

Artigo Original

Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais

Risk factors for non-communicable chronic diseases in *quilombo* communities in northern Minas Gerais, Brazil

Stéphaney Ketllin Mendes Oliveira¹, Antônio Prates Caldeira¹

Resumo

Introdução: O comportamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) ainda é pouco conhecido para determinados grupos. Este estudo objetivou conhecer a prevalência de fatores de risco para as DCNT em uma amostra de comunidades quilombolas. **Métodos:** Trata-se de pesquisa transversal, conduzida por inquérito domiciliar em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais, com coleta de dados sociodemográficos, hábitos alimentares e comportamentais, índice de massa corporal e morbidade autorreferida. **Resultados:** Foram entrevistadas 756 pessoas, a maioria do sexo feminino (64,2%) e com baixa ou nenhuma escolaridade (60,1%). As prevalências dos principais fatores de risco foram: 23,5% para elevado consumo de refrigerante, 41,8% para consumo de carne com gordura, 40,7% para consumo de frango com pele, 66,1% para baixo consumo de frutas, 26,9% para uso de sal diretamente no prato, 24,1% para tabagismo, 31,6% para uso excessivo de bebidas alcoólicas, 63,9% para sedentarismo e 47,9% para excesso de peso. Os homens e as pessoas com menor escolaridade apresentaram mais fatores de risco. A morbidade autorreferida foi mais prevalente para pessoas acima de 40 anos. **Conclusão:** Os resultados destacam elevada prevalência de fatores de risco para DCNT nas comunidades avaliadas. Há a necessidade de intervenções educativas e assistenciais para amenizar a situação observada.

Palavras-chave: fatores de risco; doença crônica; grupo com ancestrais do continente africano; inquéritos epidemiológicos.

Abstract

Introduction: The behavior of Chronic Non-communicable Diseases (NCDs) is still unknown for certain groups. This study aimed to determine the prevalence of risk factors for NCDs in a sample of quilombo communities. **Methods:** This is a cross-sectional study carried out through household surveys in quilombo communities in the north of Minas Gerais. Information on socio-demographic profile, dietary and behavioral habits, body mass index and self-reported morbidity were collected. **Results:** A total of 756 people were interviewed, mostly women (64.2%) with low or no schooling (60.1%). The prevalence of the main risk factors were: 23.5% for high consumption of soft drinks, 41.8% for consumption of meat with fat, 40.7% for consumption of chicken with skin, 66.1% for low consumption of fruits, 26.9% for use of salt directly on the plate, 24.1% for smoking, 31.6% for excessive use of alcoholic beverages, 63.9% for physical inactivity and 47.9% for overweight. Men and people with less education had more risk factors. Self-reported morbidity was more prevalent among people over 40 years of age. **Conclusion:** The results highlight the high prevalence of risk factors for NCDs in the evaluated communities. Health promotion and educational interventions are needed to mitigate the observed situation.

Keywords: risk factors; chronic disease; african continental ancestry group; health surveys.

¹Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.

Trabalho realizado na Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) - Montes Claros (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Antônio Prates Caldeira - Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), Av. Dr. Rui Braga, Prédio 6, Campus Universitário Prof. Darcy Ribeiro - Vila Mauriceia - CEP: 39401-089 - Montes Claros (MG), Brasil - Email: antonio.caldeira@unimontes.br

Fonte de financiamento: FAPEMIG: CDS - APQ-00645-11.

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a dinâmica nosológica tem destacado o declínio das doenças infecciosas e parasitárias, além do aumento das chamadas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)¹. Quase sempre essas doenças são caracterizadas pela presença de longos períodos de latência e poucos sintomas iniciais, por isso mesmo são frequentemente negligenciadas². Todavia, elas já representam uma das principais causas de morte no Brasil¹. A identificação dos fatores de risco para as DCNT representa um desafio aos serviços de saúde e tem o potencial de orientar o desenvolvimento de medidas de controle e mudanças de comportamento de risco³.

Muitas vezes, as DCNT estão ligadas a uma sociedade em envelhecimento, mas também podem estar associadas a hábitos de vida indevidos, tais como: alimentação inadequada, uso abusivo de álcool, tabagismo, sedentarismo e obesidade^{4,5}. Desigualdades sociais, baixa qualidade de vida, baixa escolaridade, falta de acesso à informação e o fato de pertencer a grupos vulneráveis são condições que também devem ser consideradas na abordagem às DCNT^{3,6}.

No contexto da vulnerabilidade social, as comunidades quilombolas se destacam como grupos que, historicamente, sofrem em decorrência do processo de exclusão, inclusive em relação aos cuidados de saúde⁷. Nessas comunidades, a presença e a extensão dos fatores de risco para as DCNT ainda não têm sido amplo objeto de estudos epidemiológicos. O conhecimento desses aspectos pode auxiliar no processo de cuidados e na restauração da equidade aos povos quilombolas.

