

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

DANNYLO FERREIRA FONTENELE

**FATORES ASSOCIADOS AO SOBREPESO E OBESIDADE EM UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA NO ESTADO DO MARANHÃO**

SÃO LUÍS
2022

**FATORES ASSOCIADOS AO SOBREPESO E OBESIDADE EM UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA NO ESTADO DO MARANHÃO**

DANNYLO FERREIRA FONTENELE

Trabalho de Conclusão de Mestrado apresentado à banca 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
2022

DANNYLO FERREIRA FONTENELE

**FATORES ASSOCIADOS AO SOBREPESO E OBESIDADE EM UMA
COMUNIDADE QUILOMBOLA NO ESTADO DO MARANHÃO**

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
Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Dr.^a. Sabrina Varão Oliveira Ribeiro
Examinadora
Secretaria Municipal de Saúde de São Luís

Prof.^a. Dr.^a. Nair Portela Silva Coutinho
Examinadora
Universidade Federal do Maranhão

*“Devemos tratar igualmente os iguais
e desigualmente os desiguais, na medida de
sua desigualdade.”*

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal do Maranhão por ter sido, mais uma vez, minha casa formadora, da qual tenho orgulho de ser egresso e sou grato por ter me proporcionado acesso a uma qualificação de qualidade. Bem como sou extremamente grato a todos os professores que contribuíram para mais essa etapa de formação e ao Programa Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF.

De modo especial à minha orientadora Prof.^a. Dr.^a. Ana Hélia de Lima Sardinha por todo apoio, paciência e orientação cedida, bem como por toda confiança depositada.

À Deus por ter me proporcionado viver esse momento, por ter concedido proteção, saúde, fé e coragem para alcançar meus objetivos.

Aos meus pais José Aragão Fontenele e Edileuma Maria Ferreira Fontenele por todo esforço e dedicação durante minha formação educacional e moral. Agradeço também a minha esposa Clara Santos Shen Fontenele por toda compreensão nos momentos de ausência justificada pelas demandas acadêmicas. Vocês, sem dúvida, são a razão do ânimo e motivação de todas as conquistas.

Aos meus colegas de turma Sâmia Amelia Mendes Silva, Marisa Araujo Costa, Maykon Douglas Silva Soares e Larissa Maciel de Almeida pela partilha nessa trajetória e aos meus amigos de vida que oferecem apoio indispensável durante essa ‘jornada’: Paloma Rocha Reis e Marcus Ronald Mota Cavancanti.

À Joelmara Furtado dos Santos Pereira por todo apoio, amizade e companheirismo nessa minha trajetória!

À Jessica Diniz que sempre me trouxe palavras de esperança, fé e motivação.

RESUMO

Introdução: A obesidade já é caracterizada como uma epidemia e a preocupação dos órgãos internacionais de saúde com a problemática é pauta frequente e crescente nos fóruns mundiais de saúde da população. O excesso de peso corporal é um dos cinco principais problemas responsáveis pela carga global de adoecimento. Esse cenário tem como causa raiz a transição epidemiológica e nutricional, com importantes impactos na prevalência de doenças. A obesidade é um importante fator relacionado ao grupo de doenças crônicas não transmissíveis, que por sua vez são intimamente relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Vulnerabilidades sociais tendem a potencializar esse cenário. A população de quilombola enquanto um grupo de importante vulnerabilidade social necessita ser analisado enquanto alvo dessa carga de adoecimento. **Objetivo:** Analisar fatores associados ao sobrepeso e obesidade em quilombolas no Estado do Maranhão. **Metodologia:** Trata-se de um estudo analítico e transversal com abordagem quantitativa. Foi realizada associação das variáveis classificatórias pelo teste não paramétrico de qui-quadrado de independência. As variáveis numéricas em relação à classificação do IMC foram avaliadas pelo teste t de student independente. A avaliação das variáveis independentes das condições sociodemográficas, dos hábitos de vida e das condições de saúde em relação as variáveis dependentes classificação de IMC (normal e sobrepeso/obeso), classificação do CC (normal e Aumentada) e a classificação do RCE (Normal e Aumentada) foi feita pela análise de regressão logística multivariada. **Resultados:** A população feminina a mais frequente na população quilombola analisada, bem como a faixa etária mais prevalente entre 30-39 anos. Na composição familiar, o número médio de filhos de 2,94. Quanto aos fatores de risco relacionados com a obesidade pela classificação do IMC, foi encontrado um efeito significativo do sexo do indivíduo, consumo de sal, feijão, verdura e carne. Os indivíduos do sexo masculino apresentaram um efeito protetor à obesidade em relação ao sexo feminino. O uso de mais de um indicador antropométrico ofereceu informação adicional para mapear o risco de doenças crônicas não transmissíveis associadas ao sobrepeso, CC e a RCE. **Conclusão:** Neste estudo foi possível identificar que a prevalência alta alcança de modo contundente também as populações vulneráveis, como os quilombolas, apresentaram altos índices de sobrepeso e obesidade, mais de 50% da população investigada apresentou um aumento do peso para além do IMC padrão. O risco nutricional associado à presença de sobrepeso e obesidade se torna necessário discutir, considerando o momento atual em que a insegurança alimentar se encontra em atual estado de crescimento no Brasil.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is already characterized as an epidemic and the concern of international health agencies with the problem is a frequent and growing agenda in the world health forums of the population. Excess body weight is one of the top five problems responsible for the overall burden of illness. This scenario has as its root cause the epidemiological and nutritional transition, with important impacts on the prevalence of diseases. Obesity is an important factor related to the group of chronic non-communicable diseases, which in turn are closely related to the social determinants of health. Social vulnerabilities tend to potentiate this scenario. The quilombola population as a group of important social vulnerability needs to be analyzed as a target of this burden of illness. **Objective:** To analyze factors associated with weight and obesity in quilombolas in the State of Maranhão. **Methodology:** This is a retrospective, analytical and cross-sectional study with a quantitative approach. Secondary data were used. The classification variables were associated with the nonparametric chi-square test of independence. The numerical variables in relation to BMI classification were evaluated by the independent student t-test. The evaluation of the variables independent of sociodemographic conditions, life habits and health conditions in relation to the dependent variables BMI classification (normal and overweight/obese), classification of WC (normal and increased) and the classification of WHT (normal and increased) was made by multivariate logistic regression analysis. **Results:** The most frequent female population in the quilombola population analyzed, as well as the most prevalent age group between 30-39 years. In the family composition, the average number of children was 2.94. Regarding obesity-related risk factors by BMI classification, a significant effect of the individual's sex, consumption of salt, beans, vegetables and meat was found. The male individuals had a protective effect on obesity in relation to females. The use of more than one anthropometric indicator provided additional information to map the risk of chronic non-communicable diseases associated with overweight, WC and WHT. **Conclusion:** In this study it was possible to identify that the high prevalence reaches also vulnerable populations, such as quilombolas, presented high rates of overweight and obesity, more than 50% of the population investigated presented an increase in weight beyond the standard BMI. The nutritional risk associated with the presence of overweight and obesity becomes necessary to discuss, considering the current moment when food insecurity is currently growing in Brazil.

Keywords: Overweight. Obesity. Group with Ancestors of the African Continent.

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

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL - Lipoproteína de alta densidade

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IMC - Índice de massa corpórea

OMS - Organização Mundial de Saúde

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

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Hábitos de vida – síntese dos resultados	36
Gráfico 2 - Independência IMC x CC	38
Gráfico 3 – Independência IMC x RCE	38
Gráfico 4 - Independência IMC x PA	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas.....	32
Tabela 2 - Distribuição de frequências das variáveis sobre a moradia.....	32
Tabela 3 - Distribuição de frequências das variáveis sobre os hábitos de vida Quilombolas	34
Tabela 4 - Distribuição de frequências das variáveis condições de saúde.....	36
Tabela 5 - Estatística descritiva das variáveis numéricas.....	37
Tabela 6 - Teste do qui-quadrado de independência.....	38
Tabela 7. Teste t de student independente das variáveis numéricas em relação a classificação de IMC.....	39
Tabela 8 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação do IMC (normal e Sobrepeso/obeso)	40
Tabela 9 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da Circunferência da Cintura (normal e Aumentada)	41
Tabela 10 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da Razão da Cintura pela Estatura (Normal e Aumentada).....	42

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	13
2. OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO	16
3.1 Doenças crônicas e sua determinação social	16
3.1.1 Vulnerabilidade Social e a ocorrência de doenças crônicas.....	18
3.2.1.1 <i>Incidência do sobrepeso e obesidade em populações vulneráveis: Quilombolas</i>	21
4. METODOLOGIA	23
4.1 Delineamento da pesquisa	23
4.2 População e amostra	23
4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão	23
4.3 Área do estudo	24
4.4 Instrumento de coleta	24
4.5 Variáveis do estudo	25
4.6 Análise de dados	26
4.7 Aspectos éticos	26
5. RESULTADOS	27
6. CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS	51
ANEXOS	55

1. INTRODUÇÃO

Atualmente a obesidade é tida como uma epidemia e cresce a preocupação dos órgãos internacionais de saúde com a problemática. O Brasil é um dos países com maior foco de preocupação para os órgãos de saúde internacionais, visto que a Região das Américas tem a prevalência mais alta de todas as regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS), apresentando 62,5% dos adultos com sobrepeso ou obesidade (OPAS, 2021).

A obesidade se caracteriza pelo excesso de gordura corporal em quantidade que determine prejuízos à saúde e a ocorrência de comorbidades. De acordo com a definição fornecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o diagnóstico dessa condição é realizado pelo cálculo do índice de massa corporal ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m)}^2$) cujo resultado é maior ou igual a 30 kg/m². Os indivíduos que possuem IMC entre 25 e 29,9 kg/m² são diagnosticados como sobrepeso e já podem ter alguns prejuízos com o excesso de gordura, considerada uma faixa de transição para a obesidade (SBEM, 2022).

Considerando apenas a obesidade, estima-se que afete 28% da população adulta (26% dos homens e 31% das mulheres), o que se torna ainda mais relevante num cenário de pandemia, onde um dos fatores determinantes de desfechos desfavoráveis é a obesidade, como a COVID-19 (OPAS, 2021).

O excesso de peso corporal foi um dos cinco principais problemas responsáveis pela carga global de adoecimento (associado a 4,8% das mortes mundiais no ano de 2018 e foi responsável por 3,8% do total das doenças em 2015). Nessa perspectiva, estima-se que no ano de 2030 essa moléstia promoverá 25 milhões de mortes (WHO, 2019).

Esse cenário acaba tendo como uma das causas raízes a transição epidemiológica e nutricional, com importantes impactos na prevalência de doenças devido as alterações no estilo de vida e nos hábitos alimentares. Além do crescimento da carga de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (SCHMIDT *et al.*, 2016), que ainda hoje se constituem como um dos maiores desafios para a saúde pública mundial e brasileira.

Para analisar a obesidade e sobrepeso faz-se necessário mencionar a relação direta já estabelecida com as DCNT, que por natureza são multifatoriais, e, portanto, fortemente influenciadas pelos Determinantes Sociais da Saúde (DSS). De acordo com as Estimativas Globais de Saúde de 2019, as DCNT constituem sete das dez principais causas de morte no mundo (GIMENO, *et al.*, 2020).

Nesse contexto, torna-se necessário a discussão dos DSS - um conjunto de fatores que caracterizam as particularidades dos indivíduos e refletem sua inserção no tempo-espaço. Eles constituem uma rede complexa de fatores que ameaçam, promovem ou protegem a saúde. Esses fatores se inter-relacionam e condicionam o processo saúde doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo (DALGHREN;WHITEHEAD, 2007) - e se faz necessário considerar que o impacto dos DSS podem ter reflexos diferentes nos distintos grupos sociais, principalmente quando se tem como panorama um país como o Brasil, de estrutura história colonialista, miscigenado com forte herança escravocrata, onde a desigualdade de renda ainda é um relevante determinante social (CAVALCANTE, 2020). A prevalência da obesidade é mais significativa nas famílias de baixa renda, que estão em situação de maior vulnerabilidade (FLOR, *et al.*, 2017).

A vulnerabilidade social é um conceito multidimensional, mas que se revela na dificuldade de acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade, resultando em debilidades ou desvantagens para o desempenho e mobilidade social dos atores. As desvantagens com respeito às estruturas de oportunidades resultam em um aumento das situações de desproteção e insegurança, o que põe em relevo os problemas de exclusão e marginalidade. Por essa razão os grupos de vulnerabilidade social demandam um olhar direcionado à sua realidade, pois o risco é aumentado (KAZTMAN, 2019).

As diversidades regionais precisam ser consideradas na análise desse panorama, pois, as características socioeconômicas, os fatores condicionantes e determinantes de saúde e o acesso aos serviços de saúde são distintos. As modificações epidemiológicas afetam toda a população, contudo seu impacto entre minorias étnicas e raciais no Brasil, em especial em comunidades quilombolas, existe e precisa ser mais estudado (SILVA, *et al.*, 2018).

A obesidade e o sobrepeso interferem diretamente nos custos do SUS, obesos necessitam de maior tempo de internação para recuperação da comorbidade em tratamento e fazem uso mais frequente do sistema de saúde (BRASIL, 2020). E as políticas públicas brasileiras priorizam e reconhecem que em algumas populações a vulnerabilidade social é maior. Por isso, buscam por meio da equidade de ações fornecer atenção a povos e comunidades tradicionais como: indígenas, quilombolas, comunidade de terreiro, ribeirinhos entre outras (MALTA, *et al.*, 2017).

As Comunidades Remanescente de Quilombo (CRQ) são grupos étnico-raciais definidos com base em critérios de auto atribuição, contudo, são minoritários dentro da população negra. As CRQ, com trajetória histórica própria e relação cultural e territorial

específica, são um segmento populacional com características de vulnerabilidade social e informações escassas sobre o estado nutricional e fatores associados (ARRUTI, 2018).

A Região Nordeste possui o maior número de comunidades quilombolas certificados. Apesar da relação cultural e territorial específica, como importante elemento de identidade grupal, a sazonalidade climática, a devastação ambiental, as dificuldades de titulação fundiária e de acesso podem contribuir para um risco nutricional diferenciado nessa população (CONAQ, 2020).

