

Avaliação do perfil epidemiológico de doenças cardiovasculares em quilombolas do município de Itapecuru-Mirim – MA

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.005-017>

Ana Paula Costa Linhares

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Davi Veloso Lima de Paula Sousa

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Isabela Maria Mesquita Moreira

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Kaline dos Santos Kishishita Castro

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Lorena Menegussi Machado

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Marcelly Kelmanny da Luz Sampaio

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Marcilene de Amorim Sandes

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Maria Clara Pereira Nogueira da Cruz

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Maria Fernanda Almeida do Vale

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Raphaela Abreu Everton

Discente do Curso de Medicina da Universidade Ceuma, São Luís-MA

Mylena Andréa Oliveira Torres

Dra. em Biotecnologia, Docente do Curso de Medicina Universidade Ceuma, São Luís-MA

RESUMO

As doenças cardiovasculares (DCVs) são conceituadas como uma modificação no funcionamento do sistema cardíaco. Tais doenças têm sido responsáveis por uma taxa relevante de morbidade e mortalidade, tornando-se um problema de saúde pública por atingirem um contingente populacional significativo. Sendo assim, vale ressaltar que a população negra encontra-se dentro do grupo de risco para o desenvolvimento de DCVs, principalmente em decorrência da sua dificuldade no acesso aos serviços de saúde. Portanto, objetivou-se na presente pesquisa avaliar a prevalência dos fatores de risco cardiovasculares em comunidades quilombolas do município de Itapecuru-Mirim – MA. O levantamento de dados aconteceu através da aplicação de questionário, contemplando 110 indivíduos. Os dados foram tabulados e analisados em uma planilha eletrônica no Excel, e as variáveis qualitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas sendo analisados através do programa BioStata. Os resultados mostraram uma predominância do sexo feminino 57,27% (n=63), com uma média de idade 49,39% para ambos os sexos. Dentro do histórico familiar, a DCV que mais se sobrepõe é a Hipertensão Arterial 30,91% (n=34). Ademais, 12, 73% (n=13) referiram ser diabéticos e 25,45% (n=27) hipertensos. Quanto aos níveis pressóricos, a média de pressão arterial no público masculino mostrou-se mais alterada 140x92 mmHg na sistólica e 92,46 mmHg na diastólica, já a glicemia apresentou média de 134,22 mg/dL entre os participantes. Desse modo, observa-se que os integrantes das duas comunidades quilombolas apresentam comportamentos de risco que podem culminar no aumento do desenvolvimento de DCV's.

Palavras-chave: Quilombolas, Doenças Cardiovasculares, Fatores de risco.

1 INTRODUÇÃO

A doença cardiovascular (DCV) ocupa a primeira posição como causa de morte no mundo, condição que se equipara à realidade geral do Brasil. No entanto, é importante salientar que apesar da mortalidade elevada, a DCV figura como uma condição clínica passível de prevenção (BENSENOR et al., 2019). Em face disso, a relação dos fatores de risco para o desenvolvimento de DCV na população geral sofre constantes alterações, o que justifica a periodicidade na reavaliação dessas variáveis a fim de traçar estratégias eficazes de prevenção (ROSA et al., 2021).

Desse modo, os fatores de risco para doença cardiovascular são categorizados em não modificáveis (idade, etnia e histórico familiar de doença cardiovascular) e modificáveis – Diabetes Mellitus (DM), hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e tabagismo (MALTA et al., 2021). Para além do sublinhado, a ausência de exercícios físicos e dieta desequilibrada são fatores de risco já bem estabelecidos para predispor às doenças crônicas e nesse contexto, se inserem na cadeia de eventos causais das doenças cardiovasculares (BENSENOR et al., 2019).

