a WHO, essas doenças podem levar a incapacidade e causar custos diretos para o indivíduo e família, além de um impacto financeiro para o sistema público de saúde. No Brasil estima-se que a perda da produtividade no trabalho e diminuição da renda familiar causadas pelo aumento das DCNT's, pode gerar um prejuízo na economia de cerca de R\$ 4, 18 bilhões de reais (WHO, 2013; MALTA, SILVA JR, 2013). Objetivando estudar o impacto das doenças crônicas não transmissíveis em quilombos. Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, realizado com quilombos no município de Pinheiro – MA.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013(item 3/ 3.3).

O protocolo apresenta ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.626.680

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1108933.pdf | 18/04/2018 10:51:33 | | Aceito |
| Orçamento | orcamento.pdf | 18/04/2018 10:50:45 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |
| Outros | cronograma.docx | 13/04/2018 14:04:50 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 13/04/2018 13:40:50 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |
| Outros | questionario.pdf | 13/04/2018 13:40:18 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | projeto.docx | 13/04/2018 13:39:44 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |
| Outros | financeiro.pdf | 13/04/2018 | Ana Hélia de Lima | Aceito |

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

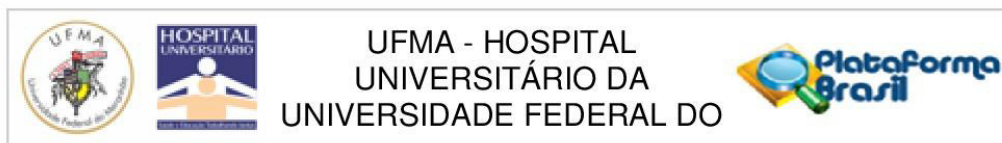
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.626.680

| | | | | |
|----------------|-----------------|------------------------|-------------------------------|--------|
| Outros | financeiro.pdf | 13:38:51 | Sardinha | Aceito |
| Outros | anuencia.pdf | 13/04/2018 13:38:05 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |
| Outros | compromisso.pdf | 13/04/2018 13:37:27 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |
| Outros | autoriza.pdf | 13/04/2018 13:36:22 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |
| Folha de Rosto | folha.pdf | 13/04/2018 13:33:08 | Ana Hélia de Lima Sardinha | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 27 de Abril de 2018

Assinado por:
Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br