Atualmente, as CRQ's estão entre os grupos populacionais considerados mais vulneráveis, devido aos seus aspectos históricos, sociais e econômicos. As CRQ's trazem consigo uma trajetória histórica de luta e resistências, racismo e busca por melhores condições de vida (BRASIL, 2020).

Portanto, torna-se evidente a necessidade de aprofundar os conhecimentos acerca da dimensão étnica das condições de saúde caracterizadas como sobrepeso e obesidade no Brasil. Bem como, compreender os impactos de uma trajetória socioeconômica desfavorável, pautada em elementos históricos relativos à escravidão para o grupo em questão, que implicaram diretamente em mudanças nos indicadores antropométricos dos indivíduos (VIGITEL, 2020). Por essa razão, o presente estudo tem por objetivo elucidar “Quais os fatores associados ao Sobrepeso e Obesidade em uma Comunidade Remanescente de Quilombo?” através de uma perspectiva analítica.

1.1 Justificativa

Compreende-se que entender as condições multifatoriais do sobrepeso e obesidade nas CRQ's faz-se importante para fomentar o conhecimento na tomada de decisão durante o atendimento e acompanhamento dos usuários nos povoados, residências e Unidades de Saúde da Família (USF). Considerando as singularidades, a compreensão também é importante para provocar ações governamentais mais assertivas e pautadas em evidências que possam beneficiar a saúde da população através da construção e divulgação de políticas públicas que auxiliem na promoção, prevenção, controle e recuperação de fatores de risco e/ou condições crônicas.

A relevância desta pesquisa está na abordagem analítica acerca dos fatores ligados à obesidade e o sobrepeso em uma CRQ's, que por vezes tem como único elo de acesso a políticas públicas o profissional que trabalha na estratégia de saúde da família.

O estudo das variáveis ligadas a essa problemática pode trazer lucidez aos gestores locais em suas avaliações sobre os pontos a serem discutidos e reavaliados para a definição de

metas, estratégias, atividades protetivas e preventivas na perspectiva mais ampla de saúde considerando a vulnerabilidade social.

Este estudo contribuí também como fonte de informações para fortalecimento das produções científicas, para o ensino e pesquisa no universo da atenção primária em saúde e epidemiologia de populações vulneráveis. Pois, o estado da arte revela que há escassez de pesquisas de temas similares, conferindo a esta pesquisa pioneirismo na investigação desse aspecto no Maranhão, visto que os estudos mais frequentes são na Bahia e Minas Gerais, no entanto o Estado é o terceiro maior em número de quilombos no país.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar fatores associados ao sobrepeso e obesidade em quilombolas no Estado do Maranhão.

2.2 Específicos

- Descrever os aspectos demográficos, socioeconômicos e hábitos de vida em quilombolas.
- Caracterizar o estado nutricional em quilombolas.
- Associar os fatores relacionadas à obesidade e ao sobrepeso em quilombolas.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Doenças crônicas e sua determinação social

O Brasil, seguindo uma tendência mundial, iniciou transição epidemiológica a partir da década de 1960. Tais modificações epidemiológicas produziram importantes mudanças no perfil das doenças que acometiam a população brasileira, houve redução da morbimortalidade por doenças infectocontagiosas, diminuição da fecundidade e natalidade, por consequência, aumento da expectativa de vida, aumento da proporção de idosos em relação aos demais grupos etários, alterações no estilo de vida e nos hábitos alimentares, além de crescimento da carga de DCNT (SCHMIDT *et al.*, 2016).

A tendência de crescimento da longevidade é confirmada por estimativas que apontam que em 2019 as pessoas viveram seis anos mais do que em 2000, com uma média global de mais de 73 anos em 2019 em comparação com quase 67 anos no ano 2000. Porém, após estudos, em média, apenas cinco desses anos adicionais foram vividos com boa saúde (BRASIL, 2019).

De modo geral, as doenças que compõe as condições crônicas de saúde são as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas – e todo esse conjunto têm implicado em elevados índices de mortalidade precoce, quedas na qualidade de vida e impactos econômicos negativos para a sociedade (MENDES, 2011).

Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções [...] associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2012, p. 07).

As DCNT têm por característica início e evolução gradativa com diferentes causalidades que apresentam variação no tempo: hereditariedade, estilos de vida, exposição a fatores ambientais e fisiológicos. Importante destacar que também há um encadeamento de sintomas, um correlacionado ao outro, uma vez que as condições físicas impostas pelas DCNTs acabam implicando em estresse e ansiedade, o que por sua vez ocasionam problemas emocionais que levam a depressão, fadiga e a condições crônicas. Uma vez que as condições crônicas possuem causalidades múltiplas e comumente são desencadeadas por fatores relacionados ao cotidiano do sujeito. É necessário destacar que há relação direta com o modelo explicativo da determinação social da doença (GRAH; SILVA; PRÁ, 2015).

De acordo com Schmidt *et al* (2016), a carga das DCNT se torna mais expressiva em países de baixa e média renda. No Brasil, a maior parcela das mortes foi atribuída à diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer, dentre outros, evidenciando as DCNT como um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano (SCHMIDT *et al.*, 2016).

Globalmente, em 2019, a mortalidade por DCNT corresponderam a 43,48% do total de mortes do DCNT na faixa etária entre 30 a 69 anos. No Brasil em 2016 foram atribuídas as DCNTs 975.400 óbitos o que equivale a 74% das mortes que ocorrem nesse ano, com destaque para as doenças cardiovasculares e neoplasias (OMS, 2019).

Como são diretamente relacionadas à determinação social, não é surpresa que a prevalência da taxa de mortalidade por DCNT se destaca em sujeitos com baixa renda, devido à latente condução de vulnerabilidade e exposição aos fatores de risco, como também por terem menos acesso aos serviços de saúde (MALTA, 2014).

Durante a história, há uma tendência em explicar o processo saúde-doença pelos modelos majoritariamente biomédicos, caracterizando as situações de doença como a falta de mecanismo de adaptação do corpo biológico ao meio (GRAH; SILVA; PRÁ, 2015). Porém quando consideramos o modelo da determinação social da doença, norteia-se em uma análise calcada na estruturação social de uma sociedade se consegue de modo mais assertivo prevenir e promover ações de saúde.

As desigualdades sociais, as diferenças de acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação são determinantes para uma maior prevalência de doenças crônicas e, em sequência, implica em um maior agravo decorrente da evolução da doença (BRASIL, 2012).

Quando considerados os principais fatores de risco, percebe-se tendências desfavoráveis que mostram a necessidade de ações adicionais e oportunas de promoção e prevenção da saúde, especialmente na forma de legislação e regulamentação focadas nos cuidados crônicos de qualidade. Além da necessidade emergente de fortalecer os vínculos entre governo, instituições acadêmicas e sociedade civil para facilitar as respostas da sociedade ao desafio das DCNT. (SCHMIT *et al*, 2016)

Nesse sentido, um forte aliado contra o avanço das DCNT é o cuidado na Atenção Primária em Saúde, pois seu envolvimento enquanto a estratégia majoritária do sistema único de saúde deve agir como uma efetiva ferramenta de intervenção sustentável nas comunidades, especialmente na prevenção pelo combate aos seus fatores de risco (OPAS, 2003. MEDEIROS, 2021).

Quando analisados os programas de saúde que dão suporte a terapêutica das DCNT, há a necessidade de perceber a concepção de saúde e doença, a qual permite compreender a adesão e construção do entendimento da população, portanto, trata-se de um problema de saúde pública de elevada relevância, e sua abrangência tem levado a indagações sobre medidas preventivas, promotoras de saúde e de vigilância epidemiológica, bem como sobre o investimento de políticas públicas (FERREIRA, 2020).

Nesse sentido, para análise global desse cenário é preciso considerar diversas vertentes de conhecimento. A antropologia considera que a saúde e o que se relaciona a ela (conhecimento do risco, ideias sobre prevenção, noções sobre causalidade, ideias sobre tratamentos apropriados, etc.) são fenômenos culturalmente construídos e culturalmente interpretados. Integrando uma apreensão da dimensão cultural, a antropologia médica vem, ao lado da sociologia da saúde e da epidemiologia, contribuir para ampliar o contexto que deve ser levado em consideração na leitura dos processos patológicos com forte determinação de elementos para além do plano biológico (UCHÔA; VIDAL, 1994)

Ainda se observa que quando se fala de cuidado, muitos agentes do cuidado não consideram as informações culturais, considerando-as como irrelevantes para as intervenções preventivas e terapêuticas na área da saúde. Em geral, são tidas como essenciais unicamente aqueles referentes ao diagnóstico biomédico (FLORES; FERREIRA, 2019).

Faz-se emergente o olhar mais apurando para as condições sociais e culturais que cercam os sujeitos quando consideramos o cuidado em saúde, pois ações efetivas só serão exequíveis quando considerarem as características de pensar e agir predominantes nas populações junto às quais se quer intervir. A fragmentação do objeto gera a fragmentação das abordagens. A descontinuidade entre as diferentes abordagens retarda a apreensão multidimensional do objeto (LARRUBIA; SILVA; FREITAS, 2015).

Considerando esse cenário e a magnitude da problemática, a OMS lançou o Plano de Ação Global de prevenção e controle das DCNT 2013-2020 (OMS, 2013), e nacionalmente o Ministério da Saúde publicou o Plano de Enfrentamento das DCNT 2011-2022, que objetiva a redução da mortalidade prematura por DCNT e impacto dos determinantes sociais na saúde (BRASIL, 2011).

3.1.1 Vulnerabilidade Social e a ocorrência de doenças crônicas

A categoria vulnerabilidade emergiu em diferentes campos disciplinares, passando a ser amplamente utilizada por órgãos internacionais e governamentais para a análise do

processo saúde-doença e sua relação com as condições de vida das populações. A ideia de vulnerabilidade surgiu no campo jurídico como modo de reconhecer situações de fragilidade que atingem certas populações, principalmente no que concerne à não garantia de seus direitos civis, políticos e sociais. Além de aparecer em um contexto de esgotamento da matriz analítica da pobreza enquanto restrita às questões econômicas e de renda. (DIMENSTEINI; NETO, 2020).

No campo da saúde coletiva, especificamente, o combate à epidemia de HIV/Aids propiciou o destaque do conceito de vulnerabilidade. Nos anos 80, as práticas de combate e cuidado restritas aos "grupos de risco" não foram capazes de responder adequadamente ao avanço do agravo, principalmente quando se tratava de populações socialmente desfavorecidas, mulheres, negros e as residentes em territórios pobres (SILVA *et al*, 2014).

Mesmo não sendo um conceito recente, tomou destaque novamente na pandemia de COVID-19, pois a ideia de vulnerabilidade nos evoca a compreensão do processo saúde-doença em direção às dimensões macro e microestruturais (DIMENSTEINI; NETO, 2020).

De modo geral o termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidades das pessoas a problemas e danos de saúde. No campo da saúde é definida como o grau de suscetibilidade ou de risco a que está exposta uma população em sofrer danos. Ademais, é ainda a probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre (BERTOLOZZI *et al*, 2009).

Ayes (2006) aponta que no cerne do conceito de vulnerabilidade se encontra a capacidade de luta e de recuperação dos indivíduos e dos grupos sociais para o seu enfrentamento. Considerando ainda que nessa perspectiva, o *entitlement*, que se refere ao direito das pessoas; e o *empowerment*, que trata da participação política e institucional devem ser considerados na avaliação da vulnerabilidade.

Vale destacar que o discurso da vulnerabilidade e sua aplicabilidade ainda pode ser um ponto sensível de discussão e a indagação sobre a quem interessa essa problemática da vulnerabilidade nos remete àquilo que é valorado como ideal – normal - visto que a normalização da sociedade tem como uma de suas consequências a vulnerabilização das populações. É por isso que é preciso considerar as múltiplas formas de viver que invariavelmente são lidas como vulneráveis (FOUCAULT, 2009).

Demetri (2018, p. 143) afirma que as políticas públicas, mesmo bem-intencionadas, ganham um significado especial. Principalmente a biopolítica quando delimita determinadas populações 'vulneráveis' como aquelas que requerem maior cuidado e controle por parte do Estado".

Diversos estudos demonstram que variáveis socioeconômicas apresentaram maior magnitude, destacando a importância dos fatores contextuais e dos determinantes sociais na predição das DCNT (TONACO *et al*, 2020).

Considerando o contexto em que se inserem os vulneráveis, o “Estado gestor”, além de proteger os cidadãos de danos causados por terceiros, tem a responsabilidade particular de proteger a saúde de grupos vulneráveis e de reduzir as disparidades entre as pessoas mais e menos saudáveis na sociedade. Os desfechos negativos de saúde para pessoas que vivem com DCNT em países de renda média e baixa são principalmente um reflexo da pobreza doméstica e de sistemas de saúde subfinanciados. Ao abordar as DCNT e seus fatores de risco, é preciso dar atenção específica aos grupos mais vulneráveis, com cargas diferenciadas de doença ou com necessidades especiais (OPAS, 2016).

3.1.2 Sobrepeso e Obesidade

A OMS refere que a obesidade é um dos mais graves problemas de saúde a serem enfrentados. Em 2025, a estimativa é de que 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo 700 milhões de indivíduos com obesidade, isto é, com um índice de massa corporal (IMC) acima de 30. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 revelou que quatro em cada dez brasileiros com idade até 17 anos apresentavam excesso de peso e em 2020 são seis em cada dez brasileiros. Ou seja, cerca de 96 milhões de pessoas estão acima do peso no país (ABESO, 2020).

Conceitualmente, o sobrepeso e obesidade são caracterizados pelo acúmulo de gordura corporal em níveis acima dos padrões determinados de normalidade antropométrica em diferentes graus e integram o grupo DCNT. Além de atuarem como importantes fatores de risco para a morbimortalidade de populações adultas se associando a 63% do total global de mortes causadas pela DCNT. Destes, quase 80% da mortalidade ocorre em países de média e baixa renda (MELO *et al*, 2020).

A obesidade e a vulnerabilidade socioeconômica talvez se reforcem mutuamente nas regiões mais desfavorecidas, crianças de todas as idades têm duas vezes mais probabilidade de serem obesas em comparação com as crianças de áreas menos desfavorecidas. A prevalência de obesidade é sistematicamente maior em mulheres que em homens com uma disparidade de até 24 pontos percentuais (OPAS, 2016).