No Brasil, as populações quilombolas são conceituadas no conjunto de grupos étnicos minoritários pertencentes à população negra e afrodescendente, que residem em regiões rurais, semiurbanas, quilombolas e mais raramente nas áreas urbanas. A população quilombola que vive nessas comunidades compartilham em seu cotidiano de condições de saúde, conhecimentos, atitudes, crenças, culturas e práticas de saúde herdadas de seus antepassados (ROSA et al., 2021).

As características já citadas, os colocam em condição de evidência no contexto das pesquisas em saúde, haja vista que vivem em condições de vulnerabilidade social, distante das redes de serviços de saúde, o que dificulta o acesso a serviços de diagnósticos, terapia e reabilitação em saúde. Obstáculos que corroboram com a acentuação de doença crônicas, como a diabetes e hipertensão arterial sistêmica (DO NASCIMENTO SILVA et al., 2020).

Contudo, os fatores de riscos associados ao desenvolvimento de DCV em indivíduos de ascendência africana, sobretudo as que vivem em comunidades quilombolas ainda são pouco estudados. Assim, considerando a mudança no estilo de vida da população quilombola, com presença do sedentarismo, obesidade, etilismo e tabagismo, e conseqüentemente o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, faz-se imprescindível a realização desse estudo que objetivou a avaliação do perfil epidemiológico de doenças cardiovasculares na referida população.

2 MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, realizado em duas comunidades quilombolas do estado do Maranhão, Brasil, entre os meses de outubro e novembro de 2022. O delineamento amostral foi realizado por meio de seleção aleatória simples, no qual das quarenta e quatro áreas quilombolas do MA (Brasil, 2019), duas foram selecionadas. Foi realizado estudo com amostragem do tipo aleatória

simples, com 110 quilombolas do Povoado Moreira e Santa Rosa do Barão, no município de Itapecuru-Mirim, MA. Os critérios de inclusão adotados para a seleção dos quilombolas foram: idade \geq de 18 anos, ambos os gêneros e que aceitassem participar da pesquisa mediante leitura, esclarecimento e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 18 anos e os indivíduos que não assinassem o TCLE. Os dados coletados foram tabulados e analisados em planilha eletrônica no Excel, através do programa estatístico BioStata. As variáveis quantitativas foram apresentadas por meio de frequências absolutas e relativas. A pesquisa seguiu as seguintes etapas: 1ª etapa: a aplicação de questionário com os participantes selecionados, com a obtenção de informações sobre: idade, sexo, estado civil, tabagismo, atividade física, hábitos alimentares. O participante levou em média cerca de 4 minutos para responder esse questionário. 2ª etapa: verificação do índice glicêmico capilar. Foram utilizados como referência os níveis de glicemia capilar estabelecidos pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2019-2020). A referida diretriz estabelece a seguinte classificação: glicemia \leq 100 mg/dL: sem DM; glicemia $>$ 100 e \leq 126 mg/dL: pré-diabetes ou risco elevado para desenvolvimento de DM e glicemia \geq 126mg/dL diagnóstico de DM. 3ª etapa: foi utilizada como referência dados da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2020), o referido protocolo considera pressão sistólica $<$ 120 mmHg e pressão diastólica $<$ 80 mmHg como ótima; pressão sistólica entre 120-129 mmHg ou diastólica entre 80-84 mmHg é considerada normal; pressão sistólica entre 130-139 mmHg ou pressão diastólica entre 85-89 mmHg como pré-hipertenso; pressão sistólica entre 140-159 mmHg ou pressão diastólica entre 90-99 mmHg como hipertensão estágio 1; pressão sistólica entre 160-179 mmHg ou pressão diastólica 100-109 mmHg como hipertensão estágio 2 e \geq 180 mmHg para sistólica ou \geq 110 mmHg. 4ª etapa: realizar-se-á a mensuração do peso e da estatura dos quilombolas para avaliação antropométrica. Calcula-se então o índice de massa corporal (IMC) e será analisado pela tabela do NCHS adaptada pelo CDC 2000, e incorporada pelo departamento de atenção básica (2006), pelo parâmetro IMC/Idade, são classificados então por baixo peso ($<$ 18,5 Kg/m²), normal (entre 18,5-24,9 Kg/m²), sobrepeso (25-29,9Kg/ m²) e obesidade classe I (30-34,9 Kg/ m²), obesidade grau II (35-39,9 Kg/ m²) e obesidade grau III ($>$ 40 Kg/ m²). Para a mensuração do peso será utilizado balança digital de marca CADENCE, capacidade para até 150 kg e para mensurar a altura será utilizado um estadiômetro. Além disso, para aferição de circunferência abdominal (CA) será utilizado uma fita métrica inelástica com 150 cm de comprimento. Para avaliação dos valores da circunferência abdominal adotaremos pontos propostos pela Diretrizes Brasileira de Obesidade (2016), uma vez que, valores de CA \geq 80 cm para mulheres e \geq 90 cm para homens apresentam risco cardiovascular aumentado.

