

**FATORES ASSOCIADOS A DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
AUTORRELATADAS EM QUILOMBOLAS DO SEMIÁRIDO BAIANO**

Thiara Neres Bispo Vitorio do Carmo^a

<https://orcid.org/0000-0003-4944-6460>

Edna Maria de Araújo^b

<https://orcid.org/0000-0003-1643-2054>

Roberta Lima Machado de Souza Araújo^c

<https://orcid.org/0000-0002-0302-2745>

Sheila Regina dos Santos Pereira^d

<https://orcid.org/0000-0001-6537-3041>

Hilton P. Silva^e

<https://orcid.org/0000-0002-3287-3522>

Betânia Lima Machado de Souza^f

<https://orcid.org/0000-0002-8557-5676>

Resumo

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam o conjunto de doenças com maior carga de morbimortalidade no Brasil. Essas doenças têm maior impacto biopsicossocial em populações mais vulnerabilizadas em suas condições de vida

^a Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana (Uefs). Bolsista Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (Fapesb). Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: thiaraneres@gmail.com

^b Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana e do Mestrado Profissional em Saúde da População Negra e Indígena da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: ednakam@gmail.com

^c Psicóloga. Mestra em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: robertamachado.psi@gmail.com

^d Estatística. Doutora em Educação. Docente Assistente na Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: srs pereira@uefs.br

^e Médico. Doutor em Antropologia/Bioantropologia. Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia (PPGSAS) e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia (PPGA), Universidade Federal do Pará, Belém, Brasil; do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (Ceam), Universidade de Brasília, Brasília, Brasil; e Membro Colaborador do Centro de Investigação em Antropologia e Saúde (Cias), Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal. E-mail: hdsilva@ufpa.br

^f Geógrafa. Mestra em Planejamento Territorial e Políticas Públicas. Docente da Educação Básica no Colégio Olimpos e no Colégio Comercial em Serrinha. Feira de Santana, Bahia, Brasil. E-mail: betaniauefs@gmail.com

Endereço para correspondência: Universidade Estadual de Feira de Santana. Avenida Transnordestina, s/n, Novo Horizonte. Feira de Santana, Bahia, Brasil. CEP: 44036-900. E-mail: mesaucu@uefs.br

e saúde. Objetiva-se analisar os fatores associados a DCNT mais prevalentes em quilombolas do semiárido baiano em 2016. Trata-se de um estudo transversal, realizado com 864 quilombolas, com idade maior ou igual a 18 anos, residentes na zona rural de Feira de Santana (BA). Os dados foram obtidos de um instrumento validado, contendo perguntas sobre condições socioeconômicas, demográficas, ambientais, de saúde, doenças e agravos. Foi ajustado o modelo de Poisson, hierarquizado para identificar os fatores associados às DCNT; dessas, as mais prevalentes foram: hipertensão arterial (22,3%), doenças cardíacas (5,9%), doenças do aparelho circulatório (7,5%) e diabetes (7,8%). Os fatores associados significativamente às DCNT no modelo hierarquizado foram: faixa etária de cinquenta anos ou mais (IC: 2,6 – 8,1); quantidade de cômodos da casa (IC: 0,7 – 0,9); não uso de medicamento (IC: 5,5 – 13,2); e não procura pelo serviço de saúde (IC: 0,7 – 0,9). Conclui-se que, embora os quilombolas apresentem fatores associados às DCNT similares aos observados na população geral, a magnitude dessas doenças nessa população apresenta maior potencial de impacto negativo na qualidade de vida desses sujeitos.

Palavras-chave: Doenças não transmissíveis. Grupos étnicos. Fatores de risco. Saúde da população negra.

FACTORS ASSOCIATED WITH CHRONIC NONCOMMUNICABLE DISEASES SELF-REPORTED BY QUILOMBOLAS IN BAHIA, BRAZIL

Abstract

Chronic Noncommunicable Diseases (NCDs) represent a set of health diseases with great burden of morbidity and mortality in Brazil, which have a major biopsychosocial impact in the lives and health conditions of those most vulnerable. As such, this research sought to analyze the most prevalent factors associated with NCDs in quilombolas residing in Bahia's semiarid region. This cross-sectional study was carried out in 2016 with 864 quilombolas, with 18 years of age or older, living in the rural area of Feira de Santana, Bahia, Brazil. Data was collected using a validated instrument with questions about socioeconomic, demographic, environmental, and health conditions, diseases, and injuries. A hierarchical Poisson model was adjusted to identify the factors associated with NCDs. Of these, hypertension (22.3%), heart diseases (5.9%), circulatory system diseases (7.5%), and diabetes (7.8%) were the most prevalent. Being 50 years old or older (CI: 2.6 – 8.1), number of rooms in the house (CI: 0.7 – 0.9), not using medication (CI: 5.5 – 13.2), not looking for health services (CI: 0.7 – 0.9) were the factors significantly associated with the outcomes. In conclusion, although

quilombolas present factors associated with NCDs similar to those observed in the general population, their magnitude has a greater potential to negatively impact the quality of life of these subjects.

Keywords: Ethnic groups. Chronic noncommunicable diseases. Risk factors. Health of the Black population.

FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES AUTOINFORMADAS POR QUILOMBOLAS DEL SEMIÁRIDO DE BAHÍA, BRASIL

Resumen

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) representan un conjunto de enfermedades de salud con mayor morbilidad y mortalidad en Brasil. Estas enfermedades tienen un mayor impacto biopsicosocial en grupos más vulnerables en sus condiciones de vida y salud. El objetivo de este trabajo es analizar los factores asociados a las ENT más prevalentes en los grupos quilombolas de la región semiárida de Bahía (Brasil). Se trata de un estudio transversal, realizado con 864 quilombolas, mayor o igual a los 18 años, residentes en el área rural de Feira de Santana, en Bahía. Los datos se obtuvieron de un instrumento validado, que contenía preguntas sobre condiciones socioeconómicas, demográficas, ambientales, de salud y enfermedades. Se utilizó el modelo jerárquico de Poisson para identificar los factores asociados a las ENT, siendo los más prevalentes: hipertensión arterial (22,3%), enfermedades cardíacas (5,9%), enfermedades del sistema circulatorio (7,5%) y diabetes (7,8%). Los factores asociados a las ENT en el modelo jerárquico fueron: grupo de edad de 50 años o más (IC: 2,6 – 8,1); número de habitaciones de la casa (IC: 0,7 – 0,9); no usar medicaciones (IC: 5,5 – 13,2) o buscar el servicio de salud (IC: 0,7 – 0,9). Se concluye que, aunque los quilombolas presentan factores asociados a las ENT similares a los observados en la población general, parece que la enfermedad en esta población presenta mayor potencial de impacto negativo sobre su calidad de vida.