Nos últimos vinte anos, a alimentação inadequada vem se estabelecendo nos padrões habituais da sociedade contemporânea e se consolidando enquanto principal fator de

risco para morte e incapacidade em escala mundial. A obesidade praticamente duplicou em escala mundial entre 1980 e 2008. De todas as Regiões da OMS, as Américas têm os níveis mais elevados de sobrepeso e obesidade: 62% para o sobrepeso em ambos os sexos e 26% para a obesidade em adultos com mais de 20 anos de idade (OPAS, 2016).

Os riscos alimentares que vêm se consolidando têm muitos subcomponentes como a redução nos alimentos com teor nutricional adequado e aumento do consumo excessivo de processados, sal, gordura trans, bebidas açucaradas não obstante a todo esse conjunto de variáveis tem relação direta com um aumento no índice de massa corporal. Uma boa parte, embora não a totalidade, dessa carga de riscos de consumo alimentar inadequados está associada ao sobrepeso e à obesidade, que por sua vez causam alterações metabólicas e diabetes (OPAS, 2014).

Maiores taxas de obesidade e diabetes observados nas comunidades mais pobres, o que é exacerbado pelo fato de que alimentos altamente processados e de baixa qualidade costumam ter preço mais compatível com a renda das populações vulneráveis (PAGANI, 2007).

No estudo de Melo *et al* (2020) que avaliou sobrepeso, obesidade e fatores associados aos adultos em uma área urbana carente do Nordeste Brasileiro revelou que foi encontrada maior frequência do agravo entre a raça/etnia preta e entre os adultos sem ocupação. Destaca ainda que o excesso de peso vem deslocando sua focalização de risco para as etnias socialmente mais desfavorecidas, como negros e pardos ou outros agrupamentos aproximados pela condição de pobreza, como famílias do meio rural e estratos de renda mais baixa.

Os estudos sobre obesidade no Brasil têm abordado o tema na ótica da epidemiologia, avaliam o impacto de medidas específicas e apresentam um panorama das ações que vêm sendo implementadas principalmente pelo setor saúde (DIAS *et al*, 2017).

3.2.1.1 Incidência do sobrepeso e obesidade em populações vulneráveis: Quilombolas

As comunidades quilombolas são agrupamentos étnicos que se autodefinem por meio das relações com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade e práticas culturais próprias, representando o principal símbolo de resistência ao regime escravocrata no país. No Brasil existem mais de 2.800 comunidades quilombolas certificadas (BRASIL, 2016).

A Região Nordeste conta com o maior número de comunidades quilombolas certificados. Geralmente, elas se localizam no semiárido, sendo integrantes do polígono das secas, onde ocorrem periodicamente secas anômalas, que geram catástrofes sociais, econômicas e nutricionais frequentes. (SOARES; BARRETO, 2014).

Dentre os estados da região Nordeste, na segunda metade do século XVIII, o Maranhão é apontado como um dos maiores polos produtores. No século XIX, 66% da população total do Estado do Maranhão era de escravos. Atualmente é o 3º estado da federação em população negra, bem como figura entre os estados brasileiros com maior número de comunidades negras rurais reconhecidas ou em vias de serem reconhecidas como comunidades remanescentes de quilombo (ALMEIDA; SILVA, 2009).

O sobrepeso e a obesidade abdominal constituem importantes problemas de saúde nas comunidades quilombolas e, mais especificamente, entre as mulheres. Esses resultados estão em consonância com o crescimento da obesidade corporal e central em áreas mais pobres do Brasil, especialmente entre determinados grupos vulneráveis (SOARES; BARRETO, 2014). As populações quilombolas também tem apresentado alta prevalência de sobrepeso (42%) (MUSSI *et al.*, 2016).

As informações disponíveis sobre obesidade em quilombolas se alicerçam em dados de levantamentos realizados em uma comunidade (MUSSI, QUEIROZ PETRÓSKI, 2018) ou em uma cidade (SOARES, BARRETO, 2014; SOARES, BARRETO, 2015), demandando mais e melhores investigações sobre a obesidade nesta importante população negra brasileira, assim como a identificação de fatores de risco (SANTOS *et al.*, 2020)

4. METODOLOGIA

4.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo analítico e transversal com abordagem quantitativa. Este estudo faz parte da pesquisa maior denominada “Impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Quilombos”.

4.2 População e amostra

A população da pesquisa primariamente foi 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.

O cálculo amostral foi realizado utilizando o programa estatístico PAS 15 (2015), considerando nível de significância (α) de 5%, erro tolerável de 7%. O tamanho amostral foi de 172 pessoas mais 5% de possíveis perdas, assim o número de quilombolas a serem avaliados foram no mínimo 180. Uma vez definida a quantidade, procedeu-se com 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 e não foi realizada repescagem para entrevista.

4.2.1 Critérios de inclusão e exclusão

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão: a) ser quilombola com idade igual ou maior a 18 anos de ambos os sexos, b) ser residente da comunidade remanescente de quilombo de Santana dos Pretos, c) ser acompanhado pela Estratégia Saúde da Família, d) consentir participar do estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Já os critérios de exclusão utilizados foram: a) estar grávida, b) declarar residir temporariamente na localidade e c) não estar no momento da entrevista no domicílio.

4.3 Área do estudo

O estudo foi realizado junto à Comunidade Quilombola de Santana dos Pretos, localizada no Município de Pinheiro, Maranhão. O município de 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 (2020) possui 83.777 habitantes com médio Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,637.

A comunidade de Santana dos Pretos é reconhecida como quilombola rural, com acesso a estrada asfáltica e possui a certidão da Fundação Cultural Palmares (FDP) 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. A Comunidade Quilombola de Santana dos Pretos, situa-se às margens da Rodovia MA-006. No ano de 2019, era composta de 200 famílias e cerca de 450 habitantes, segundo dados da Estratégia Saúde da Família (ESF) local no período da coleta de dados.

Os serviços de saúde existentes no município são: 1) Hospital Municipal, que oferece serviços de média complexidade; 2) Hospital Macrorregional ofertando assistência de média e alta complexidade; 3) Laboratório Central, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Especialidades Médicas, Serviço de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, Estratégias Saúde da Família e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família. O município apresenta uma cobertura dos serviços da Atenção básica de 80% da população do município (SES, 2022).

4.4 Instrumento de coleta

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados um formulário já validado (ANEXO A), baseado na Pesquisa Nacional de Saúde (BRASIL, 2020) e o formulário eletrônico do sistema VIGITEL¹ (BRASIL, 2020). Ressalta-se que ambos os questionários passaram por minuciosa avaliação como também adequação de algumas perguntas à realidade, buscando a congruência com o contexto das Comunidades Quilombolas.

¹ A Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) do Ministério da Saúde, juntamente com outros inquéritos, como os domiciliares e os voltados para a população escolar.

4.5 Variáveis do estudo

Utilizou-se uma parcela das variáveis da pesquisa. O estudo analisou as variáveis dependentes que avaliam o estado nutricional, as variáveis independentes agrupadas em três blocos e as variáveis comportamentais.

A análise de variáveis dependentes, para avaliação do estado nutricional, consiste no estudo do índice de massa corporal (IMC) e razão cintura-estatura. O índice de massa corporal (IMC, kg/m²), obtido pela divisão do peso pela estatura ao quadrado, foi categorizado em três grupos: I) $\leq 18,5$ kg/m² (baixo peso), II) $\geq 18,5$ a < 25 kg/m² (eutrofia) e III) ≥ 25 é sobrepeso em adultos. No grupo sobrepeso estarão inseridos os pacientes com ≥ 25 (sobrepeso) e ≥ 30 kg/m² (obesidade) para facilitar a descrição, análise e compreensão do estudo.

A razão cintura-estatura foi categorizada em $< 0,5$ (normal) e $\geq 0,5$ (aumentada). Na análise de regressão logística as variáveis IMC e razão cintura-estatura foram analisadas como dicotômicas, sendo as variáveis respostas definidas como sobrepeso (IMC $\geq 25,0$ kg/m²; sim/não) e obesidade abdominal (razão cintura-estatura $\geq 0,50$; sim/não).

Para a análise de variáveis independentes foram agrupadas em três blocos: características sociodemográficas, comportamentais e de saúde; todas elas foram autorreferidas, exceto a pressão arterial.

Consideraram-se as seguintes características sociodemográficas: sexo (masculino e feminino); faixa etária em anos completos (<20 ; 20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60-69 anos; ≥ 70 anos); escolaridade em anos completos de estudo com aprovação (1a a 5a Ens. Fundamental, 6a a 9a Ens. Fundamental, Ens. Médio, Ens. Superior, Não estudou); cor da pele autorreferida (preta, parda, branca e outras); renda familiar per capita em reais, expressa em quatro percentis (1o ≤ 50 ; 2o = 51-119; 3o = 120-268; 4o ≥ 269); estado civil (casado/união consensual, nunca foi casado, solteiro/separado/viúvo); autorreferência como quilombola;

As variáveis comportamentais foram: tabagismo (sim e não); tempo assistindo televisão fora do trabalho (< 2 h/dia, ≥ 2 h/dia); frequência de atividade física e duração (não realiza atividade física; realiza > 2 dias/semana por ≥ 30 minutos); e frequência de consumo de frutas, verduras/legumes, as quais foram categorizadas em < 5 dias/semana e ≥ 5 dias/semana; e comportamento ao comer frango com pele/carne vermelha com gordura, com resposta dicotomizada em sim e não.

As características de saúde foram: autoavaliação de saúde após o diagnóstico (muito boa e boa; regular; ruim e muito ruim); diabetes; hipertensão arterial definida como pressão

arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg, obtida por meio da média das duas últimas mensurações de pressão arterial ou uso habitual de medicação anti-hipertensiva.

4.6 Análise de dados

Os dados foram avaliados pelo programa IBM SPSS *Statistics* 22 (2013). Inicialmente, foi feita a análise da estatística descritiva, ou seja, através de gráficos e tabelas de frequência das variáveis analisadas, estimativa de média, desvio-padrão, máximo e mínimo das variáveis numéricas.

Para realizar a associação das variáveis classificatórias com o grupo (controle e com DTM) foi efetivada pelo teste não paramétrico de qui-quadrado de independência (χ^2). As variáveis numéricas em relação à classificação do IMC foram avaliadas pelo teste t de *student* independente.

A avaliação das variáveis independentes das condições sociodemográficas, dos hábitos de vida e das condições de saúde em relação as variáveis dependentes classificação de IMC (Normal e Sobrepeso/obeso), classificação do CC (normal e Aumentada) e a classificação do RCE (Normal e Aumentada) foi feita pela análise de regressão logística multivariada.

O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade foi de 5%, ou seja, foi considerado significativo quando $p < 0,05$.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa possui aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário-Universidade Federal do Maranhão 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.

5. RESULTADOS

SOBREPESO E OBESIDADE EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO ESTADO DO MARANHÃO

OVERWEIGHT AND OBESITY IN A QUILOMBOLA COMMUNITY IN THE STATE OF MARANHÃO

Autor: Dannylo Ferreira Fontenele < dannylo_ferreira@hotmail.com > ORCID: 0000-0002-2301-972X

Co-autor: Ana Hélia de Lima Sardinha < ana.helia@ufma.br > ORCID: 0000-0002-8720-6348

RESUMO

Introdução: A obesidade já é caracterizada como uma epidemia e a preocupação dos órgãos internacionais de saúde com a problemática é pauta frequente e crescente nos fóruns mundiais de saúde da população. O excesso de peso corporal é um dos cinco principais problemas responsáveis pela carga global de adoecimento. Esse cenário tem como causa raiz a transição epidemiológica e nutricional, com importantes impactos na prevalência de doenças. A obesidade é um importante fator relacionado ao grupo de doenças crônicas não transmissíveis, que por sua vez são intimamente relacionadas aos determinantes sociais da saúde. Vulnerabilidades sociais tendem a potencializar esse cenário. A população de quilombola enquanto um grupo de importante vulnerabilidade social necessita ser analisado enquanto alvo dessa carga de adoecimento. **Objetivo:** Analisar sobrepeso e obesidade em quilombolas no Estado do Maranhão. **Metodologia:** Trata-se de um estudo analítico e transversal com abordagem quantitativa. Foi realizada associação das variáveis classificatórias pelo teste não paramétrico de qui-quadrado de independência. As variáveis numéricas em relação à classificação do IMC foram avaliadas pelo teste t de student independente. A avaliação das variáveis independentes das condições sociodemográficas, dos hábitos de vida e das condições de saúde em relação as variáveis dependentes classificação de IMC (normal e sobrepeso/obeso), classificação do CC (normal e Aumentada) e a classificação do RCE (Normal e Aumentada) foi feita pela análise de regressão logística multivariada. **Resultados:** Foi encontrado um efeito significativo do sexo do indivíduo, consumo de sal, feijão, verdura e carne. O uso de mais de um indicador antropométrico ofereceu informação adicional para mapear o risco de doenças crônicas não transmissíveis associadas ao sobrepeso, CC e a RCE. **Conclusão:** O risco nutricional associado à presença de sobrepeso e obesidade se torna necessário discutir, considerando o momento atual em que a insegurança alimentar se encontra em atual estado de crescimento no Brasil.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ABSTRACT

Introduction: Obesity is already characterized as an epidemic and the concern of international health agencies with the problem is a frequent and growing agenda in the world health forums of the population. Excess body weight is one of the top five problems responsible for the overall

burden of illness. This scenario has as its root cause the epidemiological and nutritional transition, with important impacts on the prevalence of diseases. Obesity is an important factor related to the group of chronic non-communicable diseases, which in turn are closely related to the social determinants of health. Social vulnerabilities tend to potentiate this scenario. The quilombola population as a group of important social vulnerability needs to be analyzed as a target of this burden of illness. **Objective:** To analyze factors associated with weight and obesity in quilombolas in the State of Maranhão. **Methodology:** This is a retrospective, analytical and cross-sectional study with a quantitative approach. Secondary data were used. The classification variables were associated with the nonparametric chi-square test of independence. The numerical variables in relation to BMI classification were evaluated by the independent student t-test. The evaluation of the variables independent of sociodemographic conditions, life habits and health conditions in relation to the dependent variables BMI classification (normal and overweight/obese), classification of WC (normal and increased) and the classification of WHT (Normal and Increased) was made by multivariate logistic regression analysis. **Results:** Regarding obesity-related risk factors by BMI classification, a significant effect of the individual's sex, consumption of salt, beans, vegetables and meat was found. The use of more than one anthropometric indicator provided additional information to map the risk of chronic non-communicable diseases associated with overweight, WC and WHT. **Conclusion:** The nutritional risk associated with the presence of overweight and obesity becomes necessary to discuss, considering the current moment when food insecurity is currently growing in Brazil.