A região norte de Minas Gerais concentra a maior parte das comunidades quilombolas do Estado⁸. Mas, como no restante do país, elas não têm recebido significativa atenção dos serviços de saúde; assim, pouco se conhece sobre suas condições de saúde^{7,9}. Aspectos particulares da cultura, dos hábitos, dos comportamentos e dos valores dessas comunidades podem interferir na frequência de fatores de risco para diferentes condições clínicas, incluindo as DCNT. No presente estudo, objetivou-se conhecer a prevalência de fatores de risco para as DCNT a partir de uma amostra representativa de comunidades quilombolas do norte de Minas Gerais.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo transversal, conduzido em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. Inicialmente, efetuou-se o levantamento de todas as comunidades quilombolas reconhecidas pela Fundação Palmares⁸ existentes na região norte de Minas Gerais, com identificação de 33 delas, distribuídas em 20 municípios. Em seguida, elaborou-se um plano amostral para alocação de amostra representativa de todas as comunidades.

O cálculo amostral considerou uma prevalência de 50% para os eventos estudados, por se tratar de um valor conservador, o que fornece o maior número de elementos para a amostra. A margem de erro aceitável foi de 5%, e o nível de confiança, de 95%. Para a população estimada nas comunidades quilombolas da região (aproximadamente 22 mil pessoas), o cálculo amostral definiu a necessidade de 378 pessoas a serem entrevistadas. Como o processo de alocação da amostra foi por conglomerados (comunidades), o número calculado foi multiplicado por dois, como fator de correção do desenho (*deff*), definindo-se, assim, a necessidade de 756 entrevistas.

A amostragem probabilística ocorreu em dois estágios. Em cada comunidade, selecionou-se um ponto de referência a partir do qual os domicílios foram visitados, com seguimento de uma espiral imaginária, dada a variabilidade da ocupação do espaço (comunidades localizadas em zonas rurais), até a obtenção do número de entrevistas previamente definido para cada comunidade. O número de residências selecionadas em cada localidade foi proporcional ao tamanho desta. Em cada residência, foi sorteado um único adulto para participar do estudo, incluindo os ausentes no momento da visita, que foram abordados em momentos posteriores.

A coleta de dados foi realizada ao longo do segundo semestre de 2013 no próprio domicílio do entrevistado. Todas as entrevistas foram conduzidas por profissionais de saúde de nível superior previamente treinados. Antes da efetiva coleta de dados, foi realizado estudo-piloto em uma das comunidades, cujos dados não foram incluídos na análise final.

O instrumento de coleta de dados foi baseado em outros instrumentos já validados, especialmente o inquérito da PNAD⁹ e do Vigitel¹⁰. O formulário final foi composto de questões fechadas, divididas em blocos temáticos. Os dados demográficos e socioeconômicos coletados foram: sexo, idade, cor da pele autodeclarada, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, situação de abastecimento de água, uso de energia elétrica e esgotamento sanitário.

Os hábitos de vida investigados como fatores de risco foram: tabagismo (atual e progresso), sedentarismo (menos de 150 minutos de atividade física moderada ou intensa por semana)¹¹ e consumo abusivo de bebidas alcoólicas (consumo de quatro ou mais doses para mulheres e de cinco ou mais doses para homens em uma mesma ocasião nos últimos 30 dias, considerando como dose de bebida alcoólica uma dose de bebida destilada, uma lata de cerveja ou uma taça de vinho)¹².

Para avaliar hábitos alimentares de risco, foram coletados dados sobre o consumo de refrigerantes (menos de três vezes por semana e maior/igual a três vezes por semana), carne vermelha com gordura, frango com pele, frutas (menos de três vezes por semana e maior/igual a três vezes por semana) e uso de sal

diretamente no prato de comida. A morbidade autorreferida incluiu a informação de resposta à questão “*Algum médico já lhe disse que você tem...?*”. Foram investigadas hipertensão arterial, diabetes, colesterol elevado, doença renal, depressão e problemas de coluna.

Também foi calculado o índice de massa corporal (IMC) após aferição do peso e estatura, e os participantes foram classificados conforme definição: abaixo do peso para $IMC \leq 18,4 \text{ kg/m}^2$, peso normal para IMC entre 18,5 e $24,9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso para $IMC \geq 25$ e $\leq 29,9 \text{ kg/m}^2$ e obesidade para $IMC \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$. Após essa classificação, para excesso de peso considerou-se a somatória dos indivíduos com sobrepeso e obesidade. O peso foi mensurado em uma balança antropométrica periodicamente calibrada, com capacidade para até 200kg e precisão de 100g. A estatura foi aferida com uso de estadiômetro fixo. Todas as medidas seguiram os procedimentos recomendados e foram aferidas em duplicata.