Palabras clave: Enfermedades no transmisibles. Grupos étnicos. Factores de riesgo. Salud de la población negra.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são causadas por múltiplos fatores, caracterizadas por sua longa permanência e por ocorrerem em qualquer momento da vida.

Esse grupo de doenças representa a maior carga de morbimortalidade no Brasil¹, constituindo um grave problema de saúde pública no país, tendo em vista os elevados números de mortes prematuras decorrentes das DCNT, além dos impactos negativos na qualidade de vida das pessoas acometidas².

Fazem parte do grupo das DCNT dislipidemias, diabetes mellitus, doenças respiratórias obstrutivas, neoplasias e doenças do aparelho circulatório (DAC), que englobam as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e a hipertensão arterial. Estas doenças têm sido responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade no mundo e, no que se refere ao Brasil, foram responsáveis por 70% do total de óbitos da população no ano de 2015³.

O Ministério da Saúde⁴ aponta como determinantes sociais das DCNT as desigualdades sociais, as diferenças no acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade e as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. Desse modo, as DCNT afetam fortemente as camadas mais pobres da população e os grupos vulnerabilizados, em geral sujeitos de baixa renda e escolaridade, como a população quilombola, que está mais exposta a condições vulneráveis de vida e possui pouco acesso aos serviços e às práticas de promoção à saúde e prevenção de doenças^{2,5-9}.

As comunidades quilombolas são formadas sobretudo por pessoas de ancestralidade africana e que estão submetidas, mesmo após um século de abolição da escravidão, a condições de desigualdades sociais e de saúde, causadas pelo racismo estrutural e pela discriminação étnico-racial¹⁰.

De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) de 2013, as doenças crônicas, classificadas como “[...] doenças de evolução agravada ou tratamento dificultado: hipertensão arterial, diabetes mellitus, coronariopatias, insuficiência renal crônica, câncer, miomatoses [...]”^{11:15} estão entre as mais prevalentes na população negra.

Com relação às DCNT nas populações quilombolas, alguns estudos têm demonstrado que essas comunidades já apresentam uma modificação em seu perfil epidemiológico, convivendo, atualmente, mais com doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes. Essa situação resulta, em muitos casos, em prejuízos sociais, limitações físicas e problemas psicológicos para os indivíduos, famílias e comunidades^{12,13}.

Um estudo epidemiológico realizado em comunidades quilombolas do estado do Pará no período de 2012 a 2014 identificou elevado índice de DCNT em adultos. Nessa pesquisa, 87,8% apresentaram problemas crônicos relacionados ao sistema digestivo e 48,8% demonstraram algum nível de pré-hipertensão ou hipertensão arterial¹⁴. Outro estudo realizado no estado da Bahia verificou que quase a metade (45,4%) dos quilombolas avaliados

apresentou hipertensão arterial e que essa condição estava associada com idade elevada, baixa escolaridade e má situação econômica⁶.

Ressalta-se que, além dos fatores de risco comuns às DCNT, fatores sociais como discriminação racial, péssimas condições de trabalho, baixa escolaridade, grande probabilidade de pobreza e restrições no acesso aos serviços de saúde são fatores que podem influenciar no surgimento e/ou agravamento dessas doenças^{2,6}. Historicamente, as populações negras, particularmente as quilombolas, sofrem dificuldades de acesso aos serviços de saúde. Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde Integral de População Negra surge com o objetivo de tentar “combater a discriminação étnico-racial nos serviços e atendimentos oferecidos no Sistema Único de Saúde, bem como promover a equidade em saúde a essa população”^{11:19}.

No Brasil, existem atualmente mais de três mil comunidades quilombolas reconhecidas e certificadas e o estado da Bahia constitui o território brasileiro com um dos maiores quantitativos populacionais de povos remanescentes de quilombos, sendo classificado como o segundo maior estado, seguido do Maranhão, com maior quantidade de comunidades quilombolas reconhecidas e certificadas. De acordo com a tabela de distribuição geral de comunidades remanescentes de quilombos, elaborada pela Fundação Cultural Palmares, o Estado da Bahia possui 823 comunidades quilombolas certificadas¹⁵. No que se refere à Feira de Santana, encontram-se reconhecidas e certificadas as comunidades foco deste estudo: a Comunidade Lagoa Grande (reconhecida no ano de 2007) e a Comunidade Matinha dos Pretos (reconhecida no ano de 2014) estão localizadas na zona rural desse município.

Apesar do número expressivo de comunidades certificadas no estado, há escassez de pesquisas acerca dos fatores associados à ocorrência de DCNT nessa população. Tendo em vista o contexto de vulnerabilidade social vivenciado pelos quilombolas e a magnitude que representam essas doenças, todos os esforços devem ser feitos a fim de viabilizar estudos direcionados ao conhecimento deste problema de saúde, para contribuir com o planejamento, avaliação e monitoramento de ações e programas de saúde direcionados a essas comunidades no Brasil.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo analisar os fatores associados às DCNT mais prevalentes nas comunidades quilombolas no município de Feira de Santana (BA), a partir de dados coletados na pesquisa “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, realizada no ano de 2016.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa é resultado da dissertação “Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis em comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA”, um recorte do

projeto de pesquisa e extensão, realizado no ano de 2016, intitulado “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”, que é um dos subprojetos do projeto-mãe “Avaliação da atenção à saúde da população negra e a intersecção do racismo sobre as práticas de cuidado em estados do nordeste e sudeste brasileiro”¹⁶.

Trata-se de estudo seccional, do tipo exploratório, que analisou duas comunidades, Matinha dos Pretos e Lagoa Grande, certificadas pela Fundação Cultural Palmares, localizadas na zona rural do município de Feira de Santana (BA) no período entre julho e setembro de 2016. A partir do quantitativo populacional das duas comunidades: Matinha dos Pretos (N = 8.855) e Lagoa Grande (N = 12.077) foi estimado um tamanho amostral de 742 pessoas, por meio do cálculo realizado pelo programa estatístico OpenEpi, acrescentando-se 10% do total da amostra, considerando possíveis perdas^{16,17}. Nesta pesquisa, foram entrevistados 864 adultos com idade maior ou igual a 18 anos (369 indivíduos da comunidade Matinha e 373 indivíduos da comunidade Lagoa Grande).