Keywords: Overweight. Obesity. Group with Ancestors of the African Continent.

Introdução

Atualmente a obesidade é tida como uma epidemia e cresce a preocupação dos órgãos internacionais de saúde com a problemática. O Brasil é um dos focos de preocupação, visto que a Região das Américas tem a prevalência mais alta de todas as regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS), o que se torna ainda mais relevante num cenário de pandemia, onde um dos fatores marcadamente determinados de desfechos desfavoráveis é a obesidade, como na COVID-19¹. Os estudos mostram que o excesso de peso corporal é um dos cinco principais problemas responsáveis pela carga global de adoecimento².

A obesidade e o sobrepeso interferem diretamente nos custos do SUS, obesos necessitam de maior tempo de internação para recuperação da comorbidade em tratamento e fazem uso mais frequente do sistema de saúde³.

Esse cenário acaba tendo como uma das causas raízes a transição epidemiológica e nutricional, com importantes impactos na prevalência de doenças, devido as alterações no estilo de vida e nos hábitos alimentares, além de crescimento da carga de doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT) ⁴, que ainda hoje se constituem como um dos maiores desafios para a saúde pública mundial e brasileira.

Nesse contexto, torna-se necessário a discussão dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS) - um conjunto de fatores que caracterizam as particularidades dos indivíduos e refletem sua inserção no tempo-espaço. Eles constituem uma rede complexa de fatores que ameaçam, promovem ou protegem a saúde. Esses fatores se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo ⁵ - e se faz necessário considerar que o impacto dos DSS pode ter reflexos diferentes nos distintos grupos sociais, principalmente quando se tem como panorama um país como o Brasil, de estrutura história colonialista, miscigenado com forte herança escravocrata, onde a desigualdade de renda ainda é um marcante determinante social ⁶.

As modificações epidemiológicas afetam toda a população, contudo seu impacto entre minorias étnicas e raciais no Brasil, em especial em comunidades quilombolas existe, logo precisa ser mais estudado ⁷.

É necessário olhar para os grupos de vulnerabilidade social de maneira atenta, pois o risco é sempre aumentado, uma vez que vulnerabilidade social é um conceito multidimensional, mas que se revela na dificuldade de acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm do Estado, do mercado e da sociedade ⁸. Como agravante, observou-se que a prevalência da obesidade é mais significativa nas famílias de baixa renda que estão em situação de maior vulnerabilidade ⁹.

As Comunidades Remanescente de Quilombo (CRQ) são grupos étnico-raciais definidos com base em critérios de auto atribuição, contudo, são minoritários dentro a população negra. As CRQ, com trajetória histórica própria e relação cultural e territorial específica, são um segmento populacional com características de vulnerabilidade social e informações escassas sobre o estado nutricional e fatores associados ¹⁰.

A Região Nordeste possui o maior número de comunidades quilombolas certificados. Apesar da relação cultural e territorial específica, como importante elemento de identidade grupal, a sazonalidade climática, a devastação ambiental, as dificuldades de titulação fundiária e de acesso podem contribuir para um risco nutricional diferenciado nessa população¹¹.

Considerando o cenário posto, o presente estudo tem por objetivo: analisar fatores associados ao Sobrepeso e obesidade em quilombolas no Estado do Maranhão.

Métodos

Trata-se de um estudo analítico e transversal com abordagem quantitativa. A amostra foi obtida a partir de cálculo amostral, utilizando o programa estatístico PAS 15 (2015), considerando 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. Uma vez definida a quantidade, procedeu-se com seleção aleatória simples, a partir de uma série de números aleatórios dos quais foram escolhidos os 180 participantes de um total de 302.

O estudo foi realizado junto à Comunidade Quilombola de Santana dos Pretos, localizada no Município de Pinheiro, Maranhão. A Comunidade Quilombola de Santana dos Pretos, situa-se às margens da MA 006. No ano de 2019, compõe-se de 200 famílias e cerca de 450 habitantes, segundo dados da Estratégia Saúde da Família (ESF) local.

Foi utilizado como instrumento de coleta um formulário já validado, baseado na Pesquisa Nacional de Saúde² e o formulário eletrônico do sistema VIGITEL². Ressalta-se que ambos os questionários passaram por minuciosa avaliação como também adequação de algumas perguntas à realidade, buscando a congruência com o contexto das Comunidades Quilombolas.

Para este estudo, utilizou-se uma parcela das variáveis da pesquisa, como pode-se observar detalhadamente abaixo. O estudo irá analisar as variáveis dependentes que avaliam o estado nutricional, as variáveis independentes agrupadas em três blocos e as variáveis comportamentais.

A análise de variáveis dependentes, para avaliação do estado nutricional, consiste no estudo do índice de massa corporal (IMC) e razão cintura-estatura. O índice de massa corporal (IMC, kg/m²), obtido pela divisão do peso pela estatura ao quadrado, foi categorizado em três grupos: $\leq 18,5$ kg/m² (baixo peso), de $\geq 18,5$ a < 25 kg/m² (eutrofia) e ≥ 25 é sobrepeso em adultos. No grupo sobrepeso estarão inseridos os pacientes com ≥ 25 (sobrepeso) e ≥ 30 kg/m² (obesidade) para facilitar a descrição, análise e compreensão do estudo.

A razão cintura-estatura foi categorizada em $< 0,5$ (normal) e $\geq 0,5$ (aumentada). Na análise de regressão logística as variáveis IMC e razão cintura-altura foram analisadas como dicotômicas, sendo as variáveis respostas definidas como sobrepeso (IMC $\geq 25,0$ kg/m²; sim/não) e obesidade abdominal (razão cintura-estatura $\geq 0,50$; sim/não).

Análise de variáveis independentes foram agrupadas em três blocos: características sociodemográficas, comportamentais e de saúde; todas elas foram autorreferidas, exceto a pressão arterial.

Consideraram-se as seguintes características sociodemográficas: sexo (masculino e feminino); faixa etária em anos completos (<20 ;20-29 anos; 30-39 anos; 40-49 anos; 50-59 anos; 60-69 anos; ≥ 70 anos); escolaridade em anos completos de estudo com aprovação (1a a 5a Ens. Fundamental, 6a a 9a Ens. Fundamental, Ens. Médio, Ens. Superior, Não estudou); cor da pele autorreferida (preta, parda, branca e outras); renda familiar per capita em reais, expressa em quatro percentis (1o ≤ 50 ; 2o = 51-119; 3o = 120-268; 4o ≥ 269); estado civil (casado/união consensual, nunca foi casado, solteiro/separado/viúvo); autorreferência como quilombola;

As variáveis comportamentais foram: tabagismo (sim e não); tempo assistindo televisão fora do trabalho (< 2h/dia, ≥ 2 h/dia); nível de atividade física e duração (não realiza atividade física; realiza > 2 dias/semana por ≥ 30 minutos); frequência de consumo de frutas e frequência de consumo de verduras/legumes, as quais foram categorizadas em < 5 dias/semana e ≥ 5 dias/semana; e comportamento ao comer frango com pele/carne vermelha com gordura, com resposta dicotomizada em sim e não.

As características de saúde foram: autoavaliação de saúde após o diagnóstico (muito boa e boa; regular; ruim e muito ruim); diabetes; hipertensão arterial definida como pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg, obtida por meio da média das duas últimas mensurações de pressão arterial registradas no serviço de saúde ou uso habitual de medicação anti-hipertensiva.

A avaliação das variáveis independentes das condições sociodemográficas, dos hábitos de vida e das condições de saúde em relação as variáveis dependentes classificação de IMC (Normal e Sobrepeso/obeso), classificação do CC (normal e Aumentada) e a classificação do RCE (Normal e Aumentada) foi feita pela análise de regressão logística multivariada.

O nível de significância para se rejeitar a hipótese de nulidade foi de 5%, ou seja, foi considerado significativo quando $p < 0,05$.

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética sob o parecer N° 2.626.680

Resultados

Na Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas, a população feminina foi a mais frequente (55,9%) dentre os participantes, bem como as faixas etárias mais prevalentes foram entre 30-39 anos e 40-49 anos, respectivamente 20,09% e 16,9%, com apenas 4 participantes acima de 79 anos.

Em relação a cor, majoritariamente pretos (62,7%), entretanto houve uma parcela autodeclarada branca (6,2%). No que tange ao estado civil, a maioria é casada (40,1%), seguida dos solteiros (29,1%).

Tabela 1. Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas – Pinheiro-MA, 2022.

Sociodemográficas	n	%	Sociodemográficas	n	%
Sexo			Escolaridade		
Masculino	78	44,1	1a a 5a Ens. Fundamental	64	36,2
Feminino	99	55,9	6a a 9a Ens. Fundamental	45	25,4
Faixa			Ens. Médio	28	15,8
< 20	9	5,1	Ens. Superior	3	1,7
20-29	35	19,8	Não estudou	37	20,9
30-39	37	20,9	Ocupação		
40-49	30	16,9	Lavrador	125	70,6
50-59	27	15,3	Pescador	4	2,3
60-69	23	13,0	Funcionário público	1	0,6
70-79	12	6,8	Aposentado	25	14,1
> 79	4	2,3	Carpinteiro	8	4,5
Cor			Pedreiro	7	4,0
Preta	111	62,7	Não trabalho	4	2,3
Branca	11	6,2	Estudante	2	1,1
Parda	53	29,9	Doméstica	1	0,6
Amarela	2	1,1	Renda mensal		
Estado civil			Nenhuma	67	37,9
Casado(a)	71	40,1	até 1 SM	105	59,3
União estável	41	23,2	1 a 3 SM	5	2,8
Solteiro(a)	52	29,4	Religião		
Divorciado(a)	3	1,7	Católica	107	60,5
Viúvo(a)	10	5,6	Evangélica	65	36,7
Total			Outra	5	2,8
	177	100	Total		
				177	100

Sobre a escolaridade, a maior parte (36,2%) dos participantes possui apenas o ensino fundamental, entre a 1º e a 5ª série, e 20,09% deles não tiveram qualquer instrução formal. A respeito da religião declarada, são majoritariamente católicos (60,2%).

De forma destacada, 70,06% dos participantes declararam serem lavradores, e 14,01% aposentados, entretanto 37,9% relatam não ter nenhuma fonte de renda fixa, e 59,3% alegam ter até 1 salário-mínimo.

Quando avaliadas na Tabela 2 a distribuição de frequências das variáveis sobre a moradia, identificou-se que, em relação a estrutura da casa a maioria (91,9%) é de tijolo, o piso é cimento em 97,2% dos lares e o teto é telha de barro em 99,4%.

Tabela 2 - Distribuição de frequências das variáveis sobre a moradia – Pinheiro-MA, 2022.

Dados da moradia	n	%
Tipo de casa		
Madeira	10	5,6
Tijolo	161	91,0
Taipa	6	3,4
Tipo de piso		
Cimento	172	97,2
Chão batido	5	2,8
Teto		
Telha de barro	176	99,4
Brasilit	1	0,6
Água de beber		
Poço	177	100,0

Tem tratamento		
Sim	7	4,0
Sim (Filtrada)	43	24,3
Não	127	71,8
De onde vem a água doméstica		
Rio ou igarapé	2	1,1
Encanamento	7	4,0
Poço aberto	111	62,7
Outro	2	1,1
Poço fechado	55	31,1
Destino do esgoto caseiro		
Céu aberto	166	93,8
Fossa	9	5,1
Outro	2	1,1
Escoadouro do banheiro		
Céu aberto	16	9,0
Fossa	136	76,8
Outro	25	14,1
Destino do lixo		
Queimado	154	87,0
Jogado no mato	23	13,0
Total	177	100

Acerca do acesso ao saneamento, 100% da água de consumo do local é oriunda de poço artesiano, e apenas 24,7% referiram consumir água filtrada.

Apenas 4% das residências possuem água encanada. O destino majoritário dos esgotos é fossa (76,8%) e o destino de 87% do lixo é a queimada.

No bloco Hábitos de vida, teremos o resultado fracionado em duas tabelas, na Tabela 3, quando observa-se a distribuição de frequências das variáveis sobre os hábitos de vida, sobre os hábitos alimentares, foi possível identificar que a maioria não possui saleiro na mesa (57,1%).

A maioria não consome feijão em nenhum dia da semana (48,0%), nem salada em (54,2%) e nem verduras (46,3%) em nenhum dia. Em relação ao consumo proteico, referiram o consumo de carne vermelha entre 5 vezes (22,6%) e 3 vezes (21,5%) na semana. Sobre o consumo proteico de carne de peixe, 25,4% referiram não comer peixe em nenhum dia da semana e comer carne de frango em média 2 vezes por semana (34,5%). Em relação ao preparo, as carnes vermelhas são mais consumidas a gordura natural do que a carne de frango.

A consumação de sucos naturais e frutas são relatados como nenhum consumo durante a semana, e também não consomem refrigerante em nenhum dia. No entanto, mas 31,6% alega consumir leite todos os dias, sendo o integral o mais consumido.

Na Tabela 3b, é possível identificar que 66,1% alegam não consumir doce em dia nenhum. A ingestão de bebidas alcoólicas, sobre a frequência, revelou que a maioria dos homens e mulheres não costumam tomar mais de 5 e 4 doses por semana. 13,4% são fumantes, 48,3% iniciaram o fumo entre 16 e 20 anos e 70,6% realizaram alguma tentativa de parar de fumar nos últimos 12 meses.

Em relação ao tempo de tela, 26,6% referem assistir televisão durante 2 a 3 horas por dia. No Gráfico 1 é possível ver as frequências das variáveis com maior destaque.

Tabela 3a - Distribuição de frequências das variáveis sobre os hábitos de vida Quilombolas – Pinheiro-MA, 2022.