Os dados coletados foram tabulados e analisados com auxílio do programa SPSS (*Software Statistical Package for the Social Sciences*), versão 17.0, e Epi Info, versão 7.1. Os dados são apresentados em proporções, com os respectivos intervalos de confiança a 95%. As proporções foram comparadas por sexo, idade e escolaridade, por meio do teste qui-quadrado, admitindo-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O estudo foi desenvolvido após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Parecer nº 3.043/2011). A participação das comunidades contou com o apoio das lideranças locais e estadual. Todos os participantes foram orientados sobre os objetivos da pesquisa e concordaram com a participação, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido (ou com registro de digital, para os que não podiam assinar). O acesso às comunidades foi mediado pelo representante estadual das comunidades quilombolas, fato que possibilitou participação universal, sem recusas. Os autores declararam não existir conflito de interesses para a execução do trabalho e publicação dos resultados.

RESULTADOS

A pesquisa se consolidou com amostra de 756 indivíduos. A Tabela 1 apresenta as principais características do grupo estudado. Registrou-se o predomínio do gênero feminino ($n=485$; 64,2%), de pessoas abaixo dos 40 anos ($n=434$; 57,4%), com escolaridade de até quatro anos ($n=455$; 60,1%), casadas ou em união estável ($n=497$; 65,7%) e com rendimento mensal informado inferior ou igual um salário mínimo ($n=495$; 65,5%).

A Tabela 2 mostra a distribuição dos fatores de risco para DCNT segundo o gênero. Os homens apresentaram maiores frequências de comportamentos de risco para DCNT, com diferenças estatisticamente significantes para os hábitos alimentares,

hábitos tabagistas e consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Contudo, o excesso de peso mostrou-se mais prevalente na população feminina.

A Tabela 3 apresenta a distribuição dos fatores de risco avaliados segundo faixa etária, comparando adultos jovens com a população de idade igual ou superior a 40 anos. Os dados revelam diferenças significativas entre as faixas etárias, com

Tabela 1. Características sociodemográficas de quilombolas no norte de Minas Gerais, 2013

Variáveis	(n)	(%)
Sexo		
Masculino	271	35,8
Feminino	485	64,2
Idade (anos)		
<40	434	57,4
40-59	268	35,4
≥60	54	7,1
Alfabetização (anos concluídos)		
0	119	15,7
1-4	336	44,4
5-8	145	19,2
≥9	156	20,6
Estado conjugal		
Solteiro	160	21,2
Casado/união estável	497	65,7
Viúvo	49	6,5
Divorciado/separado	50	6,6
Cor da pele autodeclarada		
Branca	11	1,5
Preta	637	84,3
Amarela	9	1,2
Parda	99	13,1
Renda familiar (salários mínimos*)		
≤0,5	176	23,3
0,6-1,0	319	42,2
1,1-2,0	239	31,6
≥2,1	22	2,9
Lixo		
Coletado pelo serviço de limpeza	179	23,7
Queimado/enterrado/ jogado em terreno baldio	577	76,3
Esgotamento sanitário		
Rede geral	5	0,7
Fossa séptica	519	68,7
Fossa rudimentar	119	15,7
Outros/vala	113	14,9
Energia elétrica no domicílio		
Não	14	1,8
Sim	742	98,2
Abastecimento de água		
Rede geral	91	12,0
Poço ou nascente	468	61,9
Carro-pipa/chuva/rios/outros	197	26,1

*Salário mínimo vigente: R\$678,00

Tabela 2. Distribuição de fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), segundo o gênero, entre quilombolas do norte de Minas Gerais, 2013

Fatores de risco	Gênero						p-valor
	Homens (n=271)			Mulheres (n=485)			
	(n)	(%)	IC 95%	(n)	(%)	IC 95%	
Hábitos alimentares inadequados							
Consumo de refrigerante pelo menos 3 vezes por semana (n=178)	90	33,2	27,6-39,2	88	18,1	14,9-21,9	<0,001
Consumo de carne com gordura (n=316)	167	61,6	55,6-67,4	149	30,7	26,7-35,1	<0,001
Consumo de frango com pele (n=388)	198	73,1	67,4-78,2	190	39,2	34,8-43,7	<0,001
Consumo de frutas menos de 3 vezes por semana (n=500)	198	73,1	67,4-78,2	302	62,3	57,8-66,6	0,002
Colocar sempre sal diretamente no prato (n=204)	113	41,7	35,8-47,8	91	18,8	15,4-22,6	<0,001
Hábitos tabagistas							
Fumantes (n=182)	113	41,7	35,8-27,8	69	14,2	11,3-17,7	<0,001
Ex-fumantes (n=122)	60	22,1	17,3-27,6	62	12,8	10,0-16,2	0,002
Morbidade autorreferida							
Diabetes (n=50)	20	7,4	4,6-11,2	30	6,2	4,3-8,8	0,630
Hipertensão (n=234)	86	31,7	26,2-37,6	148	30,5	26,5-34,9	0,790
Colesterol alto (n=78)	24	8,9	5,8-12,9	54	11,1	8,5-14,4	0,383
Doença renal (n=55)	19	7,0	4,3-10,7	36	7,4	5,3-10,2	0,949
Depressão (n=103)	20	7,4	4,6-11,2	83	17,1	13,9-20,8	0,002
Problemas de coluna (n=204)	78	28,8	23,5-34,6	126	26,0	22,2-30,2	0,455
Excesso de peso (n=362)	105	38,7	32,9-44,8	257	53,0	48,4-57,5	<0,001
Sedentarismo (n=483)	198	73,1	67,4-78,3	285	58,8	54,2-63,2	<0,001
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas (n=239)	142	52,4	46,3-58,5	97	20,0	16,6-23,9	<0,001