Com vistas a verificar as condições socioeconômicas, demográficas, ambientais e do estado de saúde, a utilização dos serviços de saúde, bem como a prevalência de doenças e agravos à saúde foram utilizados, do estudo de origem, os resultados decorrentes da aplicação do instrumento Projeto Conquista: Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista-Ba⁶. Esse instrumento foi um inquérito adaptado do questionário semiestruturado para as populações quilombolas – devidamente validado – da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, Pesquisa Nacional de Saúde. Inquérito Região Integrada do Distrito Federal (Ride/DF)¹⁸.

Para esta pesquisa, a variável desfecho está representada pelas DCNT. Essa variável foi criada a partir do agrupamento das doenças crônicas não transmissíveis mais prevalentes nas comunidades analisadas, a saber: a diabetes (7,8%) e as doenças do aparelho circulatório DAC, que incluem hipertensão arterial (22,3%), doenças cardíacas (5,9%) e outras doenças do aparelho circulatório (7,5%). Esse agrupamento se fez necessário devido à semelhança nos resultados obtidos ao avaliar essas doenças separadamente.

As perguntas utilizadas para coleta das informações de morbidade autorreferida foram: tem diagnóstico de hipertensão arterial?; já teve ou tem alguma destas complicações por conta da hipertensão? (angina [dor no peito], infarto, AVC [derrame], insuficiência cardíaca, outros problemas circulatórios, problemas nos rins); o(a) senhor (a) já teve ou tem diagnóstico de diabetes?; o(a) senhor(a) já teve ou tem alguma destas complicações por conta da diabetes? (problema de vista, infarto, AVC [derrame], outros problemas circulatórios, problemas nos rins, úlceras na perna ou pés, amputação, coma diabético); já foi diagnosticado com alguma dessas doenças? cardíaca, circulatória; faz uso de

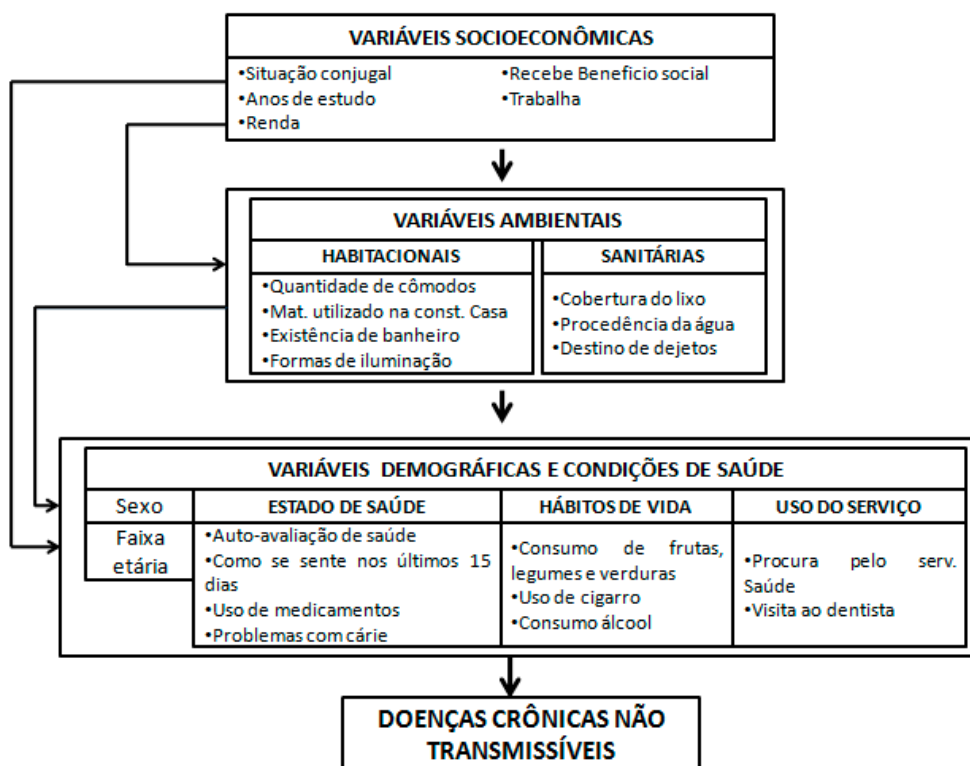
algum medicamento?; qual tipo de medicamento? o medicamento usado foi indicado por médico?; utiliza medicação para tratamento de hipertensão?; utiliza medicação para tratamento de diabetes?

Vale destacar que, embora a variável DCNT tenha sido autorreferida (uma importante limitação deste estudo), foram estabelecidos critérios para comprovação da presença da doença, como apresentação de exame médico que comprovasse o diagnóstico, da ficha de acompanhamento no programa HIPERDIA e da receita médica ou do medicamento utilizado para o tratamento da doença.

É importante destacar que o uso desse tipo de dado tem sido amplamente empregado em diversos estudos sobre morbidades autorreferidas envolvendo várias populações, no sentido de validar e fortalecer as análises obtidas por meio desse tipo de dado^{6,8,19}.

As variáveis de exposição foram categorizadas em três blocos, conforme hierarquização elaborada em modelo teórico do estudo¹⁶(**Figura 1**).

Figura 1 – Modelo teórico-conceitual da relação entre DSS e doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2020



Fonte: Elaboração própria segundo o Modelo Teórico Hierarquizado.

Variáveis socioeconômicas: situação conjugal, anos de estudo, renda, recebimento de benefícios sociais, trabalho. Variáveis das condições ambientais, em dois sub-blocos: (1) características habitacionais: quantidade de cômodos, existência de banheiro, tipo de material utilizado na construção da casa, formas de iluminação; (2) características sanitárias: cobertura do lixo, procedência da água, destino dos dejetos.

O terceiro, bloco proximal, foi constituído pelas variáveis demográficas (sexo e faixa etária) e pelas condições de saúde, as quais se subdividem em três sub-blocos: (1) estado de saúde: autoavaliação de saúde, como vem se sentindo nos últimos 15 dias, uso de medicamento, problemas com cárie; (2) hábitos de vida: consumo diário de frutas, legumes e verduras; uso de cigarro; consumo de álcool; (3) uso de serviços de saúde: procura por serviços, visita ao dentista.