Hábitos da vida	n	%	Hábitos da vida	n	%
Tem saleiro na mesa			Dias que come peixe		
Sim	76	42,9	0	45	25,4
Não	101	57,1	1	34	19,2
			2	32	18,1
Dias que come feijão			3	21	11,9
0	85	48,0	4	13	7,3
1	17	9,6	5	25	14,1
2	33	18,6	6	5	2,8
3	24	13,6	7	2	1,1
4	7	4,0			
5	7	4,0	Dias que bebe suco natural		
7	4	2,3	0	76	42,9
			1	17	9,6
Dias que come salada			2	41	23,2
0	96	54,2	3	23	13,0
1	14	7,9	4	5	2,8
2	38	21,5	5	11	6,2
3	12	6,8	7	4	2,3
4	3	1,7			
5	8	4,5	Dias que come frutas		
7	6	3,4	0	64	36,2
			1	7	4,0
Dias que come verduras			2	29	16,4
0	82	46,3	3	34	19,2
1	5	2,8	4	8	4,5
2	28	15,8	5	27	15,3
3	18	10,2	6	1	0,6
4	8	4,5	7	7	4,0
5	26	14,7			
7	10	5,6	Refrigerante		
			0	103	58,2
Dias que come carne			1	8	4,5
0	16	9,0	2	19	10,7
1	19	10,7	3	17	9,6
2	33	18,6	4	10	5,6
3	38	21,5	5	12	6,8
4	14	7,9	6	2	1,1
5	40	22,6	7	6	3,4
7	17	9,6			
			Dias que toma leite		
Quando come carne vermelha, costuma			0	47	26,6
Tirar o excesso de gordura visível	95	53,7	1	4	2,3
Comer com gordura	82	46,3	2	9	5,1
			3	11	6,2
Dias que come frango			4	4	2,3
0	34	19,2	5	41	23,2
1	37	20,9	6	5	2,8
2	61	34,5	7	56	31,6
3	29	16,4			
4	11	6,2	Tipo de leite		
5	4	2,3	Integral	174	98,3
7	1	0,6	Desnatado	2	1,1
			Os dois	1	0,6
Costuma no frango					
Tirar a pele	157	88,7			
Comer com a pele	20	11,3			
Total	177	100	Total	177	100

Tabela 3b -. Distribuição de frequências das variáveis sobre os hábitos de vida Quilombolas– Pinheiro-MA, 2022.

Hábitos da vida	n	%
Dias que come doce		
0	117	66,1
1	7	4,0
2	10	5,6
3	13	7,3
4	7	4,0
5	16	9,0
7	7	4,0
Homens: 5 ou mais doses de bebida alcóolica		
Sim	22	26,8
Não	60	73,2
Mulheres: 4 ou mais doses de bebida alcóolica		
Sim	15	15,8
Não	80	84,2
Lugar público		
Não	177	100,0
Horas de televisão		
< 1	29	16,4
1 a 2	43	24,3
2 a 3	47	26,6
3 a 4	29	16,4
4 a 5	13	7,3
5 a 6	7	4,0
6 ou mais	6	3,4
Não assiste	3	1,7
Fuma		
Sim	27	15,3
Ex-fumante	23	13,0
Não	127	71,8
Idade de início Fumo (n=29)		
< 11	3	10,3
11-15	6	20,7
16-20	14	48,3
21-25	4	13,8
> 25	2	6,9
últimos 12 meses tentou parar? (n=27)		
Sim	19	70,4
Não	8	29,6
Total	177	100

Quando observadas as variáveis relacionadas as condições de saúde dos quilombolas na Tabela 4b, evidencia-se que a maioria (77,4%) não possui HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica diagnosticada, e dentre os 22,6% que possuem a maioria (40%) tem a doença a 10 anos ou mais.

Sobre a DM, 88,7% referiram não possuir também, porém, dentre 11,3% que possuem, a maioria tem diagnóstico entre 4 e 6 anos (45,0%).

Em relação a presença dessas doenças e seu tratamento 76,1% referiram fazer uso de tratamento medicamentoso, e 62,5% alegaram viver de modo regular. Vale ressaltar que 8% desse público apresentou complicações, sendo o derrame a complicação relatada para 100% dos que tiveram algum tipo de complicação.

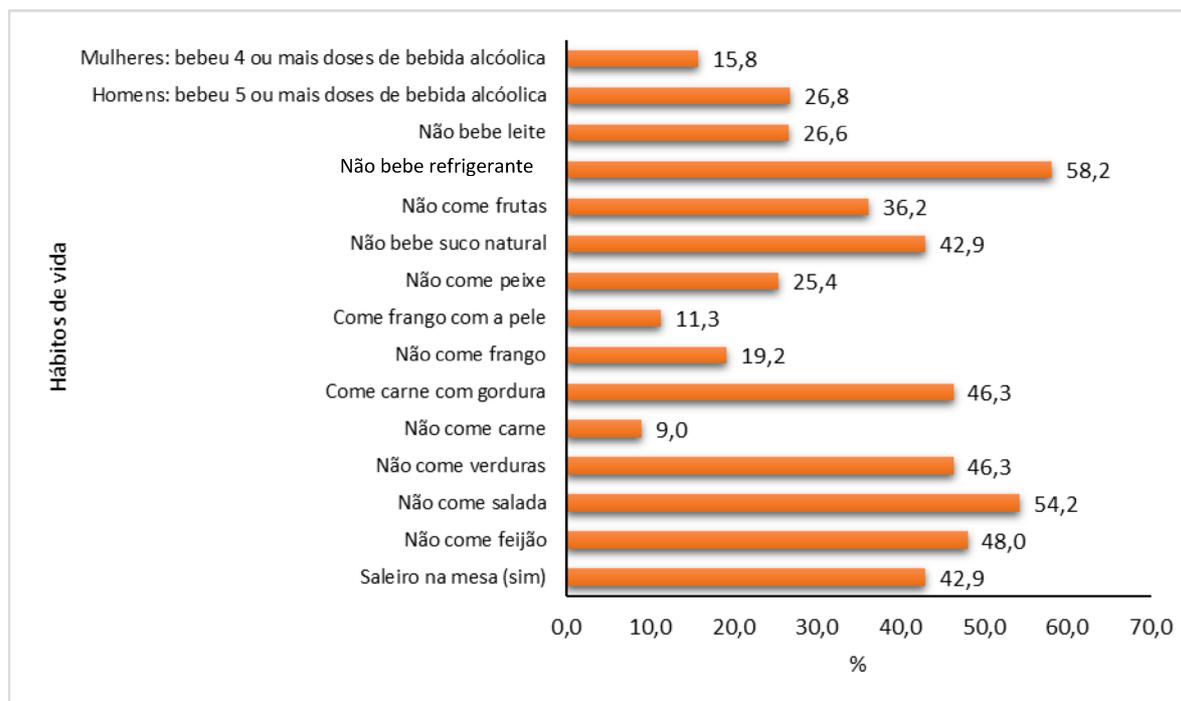
Tabela 4 - Distribuição de frequências das variáveis condições de saúde – Pinheiro-MA, 2022.

Condições de saúde	n	%
Tem HAS?		
Sim	40	22,6
Não	137	77,4
Tempo de HAS (n=40)		
1-3	10	25,0
4-6	9	22,5
7-9	5	12,5
10 ou mais	16	40,0
Tem DM?		
Sim	20	11,3
Não	157	88,7
Tempo de DM (n=20)		
1-3	4	20,0
4-6	9	45,0
7-9	5	25,0
10 ou mais	2	10,0
Tratamento utilizado (n=88)		
Medicamentoso	67	76,1
Não medicamentoso	21	23,9
Avalie a sua vida (n=88)		
Vive mal	12	13,6
Vive bem	21	23,9
Regular	55	62,5
Teve complicações?		
Sim	7	8,0
Não	81	92,0
Qual complicação? * (n=7)		
Derrame	7	100,0
Cegueira	1	14,3
Pressão Arterial		
Normal	71	40,1
Alta	106	59,9
Circunferência da cintura (CC)		
Normal	77	43,5
Aumentada	100	56,5
IMC		
Normal	78	44,1
Sobrepeso	75	42,4
Obeso	24	13,6
Cintura/Estatura		
normal (< 0,5)	28	15,8
Aumentado (>= 0,5)	149	84,2
Total	177	100,0

* Múltiplas respostas

Ao exame físico, 59,6% apresentaram pressão alta, a maioria possuía (56,5%) circunferência abdominal aumentada, bem como sobrepeso no IMC (42,4%) e a relação estatura/cintura estava aumentada em 84,2%.

Gráfico 1 - - Hábitos de vida – síntese dos resultados



Na Tabela 5, podemos observar a estatística descritiva das variáveis numéricas, revelando que a média de idade é de 43,89. O número médio de filhos é de 2,94. Em relação a moradia, as casas possuem em média 5,30 cômodos, tendo média de habitantes por casa de 4,20. Acerca dos hábitos de vida, a população inquerida pratica em média 2,72 de esporte por semana, com duração média de 47,92 minutos.

Tabela 5 - Estatística descritiva das variáveis numéricas – Pinheiro-MA, 2022.

Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade (anos)	177	5	87	43,89	17,82
Nº Filhos	177	0	12	2,94	2,49
Cômodos	177	2	10	5,30	1,34
Nº pessoas em casa	177	1	12	4,20	2,01
Idade de início beber bebida alcóolica (anos)	38	12	30	19,03	4,23
nº dias de praticar esporte	58	1	7	2,72	1,58
Duração de atividade física (min)	53	10	60	47,92	15,24
Frequência de fumo em casa	175	1	5	3,82	1,83
Estatura (m)	177	1,36	1,79	1,60	0,09
Peso (Kg)	177	37	106	67,09	11,20
IMC	177	19,04	37,95	26,17	3,81
CC	177	69	129	90,38	10,53
RCE	177	0,43	0,77	0,57	0,07

Como pode-se observar na Tabela 6, e nos Gráficos 2,3 e 4, há uma relação de dependência na classificação da CC com a classificação do IMC, indivíduos sobrepeso/obeso apresentam uma circunferência de cintura aumentada (91,9%) enquanto os indivíduos com IMC

normais (88,5%) têm a circunferência de cintura normal. A mesma relação de dependência foi vista com a RCE, todos os indivíduos sobrepeso/obesos possuem uma RCE aumentada (100%), enquanto nos indivíduos normais, esse percentual cai para 64,1%.

Quanto a relação com PAS, indivíduos sobrepeso/obesos apresentam uma frequência maior de hipertensos (70,7%), quando comparado como os 50% dos indivíduos com IMC normal. Não foi encontrado uma relação significativa ($p > 0,05$) com a frequência de diabetes mellitus.

Tabela 6 - Teste do qui-quadrado de independência – Pinheiro-MA, 2022.

Variável	IMC		χ ²	p
	Normal	%		
Circunferência da cintura				
Normal	69	88,5	8	8,1
Aumentada	9	11,5	91	91,9
RCE				
Normal	28	35,9	0	0,0
Aumentada	50	64,1	99	100,0
PA				
Normal	39	50,0	29	29,3
Alta	39	50,0	70	70,7
Diabetes mellitus				
Não	72	92,3	85	85,9
Sim	6	7,7	14	14,1
Total	78	100	99	100

Gráfico 2 - Independência IMC x CC

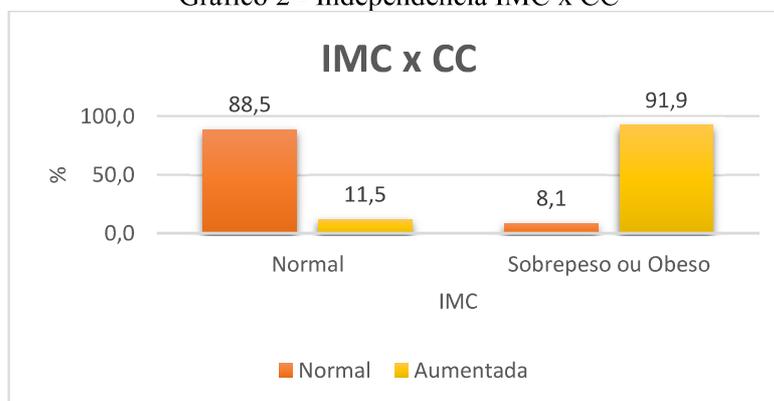


Gráfico 3– Independência IMC x RCE

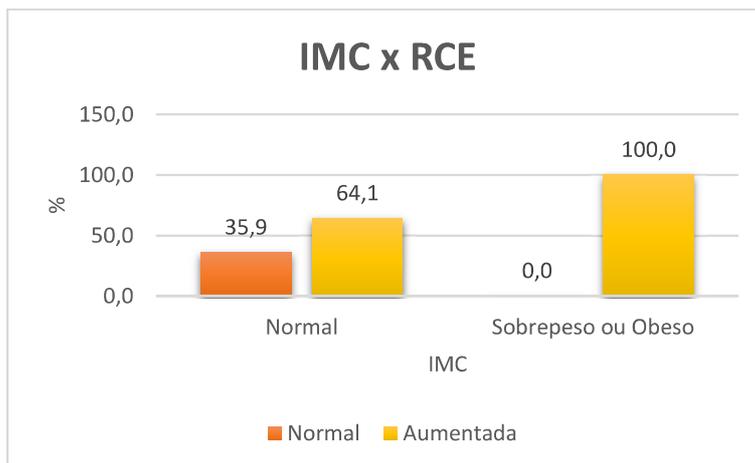
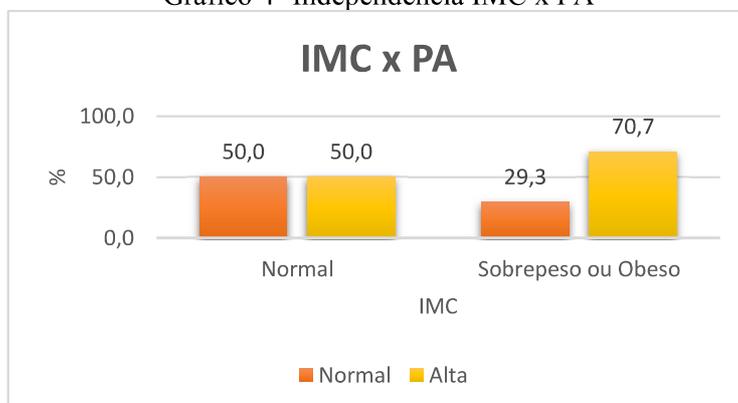


Gráfico 4 -Independência IMC x PA



Na Tabela 7, verifica-se teste t de *student* independente das variáveis numéricas em relação a classificação de IMC e o resultado demonstrou que foi encontrado uma diferença significativa ($p < 0,05$) nas médias da duração da prática física (min) e da Circunferência da Cintura (CC).

