



ELEVAÇÃO DE NÍVEIS PRESSÓRIOS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

High blood pressure levels in a quilombo community

Elevación de los niveles de presión de una comunidad quilombola

Ilka Kassandra Pereira Belfort

Universidade Federal do Maranhão - UFMA - São Luís (MA) - Brasil

Maurício Avelar Fernandes

Universidade Federal do Maranhão - UFMA - São Luís (MA) - Brasil

Jomar Diogo Costa Nunes

Faculdade Pitágoras - São Luís (MA) - Brasil

Sally Cristina Moutinho Monteiro

Universidade Federal do Maranhão - UFMA - São Luís (MA) - Brasil

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência da elevação dos níveis de pressão arterial em uma comunidade remanescente de quilombo. **Métodos:** Estudo transversal descritivo, quantitativo, com amostra não probabilística, desenvolvido na Comunidade Quilombola Boca da Mata (Maranhão), no período de dezembro de 2013 a abril de 2014, com 67 famílias, por meio de coleta de dados sócio-demográficos e de saúde/doença, além da aferição da pressão arterial e da medida do peso e da altura. Para verificar a relação entre variáveis, aplicou-se o teste do Qui-Quadrado com $p \leq 0,05$. **Resultados:** Amostra composta de 74 indivíduos com média de idade de 43 anos ($\pm 19,17$), sendo 63,51% ($n=47$) mulheres e 36,49% ($n=27$) homens. Observou-se que 36,49% ($n=27$) dos participantes apresentaram elevação dos níveis pressóricos e, desses, 17,57% ($n=13$) possuíam diagnóstico prévio de hipertensão arterial, bem como referiram uso de medicação anti-hipertensiva. Os participantes previamente diagnosticados como hipertensos, 38,4% ($n=5$), não apresentaram pressão arterial controlada (maior que 140/90 mmHg). Dentre os participantes com pressão arterial alterada, 42,55% ($n=20$) eram do sexo feminino. Em relação aos dados antropométricos, o índice de massa corporal apresentou média de 23,43 Kg/m², onde 22,22% ($n=18$) apresentavam excesso de peso. **Conclusão:** Existe nesta comunidade uma alta prevalência de quilombolas com níveis pressóricos elevados.

Descritores: Hipertensão; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To assess the prevalence of high blood pressure levels in a quilombo community. **Methods:** Quantitative descriptive cross-sectional study with a nonprobability sample in the Boca da Mata Quilombo Community (Maranhão) from December 2013 to April 2014 with 67 families. Sociodemographic and health/disease data were collected and blood pressure, weight and height were measured. The Chi-Squared test was used to check for associations between variables with $p \leq 0.05$. **Results:** The sample consisted of 74 individuals with a mean age of 43 (± 19.17) years – 63.51% ($n=47$) were women and 36.49% ($n=27$) were men. In all, 36.49% ($n=27$) of the participants had high blood pressure levels, and 17.57% ($n=13$) of these had a previous diagnosis of hypertension and reported using antihypertensive drugs. Of the participants previously diagnosed with hypertension, 38.4% ($n=5$) did not present with controlled blood pressure (greater than 140/90 mmHg). Of the participants with altered blood pressure, 42.55% ($n=20$) were women. As for the anthropometric data, the mean body mass index was 23.43 Kg/m², with 22.22% ($n=18$) of the sample with excess weight. **Conclusion:** The community presents a high prevalence of Quilombolas with high blood pressure levels.

Descriptors: Hypertension; Primary Health Care; Public Health.