Tabela 3. Distribuição de fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), segundo a idade, entre quilombolas do norte de Minas Gerais, 2013

Fatores de risco	Idade						p-valor
	<40 anos (n=434)			≥40 anos (n=322)			
	n	(%)	IC 95%	(n)	(%)	IC 95%	
Hábitos alimentares inadequados							
Consumo de refrigerante pelo menos 3 vezes por semana (n=178)	106	24,4	20,5-28,8	72	22,4	18,0-27,4	0,565
Consumo de carne com gordura (n=316)	203	46,8	42,0-51,6	113	35,1	29,9-40,6	0,002
Consumo de frango com pele (n=388)	219	50,5	45,7-55,3	169	52,5	46,9-58,0	0,633
Consumo de frutas menos de 3 vezes por semana (n=500)	283	65,2	60,5-69,6	217	67,4	61,9-72,4	0,583
Colocar sempre sal diretamente no prato (n=204)	115	26,5	22,5-31,0	89	27,6	22,9-32,9	0,789
Hábitos tabagistas							
Fumantes (n=182)	96	22,1	18,4-26,4	86	26,7	22,0-32,0	0,169
Ex-fumantes (n=122)	37	8,5	6,2-11,7	85	26,4	21,7-31,6	<0,001
Morbidade autorreferida							
Diabetes (n=50)	18	4,2	2,6-6,6	32	9,9	7,0-13,9	0,002
Hipertensão (n=234)	82	18,9	15,4-23,0	152	47,2	41,7-52,8	<0,001
Colesterol alto (n=78)	25	5,8	3,8-8,5	53	16,5	12,7-21,1	<0,001
Doença renal (n=55)	32	7,4	5,2-10,3	23	7,1	4,7-10,7	0,983
Depressão (n=103)	59	13,6	10,6-17,3	44	13,7	10,2-18,0	0,937
Problemas de coluna (n=204)	94	21,7	17,9-25,9	110	34,2	29,1-39,7	<0,001
Excesso de peso (n=362)	211	48,6	43,8-53,4	151	46,9	41,4-52,5	0,692
Sedentarismo (n=483)	286	65,9	61,2-70,3	197	61,2	55,6-66,5	0,208
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas (n=239)	151	34,8	30,4-39,5	88	27,3	22,6-32,6	0,035

registro de maior consumo de carnes com gorduras e uso excessivo de álcool entre os mais jovens. Registrou-se maior prevalência de autorrelato de morbidades entre as pessoas com idade superior a 40 anos. O excesso de peso e o sedentarismo foram semelhantes para ambas as faixas etárias.

Os fatores de risco segundo a escolaridade do grupo avaliado são apresentados na Tabela 4. Frequências mais elevadas de fatores de risco com diferenças significativas foram observadas, para quase todos os fatores avaliados, entre aqueles de menor escolaridade.

Tabela 4. Distribuição de fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), segundo a escolaridade, entre quilombolas do norte de Minas Gerais, 2013