3 RESULTADOS

Conforme o perfil sociodemográfico dos entrevistados, verificou-se que média da idade foi de 49,3, sendo para o sexo feminino foi a média de 51,0 e masculino de 47,0. Verificou-se também que a maioria dos quilombos eram do sexo feminino 57,27% (n=63), com ensino fundamental incompleto 22,73% (n=25) e solteiros 34,55% (n=38), conforme demonstra a tabela 1.

Tabela 1 – Caracterização dos entrevistados quilombolas, segundo o perfil sociodemográfico.

Média de Idade		
Feminino	51,0952381	
Masculino	47,0652174	
Total	49,3944954	
Sexo	%	N
Feminino	57,27%	63
Masculino	42,73%	47
Total	100,00%	110
Escolaridade	%	N
Ensino fundamental incompleto	22,73%	25
Ensino fundamental completo	16,36%	18
Ensino infantil incompleto	15,45%	17
Não escolarizado	13,64%	15
Sem informação	8,18%	9
Ensino médio completo	8,18%	9
Ensino superior completo	7,27%	8
Ensino médio incompleto	4,55%	5
Ensino infantil completo	3,64%	4
Total	100,00%	110
Estado Civil	%	N
Solteiro (a)	34,55%	38
União Consensual	23,64%	26
Casado (a)	23,64%	26
Viúvo (a)	13,64%	15
Separado/Divorciado (a)	4,55%	5
Total	100,00%	110

Fonte: autores (2024)

Na tabela 2, verificou-se 60,91% (n=67) ressaltaram que possuem histórico familiar de doenças cardiovascular na família, sendo que 30,91% (n=34) tinham hipertensão arterial (HA) e que os pais 32,72% (n=36) possuíam a doença.

Tabela 2 – Caracterização dos entrevistados quilombolas, segundo o histórico familiar.

História de Doença Cardiovascular na Família	%	N
Sim	60,91%	67
Não	39,09%	43
Total	100,00%	110
Se sim, qual doença		
Hipertensão arterial	30,91%	34
Infarto agudo do miocárdio	7,27%	8
Cardiomegalia	5,45%	6
Doença valvar	4,55%	5
Doença cardiovascular não especificada	4,55%	5
Acidente vascular encefálico	3,64%	4
Desconhecida	2,73%	3
Aterosclerose	1,82%	2
Se sim, quem		
Pais	32,73%	36
Irmãos	10,00%	11
Avós	8,18%	9
Tios	4,55%	5
Filhos	3,64%	4
Sobrinhos	0,91%	1
Netos	0,91%	1

Fonte: autores (2024)

Referente aos hábitos de vida, tabela 3, observou-se que 65,45% (n=72) não eram tabagistas, 46,36% (n=51) nunca beberam e 53,64% (n=59) praticam algum tipo de atividade física.