Observa-se que os indivíduos sobrepeso/obesos, em média, treinam mais do que os normais, pois sentem que precisam queimar mais gordura do que os normais, estes possuem, em média, uma CC maior do que a dos com IMC normal. As demais características avaliadas não foram encontradas diferenças significativas ($p > 0,05$) nas médias dos dois grupos.

Tabela 7. Teste t de student independente das variáveis numéricas em relação a classificação de IMC–

Pinheiro-MA, 2022.

Variável	IMC	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Idade	Normal	78	42,35	17,70	-1,02	0,309
	Sobrepeso /Obeso	99	45,10	17,91		
Nº Filhos	Normal	78	2,83	2,28	-0,52	0,603
	Sobrepeso /Obeso	99	3,03	2,66		
nº de cômodos	Normal	78	5,17	1,10	-1,22	0,226
	Sobrepeso /Obeso	99	5,40	1,50		
Nº pessoas em casa	Normal	78	4,47	2,12	1,63	0,105
	Sobrepeso /Obeso	99	3,98	1,90		
Idade de início álcool	Normal	15	18,20	3,57	-0,97	0,337
	Sobrepeso /Obeso	23	19,57	4,60		
nº dias de praticar esporte	Normal	27	2,89	1,53	0,74	0,462
	Sobrepeso /Obeso	31	2,58	1,63		
Duração da prática física (min)	Normal	25	42,80	16,71	-2,38	0,022
	Sobrepeso /Obeso	28	52,50	12,36		
Frequência de fumo em casa	Normal	78	3,97	1,76	1,03	0,305
	Sobrepeso /Obeso	97	3,69	1,88		
CC	Normal	78	81,68	6,15	-14,36	0,000
	Sobrepeso /Obeso	99	97,23	7,85		
RCE	Normal	78	0,58	0,08	1,60	0,113
	Sobrepeso /Obeso	99	0,56	0,06		

Tabela 8 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação do IMC (normal e Sobrepeso/obeso) – Pinheiro-MA, 2022.

Variável	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I. para OR		
						Inferior	Superior	
Sociodemográfico	Sexo (masculino)	-0,91	0,31	8,47	0,004	0,40	0,22	0,74
	Faixa etária (>40)	0,51	0,42	1,45	0,229	1,67	0,73	3,83
	Cor (Preto + Pardo)	0,87	0,62	1,97	0,160	2,38	0,71	7,95
	Estado Civil (casado)	-0,20	0,36	0,31	0,581	0,82	0,41	1,65
	Escolaridade (< médio)	-0,01	0,48	0,00	0,981	0,99	0,38	2,55
	Renda (< 1 SM)	-0,03	0,36	0,01	0,926	0,97	0,48	1,94
	Nº de Filho (>3)	0,07	0,40	0,03	0,854	1,08	0,49	2,37
Hábitos de vida	Consome Sal (sim)	-1,23	0,39	9,78	0,002	0,29	0,13	0,63
	Consome feijão (sim)	1,28	0,43	8,62	0,003	3,58	1,53	8,39
	Consome salada (sim)	0,23	0,41	0,32	0,572	1,26	0,56	2,82
	Consome verdura (sim)	-1,30	0,43	8,99	0,003	0,27	0,12	0,64
	Consome carne (sim)	-2,52	0,91	7,71	0,005	0,08	0,01	0,48
	Consome frango (sim)	-0,57	0,47	1,49	0,223	0,56	0,22	1,42
	Consome peixe (sim)	-0,18	0,41	0,18	0,669	0,84	0,38	1,88
	Consome suco (sim)	0,10	0,37	0,08	0,784	1,11	0,54	2,27
	Consome frutas (sim)	0,13	0,40	0,10	0,747	1,14	0,52	2,47
	Consome refrigerante (sim)	-0,70	0,38	3,48	0,062	0,50	0,24	1,04
	Consome leite (sim)	-0,23	0,41	0,31	0,579	0,80	0,36	1,77
	Consome doce (sim)	-0,13	0,38	0,11	0,743	0,88	0,42	1,87
	Faz Esporte (sim)	-0,16	0,38	0,18	0,672	0,85	0,40	1,80
	Assiste TV (> 2 h)	0,39	0,49	0,64	0,425	1,48	0,56	3,90
Fuma (sim)	-0,81	0,58	1,94	0,163	0,44	0,14	1,39	
Condições de saúde	HAS (alta)	0,44	0,49	0,83	0,363	1,56	0,60	4,06
	DM (sim)	0,33	0,56	0,36	0,551	1,39	0,47	4,17
	Complicações (sim)	0,14	0,92	0,02	0,882	1,15	0,19	6,98

Na Tabela 8 com a regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação do IMC (normal e Sobrepeso/obeso), identificou-se que quanto aos fatores de risco relacionados com a

obesidade pela classificação do IMC, foi encontrado um efeito significativo ($p < 0,05$) do sexo do indivíduo, consumo de sal, feijão, verdura e carne. Sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentaram um efeito protetor ($OR = 0,40$) à obesidade em relação ao sexo feminino.

O mesmo efeito protetor foi encontrado nos hábitos de comer com saleiro na mesa ($OR = 0,29$), comer verdura ($OR = 0,27$) e mais proteína (carne) ($OR = 0,08$), enquanto que indivíduos com o hábito de comer feijão apresentou-se com um fator de risco ($OR = 3,58$) à obesidade. As demais variáveis dos três domínios (sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde) não apresentam relação significativa ($p > 0,05$) com a presença ou não da obesidade.

Tabela 9 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da Circunferência da Cintura (normal e Aumentada) – Pinheiro-MA, 2022.

	Variável	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Sociodemográfico	Sexo (masculino)	-1,89	0,36	28,01	0,000	0,15	0,08	0,30
	Faixa etária (>40)	0,76	0,35	4,58	0,032	2,14	1,07	4,28
	Cor (Preto + Pardo)	1,08	0,65	2,76	0,097	2,96	0,82	10,61
	Estado Civil (casado)	0,13	0,39	0,11	0,735	1,14	0,53	2,45
	Escolaridade (< médio)	-0,08	0,52	0,03	0,870	0,92	0,33	2,54
	Renda (< 1 SM)	-0,04	0,38	0,01	0,908	0,96	0,45	2,02
	Nº de Filho (>3)	0,25	0,43	0,34	0,561	1,29	0,55	3,00
Hábitos de vida	Consome de Sal (sim)	-1,00	0,38	6,97	0,008	0,37	0,18	0,77
	Consome feijão (sim)	0,84	0,41	4,15	0,042	2,33	1,03	5,24
	Consome salada (sim)	0,44	0,40	1,19	0,275	1,55	0,71	3,40
	Consome verdura (sim)	-0,90	0,41	4,79	0,029	0,41	0,18	0,91
	Consome carne (sim)	-2,10	0,87	5,80	0,016	0,12	0,02	0,68
	Consome frango (sim)	-0,71	0,47	2,31	0,129	0,49	0,19	1,23
	Consome peixe (sim)	0,06	0,40	0,02	0,891	1,06	0,48	2,32
	Consome suco (sim)	0,15	0,36	0,17	0,680	1,16	0,58	2,33
	Consome frutas (sim)	-0,15	0,38	0,14	0,704	0,86	0,41	1,83
	Consome refrigerante (sim)	-0,54	0,36	2,20	0,138	0,58	0,29	1,19
	Consome leite (sim)	-0,14	0,40	0,12	0,729	0,87	0,40	1,90
	Consome doce (sim)	0,13	0,37	0,11	0,736	1,13	0,55	2,35
	Faz Esporte (sim)	-0,56	0,38	2,17	0,140	0,57	0,27	1,20
	Assiste TV (> 2 h)	0,09	0,48	0,03	0,852	1,09	0,43	2,77
	Fuma (sim)	-0,81	0,57	2,01	0,157	0,44	0,14	1,37
Condições de saúde	HAS (alta)	0,18	0,48	0,13	0,714	1,19	0,46	3,09
	DM (sim)	0,62	0,59	1,13	0,287	1,86	0,59	5,87
	Complicações (sim)	1,17	1,15	1,05	0,306	3,24	0,34	30,73

Já na Tabela 9, com a regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da Circunferência da Cintura (normal e Aumentada). Quanto aos fatores de risco relacionados com a obesidade pela classificação da Circunferência da cintura (CC), foi encontrado um efeito significativo ($p < 0,05$) do sexo do indivíduo, da faixa etária, do consumo de sal, feijão, verdura e carne.

Sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentaram um efeito protetor (OR=0,15) ao aumento da CC em relação ao sexo feminino. O mesmo efeito protetor foi encontrado nos hábitos de comer com saleiro na mesa (OR=0,37), comer verdura (OR=0,41) e mais proteína (carne) (OR=0,12), enquanto que os indivíduos com faixa etária maior que 40 anos (OR=2,14) e com o hábito de comer feijão (OR=2,33) apresentaram-se com fatores de risco ao aumento da circunferência da cintura. As demais variáveis dos três domínios (sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde) não apresentam relação significativa ($p>0,05$) com o aumento ou não da circunferência da cintura.

Tabela 10 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da Razão da Cintura pela Estatura (Normal e Aumentada) – Pinheiro-MA, 2022.

	Variável	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Sociodemográfico	Sexo (masculino)	-0,95	0,44	4,62	0,032	0,39	0,16	0,92
	Faixa etária (>40)	0,87	0,50	2,99	0,084	2,39	0,89	6,43
	Cor (Preto + Pardo)	0,71	0,77	0,86	0,354	2,04	0,45	9,20
	Estado Civil (casado)	-0,32	0,49	0,44	0,507	0,72	0,28	1,88
	Escolaridade (< médio)	-0,71	0,58	1,54	0,214	0,49	0,16	1,51
	Renda (< 1 SM)	-0,41	0,49	0,70	0,404	0,66	0,25	1,73
	Nº de Filho (>3)	1,64	0,82	3,98	0,046	5,13	1,03	25,58
Hábitos de vida	Consome de Sal (sim)	-0,41	0,52	0,62	0,431	0,66	0,24	1,85
	Consome feijão (sim)	2,00	0,61	10,75	0,001	7,40	2,24	24,48
	Consome salada (sim)	-0,22	0,56	0,16	0,690	0,80	0,26	2,41
	Consome verdura (sim)	-1,12	0,57	3,89	0,049	0,33	0,11	0,99
	Consome carne (sim)	1,56	0,21	56,16	0,000	4,75	3,16	7,14
	Consome frango (sim)	-0,13	0,71	0,03	0,855	0,88	0,22	3,55
	Consome peixe (sim)	-0,03	0,58	0,00	0,955	0,97	0,31	3,03
	Consome suco (sim)	0,82	0,48	2,96	0,085	2,28	0,89	5,83
	Consome frutas (sim)	-0,56	0,55	1,02	0,312	0,57	0,19	1,69
	Consome refrigerante (sim)	-0,93	0,53	3,04	0,081	0,39	0,14	1,12
	Consome leite (sim)	0,70	0,55	1,62	0,203	2,01	0,69	5,88
	Consome doce (sim)	-0,45	0,52	0,75	0,386	0,64	0,23	1,76
	Faz Esporte (sim)	0,45	0,55	0,67	0,413	1,56	0,54	4,55
	Assiste TV (> 2 h)	0,77	0,58	1,75	0,186	2,16	0,69	6,77
	Fuma (sim)	-0,53	0,80	0,44	0,508	0,59	0,12	2,84
Condições de saúde	HAS (alta)	1,03	0,83	1,52	0,218	2,80	0,55	14,35
	DM (sim)	0,91	1,10	0,68	0,408	2,49	0,29	21,66
	Complicações (sim)	18,50	150,5	0,00	0,999	108,68	0,00	

Já na Tabela 10. Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da Razão da Cintura pela Estatura (Normal e Aumentada), quanto aos fatores de risco relacionados com a obesidade pela classificação da razão da cintura sob a estatura (RCE), foi encontrado um efeito significativo ($p<0,05$) do sexo do indivíduo, nº de filhos, do consumo de feijão, verdura e carne. Sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentaram um efeito protetor (OR=0,39) ao aumento do RCE em relação ao sexo feminino.

O mesmo efeito protetor foi encontrado nos hábitos de comer verdura (OR=0,33). Ao contrário das outras análises, o consumo de carne apresentou-se com um fator de risco (OR=4,75) para uma maior RCE. O consumo de feijão continuou sendo um fator de risco (OR=7,4) para o aumento do RCE, e família com um nº de filhos maior do que 3 (OR=5,13). As demais variáveis dos três domínios (sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde) não apresentam relação significativa ($p>0,05$) com o aumento ou não da RCE.

Discussão

Com exceção do período de 25 a 30 anos de idade, em todas as outras faixas etárias as mulheres têm maior prevalência do problema do que os homens. Na média geral, segundo a PNS 2019, 29,5% das mulheres têm obesidade — praticamente uma em cada três — contra 21,8 dos homens. O sobrepeso, por sua vez, foi encontrado em 62,6% delas e em 57,5% deles¹².

Os achados corroboram com outras pesquisas com o mesmo perfil populacional de quilombolas. Em uma pesquisa realizada¹³ com comunidades similares a amostra apresentou idade variando entre 18 e 92 anos (mediana de 41 anos para mulheres e 49 para homens), composta predominantemente por mulheres (61,2%).

Em relação a cor, majoritariamente pretos, entretanto houve uma parcela autodeclarada branca. No que tange ao estado civil, a maioria é casada. São reconhecidas características noológicas que acometem a população negra, como fatores genéticos (doenças hereditárias), clínicos (maior frequência e gravidade de doenças metabólicas e cardiovasculares) e sociais (piores condições de vida e racismo), neste sentido, ser negro aumenta a probabilidade para manifestação de enfermidades crônicas, o preconceito determina desigualdades desfavoráveis a pretos e pardos e as iniquidades sociais amplificam a probabilidade para manifestação de distúrbios metabólicos em populações negras¹³.