Fatores de risco	Escolaridade						p-valor
	≤4 anos (n=455)			>4 anos (n=301)			
	n	(%)	IC 95%	(n)	(%)	IC 95%	
Hábitos alimentares inadequados							
Consumo de refrigerante pelo menos 3 vezes por semana (n=178)	125	27,5	23,5-31,9	53	17,6	13,6-22,5	0,002
Consumo de carne com gordura (n=316)	197	43,3	38,7-48,0	119	39,5	34,0-45,3	0,341
Consumo de frango com pele (n=388)	262	57,6	52,9-62,2	126	41,9	36,3-47,7	<0,001
Consumo de frutas menos de 3 vezes por semana (n=500)	319	70,1	65,6-74,2	181	60,1	54,3-65,7	0,005
Colocar sempre sal diretamente no prato (n=204)	154	33,9	29,5-38,4	50	16,6	12,7-21,4	<0,005
Hábitos tabagistas							
Fumantes (n=182)	147	32,3	28,1-36,8	35	11,6	8,3-15,9	<0,001
Ex-fumantes (n=122)	96	21,1	17,5-25,2	26	8,6	5,8-12,6	<0,001
Morbidade autorreferida							
Diabetes (n=50)	44	9,7	7,2-12,9	6	2,0	0,8-4,5	<0,001
Hipertensão (n=234)	191	42,0	37,4-46,7	43	14,3	10,6-18,9	<0,001
Colesterol alto (n=78)	60	13,2	10,3-16,7	18	6,0	3,7-9,4	0,002
Doença renal (n=55)	33	7,3	5,1-10,1	22	7,3	4,7-11,0	0,909
Depressão (n=103)	59	13,0	10,1-16,5	44	14,6	10,9-19,2	0,589
Problemas de coluna (n=204)	146	32,1	27,9-36,6	58	19,3	15,1-24,3	<0,001
Excesso de peso (n=362)	202	44,4	39,8-49,1	160	53,2	47,4-58,9	0,022
Sedentarismo (n=483)	281	61,8	57,1-66,2	202	67,1	61,4-72,3	0,155
Consumo excessivo de bebidas alcoólicas (n=239)	157	34,5	30,2-39,1	82	27,2	22,4-32,7	0,043

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu identificar a prevalência de alguns fatores de risco para DCNT na população quilombola do norte de Minas Gerais, aspecto pouco abordado na literatura nacional. Registrou-se uma elevada prevalência de hábitos alimentares inadequados, tabagismo presente ou passado, excesso de peso e sedentarismo, além de consumo excessivo de álcool. Foi possível registrar ainda frequências elevadas para o autorrelato de morbidades crônicas, com destaque para a hipertensão, problemas de coluna, depressão e colesterol elevado.

Embora estudos específicos sobre as comunidades quilombolas sejam escassos, alguns autores, abordando a população geral, têm destacado o aumento da morbidade por DCNT em todo o país, discutindo alguns fatores de risco^{4,6,13,14}.

No presente estudo, hábitos alimentares inadequados foram registrados em proporções significativamente maiores para os homens em relação às mulheres. O consumo regular de refrigerante mostrou-se relevante, mas menor entre mulheres, o que é semelhante a outros estudos nacionais^{4,5}. Também foi observada uma relação inversa entre escolaridade e consumo de refrigerantes, aspecto já registrado na literatura para a população em geral⁴. Já o consumo de carne vermelha com gordura mostrou-se superior neste estudo, quando comparado a outras pesquisas^{4,5}. Esse fato pode ser por causa das particularidades culturais da população avaliada. É importante salientar a relação entre o consumo de carne com gordura e o menor nível de

escolaridade registrado em outros estudos^{4,13}, o que não foi confirmado nesta amostra.

Sobre o consumo de frango com pele, os dados mostraram-se superiores a estudos realizados em São Paulo e em território nacional, mas em todos as mulheres registravam menor consumo que os homens^{13,15}. Quanto ao consumo regular de frutas, os dados mostraram-se inferiores ao encontrado em outra pesquisa nacional, com o consumo ainda menor no sexo masculino e em indivíduos com escolaridade mais baixa. O consumo de alimentos que são considerados de risco à saúde tem se mostrado inverso ao consumo de frutas¹⁶.

Quando avaliado o consumo de sal, não foram encontradas pesquisas que avaliaram o consumo de forma similar, contudo um estudo nacional, realizado entre 2002 e 2003, revelou que o brasileiro ingere cerca de duas vezes e meia o limite recomendado de sal¹⁷. Este trabalho mostra uma porcentagem significativa de indivíduos, principalmente homens e aqueles com baixa escolaridade, que têm o hábito de colocar, adicionalmente, sal no prato de comida. Na literatura, é nítida a relação entre o consumo abusivo de sal e as doenças crônicas, com destaque para a hipertensão arterial¹⁸.

É absolutamente relevante uma discussão mais profunda acerca dos hábitos alimentares inadequados em comunidades quilombolas. O consumo excessivo de refrigerantes e a baixa ingestão de frutas podem ser tomados como situações emblemáticas de uma condição outrora não imaginada. Em certa medida, esses achados denotam uma invasão cultural

em relação aos padrões alimentares da cidade e reiteram a invisibilidade social a que estão submetidos esses povos, sem garantias para manutenção de suas lavouras e hábitos alimentares saudáveis. Outros autores já destacaram aspectos similares. Cordeiro e colaboradores registraram que a proximidade da comunidade com rodovias e grandes cidades pode interferir no comportamento das comunidades quilombolas, justificando inclusive a elevada prevalência de obesidade para essa população. Os autores destacam um novo padrão de subsistência, com menor envolvimento com a produção de alimentos e maior acesso aos alimentos industrializados¹⁹. Resultados sugestivos de uma alimentação inadequada com reflexos sobre a saúde em população quilombola também foram registrados em inquérito nutricional com crianças e adolescentes alagoanas, no qual os autores alertam para a necessidade de maior atuação do poder público para reverter a situação²⁰.