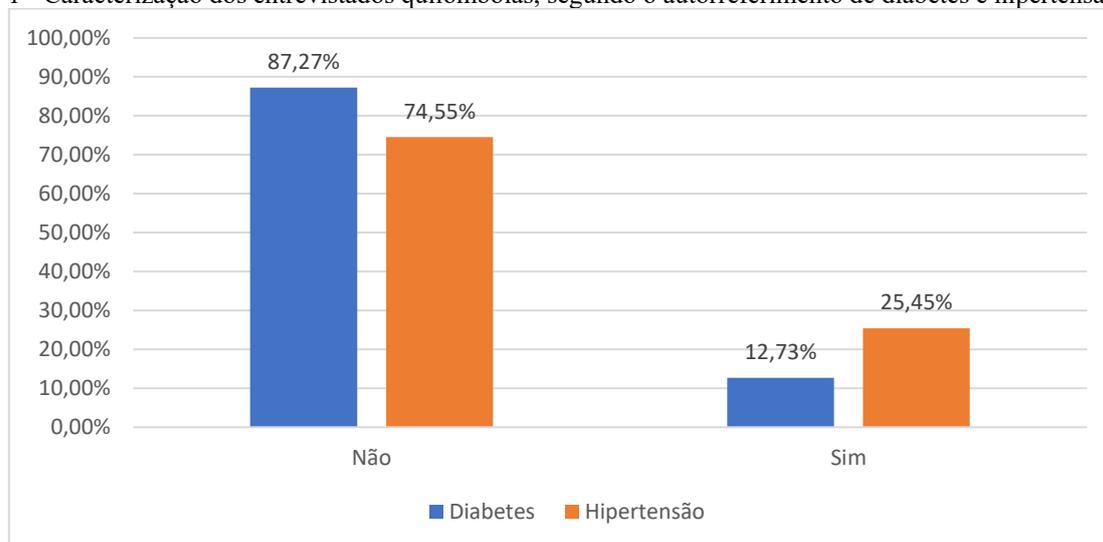
Tabela 3 – Caracterização dos entrevistados quilombolas, segundo os hábitos de vida.

Tabagismo	%	n
Nunca fumou	65,45%	72
Ex-tabagista	19,09%	21
Tabagista	15,45%	17
Total	100,00%	110
História de etilismo		
Nunca bebeu	46,36%	51
Etilista	30,00%	33
Ex-etilista	23,64%	26
Total	100,00%	110
Nos últimos 3 meses, prática de atividade física		
Sim	53,64%	59
Não	45,45%	50
Sem informação	0,91%	1
Total	100,00%	110

Fonte: autores (2024)

No gráfico 1, observou-se que maioria dos entrevistados não tinham diabetes ou hipertensão arterial, contudo, uma minoria (12,73% diabetes e 25,45% HA) autorreferiu que possuíam tais doenças.

Gráfico 1 - Caracterização dos entrevistados quilombolas, segundo o autorreferimento de diabetes e hipertensão arterial.



Fonte: autores (2024).

Com relação ao aspecto antropométrico, a média do IMC do sexo feminino foi de 27,08 Kg/ m² e masculino 26,80 Kg/ m², demonstrado uma presença de sobrepeso. Com relação à circunferência abdominal (CM), a média foi 92,11cm para os homens e 92 cm para as mulheres. Quanto à média da glicemia, observou-se 138,52 mg/dL para o sexo masculino e 131,07 mg/dL para sexo feminino, demonstrando glicemia de jejum alterada.

Tabela 4 – Caracterização dos entrevistados quilombolas, segundo a média das medidas clínicas.

Média de IMC	
Feminino	27,08398666
Masculino	26,80493157
Total	26,96331419
Média de Circunferência abdominal (cm)	
Masculino	92,11111111
Feminino	92
Total	92,04
Média de Glicemia	
Masculino	138,5217391
Feminino	131,0793651
Total	134,2201835
Média de PA Sistólica (mmHg)	
Masculino	140,0212766
Feminino	138,4285714
Total	139,1090909

Média de PA Diastólica (mmHg)	
Masculino	92,46808511
Feminino	85,33333333
Total	88,38181818

Fonte: autores (2024)

Na tabela 5, verificou-se um consumo alto de frituras semanalmente, contudo, os indivíduos entrevistados também consomem frutas, verduras e legumes.