A menor prevalência de sobrepeso entre os solteiros e os separados/viúvos também foi encontrada em diversos trabalhos tanto em quilombolas como em não quilombolas^{14,15}. Esses estudos inferem que indivíduos casados ou que vivem com companheiro (a) realizem menos atividade física em geral, seja por disporem de pouco tempo livre, seja por gastarem mais tempo cuidando da família e da casa. Estudo revela que¹⁶ os casados e viúvos apresentam 1,19 e 1,35 vezes maiores probabilidades de estarem obesos respectivamente.

A respeito da escolaridade, a maior parte dos participantes possui apenas o ensino fundamental, entre a 1º e a 5ª série, e 20,09% deles não tiveram qualquer instrução formal. O

planejamento das políticas educacionais e sua execução nos territórios quilombolas não contribuiu para a superação da dificuldade de acesso, permanência e respeito às singularidades culturais. As escolas em territórios quilombolas sofrem com a deterioração física e com processos educacionais alheios às suas especificidades culturais. A reflexão se concentra na relação entre território e educação quilombola, isto é, a educação como política territorial elaborada pelo Estado para quilombolas compromete as condições de existência do lugar. O objetivo é mostrar como essas políticas desconsideram a existência espacial quilombola e constituem um instrumento de interesses de agentes em diferentes escalas para intensificar o uso desigual do território ¹⁷.

As atividades econômicas predominantes em quilombos são a agricultura de subsistência, a pecuária tradicional e o artesanato. Embora os territórios ancestrais configurem importante elemento de identidade grupal, a sazonalidade climática, a devastação ambiental, as dificuldades de titulação fundiária e de acesso podem contribuir para um risco nutricional diferenciado ¹⁵.

Áreas de maior vulnerabilidade social foram fortemente associadas à maior chance de DCNT, as características do ambiente podem ter impacto potencial na ocorrência da doença, independentemente dos atributos individuais. Verificou-se que viver em áreas com alta densidade de locais privados para prática de atividade física diminui a chance de ter diabetes ¹⁸.

Os fatores de proteção, como o consumo de frutas e legumes, a atividade física no lazer e redução do tabagismo são indicadores positivos que corroboram para a diminuição da mortalidade por DCNT ¹⁹.

Estudo realizado em 2017 que analisou os principais fatores de risco relacionados à mortalidade prematura por DCNT entre mulheres identificou: IMC elevado, risco dietético, pressão arterial sistólica elevada e, entre homens, risco dietético, pressão arterial sistólica elevada, tabaco e IMC elevado ²⁰.

Em relação ao tempo de tela, 26,6% referiram assistir televisão durante 2 a 3 horas por dia. A população inquerida pratica em média 2,72 de esporte por semana, com duração média de 47,92 minutos. Estudos prévios verificaram que quanto maior a disponibilidade de recursos para atividade física, maior é a prática. Por outro lado, bairros mais vulneráveis socioeconomicamente possuem menor quantidade de locais para aquisição de alimentos saudáveis e menor variedade. Além disso, padrões alimentares mais saudáveis estão associados a posições socioeconômicas mais altas e comportamentos mais saudáveis ²⁰.

A maioria (77,4%) não possui HAS, e dentre os 22,6% que possuem HAS a maioria (40%) tem a doença a 10 anos ou mais. Sobre a DM, 88,7% declararam não possuir também, porém, dentre 11,3% que possuem, a maioria tem diagnóstico entre 4 e 6 anos (45,0%). No estudo de Santos *et al*¹⁶ apesar da hipertensão arterial autor referida não ter apresentado associação estatisticamente significativa com a obesidade. Em nosso estudo, em relação a PAS, indivíduos sobrepeso/obesos apresentam uma frequência maior de hipertensos (70,7%) quando comparado como os 50% dos indivíduos com IMC normal. Não foi encontrada uma relação significativa ($p>0,05$) com a frequência de diabetes mellitus.

Há uma relação de dependência na classificação da CC com a classificação do IMC, indivíduos sobrepeso/obeso apresentam uma circunferência de cintura aumentada enquanto os indivíduos com IMC normal têm a circunferência de cintura normal. A mesma relação de dependência foi vista com a RCE, todos os indivíduos sobrepeso/obeso possuem uma RCE aumentada (100%), enquanto nos indivíduos normais, esse percentual cai para 64,1%. Resultados são alarmantes, tendo em vista que valores elevados de CC são associados com risco cardiovascular, distúrbios metabólicos, alterações no perfil lipídico, hipertensão arterial, resistência insulínica e DM²¹.

Na pesquisa de Santos *et al*¹⁶, as variáveis sexo e situação conjugal (casado ou viúvo) permaneceram independentemente associadas à obesidade, enquanto ter hipertensão emerge no limite estatístico. Neste sentido é 2,68 vezes mais provável a identificação de mulheres negras quilombolas obesas.

Um estudo¹⁵ demonstrou que as características sociodemográficas estatisticamente associadas ao sobrepeso e à obesidade abdominal foram sexo, faixa etária, estado civil e situação ocupacional. A escolaridade foi associada estatisticamente apenas à obesidade abdominal. Entre os aspectos comportamentais e de saúde, tabagismo, consumo de carne com gordura e de verduras e legumes em cinco dias ou mais por semana, além de hipertensão arterial, também foram associados ao sobrepeso e à obesidade abdominal. Atividade física, autoavaliação de saúde e relato de diagnóstico de diabetes estiveram associados apenas à obesidade abdominal e tempo assistindo à televisão se associou ao sobrepeso.

Em outro estudo com quilombolas¹⁶, o grupo não apresentou associação com obesidade em quilombolas. No entanto, é importante ressaltar que o envelhecimento é um fator bem documentado na literatura nacional e internacional^{22,23,24}. Um fator que pode explicar esse achado em quilombolas é a caracterização da população da amostra participante que indica uma população com importante envelhecimento diante da mediana da idade de 43,89 anos.

Vale ressaltar que o fato de a razão cintura-estatura levar em conta a altura corporal corrige, de certo modo, as diferenças na circunferência da cintura em decorrência de variações na estatura. Por isso, entre as medidas de adiposidade central, a utilização da razão cintura-estatura parece mais adequada, uma vez que a fixação de pontos de corte para a circunferência da cintura sem considerar a estatura pode subestimar a gordura abdominal em indivíduos baixos e superestimar em indivíduos mais altos. Ademais, vale destacar que a menor estatura, inclusive em adultos, pode ser um marcador de desnutrição na infância e tem sido associada com a obesidade em alguns estudos ¹⁵.

Conclusão

Neste estudo foi possível identificar que a prevalência alta alcança de modo contundente também as populações vulneráveis, como os quilombolas, onde apresentaram altos índices de sobrepeso e obesidade, onde mais de 50% da população investigada apresentou um aumento do peso para além do IMC padrão.

Nesse tangente, monitorar a prevalência da obesidade é relevante, pois os males provenientes desta continuam sendo um desafio para as instâncias públicas no mundo, principalmente nos países de média e baixa renda, como é o caso do Brasil e da região nordeste.

Vale destacar que os quilombolas ainda necessitam de mais e melhores informações relativas aos cuidados em saúde além de ações que visem combate à situação de vulnerabilidade socioeconômica e dificuldade para acesso aos serviços de saúde. Os serviços de saúde enquanto estratégia importante para o sucesso e sustentabilidade das intervenções preventivas em DCNT precisa se envolver na prevenção de agravos como este.

A importante prevalência de sobrepeso/obesidade nos investigados, indica de maneira emergente a necessidade de incluir esse problema como prioridade de saúde pública nessas comunidades.

Antemão é válido destacar que esta pesquisa apresenta limitações, por se tratar de um estudo que analisa um grupo e não o indivíduo e a utilização de dados secundários que pode gerar viés e não permite a generalização. No entanto mesmo com limitações a realização deste estudo é fundamental para o conhecimento do panorama de saúde da população, em especial a quilombola na região Nordeste do Brasil.

Recomenda-se a expansão de estudos sobre essa temática nessa população com outras abordagens analíticas bem como qualitativas para que se tenha elementos para retratar uma situação ainda pouco conhecida e sinalizar intervenções prioritárias nelas.

Referências

1. Paho. (2021) *Overweight and obesity*. Online. Disponível em<<https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-33>>
2. World Health Organization (WHO). (2021). *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Genebra: WHO; 2019.
3. Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2020) Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2020: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*. Brasília.
4. Schmidt, MI, Duncan, BB., Azevedo e Silva, G, Menezes, AM., Monteiro, CA., Barreto, SM, Chor, D, & Menezes, PR. (2011). Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet (London, England)*, 377(9781), 1949–1961.
5. De Silva AP, De Silva SHP, Haniffa R, Liyanage IK, Jayasinghe KSA, Katulanda P, et al. A cross sectional survey on social, cultural and economic determinants of obesity in a low middle income setting. *International Journal for Equity in Health*. 2015 Jan 17;14(1).
6. Flor LS, Campos MR, Oliveira AF, Schramm JMA (2017). *Carga de diabetes no Brasil: fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso*. *Rev Saúde Pública* 2017; 49: 1-11.
7. Arruti, JM.(2018) *Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola*. Bauru: Edusc, 2018.
8. Conaq - Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. *Manifesto pelos direitos quilombolas*. 26 abr. 2020. Disponível em: <<http://www.petitiononline.com/conaq123/petition.html>>.
9. Abeso. (2020) *Mapa da Obesidade*. Online. Disponível em <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>>
10. Mussi RF de F, Petróski EL. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolas baianos, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Jul;24(7):2481–90..
11. Gigante DP, Moura EC de, Sardinha LMV. Prevalence of overweight and obesity and associated factors, Brazil, 2006. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2009 Nov 1 [cited 2022 Mar 23];43:83–9. Available from: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000900011&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
12. Soares DA, Barreto SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Feb;30(2):341–54..

13. Santos, AG., Melo, FT., Santos, M. da S., & Mussi, RFF. (2020). *Fatores associados à obesidade em adultos quilombolas baianos*. RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento, 14(85), 230-240.
14. Mascarenhas CA de S. *Reflexões sobre território e educação quilombola: tensões e resistências*. Revista Cerrados. 2020 Mar 16;15(02):220–45.
15. Boing AF, Lacerda JT de, Boing AC, Calvo MCM, Saraiva S, Tomasi YT, et al. Métodos e aspectos operacionais de um estudo epidemiológico e de avaliação da Rede Cegonha. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2021;24. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210010.supl.1>.
16. Istilli PT, Teixeira CR de S, Zanetti ML, Lima RAD, Pereira MCA, Ricci WZ. Assessment of premature mortality for noncommunicable diseases. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2020;73(2).doi: 10.1590/0034-7167-2018-0440.
17. Malta DC, Duncan BB, Schmidt MI, Teixeira R, Ribeiro ALP, Felisbino-Mendes MS, et al. Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. *Population Health Metrics*. 2020 Sep;18(S1). <https://doi.org/10.1186/s12963-020-00216-1>
18. Turuchima MT, Ferreira TN, Bennemann RM (2015). Associação entre indicadores antropométricos (imc e cc) em relação ao risco para doenças cardiovasculares. *Saúde e Pesquisa*; 8:55-63.
19. Brasil (2016) *Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde* Diário Oficial da União: Brasília..
20. Brasil (2017) *Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira*. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar,. ISBN 978-85-63059-36-9
21. World Health Organization (WHO).(2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people fora healthier world* . ISBN 978-92-4-151418-7

6. CONCLUSÃO

Antemão é válido destacar que esta pesquisa apresenta limitações, por se tratar de um estudo que analisa um grupo e não o indivíduo e a utilização de dados secundários que pode gerar viés e não permite a generalização. No entanto mesmo com limitações a realização deste estudo é fundamental para o conhecimento do panorama de saúde da população, em especial a quilombola na região Nordeste do Brasil. Compreende-se que os resultados aqui destacados subsidiarão ações locais e estaduais para a redução ou prevenção da obesidade e simultaneamente influenciarão na ocorrência das demais comorbidades associadas.

A obesidade e o sobrepeso são preocupações mundiais, devido ao aumento acentuado nos últimos anos e sua relação com o surgimento de doenças crônicas. Neste estudo foi possível identificar que a prevalência alta alcança de modo contundente também as populações vulneráveis, como os quilombolas, onde apresentaram altos índices de sobrepeso e obesidade, mais de 50% da população investigada apresentou um aumento do peso para além do IMC padrão.

Nessa tangente, monitorar a prevalência da obesidade é relevante, pois os males provenientes desta continuam sendo um desafio para as instâncias públicas no mundo, principalmente nos países de média e baixa renda, como é o caso do Brasil e da região nordeste.

Identificou-se que quanto aos fatores de risco relacionados com a obesidade pela classificação do IMC, foi encontrado um efeito significativo do sexo do indivíduo, consumo de sal, feijão, verdura e carne. Sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentaram um efeito protetor à obesidade em relação ao sexo feminino. O uso de mais de um indicador antropométrico ofereceu informação adicional para mapear o risco de doenças crônicas não transmissíveis associadas ao sobrepeso e à CC e a RCE.

Torna-se necessário discutir o risco nutricional associado à presença de sobrepeso e obesidade, principalmente quando a insegurança alimentar voltar a tomar conta dos lares brasileiros, onde os vulneráveis tendem a sofrer mais.

Vale destacar que os quilombolas ainda necessitam de melhores informações relativas aos cuidados em saúde, além de ações que visem combate à situação de vulnerabilidade socioeconômica e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Os serviços de saúde, em especial a Atenção Primária em Saúde, são estratégias para o sucesso e sustentabilidade das intervenções preventivas em DCNT e precisam intensificar suas ações na prevenção desses agravos.

Os resultados mostraram que as alterações nutricionais de maior relevância entre os adultos quilombolas foram o sobrepeso. As associações entre IMC elevado e fatores sociodemográficos, comportamentais e de saúde investigados, refletem a complexidade de variáveis que fazem parte da história natural desses agravos e de sua importante determinação social.

A importante prevalência de sobrepeso/obesidade nos investigados, indica de maneira emergente a necessidade de incluir esse problema como prioridade de saúde pública nessas comunidades.

Recomenda-se a expansão de estudos sobre essa temática nessa população com outras abordagens analíticas bem como qualitativas para que se tenha elementos para retratar uma situação ainda pouco conhecida e sinalizar intervenções prioritárias nelas.