A morbidade autorreferida, especialmente para as condições crônicas, tem sido avaliada em inquéritos de saúde como indicador de alerta aos gestores de saúde em relação ao avanço das DCNT²¹, situação que aponta para a necessidade de reorganização do sistema de saúde²². Embora este autorrelato não tenha o mesmo valor da aferição expressa do diagnóstico, ressalta-se que frequências elevadas devem ser avaliadas de forma acurada. Nesse sentido, o presente trabalho destacou elevadas frequências de autorrelato para hipertensão arterial, problemas de coluna, depressão, diabetes e colesterol alto.

A hipertensão arterial sistêmica ocupa lugar destaque entre as DCNT, e sua prevalência tem aumentado significativamente com passar do tempo⁶. Diversos estudos têm mostrado sua associação a uma alimentação inadequada, sedentarismo e idade avançada, trazendo consequências aos indivíduos como diminuição da qualidade de vida e aumento da morbidade^{4,14}. Quanto à prevalência da hipertensão, não houve diferença significativa entre homens e mulheres, mas este estudo revelou uma relação estatisticamente significativa entre menor escolaridade e hipertensão, o que também foi verificado em inquérito nacional¹⁴.

Os dados deste estudo revelam que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica se encontra mais elevada do que o encontrado nacionalmente¹⁴. Contudo, quando se compara a prevalência autorreferida com a de outro estudo realizado exclusivamente em comunidade quilombola, situada no Estado da Bahia, os dados deste trabalho encontram-se inferiores²³, talvez por causa da metodologia empregada, que, no estudo baiano, identificou a hipertensão a partir da aferição da pressão arterial. A partir daí, é válido refletir sobre elevada prevalência de hipertensão nas comunidades quilombolas de modo geral.

A diabetes é outra DCNT relevante. Esta pesquisa revelou que a prevalência de diabetes encontrada está perto do que foi encontrado nacionalmente em ambos os sexos, em população

semelhante^{3,6,13,24}. Foi observado que indivíduos de menor escolaridade⁵ e maior idade⁴ têm maior prevalência da diabetes. Uma pesquisa realizada com quilombolas mostra quão grandes são as deficiências no diagnóstico precoce dessa doença²⁵, o que prejudica o controle da doença e diminui a qualidade de vida dos doentes.

Sobre a prevalência de depressão autorreferida, esta pesquisa apontou uma proporção muito superior àquela registrada em outros estudos^{6,26}. Porém dados semelhantes foram encontrados em comunidades quilombolas localizadas na Bahia^{27,28}. A depressão pode interferir diretamente no desempenho produtivo do indivíduo e estar associada a piores condições de vida e vulnerabilidade social, o que é mais um aspecto a ser destacado na necessidade de se dar maior atenção para as comunidades quilombolas^{27,28}.

O colesterol alto está intimamente associado ao sedentarismo e à alimentação inadequada, condições observadas para a população estudada. A prevalência de colesterol alto referida neste trabalho encontra-se inferior àquela observada em estudo que avaliou a prevalência com dosagem sérica em amostra de mais de 80 mil pessoas²⁹. Esse dado destaca quão é importante avaliar a deficiência de um diagnóstico preciso, já que se trata de uma doença que implica acesso ao serviço de saúde para avaliação laboratorial. É relevante destacar a associação de fatores que implicam em risco cardiovascular elevado para essa população.

A prática de atividade física contribui para o bem-estar da pessoa e é fator de proteção para de DCNT. De forma análoga, o sedentarismo representa um importante e modificável fator de risco. No decorrer dos anos, o sedentarismo tem aumentado, e seu monitoramento ainda é recente³⁰. Um estudo nacional recente registrou elevadas prevalências de sedentarismo, resultado similar aos achados deste estudo². Outras regiões do Brasil também mostram taxas preocupantes de sedentarismo^{31,32}. Fato relevante é que a população estudada é predominantemente rural e, em tese, deveria ter registro de maior tempo de atividade física devido ao histórico de trabalho em lavouras. Outro fato que chama a atenção no presente estudo foi o sedentarismo ser mais prevalente entre os homens, o que difere de dados nacionais³⁰.