Inicialmente, foram feitas análises descritivas para caracterizar a distribuição de frequência das variáveis. Em seguida, foi feita a análise bivariada por meio do teste qui-quadrado para identificar possíveis variáveis associadas às DCNT. Para esta análise, foi tomado como referência um p-valor $\leq 0,20$.

Após a análise bivariada, foi feita a análise hierarquizada interblocos considerando todas as variáveis com significância estatística p-valor $\leq 0,20$ e até aquelas que não tiveram significância estatística, mas eram importantes do ponto de vista epidemiológico. Desse modo, foram consideradas as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, estado conjugal, escolaridade, renda, trabalho, quantidade de cômodos da casa, iluminação, autoavaliação de saúde, como vem se sentindo, uso de medicamento, problemas com cárie, consumo de frutas e verduras, consumo de álcool, procura pelo serviço de saúde, visita ao dentista. O modelo de regressão de Poisson com variância robusta foi ajustado e foram consideradas como fatores associados às DCNT as variáveis estatisticamente significantes a um nível de 5% ($p < 0,05$).

Em razão do modelo hierarquizado utilizado nas análises apresentar grande probabilidade de multicolinearidade, causada pela existência de dependência entre as variáveis regressoras, foi realizado o cálculo de Fator de Inflação da Variância (VIF)²⁰, não tendo sido encontrado valor de VIF máximo acima de dez, indicando, assim, não influência de multicolinearidade nas relações hierárquicas preditoras desse modelo que afetem as estimativas dos resultados.

Os dados foram analisados por meio do software estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

A utilização do banco de dados em estudo foi autorizada pela coordenadora do projeto-mãe “Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana, Bahia”¹⁶ por meio de documento assinado.

O projeto-mãe foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, sob o parecer nº 1.657.664, que atendeu todas as recomendações da Resolução 466/2012. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, benefícios e possíveis prejuízos, procedimentos e sigilo dos dados e manifestaram sua concordância em participar ao assinar o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE)²¹.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 864 adultos, 484 residentes na comunidade da Matinha dos Pretos e 380 da Lagoa Grande. Os dados mostraram que as duas comunidades se encontram em situação de vulnerabilidade nas suas condições de vida e de saúde.

Conforme os resultados apresentados na **Tabela 1**, observam-se a predominância de indivíduos do sexo feminino (63%); a média de idade foi de 42,6 anos, sendo a idade mínima 18 anos e a máxima 97 anos; e 36,1% dos entrevistados tem até quatro anos de estudo. Com relação à renda familiar, observou-se que mais de 70% da população possui renda de até um salário mínimo e apenas 25% recebem algum benefício de programas sociais.

Tabela 1 – Associações bivariadas entre doenças crônicas não transmissíveis com características demográficas, socioeconômicas, nas comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

(continua)

Variáveis	Amostra		DCNT		p-Valor
	N(864)	%	N(244)	%	
Sexo					<i>*0,000</i>
Feminino	544	63	180	73,8	
Masculino	320	37	64	26,2	
Faixa etária					
18 a 29 anos	220	25,5	12	4,9	
30 a 39 anos	226	26,2	27	11,1	<i>*0,019</i>
40 a 49 anos	149	17,2	42	17,2	<i>*0,000</i>
50 anos ou +	267	30,9	163	66,8	<i>*0,000</i>
Estado conjugal					
Com companheiro	440	50,9	134	55,1	<i>*0,138</i>
Sem companheiro	421	48,7	109	44,9	
Escolaridade					
12 ou mais	142	16,4	17	7	
9 a 11 anos	209	24,2	29	11,9	<i>0,605</i>
4 a 8 anos	200	23,1	52	21,3	<i>*0,003</i>
0 a 4 anos	312	36,1	146	59,8	<i>*0,000</i>

Tabela 1 – Associações bivariadas entre doenças crônicas não transmissíveis com características demográficas, socioeconômicas, nas comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

(conclusão)

Variáveis	Amostra		DCNT		
	N(864)	%	N(244)	%	p-Valor
Renda familiar					
> Um salário mínimo	157	18,2	32	13,7	*0,009
Até um salário mínimo	636	73,6	201	86,3	
Trabalha					
Sim/Aposentado	702	81,3	216	88,9	*0,001
Não	161	18,6	27	11,1	
Recebe alguma ajuda do governo					
Sim	216	25	55	22,5	0,302
Não	648	75	189	77,5	

Fonte: Elaboração própria.

*Estatisticamente significante em nível de $p \leq 0,20$.

Com relação às condições ambientais (características habitacionais e sanitárias), observa-se que mais de 90% das casas são feitas de alvenaria, possuem iluminação elétrica e água encanada. Verificou-se também que mais de 95% não possuíam rede de esgoto (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Associações bivariadas entre doenças crônicas não transmissíveis com características ambientais, nas comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

(continua)

Variáveis	Amostra		DCNT		p-Valor
	N(864)	%	N(244)	%	
Quantos cômodos têm na casa					*0,022
Acima de quatro cômodos	382	44,2	123	50,6	
Até quatro cômodos	478	55,3	120	49,4	
Material da casa					0,835
Alvenaria	827	95,7	233	95,5	
Outro	37	4,3	11	4,5	
Tem Banheiro					
Sim	812	94,0	230	94,3	0,829
Não	52	6,0	14	5,7	
Iluminação					
Sim	856	99,1	240	98,4	*0,106
Não	8	0,9	4	1,6	
Destino do Lixo					
Coleta Regular	631	73,0	179	73,7	0,821
Queimado/joga em terrenos/rios	232	26,9	64	26,3	

Tabela 2 – Associações bivariadas entre doenças crônicas não transmissíveis com características ambientais, nas comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

(conclusão)

Variáveis	Amostra		DCNT		p-Valor
	N(864)	%	N(244)	%	
Destino dos dejetos					
Com rede de esgoto	4	0,5	2	8	0,253
Sem rede de esgoto	860	99,5	242	99,2	
Procedência da água	0				
Rede Geral	819	94,8	232	95,5	0,837
Poço/nascente/cisterna/tanques	41	4,7	11	4,5	

Fonte: Elaboração própria.

*Estatisticamente significante para valor de $p \leq 0,20$.

No que se refere às condições de saúde, 49,2% dos entrevistados autoavaliaram a sua saúde como regular. Quanto ao uso de medicamento, verificou-se que 40% da população estudada faz uso de algum tipo de medicamento. Sobre a procura pelos serviços de saúde, 60% relataram procurar “raramente” pelo serviço de saúde, assim como a procura pelo dentista, em que mais de 70% afirmaram procurar “raramente”. Com relação aos dados referentes aos hábitos de vida, verificou-se que 17% dos entrevistados consomem bebida alcoólica e 10,6% fazem uso de cigarro. Notou-se um baixo consumo diário de frutas verduras e legumes, representando menos de 30% da população estudada (**Tabela 3**).

Na análise bivariada (**Tabela 1**) referente às associações entre as variáveis demográficas e socioeconômicas em relação ao desfecho DCNT, observou-se que apresentaram associação estatisticamente significante para DCNT as seguintes variáveis: sexo, idade, estado conjugal, escolaridade, renda e trabalho, todas com $p < 0,20$.

Na análise bivariada (**Tabela 2**) referente às associações entre as variáveis condições ambientais em relação ao desfecho DCNT, observou-se que apresentaram associação estatisticamente significante para DCNT as seguintes variáveis: quantidade de cômodos na casa ($p < 0,022$), iluminação ($p < 0,106$).

A **Tabela 3** apresenta análise bivariada referente às associações entre as variáveis “situação de saúde” e hábitos de vida em relação ao desfecho. Observa-se que as seguintes variáveis apresentam associações estatisticamente significantes: autoavaliação de saúde, como se sente nos últimos 15 dias, não faz uso de medicamento, problemas com cárie, consumo de frutas e verduras; consumo de bebida alcoólica; não procura pelo serviço de saúde; e visita ao dentista, todas com $p < 0,20$.

Tabela 3 – Associações bivariadas entre doenças crônicas não transmissíveis com variáveis referentes à situação de saúde nas comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

Variáveis	Amostra		DCNT		
	N	%	N	%	P-valor
Como Avalia a sua saúde					
Boa	439	50,8	74	30,3	*0,000
Regular ou ruim	425	49,2	170	69,7	
Como vem se sentindo					
Bem	535	61,9	104	42,6	*0,000
Regular	328	38,0	140	57,4	
Faz uso de medicamento					
Não	518	60,0	24	9,8	*0,000
Sim	346	40,0	220	90,2	
Problemas com cárie					
Não	362	41,9	78	32	*0,000
Sim	502	58,1	166	68	
Consumo de frutas e verduras					
Todos os dias	261	30,2	83	34	0,436
Uma vez na semana	414	47,9	120	49,2	
Uma vez no mês	189	21,9	41	16,8	
Faz uso de cigarro					
Não	772	89,4	215	88,1	0,451
Sim	92	10,6	29	11,9	
Consome Bebida Alcoólica					
Não	717	83,0	225	92,2	*0,000
Sim	147	17,0	19	7,8	
Procura pelo serviço de saúde					
Frequentemente	278	32,2	132	54,1	*0,000
Raramente ou nunca	586	67,8	112	45,9	
Visita ao Dentista					
Frequentemente	213	24,7	52	21,3	*0,161
Raramente	651	75,3	192	78,7	

Fonte: Elaboração própria.

*Estatisticamente significativo para valor de $p \leq 0,20$.

A **Tabela 4** descreve o resultado do ajuste do modelo de regressão multivariado de Poisson e tem como variáveis independentes faixa etária, sexo, condições socioeconômicas, ambientais e de saúde, conforme modelo teórico definido a priori (**Figura 1**), e como variável dependente as DCNT de maior prevalência nas comunidades quilombolas.

Tabela 4 – O modelo de regressão de Poisson com variância robusta dos fatores associados às DCNT nas comunidades quilombolas. Feira de Santana, Bahia, Brasil – 2016

FATORES ASSOCIADOS	RP Ajustada	IC(95%)	p-Valor
Bloco II			
Quantos cômodos têm a casa			0,032
Até quatro cômodos	0,85	0,74 - 0,98	
> quatro cômodos	-	-	
Bloco III			
Faixa etária			0,027
18 a 29 anos	-	-	
30 a 39 anos	2,08	1,08 - 3,99	
40 a 49 anos	3,45	2,15 - 6,90	
50 anos ou +	4,60	2,60 - 8,13	
Faz uso de medicamento			0,000
Não	8,52	5,50 - 13,20	
Sim	-	-	
Procura pelo Serviço de Saúde			0,023
Raramente ou nunca	0,82	0,70 - 0,97	
Frequentemente	-	-	

Fonte: Elaboração própria.
Estatisticamente significante $p \leq 0,05$ e IC (95%).

No bloco intermediário, que se refere às condições ambientais, a variável que apresentou associação estatisticamente significativa foi quantidade de cômodos da casa, no bloco proximal, que se refere aos fatores relacionados às condições de saúde; as variáveis que apresentaram associação significativa foram procura pelo serviço de saúde e uso de medicamento. A faixa etária também permaneceu significativa quando inserida no modelo final.

Ressalta-se que as variáveis do bloco distal não foram estatisticamente significantes; no entanto, são importantes para o entendimento do estado de saúde desses indivíduos.

DISCUSSÃO

As evidências científicas produzidas por este estudo mostram que as condições de vida dos sujeitos quilombolas, representadas pela quantidade de cômodos da casa e pela procura por serviços de saúde, estão associadas ao desenvolvimento de DCNT.

Em geral, os relatórios oficiais sobre DCNT produzidos no Brasil limitam-se à discussão da prevalência dos fatores de risco de natureza comportamental, estimulando apenas ações de prevenção das doenças crônicas e promoção de estilo de vida mais saudáveis²², desconsiderando outros fatores psicossociais que contribuem e até potencializam

o aparecimento dessas doenças. Ademais, tais relatórios não analisam as diferenças étnico/raciais entre grupos populacionais.

Essa realidade trouxe interferências nas possibilidades de discutir uma parte dos resultados deste trabalho, especialmente fatores sociais que se apresentam como mediadores para o desenvolvimento das DCNT.

O ajuste do modelo de regressão de Poisson multivariada hierarquizada mostrou a existência de associação estatisticamente significativa entre as variáveis cômodos da casa, faixa etária, não faz uso de medicamento e não procura pelo serviço de saúde. No que diz respeito à variável quantidade de cômodos, esse achado possivelmente está relacionado à condição de renda e escolaridade dos indivíduos quilombolas; essa relação é discutida entre outros autores como uma relação inversamente proporcional entre a prevalência de DCNT e o nível socioeconômico^{14,23}, uma vez que um maior nível de escolaridade leva o sujeito a dispor de uma melhor renda e conseqüentemente a usufruir de melhores condições de vida. Ter mais cômodos numa casa é reflexo de maior vantagem socioeconômica. Desse modo, essa variável não pode ser vista de maneira isolada e sim relacionada a outros fatores referentes às condições de vida dos quilombolas.