RESUMEN

Objetivo: Verificar la prevalencia de la elevación de los niveles de presión arterial en una comunidad remanente de quilombo. **Métodos:** Estudio transversal descriptivo y cuantitativo con muestra no probabilística desarrollado en la Comunidad Quilombola Boca de la Mata (Maranhão) en el periodo entre diciembre de 2013 y abril de 2014 con 67 familias a través de la recogida de datos sociodemográficos y de salud/enfermedad, además de la medición de la presión arterial y de la medida del peso y de la altura. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado con el $p \leq 0,05$ para verificar la relación entre las variables. **Resultados:** Muestra de 74 individuos con media de edad de 43 años ($\pm 19,17$) siendo el 63,51% ($n=47$) mujeres y el 36,49% ($n=27$) hombres. Se observó que el 36,49% ($n=27$) de los participantes presentaron elevación de los niveles de presión y de esos, el 17,57% ($n=13$) tenían el diagnóstico previo de hipertensión arterial así como relataron el uso de medicación anti-hipertensiva. De los participantes ya con el diagnóstico de hipertensión, el 38,4% ($n=5$) no presentaron la presión arterial controlada (mayor que 140/90 mmHg). De entre los participantes con alteración de la presión arterial, el 42,55% ($n=20$) eran del sexo femenino. Respecto los datos antropométricos, el índice de masa corporal presentó la media de 23,43 Kg/m² de los cuales el 22,22% ($n=18$) presentaron exceso de peso. **Conclusión:** En esa comunidad hay alta prevalencia de quilombolas con los niveles elevados de presión.

Descriptor: Hipertensión; Atención Primaria de Salud; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial (HA) é uma doença crônica não transmissível (DCNT), multifatorial, que possui um componente genético variando de 25 a 60%. É considerado um problema de saúde pública e acomete aproximadamente 25% da população mundial, com tendência a elevação para 29% até o ano de 2025⁽¹⁾. A maior prevalência ocorre entre os países em desenvolvimento (37,3% contra 22,9% em países desenvolvidos), e estima-se que um em cada três adultos no mundo, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), possui hipertensão arterial⁽²⁾.

A prevalência, incidência e gravidade da HA podem estar relacionadas a fatores étnicos, genéticos, ambientais e também a fatores socioeconômicos⁽³⁾. Além disso, a elevação crônica da pressão arterial (PA) é reconhecida como um fator de risco independente, linear e contínuo para a doença cardiovascular (DCV), estando relacionada, direta ou indiretamente, com aproximadamente 12 a 14% de todas as causas de óbito no Brasil⁽⁴⁾.

A HA atinge aproximadamente 32,5% (36 milhões) da população adulta no país, mais de 60% de idosos, e contribui direta ou indiretamente com aproximadamente 50% dos óbitos por DCV⁽⁵⁾. Além disso, está associada à elevadas taxas de internações e a gastos socioeconômicos. Quando associada à diabetes mellitus (DM), demonstra um elevado impacto na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar⁽⁶⁾.

Em relação à cor, a hipertensão arterial acomete duas vezes mais indivíduos de cor não branca⁽⁵⁾. Estudos brasileiros com abordagem simultânea de gênero e cor demonstraram um predomínio, em relação às brancas, de mulheres negras com hipertensão arterial⁽⁷⁾. Uma possível explicação para a maior proporção de HA em indivíduos de etnia negroide está na teoria de que apresentariam um gene economizador de sódio, o qual levaria ao influxo de sódio e efluxo de cálcio, facilitando alterações orgânicas que culminam com elevação da pressão arterial^(8,9).

O Brasil é conhecido como a segunda maior nação negra do mundo, ficando atrás apenas da Nigéria, possuindo uma população de pretos e pardos que correspondendo a aproximadamente 50,7% dos seus habitantes⁽¹⁰⁾. Dentre as doenças que acometem essa população, a HA encontra-se em destaque, e está fortemente associada a estratos sociais mais baixos. Deste modo, ao se contextualizar a saúde da população negra, mais especificamente quilombola, é necessário considerar as condições especiais de vulnerabilidade vivenciadas por esse grupo^(8,11).

No tocante às comunidades quilombolas no Brasil, referem-se a um patrimônio cultural e territorial inestimável, e em grande parte ainda desconhecido, na sua essência pela sociedade brasileira⁽¹²⁾. Trata-se de um grupo em situação de vulnerabilidade social, decorrente do processo histórico de formação, levando em conta a expropriação cultural e de direitos tendo impactos nos seus indicadores socioeconômicos e de saúde^(8,12).

Estima-se que existam 527 comunidades quilombolas no Maranhão, distribuídas em 134 municípios. O estado é um dos cinco no Brasil onde a constituição reconhece às comunidades quilombolas o direito à propriedade da terra. Essa garantia é fruto da luta do movimento negro, que conseguiu a inclusão do artigo 229 na Constituição Estadual do Maranhão, promulgada em 1989⁽¹⁰⁾.

Na literatura, particularmente no estado do Maranhão, há pouca evidência epidemiológica que caracterize a situação de saúde das populações quilombolas de modo a permitir o delineamento para a implementação e o acompanhamento das políticas de saúde adequadas para essa população, principalmente porque a HA é um fator de risco cardiovascular considerado modificável.

Nesse sentido, levando-se em consideração a relevância da população negroide na assistência e atenção às doenças crônicas não transmissíveis, e que a hipertensão arterial está frequentemente associada a distúrbios metabólicos e cardiovasculares,

objetivou-se, no presente estudo, verificar a prevalência da elevação dos níveis de pressão arterial em uma comunidade remanescente de quilombo.

MÉTODOS

Estudo de delineamento transversal, descritivo, quantitativo, com amostra não probabilística, com 74 participantes. Como critérios de inclusão, consideraram-se: indivíduos pertencentes à comunidade remanescente de quilombo Boca da Mata (Maranhão), com idade maior ou igual a 18 anos, sem restrição de sexo. Como critérios de exclusão, consideraram-se: gestantes, lactantes, pessoas acamadas, com dificuldades para entender os procedimentos do estudo e pessoas que passaram por procedimentos cirúrgicos até trinta dias antes da coleta de dados.

A comunidade Boca da Mata é remanescente de quilombo e localiza-se no município de Icatu (Maranhão). O município possui, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 38 comunidades quilombolas vivendo na sua maioria de pesca, plantio de hortaliças e do programa Bolsa Família⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados desenvolveu-se entre dezembro de 2013 a abril de 2014, na própria comunidade, onde se realizou a coleta de dados sociodemográficos, comportamentais e de saúde/doença.

A mensuração e a classificação dos níveis da pressão arterial (PA) seguiu o protocolo da VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial⁽⁵⁾. Aferiu-se a PA no braço direito, pelo método indireto, utilizando a técnica auscultatória com um esfigmomanômetro aneróide (BD[®]), após cinco a dez minutos de repouso do participante. A verificação dos níveis de PA foi realizada por duas vezes, com intervalo de 2 a 5 minutos entre as determinações, de acordo com o preconizado pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC)⁽⁵⁾. Considerou-se dentro dos padrões de normalidade aquelas pessoas com PA cujos níveis tensionais marcassem menos que 140 por 90 mmHg⁽⁵⁾.

Mensurou-se o peso utilizando a balança digital (Seca[®] 803, Hamburgo, Alemanha) devidamente calibrada, com uma resolução de 0,1 quilos e capacidade máxima de 180 quilos. Para a medida da altura, utilizou-se o estadiômetro vertical portátil (Seca[®] 213, Hamburgo, Alemanha), com uma resolução de 1 milímetro. Os participantes vestiram roupas leves para favorecer a observação do contorno do corpo, verificando-se o peso. Para verificação da altura, os participantes posicionavam-se de costas para o equipamento, com os pés juntos, os braços paralelos ao corpo em posição ereta e encostados no aparelho, com o calcanhar tocando a parte posterior do estadiômetro e a visão formando um ângulo de 90° ao solo^(13,14). Foram retirados objetos, adereços e calçados que pudessem interferir nas medidas do peso e da estatura.

Calculou-se o índice de massa corporal (IMC) por meio das medidas do peso (P) e da altura (h), dividindo-se o peso pela altura elevada ao quadrado ($IMC = p/h^2$) e categorizando segundo critérios da OMS adotados pelo Ministério da Saúde: Baixo peso ($IMC < 18,5 \text{ Kg/m}^2$), adequado ou eutrofia ($IMC 18,5$ a $24,9 \text{ Kg/m}^2$), sobrepeso ($IMC \geq 25$ a $< 30 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($IMC \geq 30,0 \text{ Kg/m}^2$)⁽¹⁴⁾.

Pesquisadores treinados efetuaram a aferição de todas as variáveis utilizando técnicas padronizadas e equipamentos calibrados e exclusivos para a pesquisa. Realizadas as medidas em duplicata, considerou-se a média para a análise dos dados sendo os dados expressos em frequência (absoluta e relativa) por variáveis categóricas.

Para verificar a relação entre a elevação da pressão arterial e o sexo, a idade e o IMCm aplicou-se o teste do Qui-Quadrado. Para tanto, utilizou-se o programa estatístico Stata[®] (versão 12). Para a interpretação estatística dos resultados em todas as tabelas e testes, adotou-se o nível de significância $p \leq 0,05$.

A pesquisa recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Presidente Dutra (HUUFMA) sob o número de protocolo 180.964, de 2012, sendo respeitados todos os princípios éticos de pesquisas com seres humanos.

RESULTADOS

O presente estudo analisou os níveis pressóricos de 74 pessoas pertencentes a uma comunidade quilombola, com média de idade de 43 anos ($\pm 19,17$), sendo 63,5% ($n=47$) mulheres e 36,4% ($n=27$) homens. Entre os participantes, a faixa etária de 18 a 29 anos predominou, sendo 40,7% ($n=11$) entre os homens e 29,7% ($n=14$) entre as mulheres. Em relação à cor, 100% dos participantes se autodeclararam pretos (Tabela I).

No que diz respeito à situação conjugal, verificou-se que 62,9% ($n=17$) dos homens e 70,2% ($n=33$) das mulheres são casados e/ou vivem com companheiros. A ocupação predominantemente referida entre os homens foi de lavrador, com 85,1% ($n=23$). Por sua vez, entre as mulheres, prevaleceu a ocupação do lar, com 44,6% ($n=21$), sendo seguida por lavradoras, perfazendo 31,9% ($n=15$).

Tabela I - Distribuição de dados segundo variáveis de idade, situação conjugal e ocupação dos remanescente de quilombo. Icatu, Maranhão, 2014.

Idade	Homens		Mulheres	
	n	%	n	%
18-29	11	40,7	14	29,7
30-41	02	7,40	11	23,4
42-53	04	14,8	11	23,4
54-65	06	22,2	03	6,38
>65	04	14,8	08	17
Total	27	100	47	100
Situação Conjugal				
Casado(a)/Vive com companheiro (a)	17	62,9	33	70,2
Solteiro (a)	05	18,5	08	17
Viúvo (a)	05	18,5	06	12,7
Total	27	100	47	100
Ocupação				
Estudante	04	14,8	07	14,8
Lavrador(a)	23	85,1	15	31,9
Doméstica	0	0	04	8,85
Do lar	0	0	21	44,6
Total	27	100	47	100

Ressalta-se que 36,4% (n=27) dos participantes apresentaram elevação dos níveis pressóricos, ou seja, PA \geq 140/90 mmHg (Tabela II). Desses, 17,5% (n=13) possuem diagnóstico prévio de HA e fazem uso de medicação anti-hipertensiva. Dentre os previamente diagnosticados como hipertensos, 38,4% (n=5) não apresentaram PA controlada (maior que 140/90 mmHg), mesmo referindo o uso de anti-hipertensivos. Dos participantes com pressão PA alterada, 25,9% (n=7) eram do sexo masculino e 42,5% (n=20) do sexo feminino. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os gêneros quando se categorizou a amostra segundo a elevação dos níveis pressóricos (Tabela II).

Tabela II - Níveis pressóricos elevados segundo o sexo dos remanescentes de quilombo. Icatu, Maranhão, 2014.

Variável	Pressão Arterial Elevada				Valor de p
	Sim*		Não**		
Sexo	n	%	n	%	0,153
Masculino	7	25,9	20	42,5	
Feminino	20	42,5	27	57,4	
Total	27	36,4	47	63,6	

* Sim: Apresentou elevação da pressão arterial ** Não: Não apresentou elevação da pressão arterial.

No que diz respeito às faixas etárias, verificou-se que 33,3% (n= 9) dos participantes, com idade entre 18 e 29 anos, estão com os níveis pressóricos alterados, sendo seguidos por 29,6% (n=8) dos participantes, com idade entre 42 e 53 anos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as faixas etárias segundo a elevação dos níveis pressóricos (Tabela III).

Tabela III - Níveis pressóricos elevados segundo a idade dos remanescentes do quilombo Boca da Mata. Icatu, Maranhão, 2014.

Variável	Pressão Arterial Elevada				Valor de p
	Sim*		Não**		
Idade	n	%	n	%	
Entre 18 e 29 anos	9	33,3	15	31,9	
Entre 30 e 41 anos	5	18,5	8	17	
Entre 42 e 53 anos	8	29,6	8	17	
Entre 54 e 65 anos	1	3,7	8	17	0,092
Mais que 65 anos	4	14,8	8	17	
Total	27	36,4	47		

* Sim: Apresentou elevação da pressão arterial ** Não: Não apresentou elevação da pressão arterial.

Ao analisar o índice de massa corporal (IMC), disposto na Tabela IV, observou-se que 59,2% (n=16) dos participantes com níveis pressóricos elevados apresentaram-se eutróficos, seguidos por 22,2% (n=6) com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Não houve diferença estatisticamente significativa quanto à distribuição do índice de massa corporal (Tabela IV).

Tabela IV - Níveis pressóricos elevados segundo o índice de massa corpórea dos remanescentes de quilombo. Icatu, Maranhão, 2014.

Variável	Pressão Arterial Elevada				Valor de p
	Sim*		Não**		
IMC	n	%	n	%	
Desnutrição	5	18,5	4	8,51	0,205
Eutrofia	16	59,2	25	53,1	0,613
Sobrepeso	3	11,1	15	31,9	0,055
Obesidade	3	11,1	3	6,38	0,473
Total	27		47		

* Sim: Apresentou elevação da pressão arterial ** Não: Não apresentou elevação da pressão arterial.

DISCUSSÃO

No presente estudo, destaca-se alta prevalência de indivíduos com elevação dos níveis pressóricos. Esses dados evidenciam a importância da busca ativa de agravos em saúde nessa população, uma vez que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia⁽⁵⁾ e a pesquisa do Instituto Corações do Brasil, em se tratando da cor, a HA é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não branca e com alto grau de lesão em órgãos-alvo, como coração, cérebro e rins, o que possibilita a ocorrência de maiores complicações⁽¹⁵⁾.

Ressalta-se ainda que entre os hipertensos previamente diagnosticados, 38% estavam com a PA não controlada, apesar do uso contínuo de medicamentos. Condições de vulnerabilidade das comunidades quilombola^(8,16,17) podem dificultar o acesso ao sistema de saúde e ao tratamento, pois o conhecimento do diagnóstico de hipertensão e o uso diário da medicação não garante, por si só, o controle da doença. Faz-se necessário associar medidas que contemplem as mudanças nos hábitos alimentares e no estilo de vida⁽⁵⁾, bem como o estímulo ao autocuidado.

Apesar da falta de controle da HA possuir causas multifatoriais, como condições socioeconômicas desfavoráveis, baixos níveis de escolaridade, dificuldade de acesso e utilização dos serviços de saúde, entre outras^(5,17), estudos brasileiros demonstraram que as taxas de conhecimento e de controle da hipertensão são mais elevadas em municípios onde há ampla cobertura do Programa Saúde da Família (PSF), enfatizando, assim, a importância de um sistema atuante com ações planejadas e direcionadas para dirimir os agravos em saúde da população⁽⁷⁾.

Em divergência com estudos anteriores^(8,11,18), os dados coletados mostraram uma tendência de diminuição da prevalência da alteração da PA com o aumento da idade (33,3% entre 18 a 29 anos e 29,6% entre 42 a 53 anos), fato que causa extrema preocupação, pois possui impacto negativo na produtividade laboral, uma vez que a HA pode causar comprometimento na concentração e no desempenho do trabalhador; além de ser fator de risco cardiovascular e causa de óbitos prematuros^(5,19,20). Na África, 25% das mortes ocorridas antes dos 60 anos de idade são atribuídas à HA, daí a importância de um diagnóstico precoce, com equidade de tratamento, objetivando a diminuição dos riscos de morbimortalidade ocasionados pela HA e suas sequelas⁽¹⁹⁾.

Ao avaliar os índices de massa corpórea, observou-se que, entre os participantes que apresentaram a PA alterada, 22,2% estavam com excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Apesar de essa medida possuir restrições em identificar massa gorda e magra no que tange à composição total, o IMC é a medida mais utilizada na avaliação da presença da obesidade, por sua praticidade e boa relação custo-benefício.

Estudos epidemiológicos enfatizam que quando somados o excesso de peso e a presença de níveis pressóricos alterados, aumenta consideravelmente o risco de morbimortalidade por doenças cardiovasculares^(11,21,22), uma vez que o acúmulo de tecido adiposo corporal é reconhecidamente associado com dislipidemia e resistência insulínica^(11,22,23). O excesso de peso tem sido associado com a maior prevalência de HA desde idades jovens^(7,23). Na vida adulta, mesmo entre indivíduos fisicamente ativos, o incremento de 2,4 kg/m² no IMC acarreta maior risco de desenvolver hipertensão⁽²³⁾.

Um estudo realizado em uma capital brasileira revelou que a mudança no padrão alimentar do brasileiro possui predomínio em mulheres jovens (15 a 24 anos) e nas pessoas que se autodeclararam pertencentes à raça negra⁽²⁴⁾. Quanto às atividades, pesquisa aponta para o fato de que há um predomínio dos afazeres diários no domicílio serem do sexo feminino. Na raça negra, sugere-se que provavelmente as heranças culturais diferentes e os padrões de consumo passados de geração a geração influenciam o consumo alimentar^(24,25).

A rápida ascensão da obesidade no mundo é preocupante, pois se relaciona com o aparecimento de diversas comorbidades⁽²⁶⁾, sendo considerada fator de risco cardiovascular que tende a se associar, formando um conglomerado que coloca o indivíduo em situação de risco⁽²³⁾.

Assim, apesar deste estudo ter apresentado baixo percentual de indivíduos em estado de excesso de peso, a grande vulnerabilidade econômica e social dessas populações sinaliza para uma necessidade premente de adequadas orientações/intervenções nutricionais, pois esses dados provavelmente refletem uma má qualidade da dieta. Este quadro assemelha-se à tendência nacional de transição do perfil nutricional, em que os padrões alimentares tradicionais, como o consumo de cereais, de raízes e de tubérculos, estão sendo progressivamente substituídos por uma alimentação rica em gorduras e em açúcares^(23,24).

O tipo de delineamento realizado induz limitações ao estudo quanto às inferências causais e generalizações dos resultados encontrados. No entanto, em âmbito loco-regional e nacional, este é um dos trabalhos realizados com grupos étnicos isolados. A elevada prevalência de níveis pressóricos alterados na Comunidade Quilombola Boca da Mata é fator condicionante para o planejamento de políticas públicas e de diagnóstico precoce.

O conhecimento sobre a população quanto aos dados sociodemográficos, culturais e suas crenças, bem como de seu estado de saúde, é essencial para o planejamento de ações de promoção e de prevenção de saúde, assim como para a elaboração de intervenção objetivando o controle da doença.

CONCLUSÃO

Encontrou-se prevalência de níveis pressóricos elevados na população quilombola avaliada.

AGRADECIMENTOS

À comunidade quilombola de Boca da Mata, localizada no município de Icatu (Maranhão), e à Fundação de Amparo à Pesquisa e Desenvolvimento Científico do Maranhão (FAPEMA).

REFERÊNCIAS

1. Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, Reed JE, Kearney PM, Reynolds K, et al. Global burden of hypertension: analysis of population-based studies from 89 countries. *J Hypertens* [Internet]. 2015 [acesso em 2013 Mar 1];131(10). Disponível em: http://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2015/06002/Global_Burden_of_Hypertension___Analysis_of.6.aspx
2. World Health Organization. World Health Statistics. 2012 [acesso em 2013 Mar 1]. Disponível em: http://who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/index.html
3. Velten APC, Moraes AN, Oliveira ERA, Melchior AC, Secchin CMC, Lima EFA. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. *Rev Bras Pesqui Saúde*. 2013;5(1):9-16.
4. Ministério da Saúde (BR), Departamento de Análise de Situação da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [acesso em 2016 Fev 2]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf

5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol [Internet]. 2016 [acesso em 2016 Fev 2];107(3). Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2016/05_HIPERTENSAO_ARTERIAL.pdf
6. Kankeu HT, Saksena P, Xu K, Evans DB. The financial burden from non-communicable diseases in low- and middle-income countries: a literature review. *Health Res Policy Syst.* 2013;11:31.
7. Brandão AA. Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. *J Bras Nefrol.* 2010;32(Supl 1):1-4.
8. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(3):797-807.
9. Lotufo PA, Bensenor IJM. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(6):1201-4.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Censo demográfico 2010. Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
11. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(9):1889-902.
12. Brasil. Decreto no 4887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União 21 nov 2003.
13. Lohman TG, Roche AF, Martorell. Anthropometric standardization reference manual. *Human Kinetics.* Illinois; 1998.
14. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Orientações para coleta e análises de dados antropométricos em serviço de saúde: Norma técnica do sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
15. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Atlas corações do Brasil. São Paulo; 2010 [acesso em 2016 Mar 9]. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/programas/Atlas_CoracoesBrasil.pdf
16. Batista LEB, Werneck J, Lopes F. Saúde da população negra. 2ª ed. rev e ampl. Brasília: Associação Brasileira de Pesquisadores Negros; 2012.
17. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, et al. Inquérito de saúde em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(6):1835-47.
18. Silva TSS, Bomfim CA, Leite TCR, Moura CS, Belo NO, Tomazi L, et al. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Colet (Rio de J).* 2016;24(3):376-83.
19. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
20. Varga IVD, Cardoso RLS. Controle da hipertensão arterial sistêmica na população negra no Maranhão: problemas e desafios. *Saúde Soc.* 2016;25(3):664-71.
21. Nascente FMN, Jardim PCBV, Peixoto MRG, Monego ET, Moreira HG, Vitorino PVO, et al. Hipertensão arterial e sua correlação com alguns fatores de risco em cidade brasileira de pequeno porte. *Arq Bras Cardiol.* 2010;95(4):502-9.
22. World Health Organization. World health statistics 2012: noncommunicable diseases: a major health challenge of the 21st century. Geneva: WHO; 2012.
23. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016. 4ª ed. Itapevi: AC Farmacêutica; 2016.
24. Conte FA. Efeitos do consumo de aditivos químicos alimentares na saúde humana. *Rev Espaço Acadêmico.* 2016;16(181): 69-81.
25. Verdélio A. Estudo mostra que 41% dos quilombolas estão em situação de insegurança alimentar. Agência Brasil, 2014 [acesso em 2017 Maio 16]. Disponível em: <http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2014-11/mais-da-metade-da-populacao-de-comunidades-quilombolas-passa-fome>.
26. Gobato AO, Vasques ACJ, Zambon MP, Barros AA Filho, Hessel G. Síndrome metabólica e resistência à insulina e adolescentes obesos. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(1):55-62.

Endereço do primeiro autor:

Ilka Kassandra Pereira Belfort
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Departamento de Farmácia (DEFAR) e Programa de Pós-Graduação em Saúde do adulto e da criança (PPGSAC)
Avenida dos Portugueses, 1966
Bairro: Vila Bacanga
CEP: 65.065-545 - São Luís - MA - Brasil
E-mail: ilkabelfort@gmail.com.

Endereço para correspondência:

Sally Cristina Moutinho Monteiro
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Departamento de Farmácia (DEFAR) e Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança (PPGSAC)
Avenida dos Portugueses, 1966 - Campos Dom Delgado
Bairro: Vila Bacanga
CEP: 65065-545 - São Luís - MA - Brasil
E-mail: sallycris@yahoo.com.br