Tabela 5 – Caracterização dos entrevistados quilombolas, segundo a média do consumo de frutas, verduras, legumes, frituras e outros.

Média de consumo semanal de frutas, verduras e legumes
3,475
Média de consumo semanal de frituras
2,091121495
Média de consumo semanal de pizzas, sanduíches e outros lanches
0,367924528
Fonte: autores (2024).

Na tabela 6, verifica-se que 53,64% (n=59) consumiam enlatados, 66,36% refrigerantes (n=73), 55,45% (n=61) doces e 96,36% (n=106) não adicionam sal nas comidas prontas.

Tabela 6 – Caracterização dos entrevistados quilombolas, segundo a média do consumo de enlatados, refrigerante, doces e acréscimos de sal na comida.

Consumo de enlatados	%	n
Sim	53,64%	59
Não	46,36%	51
Total	100,00%	110
Consumo de refrigerante	%	n
Sim	66,36%	73
Não	33,64%	37
Total	100,00%	110
Consumo de doces	%	n
Sim	55,45%	61
Não	44,55%	49
Total	100,00%	110
Costume de adicionar sal na comida pronta	%	n
Não	96,36%	106
Sim	3,64%	4
Total	100,00%	110

Fonte: autores (2024)

4 DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados eram do sexo feminino, com idade média de 49,3 anos e solteiros.

Segundo a pesquisa de Santos *et al.*, (2020) nos quilombolas das Bahia, verificou-se que a variação de idade entre 18 a 92 anos, tinha média de 49 anos e sendo 61,2% dos pesquisados compostos por mulheres. Dados concomitantes com a pesquisa realizada no Povoado Moreira e Santa Rosa do Barão, fato que reforça a tese de que mulheres participam mais das pesquisas realizadas.

Entre os fatores analisados no perfil socioeconômico, observou-se no estudo que a maioria apresentava escolaridade baixa, fator alarmante, pois indivíduos que nunca estudaram ou que estudaram apenas as séries iniciais, apresentaram maior prevalência de doenças cardíacas e isquêmicas quando comparados àqueles com que concluíram a educação básica. A baixa escolaridade contribui para que o indivíduo tenha escasso conhecimento sobre condições sensíveis à promoção, prevenção e controle das doenças cardiovasculares (BEZERRA *et al.*, 2017).

Em relação ao tabagismo e etilismo, foi evidenciado que a maioria não praticava esses hábitos comportamentais. No entanto, 15,45% (n=17) fumam e 30% (n=33) consomem bebidas alcoólicas. Fatores que são assumidamente conversores de aumento para os riscos cardiovasculares. Na pesquisa de Santos *et al.*, (2019) no estado de Sergipe, observou-se que entre as variáveis comportamentais relatadas pelos participantes, destacaram-se os seguintes percentuais: ser tabagista, 37,18%; ter hábitos de ingerir bebidas alcoólicas, 60,77%, dados que se distanciam dos encontrados na comunidade quilombola do povoado Moreira e Santa Rosa do Barão no Maranhão.

Quanto a realização de atividade física, verificou-se na pesquisa em questão que a maioria 53,64% (n= 59) praticam algum esporte, sobretudo futebol e ciclismo. Além da prática de plantio e colheita, contudo, verificou-se uma porcentagem alta de indivíduos sedentários 45,45% (n=50), essa porcentagem de inatividade física, provavelmente reflete a ociosidade nos ambientes quilombolas em parte dos meses, por não ser o tempo de safra ou plantio. Entretanto na pesquisa de Mussi *et al.* (2015) realizado na Comunidade de Tomé Nunes, identificou-se que na maioria dos pesquisados não praticavam nenhum tipo de atividade física (67,8% mulheres e 58,4% homens). Nesse contexto, outro estudo demonstrou que comportamentos sociodemográficos e sociais influenciam os comportamentos sedentários de quilombolas, como por exemplo, ficar exposto às telas por duas ou mais horas do dia durante a semana (ALMEIDA *et al.*, 2018).