Apesar de a variável renda, quando inserida no modelo, ter perdido significância, observou-se que a probabilidade de desenvolver DCNT entre aqueles que recebem menos de um salário mínimo é 1,55 vezes maior do que os que possuem renda superior a um salário mínimo. Ao analisar o grupo de indivíduos que têm DCNT, observou-se que 86,3% possuem renda inferior a um salário mínimo. Segundo Cavalcante e Silva²⁴, as populações que se concentram em níveis socioeconômicos mais baixos apresentam dificuldades de acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, ao grau de informação e compreensão da doença, bem como à adesão ao tratamento, gerando forte impacto nas condições de saúde ao longo da vida.

No que se refere à faixa etária, esta pesquisa identificou associação positiva para DCNT: a prevalência da doença é diretamente proporcional à faixa etária, à medida que a idade avança, a prevalência de DCNT tende a aumentar. A maior proporção de DCNT nas comunidades foi de 66,8% entre os indivíduos de cinquenta anos ou mais. Outros trabalhos realizados com populações quilombolas também encontraram associação estatisticamente significativa entre idade e doença crônica, o que corrobora esse achado^{6,8,9}.

Reconhecidamente, as alterações próprias do envelhecimento contribuem para o surgimento de doenças crônicas. Todavia, é relevante destacar que a qualidade de vida ao envelhecer é consequência do estilo de vida, uma vez que, por exemplo, o acesso a legumes e verduras com frequência, maior consumo de álcool e cigarros e o acesso aos cuidados em

saúde interferem na forma que os sujeitos irão envelhecer²⁵. Ao analisar o perfil alimentar dos quilombolas, identificamos baixo consumo de frutas e verduras (ingestão menor que três vezes na semana) e também baixo acesso aos serviços de saúde (60% raramente frequentam os serviços de saúde). Nesse entendimento, a idade é um fator relevante para o desenvolvimento dessas doenças, logo, a qualidade de vida na velhice deve ser levada em conta como forma de priorizar os grupos mais expostos ao adoecimento.

Sobre o consumo de frutas, verduras e legumes, foi encontrada associação significativa apenas na análise bivariada em relação às DCNT, perdendo significância quando inserida no modelo final. Embora tenha sido observada perda de associação significativa, esse dado se mostra ainda importante para o estudo, pois, segundo o Ministério da Saúde, uma alimentação inadequada, rica em gordura, pobre em frutas, legumes e verduras está associada ao aparecimento de diversas doenças crônicas, como a hipercolesterolemia, hipertensão, diabetes e câncer⁴. Nesta pesquisa, os dados mostram uma dieta inadequada, evidenciada pela baixa frequência do consumo de frutas, verduras e legumes – 66% dos que sofrem com DCNT relatam consumir esse tipo de alimento apenas uma vez na semana ou uma vez no mês.

Soares e Barreto²⁶, em seu estudo sobre indicadores nutricionais e fatores associados em uma população quilombola de Vitória da Conquista no ano de 2011, evidenciaram uma elevada prevalência de risco nutricional para DCNT, em especial entre as mulheres residentes na comunidade. Além disso, foi encontrada associação significativa entre a hipertensão arterial e o risco nutricional. Esses achados corroboram as descobertas desta pesquisa, o que mostra a necessidade de ações que promovam uma dieta saudável, com vistas a estilos de vida saudáveis e bons estados de nutrição e saúde nas comunidades quilombolas.

Os dados mostram que a procura por serviços de saúde “frequentemente” no grupo que possui alguma DCNT é maior (54,1%) quando comparada aos que procuram “raramente” (45,9%). Embora essa proporção seja maior, percebe-se que a procura “raramente” é considerada alta e relevante, pois pessoas que sofrem de DCNT, mas raramente procuram por serviços de saúde, podem apresentar complicações da doença devido à falta de acompanhamento e tratamento.

Quando se observa a comunidade em geral, a prevalência da procura por esses serviços foi maior no quesito “raramente” (61,2%). Esse achado pode dar indícios de como esse tipo de serviço tem sido prestado à comunidade, bem como pode representar falta de ações voltadas para a prevenção de doenças e agravos e para a promoção da saúde nessa população. Algumas pesquisas observaram uma prevalência maior entre os que procuram “raramente” pelo serviço de saúde, a exemplo da comunidade quilombola do Boqueirão (BA), na qual foi observada a procura pelo serviço de saúde “raramente” em 81,8%, e mesmo assim,

somente quando algum sintoma se manifestava⁵. Em outro estudo realizado na comunidade de Alcântara (MA), 70,4% dos quilombolas relataram que “raramente” procuravam os serviços de saúde e que geralmente só o faziam na condição de urgência²⁷.

Uma pesquisa realizada com quilombolas no sudoeste da Bahia, que teve o objetivo de identificar a prevalência da utilização dos serviços de saúde, em 2013, constatou que 57,1% desse grupo usou algum serviço de saúde nos últimos doze meses anteriores à pesquisa, sendo que o fato de estar doente foi o principal motivo da procura (46,3%). Além disso, esse estudo mostrou que as mulheres quilombolas são as que mais utilizam esses serviços, as quais avaliaram a saúde como “ruim”²⁸.

Diante desses achados, torna-se clara a necessidade de melhorar a prestação de serviços de saúde a essa população mediante o desenvolvimento de ações que visem à promoção da saúde e à prevenção de agravos. Conforme preconiza a PNSIPN, que propõe a garantia da efetivação do direito humano à saúde, deve-se incluir ações de cuidado, atenção, promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como de gestão participativa, participação popular e controle social, produção de conhecimento, formação e educação permanente para trabalhadores de saúde, visando à promoção da equidade em saúde da população negra¹¹.

É sabido que a análise dos fatores associados com o comprometimento do acesso da população negra aos serviços de saúde é temática atual e necessária, tendo em vista o impacto dessa situação na qualidade de vida desses sujeitos e a capacidade de participação em ações preventivas de doenças e agravos em saúde. No caso dos quilombolas e da população negra de forma geral, evidências científicas atuais apontam o racismo institucional, enquanto prática discriminatória executada em nossa sociedade para com a população negra, bem como as condições socioeconômicas desses sujeitos como principais fatores associados à dificuldade de acesso aos serviços de saúde²⁹.