O número de pessoas acometidas pelo sobrepeso e obesidade vem aumentando nas últimas décadas⁴. Esse aumento está relacionado a fatores de risco como alimentação inadequada, idade avançada, fatores genéticos e metabólicos, além de baixos índices de atividade física^{4,6}. Dados de sobrepeso e obesidade semelhantes aos deste estudo também foram encontrados em outras regiões^{4,6,31}. Outra pesquisa realizada em diversas capitais brasileiras revelou um percentual ainda maior¹³. Já estudo realizado em quilombolas da Bahia identificou proporções menores de excesso de peso em relação aos resultados deste trabalho²³. O excesso de peso como fator de risco pode ser

tomado como uma medida resumo de outras variáveis, como alimentação inadequada e sedentarismo. Considerando que esse excesso de peso foi diretamente aferido, e não simplesmente informado, as prevalências observadas em homens e mulheres devem ser vistas como um sinal de alerta aos gestores de saúde.

A prevalência do tabagismo encontrada nessa população mostra-se similar àquela identificada para a população brasileira⁴, todavia esse número foi superior ao da população adulta de Goiás³¹ e também superior ao estudo realizado exclusivamente com população quilombola da Bahia²³. O uso contínuo do tabaco representa um dos principais fatores de risco para DCNT e é potencializado com o uso de bebidas alcoólicas em excesso. O presente estudo também revelou um consumo de álcool superior ao registrado em quilombolas no sudoeste da Bahia²³. Essas diferenças podem traduzir aspectos culturais ou denotar falta de acesso aos cuidados de promoção da saúde.

O aumento das DCNT em todo o mundo faz com que essas doenças sejam prioridade para os gestores de saúde. Essa situação é verdadeira também para o Brasil, o que demanda políticas específicas para o controle das DCNT. Há alguns anos foi criado o Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, que prioriza as ações e os investimentos necessários à preparação do Brasil para enfrentar e deter as DCNT, entre 2011 e 2022³². Todavia é necessário assegurar que tais ações e investimentos alcancem as comunidades mais vulneráveis, nas quais os agravos são mais frequentes.

Além dos fatores de risco previamente discutidos, as comunidades quilombolas passam por dificuldades sociais destacadas neste e em outros estudos, aspectos notáveis pela baixa renda, baixa escolaridade, falta de saneamento e falta de

acesso aos cuidados de saúde^{33,34}, que reforçam quão vulneráveis são essas comunidades.

Os resultados do presente estudo devem ser considerados a partir de algumas limitações. Para os dados de morbidade, as análises fundamentaram-se no autorrelato, o que compromete inferências mais acuradas. As comunidades avaliadas são relativamente distantes de grandes centros urbanos, e a falta de acesso aos cuidados de saúde para essas comunidades pode gerar uma subestimativa da situação real. Todavia é importante destacar que este é um dos estudos iniciais acerca dos fatores de risco para DCNT em quilombolas, e os resultados alertam para a necessidade de novas pesquisas sobre o tema.

CONCLUSÃO

A prevalência de cor da pele autodeclarada preta neste estudo supera a população brasileira de uma forma geral. Esse dado, somado aos fatores socioeconômicos e à elevada prevalência de fatores de risco para DCNT, permite inferir uma notável iniquidade relacionada à cor da pele e à exclusão histórica das comunidades quilombolas. A principal contribuição deste estudo foi o de desvelar uma situação crítica em relação aos riscos para as DCNT que a população quilombola está exposta. Esse é um tema ainda distante das academias da área da saúde, mas de necessária discussão. Considerando a historicidade do preconceito e do racismo, torna-se imperioso que as instituições de educação e de saúde estimulem a discussão acerca das iniquidades em saúde relacionadas à cor da pele, resgatando a dignidade da população negra, de modo geral, e, de modo particular, das comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: WHO; 2005.
2. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Cien Saude Colet*. 2013;18(3):873-82. PMID:23546214. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800033>.
3. Costa LC, Thuler LCS. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Estud Popul*. 2012;29(1):133-45. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-30982012000100009>.
4. Iser BPM, Claro RM, Moura EC, Malta DC, Morais No OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis obtidos por inquérito telefônico - VIGITEL Brasil - 2009. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(1):90-102. PMID:22002146. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500010>.
5. Moura EC, Silva SA, Malta DC, Morais No OL. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas: vigilância por meio de inquérito telefônico, VIGITEL, Brasil, 2007. *Cad Saude Publica*. 2011;27(3):486-96. PMID:21519699. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000300009>.
6. Barros MBA, Francisco PMSB, Zanchetta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Cien Saude Colet*. 2011;16(9):3755-68. PMID:21987319. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001000012>.
7. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(9):1829-42. PMID:24068228. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013001300022>.
8. Fundação Palmares [Internet]. 2015 [citado em 2015 fev 23]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-02-2015.pdf>
9. Brasil. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios [Internet]. Brasília; 2015 [citado em 2015 fev 23]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/pesquisas/pesquisa_resultados.php?id_pesquisa=40.%20Bras%C3%ADlia:%20DF;%202011
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de

- fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília; 2011.
11. Matsudo VAE, Matsudo S, Andrade DAT, Oliveira L, Braggion GRV. Moderate, vigorous, and walking messages adopting in a physical activity intervention program as related to chronological age. *Med Sci Sports Exerc.* 2001;33(S5):S50.
 12. Babor TF, Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care. *PAHO.* 1992;92(4):1-29.
 13. Malta DC, Oliveira MR, Moura EC, Silva SA, Zouain CS, Santos FP, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis entre beneficiários da saúde suplementar: resultados do inquérito telefônico Vigitel, Brasil, 2008. *Cien Saude Colet.* 2011;16(3):2011-22. PMID:21519689. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300035>.
 14. Oliveira-Campos M, Rodrigues-Neto JF, Silveira MF, Neves DMR, Vilhena JM, Oliveira JF, et al. Impacto dos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na qualidade de vida. *Cien Saude Colet.* 2013;18(3):873-82. PMID:23546214. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000800033>.
 15. Monteiro CA, Moura EC, Jaime PC, Claro RM. Validade de indicadores do consumo de alimentos e bebidas obtidos por inquérito telefônico. *Rev Saude Publica.* 2008;42(4):582-9. PMID:18709237. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000400002>.
 16. Figueiredo ICR, Jaime PC, Monteiro CA. Fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras em adultos da cidade de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2008;42(5):777-85. PMID:18797573. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000049>.
 17. Sarno F, Claro RM, Levy RB, Bandoni DH, Ferreira SRG, Monteiro CA. Estimativa de consumo de sódio pela população brasileira, 2002-2003. *Rev Saude Publica.* 2009;43(2):219-25. PMID:19225699. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000002>.
 18. Cotta RMM, Reis RS, Batista KCS, Dias G, Alfnas RCG, Castro FAF. Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária. *Rev Nutr.* 2009;22(6):823-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732009000600004>.
 19. Cordeiro MM, Monego ET, Martins KA. Overweight in Goiás' *quilombola* students and food insecurity in their families. *Rev Nutr.* 2014;27(4):405-12. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732014000400002>.
 20. Ferreira HS, Lamenha MLD, Xavier Jr AFS, Cavalcante JC, Santos AM. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;30(1):51-8. PMID:22159651.
 21. Schmidt MI, Duncan BB, Hoffmann JF, Moura L, Malta DC, Carvalho RMSV. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida, Brasil, 2006. *Rev Saude Publica.* 2009;43(S2):74-82. PMID:19936501. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009000900010>.
 22. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet.* 2010;15(5):2297-305. PMID:20802863. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
 23. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2013;29(9):1889-902. PMID:24068233. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013001300027>.
 24. Agostinho MR, Oliveira MC, Pinto MEB, Balardin GU, Harzheim E. Autopercepção da saúde entre usuários da Atenção Primária em Porto Alegre, RS. *Rev Bras Med Fam e Comum.* 2010;5(17):9-15. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmf5\(17\)175](http://dx.doi.org/10.5712/rbmf5(17)175).
 25. Souza CL, Barroso SM, Guimarães MDC. Oportunidade perdida para diagnóstico oportunista de diabetes mellitus em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cien Saude Colet.* 2014;19(6):1653-62. PMID:24897467. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.08662013>.
 26. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol.* 2012;15(2):346-54. PMID:22782100. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>.
 27. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad Saude Publica.* 2014;30(7):1487-501. PMID:25166945. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00141213>.
 28. Barroso SM, Melo APS, Guimarães MDC. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. *Rev Panam Salud Publica.* 2014;35(4):256-63. PMID:24870004.
 29. Martinez TLR, Santos RD, Armaganijan D, Torres KP, Loures-Vale A, Magalhães ME, et al. Campanha Nacional de Alerta Sobre o Colesterol Elevado: determinação do nível de colesterol de 81.262 brasileiros. *Arq Bras Cardiol.* 2003;80(6):631-4. PMID:12856073.
 30. Moura EC, Morais Neto OL, Malta DC, Moura L, Silva NN, Bernal R, et al. Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal (2006). *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(S1):20-37.
 31. Peixoto MRG, Monego ET, Alexandre VP, Souza RGM, Moura EC. Monitoramento por entrevistas telefônicas de fatores de risco para doenças crônicas: experiência de Goiânia, Goiás, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2008;24(6):1323-33. PMID:18545758. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000600013>.
 32. Malta DC, Silva Jr JB. 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. *Epidemiol Serv Saúde.* 2013;22(1):151-64. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742013000100016>.
 33. Silva JAN. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde Soc.* 2007;16(2):111-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200011>.
 34. Miranda SAD. Educação escolar quilombola em Minas Gerais: entre ausências e emergência. *Rev Bras Educação.* 2012;17(50):369-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782012000200007>.

Recebido em: Abr. 30, 2016
Aprovado em: Jan. 10, 2017