Com relação ao perfil antropométrico, verificou-se que a maioria está com sobrepeso, concomitante a isso, um estudo realizado por Bezerra *et al.* (2017) nas Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, constatou, que nas categorias de IMC, houve prevalência para os indivíduos com sobrepeso (RP = 1,39; IC95%: 1,16-1,66) e com obesidade (RP = 1,87; IC95%: 1,37-2,52), em relação ao baixo peso/eutrofia. Nos estudos realizados por Fontelle *et al.* (2022) observaram maior prevalência da obesidade e sobrepeso entre mulheres (29,5% e 62,6%, respectivamente).

A HA e o DM caracterizam condições de morbimortalidade ampliadas entre o povo quilombola. Nesse contexto, a prevalência de HA 25,45% (n=28) e DM com 12,73% (n=14) autorreferidas pelos

quilombolas no estudo em questão foi elevada, quando comparada às estimativas percentuais da população geral do mesmo estado (MA) – 19,33% (HA) e 8,96% (DM), segundo dados do Ministério da Saúde (Vigitel, 2021). Fato que também é evidenciado na pesquisa de Santos *et al.* (2019) com adultos quilombolas de Sergipe (SE), na qual verificou que a prevalência de 26% de HAS nas comunidades quilombolas de Sergipe foi elevada, quando comparada às estimativas da população geral de 20,4% do mesmo estado, com faixas etárias semelhantes. Os autores afirmam que HA é mais prevalente em populações negras quando comparados aos brancos, contudo, a etiologia da doença e os fatores ambientais influenciam no desenvolvimento da HA, dependendo da raça.

Verificou-se no estudo que a maioria dos entrevistados tinham histórico familiar de hipertensão, sobretudo de parentesco de primeiro grau (pai, mãe e irmãos). Cordovil e Almeida (2018) em sua pesquisa com mulheres quilombolas do povoado Nazaré do Bruno, zona rural de Caxias, os resultados demonstraram que as 77% das entrevistadas apresentaram em seu histórico familiar parentes com doenças cardiovasculares. Os autores ressaltam que existe uma forte influência no desenvolvimento com os antecedentes familiares, principalmente de primeiro grau.

Com relação à CM, o estudo em questão demonstrou que a maioria das mulheres apresentaram risco alto para desenvolvimento de DCV. Cordovil e Almeida (2018) observaram que a maioria dos adultos quilombolas Marajoaras, apresentavam risco de 41,4% no gênero masculino e 70,4% no feminino, conforme o CM. O tecido adiposo sintetiza e secreta múltiplos mediadores e citocinas, que participam de mecanismos que induzem à dislipidemia, resistência à insulina, hipertensão e aterosclerose (PAULI *et al.*, 2019).

Neste estudo, observou-se uma ingestão alta de enlatados, doces, refrigerantes e frituras, demonstrando que o acesso aos alimentos comercializados e o abandono da agricultura parecem ser um dos fatores mais frequentes da transição nutricional entre os quilombolas. Contudo, na pesquisa de Corrêa e Silva (2021) nas comunidades quilombolas de Santo Antônio (Concórdia do Pará, nordeste paraense) e São João (Salvaterra, ilha do Marajó), observou-se que 20% dos entrevistados consumiam produtos industrializados e de fácil preparação, chamando a atenção pela baixa frequência desses alimentos entre essa população.

5 CONCLUSÃO

Por esse levantamento, cumpre afirmar que existem comorbidades e hábitos higienodietéticos comunitários já bem estabelecidos, que contribuem para a antecipação do surgimento ou agravamento das doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial sistêmica, o diabetes, o histórico familiar de doenças cardiovasculares, a inatividade física, o tabagismo e o etilismo são fatores que favorecem a instalação das doenças multivasculares, especialmente, para o risco de desenvolvimento de agravos cardiovasculares. A prevalência de hipertensão arterial e o hábito tabágico, entre os quilombolas do



Povoado Moreira e Santa Rosa do Barão de Itapecuru-mirim (MA), mostraram-se como os principais preditores para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares. Esses achados sinalizam para a necessidade de melhor alcance, planificação e otimização da assistência em saúde às comunidades pelas redes de assistência e reivindicam um melhor balanço do apoio institucional das macros e microrregionais de saúde do Maranhão a esse seguimento, objeto de nosso estudo.



REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Claudio bispo. et al. Determinantes sociodemográficas do comportamento sedentário em adultos quilombolas. *Cuba Salud* 2018. 2018.

BENSENOR, Isabela Martins. Prevalência de fatores de risco cardiovascular no mundo e no Brasil. *Revista da Sociedade de Cardiologia, Estado de São Paulo*, p. 18-24, 2019.

BEZERRA, V. M. *et al.* Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 33, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Quilombolas no Brasil. 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/21311-quilombolas-no-brasil.html>. Acesso em 28 de fev. 2024.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sistema de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2021. Disponível em: <http://plataforma.saude.gov.br/vigitel/>. Acesso em 28 de fev. 2024.

CORDOVIL, Yuri Freitas; ALMEIDA, Silvia dos Santos. Variáveis antropométricas e fatores de risco cardiovascular associados em Quilombolas Marajoaras. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 12, n. 71, p. 406-415, 2018.

CORRÊA, Nádia Alinne; SILVA, Hilton P. Da Amazônia ao guia: os dilemas entre a alimentação quilombola e as recomendações do guia alimentar para a população brasileira. *Saúde e Sociedade*, v. 30, 2021.

Departamento de Atenção Básica. Obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 108 p. il. - (Cadernos de Atenção Básica, n. 12) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf. Acesso em fev. 2024.

Diretrizes Brasileira de Obesidade. Associação brasileira para o estudo da obesidade e da síndrome metabólica. *Diretrizes brasileiras de obesidade*. 4. ed. São Paulo: ABESO, 2016.

DO NASCIMENTO SILVA, Paula Gabriella et al. Fatores de risco cardiovascular em idosos de uma comunidade quilombola [Cardiovascular risk factors in older adults of a quilombola community][Factores de riesgo cardiovascular en ancianos de una comunidad quilombola]. *Revista Enfermagem UERJ*, v. 28, p. 44773, 2020.

MALTA, D. C. *et al.* Estimativas do risco cardiovascular em dez anos na população brasileira: Um estudo de base populacional. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 116, p. 423-431, 2021.

MUSSI, R. F. *et al.* Atividades físicas praticadas no tempo livre em comunidade quilombola do alto sertão baiano. *LICERE-Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer*, v. 18, n. 1, p. 157-187, 2015.

PAULI, Sílvia *et al.* Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, p. 3293-3303, 2019.



ROSA, Randson Souza et al. Risco cardiovascular e fatores associados à saúde em pessoas afrodescendentes hipertensas residentes em comunidade Quilombola. *Revista Cuidarte*, v. 12, n. 2, 2021.

SANTOS, A. G. *et al.* Fatores associados à obesidade em adultos quilombolas baianos. *RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, v. 14, n. 85, p. 230-240, 2020.

SANTOS, D. M. S. *et al.* Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em comunidades quilombolas do estado de Sergipe, Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, v. 113, p. 383-390, 2019.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol* 2020; 95(Supl. 1):1-51.

Sociedade Brasileira de Diabetes. (2019). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-20201.pdf>. Acesso em fev. de 2024.