Com relação à variável como se sente nos últimos 15 dias, este estudo verificou associação estatisticamente significativa na análise bivariada. Porém, quando inserida no modelo hierarquizado, foi observada perda de significância estatística. Embora tenha perdido significância, esse dado é de grande importância para o estudo, pois a identificação do estado de saúde dessa população pode dar indícios a respeito da qualidade do serviço de saúde prestado. Oliveira¹², em seu estudo com a população quilombola do norte de Minas Gerais e Kochergin¹⁹, em seu estudo com as comunidades de Vitória da Conquista (BA), encontraram associação entre a autoavaliação de saúde e a presença de doenças crônicas.

A proporção de quilombolas que relatam que seu estado de saúde é regular ou ruim é elevada. Este achado pode estar associado à presença de doenças, bem como à baixa

ou nenhuma qualidade dos serviços de saúde prestados a essa população. Essa relação entre percepção do estado de saúde e DCNT foi analisada por Melo³⁰, que traz em seu trabalho a ideia de que a autoavaliação do estado de saúde “ruim” e “regular” apresenta maior risco para DCNT, pois indivíduos que autoavaliam seu estado de saúde como ruim ou regular tendem a apresentar mais comportamentos de risco para a saúde.

Quanto ao uso de medicamentos, foi encontrada associação significativa com o desfecho: os dados mostram que 90,2% das pessoas que têm alguma DCNT fazem uso de medicamentos. Este achado corrobora um estudo sobre uso de medicamentos por comunidades quilombolas, que encontrou associação positiva e significativa entre tendência de aumento da frequência do uso de medicamentos com a piora do indicador da condição de saúde³¹. Dessa forma, à medida que os quilombolas desenvolvem problemas de saúde, tendem a utilizar mais medicamentos.

Sabe-se que medicamentos são importantes instrumentos terapêuticos utilizados no processo saúde/doença. Eles estão entre as intervenções mais utilizadas e de grande valor no tratamento de doenças, uma vez que aumentam a sobrevida e melhoram a qualidade de vida das pessoas com enfermidades crônicas³¹. Porém, os medicamentos devem ser prescritos e monitorados por profissionais de saúde, para que haja uma garantia no uso adequado e se evite seu uso indiscriminado, o que pode acarretar graves problemas à saúde dos indivíduos. Desse modo, nota-se também a importância da presença de serviços de saúde com prestação de serviços de qualidade para esta população.

No que se refere à escolaridade, embora tenha apresentado associação significativa às DCNT apenas na análise bivariada, perdendo sua significância quando inserida no modelo multivariado, foi observada uma alta prevalência de DCNT entre os indivíduos de baixa escolaridade. No grupo com DCNT, 81,1% dos indivíduos possuíam menos que oito anos de estudo. Esse achado corrobora a pesquisa de Pauli⁸, que analisou fatores associados à hipertensão arterial em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, detectando associação inversamente proporcional entre escolaridade e hipertensão, isto é, quanto menor a escolaridade maior a probabilidade de hipertensão. Entendendo que a escolaridade é um dos determinantes do status socioeconômico, a baixa escolaridade pode influenciar na baixa renda, bem como no menor acesso a bens e serviços de saúde, colocando o indivíduo em condições de vulnerabilidade e, conseqüentemente, acarretando problemas de saúde.

Outro achado importante neste trabalho é o consumo de bebida alcoólica, que, mesmo perdendo significância estatística no modelo final de análise, permaneceu

demonstrando que os quilombolas que consomem bebidas alcoólicas regularmente têm 1,27 vezes mais probabilidade de desenvolver DCNT do que aqueles que não bebem. Todavia, o resultado deste estudo difere de outras evidências, tendo em vista que foi verificada associação estatisticamente significativa entre essas variáveis em comunidades quilombolas no Brasil^{13,14}. Considerando que o consumo abusivo de álcool é um potencial fator de risco para doenças crônicas, é reconhecida a importância de ações voltadas para prevenção e controle do uso abusivo de álcool.

Diante dos achados identificados neste estudo, percebe-se que a PNSIPN, que tem como propósito principal a garantia da equidade no que tange à efetivação do direito humano à saúde em seus aspectos de promoção, prevenção, atenção, tratamento e recuperação de doenças e agravos transmissíveis e não transmissíveis, incluindo os de maior prevalência, não vem sendo implementada como deveria, tornando necessárias ações efetivas que visem à mudança dessa realidade¹¹.

Entende-se que as iniquidades em saúde vivenciadas pelos quilombolas em nosso país derivam de um processo histórico e social produzido por um somatório de privações nas condições de vida desses sujeitos, que se estrutura com base no racismo, diferenças na estratificação de status de poder e privilégios no acesso de bens e serviços. Nesse sentido, considera-se que o fundamental da discussão dessas iniquidades encontra-se na base dos fatores que condicionam ou determinam diferenças sociais nas condições de saúde entre grupos populacionais, como a distribuição desigual de riquezas em nossa sociedade, diferenças de gênero e de raça/cor da pele³².

Apesar de o estudo ter tido um significativo alcance quanto aos objetivos propostos, algumas limitações devem ser consideradas. Como já está estabelecido na literatura, a realização de pesquisa transversal não permite que sejam feitas inferências causais, devido a problemas em relação à temporalidade. Outro fator limitante para o estudo é o fato de o desfecho ser autorreferido; essa medida pode ser influenciada pelo acesso e uso de serviços de saúde, pois em uma população com difícil acesso a serviços de saúde a prevalência das DCNT pode ser subestimada.

Desse modo, propõe-se que sejam realizados mais estudos sobre essa temática nessas comunidades, com desenhos mais robustos, em que outros fatores de risco sejam amplamente investigados, bem como a coleta de dados por meio de intervenções, como pesquisas sobre hipertensão mediante aferição de pressão arterial, ou sobre diabetes por meio da medida da glicemia e da realização de exames laboratoriais, para que se consiga obter dados mais fidedignos acerca das DCNT presentes na população estudada.

CONCLUSÃO

Produzir evidências científicas acerca de DCNT em comunidades consideradas vulnerabilizadas em sua condição de vida e saúde não é tarefa fácil, haja vista a existência de diversos fatores sociais que determinam ou medem o estado de saúde desses sujeitos. O processo social e histórico dos quilombolas é pautado pela exclusão social, derivada das práticas racistas em nossa sociedade, que se perpetuam de forma estrutural, condicionando, assim, uma produção social de iniquidade das condições de saúde desses grupos populacionais.

As variáveis associadas às DCNT apontam para as medidas que podem ser adotadas com vistas à prevenção de complicações e ao controle desse tipo de agravo. Os resultados observados neste estudo podem ser utilizados como referência para subsidiar novas investigações com desenhos mais robustos acerca dessa temática em tais comunidades.

Ademais, esses achados podem dar indícios acerca do tipo de serviço que tem sido prestado às comunidades quilombolas em nosso país, assim como apontam a falta de ações voltadas para a prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde nessa população. Além disso, sinalizam as marcas do racismo institucional nos serviços de saúde brasileiros, os quais ainda não conseguem romper as barreiras dos privilégios, dos diferenciais entre os sujeitos de nossa sociedade, assim como não ofertam cuidados em saúde preocupados com as iniquidades entre grupos étnicos/raciais.

Por fim, embora se perceba um avanço acerca da implantação e implementação de políticas públicas voltadas para as populações negras rurais, os dados mostraram fragilidade entre o que é preconizado, em políticas específicas como a PNSIPN e Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme, e o perfil das condições de vida e saúde observados.

COLABORADORES

1. Concepção do projeto, análise e interpretação dos dados: Thiara Neres Bispo Vitorio do Carmo, Edna Maria de Araújo, Roberta Lima Machado de Souza Araújo, Sheila Regina dos Santos Pereira, Hilton Pereira Silva e Betânia Lima Machado de Souza.

2. Redação do artigo e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Thiara Neres Bispo Vitorio do Carmo e Edna Maria de Araújo.

3. Revisão e/ou aprovação final da versão a ser publicada: Thiara Neres Bispo Vitorio do Carmo, Edna Maria de Araújo, Roberta Lima Machado de Souza Araújo, Sheila Regina dos Santos Pereira e Hilton Pereira Silva.

4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Thiara Neres Bispo Vitorio do Carmo e Edna Maria de Araújo.

REFERÊNCIAS

1. Duncan BB, Chor D, Alquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(1):126-34.
2. Malta DC, Moura L, Bernal RT. Diferenciais dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis na perspectiva de raça/cor. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(3):713-25.
3. Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *São Paulo Med J*. 2017;135(3):213-21.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
5. Amorim MM, Tomazi L, Silva RAA, Gestinari RS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. *Biosci J*. 2013;29(4):1049-57.
6. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de Saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc Saúde Colet*. 2014;19(6):1835-47.
7. Araújo RL, Araújo EM, Silva HP, Santos CAST, Nery FS, Santos DB, et al. Condições de vida, saúde e morbidade referida de comunidades quilombolas do semiárido baiano, Brasil. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2019;43(1):226-46.
8. Pauli S, Bairros FS, Nunes LN, Neutzling MB. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(9):3293-303.
9. Santos DM, Prado BS, Oliveira CCC, Santos MAA. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em comunidades quilombolas do estado de Sergipe, Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 2019;113(3):383-90.
10. Oliveira ASJ, Rodrigues FEN, Corrêa LSS, Tavares ME, Monteiro TL. Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades remanescentes de Quilombo. Assis (SP): Triunfal Gráfica e Editora; 2011.
11. Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
12. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães LS, Caldeira AP. Self-perceived health among 'quilombolas' in northern Minas Gerais, Brazil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(9):2879-90.

13. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1213-24.
14. Melo MF, Silva HP. Doenças crônicas e os determinantes da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Rev ABPN*. 2015;7(16):168-89.
15. Fundação Cultural Palmares. Quadro geral de comunidades remanescentes de quilombos (CRQ's) [Internet]. 2020 [citado em 2022 mar 24]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/TABELA-DE-CRQ-COMPLETA-QUADRO-GERAL-29-10-2020-1.pdf>
16. Araújo, RL. Determinantes sociais de doenças e agravos nas comunidades quilombolas de Feira de Santana-BA [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2017.
17. Dean AG, Sullivan KM, Soe MM. OpenEpi: estatísticas epidemiológicas de código aberto para a saúde pública: versão 3.01 [software]. 2007 [citado em 2018 mar 14]. Disponível em: http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde [Internet]. 2013 [citado em 2022 mar 24]. Disponível em: <https://www.pns.iciet.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/02/Questionario-PNS-2013.pdf>
19. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(7):1487-501.
20. Montgomery DC, Peck EA. Introduction to linear regression analysis. New York: Wiley; 1981.
21. Brasil. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. *Diário Oficial da União, Brasília (DF)*; 2013 jun 13. Seção 1, p. 59.
22. Malta DC, Silva Junior JB. O plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2015. *Epidemiol Serv Saúde*. 2013;22(1):151-64.
23. Barros MBA, Francisco PMSB, Zancheta LM, César CLG. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD 2003-2008. *Ciênc Saúde Colet*. 2011;16(9):3775-68.
24. Cavalcante IM, Silva HP. Políticas públicas e acesso aos serviços de saúde em quilombos na Amazônia paraense. In: Tribunal Regional Federal da 2ª Região, editor. Quilombolas: aspectos políticos, jurídicos e políticas públicas inclusivas consequentes à edição do Decreto nº 4887-2003 e do julgamento da ADI nº 3239. Rio de Janeiro (RJ): TRF2; 2019. p. 473-98.

25. Sousa EVO, Silva HP. Capacidade funcional, condições socioeconômicas e envelhecimento saudável: análise de uma coorte de ex-combatentes amazônidas da Segunda Guerra Mundial. *Mais 60: estudos sobre envelhecimento*. 2020;31(78):58-72.
26. Soares DA, Barreto SM. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2015;20(3):821-32.
27. Ferreira JN. Condições de saúde de população negra remanescente de quilombo em Alcântara-MA [tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2015.
28. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia M. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013;29(9):1829-42.
29. Silva, NN, Favacho VBC, Boska GA, Andrade EC, Mercedes NP, Oliveira MAF. Access of the black population to health services: integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20180834.
30. Melo, SPSC, Cesse EAP, Lira PIC, Rissin A, Cruz RSBL, Batista Filho M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Colet*. 2019;24(8):3159-68.
31. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MD, Acurcio FA. Medication use by the quilombola population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):905-13.
32. Barata RB. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2009.

Recebido: 9.2.2021 Aprovado: 20.8.2021