Vale destacar que os estudos sobre as condições de saúde desse público ainda são bastante restritos, é sinalizado a importância do desenvolvimento de mais pesquisas para um público que é academicamente e socialmente negligenciado devido à forte presença constituinte de um racismo estrutural que permeia a sociedade brasileira.

REFERÊNCIAS

ABESO. (2020) **Mapa da Obesidade**. Online. Disponível em <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>

ALMEIDA, Maria da Conceição Pinheiro de; SILVA, Rosalia de Jesus Castro da . OS “NOVOS QUILOMBOS”: um estudo histórico sobre o processo de identidade das comunidades remanescentes de quilombos da Baixada e do litoral norte do Estado do Maranhão |. Anais do Evento: **ANPUH – XXV Simpósio Nacional de História**, Fortaleza, 2009.

ARRUTI, J. M. **Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola**. Bauru: Edusc, 2018.

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. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: MS; 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Vigitel Brasil 2020: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília: MS; 2020.

BRASIL. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde suplementar brasileira. Rio de Janeiro: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2017. ISBN 978-85-63059-36-9

BRASIL. Manual de diretrizes para o enfrentamento da obesidade na saúde ... Diário Oficial da União: Brasília, 2016. BRASIL. Ministério da Saúde.

CONAQ - Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas. **Manifesto pelos direitos quilombolas**. 26 abr. 2020. Disponível em: <<http://www.petitiononline.com/conaq123/petition.html>>. Acesso em: 30 abr. 2021.

DEMETRI, F. D.. **Corpos despossuídos: vulnerabilidade em Judith Butler**. Dissertação de mestrado, **Programa de Pós-Graduação em Psicologia**, UFSC. 2018.

DIMENSTEIN, Magda; CIRILO NETO, Maurício. Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei, v. 15, n. 1, p. 1-17, mar. 2020. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 01 abr. 2022.

FLOR LS, CAMPOS MR, OLIVEIRA AF, SCHRAMM JMA. **Carga de diabetes no Brasil:**

fração atribuível ao sobrepeso, obesidade e excesso de peso. Rev Saúde Pública 2017; 49: 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.201504900557>.

FOUCAULT, M. **Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento.** 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Certificação Quilombola.** 2018. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551>. Acesso em: 23 jun. 2021.

GIGANTE, Denise Petrucci, MOURA, Erly Catarina de e SARDINHA, Luciana Monteiro Vasconcelos Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2009, v. 43, suppl 2 [Acessado 1 Abril 2022], pp. 83-89. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900011>>. Epub 17 Nov 2009. ISSN 1518-8787. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102009000900011>.

GIMENO SGA, RODRIGUES D, PAGLIARO H, CANO EN, LIMA EES, BARUZZI RG. **Perfil metabólico e antropométrico de índios Aruák: Mehináku, Waurá e Yawalapití, Alto Xingu, Brasil Central, 2018/2019.** Cad Saúde Pública 2020; 23:1946-54.

ISTILLI PT, TEIXEIRA CRS, ZANETTI ML, LIMA RAD, PEREIRA MCA, RICCI WZ. Avaliação da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível. Rev. Bras. Enferm.. 2020; 73(2): e20180440, doi: 10.1590/0034-7167-2018-0440.

LARRUBIA, Bruno Costa. JUNIOR, Nelson Edson da Silva. FREITAS, Isadora Mascarenhas de. Antropologia da saúde e doença: contribuições para os serviços públicos de saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 04, Ed. 08, Vol. 04, pp. 05-28. Agosto de 2019. ISSN: 2448-0959, Link de acesso: <<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/administracao/servicos-publicos>>

MALTA DC, ANDRADE SCA, OLIVEIRA TP, MOURA L, PRADO RR, SOUZA MFM. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Rev Bras Epidemiol. 2019; 22:e190030, doi: 10.1590/1980-549720190030.

MALTA DC, BERNAL RTI, ANDRADE SCA, SILVA MMA, VELASQUEZ-MELENDZ G. **Prevalência e fatores associados com hipertensão arterial autorreferida em adultos brasileiros.** Rev Saude Publica. 2017;51 Supl 1:11s.

MALTA DC, DUNCA BB, SCHMIDT MI, TEIXEIRA R, RIBEIRO ALP, FELISBINO-MENDES MS, *et al.* Trends in mortality due to non-communicable diseases in the Brazilian adult population: national and subnational estimates and projections for 2030. **Popul Health Metr.** 2020

MALTA DCS, MARTA MA. As doenças e agravos não transmissíveis, o desafio contemporâneo na Saúde Pública. **Cien Saude Colet.** 2018; 23(5):1350, doi: 10.1590/1413-81232018235.31552017

MASCARENHAS, C. A. de S. Reflexões sobre território e educação quilombola: tensões e resistências. **Revista Cerrados**, [S. l.], v. 15, n. 02, p. 220–245, 2017. DOI: 10.22238/rc24482692v15n22017p220a245. Disponível em:

<<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/cerrados/article/view/1315>>. Acesso em: 1 abr. 2022

MEDEIROS, Luciano Silveira Pacheco *et al.* O Papel Do Cuidado Com As Doenças Crônicas Não Transmissíveis Na Atenção Primária Em Saúde: Um Olhar Da Antropologia Da Saúde. **Research, Society and Development** 10, no. 12 (2021).

MEDRONHO, R. A. *et al.*; **Epidemiologia** - 2. ed. - São Paulo: Atheneu, 2009. 685 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção básica nº 35 –**Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2019.

PAHO. **Overweight and obesity**. Online (2021) Disponível em<<https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-33>>

PEREIRA, M. G.; **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. 596p.

SANTOS, A. G., MELO, F. T., SANTOS, M. DA S., & MUSSI, R. F. DE F. (2020). Fatores associados à obesidade em adultos quilombolas baianos. **RBONE - Revista Brasileira De Obesidade, Nutrição E Emagrecimento**, 14(85), 230-240. Recuperado de <http://www.rbone.com.br/index.php/rbone/article/view/1251>

SBEM. Informações Sobre Doenças.[online]. 2022. Disponível em: <www.sbemsp.org.br, www.sbemsp.org.br/para-o-publico/informacoes-sobre-doencas#>

SCHMIDT MI, DUNCAN BB, SILVA GA, MENEZES AM, MONTEIRO CA, BARRETO SM, *et al.* **Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges**. *Lancet* 2016; 377:1949-61.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE MARANHÃO, 2018. **Relatorios de cobertura** Disponível em <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/ acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaConsolidado.xhtml>>.

SILVA AP, SILVA SHP, HANIFFA R, LIYANAGE IK, JAYASINGHE KSA, KATULANDA P, *et al.* **A cross sectional survey on social, cultural and economic determinants of obesity in a low middle income setting**. *Int J Equity Health* 2018; 14: 6. <https://dx.doi.org/10.1186%2Fs12939-015-0140-8>

SILVA. Adriana ; PRA, Keli Regina Dal Prá ; GRAH, Bruno . **Familismo e política social: considerações acerca da responsabilização das famílias**. In: I Coloquio Regional: Familias Contemporáneas Intervenciones Contemporáneas Familias y Nueva Matriz de Protección Social, 2015, Montevideo. I Coloquio Regional: Familias Contemporáneas Intervenciones Contemporáneas Familias y Nueva Matriz de Protección Social. Montevideo: Facultad de Ciencias Sociales, 2015. p. 314-326.

SOARES, Daniela Arruda e Barreto, Sandhi Maria. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 30, n. 2 [Acessado 1 Abril 2022] , pp. 341-354. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00004613>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00004613>.

TONACO, Luís Antônio Batista *et al.* Social vulnerability associated with the self-reported diagnosis of type II diabetes: a multilevel analysis. **Revista Brasileira de Epidemiologia** [online]. 2021, v. 24, suppl 1 [Acessado 1 Abril 2022] , e210010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210010.supl.1>>. Epub 16 Abr 2021. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720210010.supl.1>.

TORRES FERREIRA, F. *et al* atividades educativas para o controle das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs): hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. **Revista Multidisciplinar Em Saúde**, 1(2), 44. (2020). Recuperado de <https://editoraime.com.br/revistas/index.php/rem/article/view/226>

TURUCHIMA MT, FERREIRA TN, BENNEMANN RM. Associação entre indicadores antropométricos (imc e cc) em relação ao risco para doenças cardiovasculares. **Saúde e Pesquisa**. (2015); 8:55-63.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M.. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem de saúde e da doença. **Cad. Pública**, 10(4), 597-504. 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability**. [Internet]. 2019

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Noncommunicable diseases country profiles**. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Genebra: WHO; 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Physical status: the use and interpretation of anthropometry**. Genebra: WHO; 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global action plan on physical activity 2018–2030: more active people for a healthier world**. WHO, 2018. 104 p. ISBN 978-92-4-151418-7

ANEXOS

ANEXO 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.)?
 Rio ou Igarapé Poço aberto Poço fechado/bomba (tipo) _____
 Encanamento 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 semana o 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 semana o 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 (cooper) | <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>ju-jitsu, karatê, judô, boxe, muay thai, capoeira</i>) | |
| <input type="checkbox"/> Bicicleta (inclui ergométrica) | |
| <input type="checkbox"/> Futebol / futsal | |
| <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 Sou ex-fumante Caso SIM, quantos cigarros por dia? _____

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, whisky 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, whisky 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

ANEXO 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 Sobrepeso e obesidade: prevalência em Quilombolas 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 o mestranda Dannylo Ferreira Fontenele, que poderá ser encontrado no endereço Condomínio Brunna Lioto, casa 18, condomínio Brunna Lioto, Araçagy, CEP: 65110-000, São Jose de Ribamar- MA e através dos telefones: (98) 987553264 e-mail: dannylo_ferreira@hotmail.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

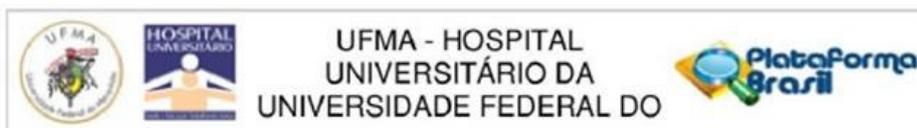
Assinatura Paciente ou Representante Legal



Impressão Digital

Assinatura Pesquisador Responsável Data:

ANEXO C – CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

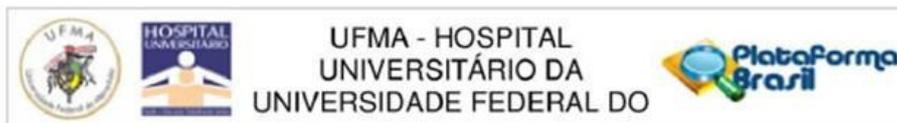
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** IMPACTOS DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM QUILOMBOS**Pesquisador:** Ana Hélia de Lima Sardinha**Área Temática:****Versão:** 1**CAAE:** 87902918.4.0000.5086**Instituição Proponente:** Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA**Patrocinador 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**Município:** SAO LUIS**CEP:** 65.020-070**Telefone:** (98)2109-1250**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.

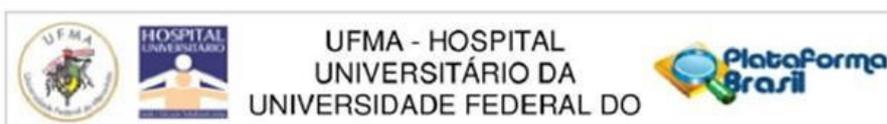
Critério de Exclusão:

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:

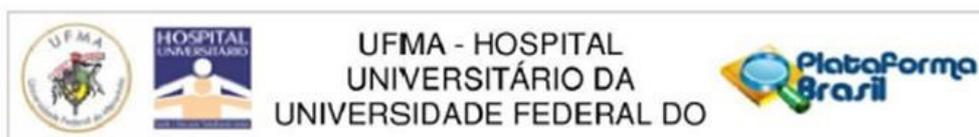
Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa. Pinheiro localiza-se na microrregião da Baixada Maranhense e tem aproximadamente 82 mil habitantes, limita-se ao norte, com os municípios de Santa Helena e Central, ao Sul com Pedro do Rosário e Presidente

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



Continuação do Parecer: 2.626.680

Samay; 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, Lactal, 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:

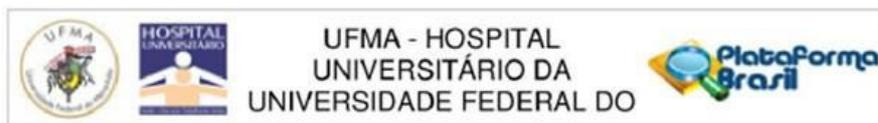
Estudo relevante pois o crescimento expressivo das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) é uma ameaça para a saúde e desenvolvimento de todas as nações. Segundo a WHO, essas doenças podem levar a incapacidade e causar custos diretos para o indivíduo e família, além de um impacto financeiro para 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	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 2.626.660

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:

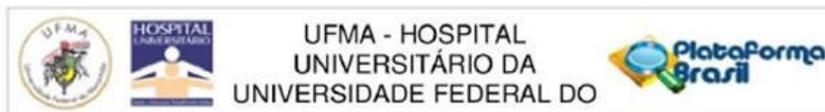
O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

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: (08)2109-1250 **E-mail:** oep@huufma.br



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma taxa de submissão de R\$ 100,00 (cem reais) para artigos nacionais e US\$ 25,00 (vinte e cinco dólares) para artigos internacionais. O valor não será devolvido em caso de recusa do material. Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores.

Orientações para organização de números temáticos

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates inter pares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas. Os artigos para essa modalidade só serão aceitos os enviados no e-mail informado na chamada.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva**. Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista (que em 2020 ultrapassou 4.000 originais), todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O

documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço,

resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .doc) e encaminhados

apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.

3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400

caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro e o validem no ScholarOne. Para se registrar no ORCID entre no site (<https://orcid.org/>) e para validar o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e depois, na página de Log In, clique no botão Log In With ORCID iD.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido,

será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores- chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria N^o 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em

qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo: ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ (p.38).
ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegri ML, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.
3. Sem indicação de autoria
Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.
4. Número com suplemento
Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.
5. Indicação do tipo de texto, se necessário
Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*.

Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In:

Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001*

[tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis