

*SÍNDROME METABÓLICA EM ADULTOS
E IDOSOS DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS
DO CENTRO-SUL DO PIAUÍ, BRASIL¹*

Janaína Alvarenga Aragão²
Ângelo José Gonçalves Bós³
Gabriela Coelho Souza⁴

resumo

O objetivo deste trabalho consiste em estudar a prevalência da Síndrome Metabólica (SM) em grupos de quilombolas brasileiros da região Centro-Sul do Piauí. Este estudo transversal descritivo analítico foi realizado entre março e dezembro/2011, onde participaram 166 quilombolas adultos e idosos. A prevalência da SM foi deter-

1 Agradecimentos: Às comunidades quilombolas da região Centro-Sul do Piauí e à CAPES pela bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro.

2 Graduada em Enfermagem. Mestre em Saúde Coletiva. Doutora em Gerontologia Biomédica. Atualmente é Professora Adjunto DE da Universidade Estadual do Piauí. E-mail: jaa73@yahoo.com.br

3 Graduado em Medicina. Doutorado em Phd In Medicine com ênfase em Saúde Comunitária pela Tokai University (Japão). Pós-doutorado no Instituto Nacional Americano sobre o Envelhecimento e na Escola de Saúde Pública da Universidade de Johns Hopkins em Baltimore. Atualmente Professor Adjunto 40 horas na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. E-mail: angelo.bos@puccs.br

4 Graduada em Ciências Biológicas. Mestrado e Doutorado em Botânica, com ênfase em Etnobotânica. Atualmente é professora Adjunta do Depto. de Economia da UFRGS, vice-coordenadora e professora permanente do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Rural da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: gabriela.coelhodesouza@gmail.com

minada pelos critérios do NCEP-ATP III. Foram realizadas também medidas antropométricas, diário alimentar e hábitos de vida. A prevalência da SM foi de 55.4% nos quilombolas pesquisados, e mais prevalente no sexo feminino ($p < 0,001$). Portanto é necessário investir em políticas públicas de saúde preventiva para atender as demandas das comunidades quilombolas, tendo como base o contexto histórico e local onde vivem, bem como de doenças.

palavras-chave

Envelhecimento Demográfico. Quilombolas. Síndrome Metabólica.

1 Introdução

Um fato que marcou a história das Américas, particularmente do Brasil, foi a escravidão de milhares de africanos. Por séculos, os negros foram trazidos da África para as Américas e utilizados como escravos por motivos diversos, como mão de obra nas plantações de cana, café, e cacau, além da mineração, objetos de venda e acumulação de renda e status, dentre outros (MAESTRI, 1988; PEREGALLI, 1988; FUNARI, 2000; TEIXEIRA, 2002; CRIOLA, 2010; SILVA et al., 2010; GONÇALVES, 2012).

No entanto, é importante destacar que onde havia escravidão existia também resistência, resultando na fuga de muitos. Os escravos fugitivos normalmente formavam grupos que receberam diferentes nomes nas Américas. No Brasil, eram chamados principalmente de quilombos e mocambos e seus membros, quilombolas, calhambolas ou mocambeiros. Essas populações vulneráveis ainda hoje são mitigadas, mas, mesmo com dificuldade, vêm conquistando aos poucos sua autonomia (CASTEL, 1997; TEIXEIRA, 2002; LOPES, 2003; AYRES, 2004; SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007; SILVA et al., 2010).

Oficialmente reconhecidas pelo estado brasileiro, existem 1.948 comunidades quilombos, 1.834 certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo 63% delas localizadas no Nordeste. De acordo com dados da SEPPPIR, o total de famílias quilombolas em territórios titulados por estados, temos o Piauí em quinto lugar, ficando atrás do Pará, Maranhão, Bahia, Pernambuco (SEPPPIR, 2012).

Após a Constituição de 1988 as comunidades quilombolas começaram a ser mapeadas, inicialmente devido à regulamentação das terras pelo INCRA, FCP, MDS, SEPPPIR e outros. Nesse contexto, criou-se o Programa Brasil Quilombola (PBQ) em 2004. Depois foi instituída a Agenda Social Quilombola (Decreto 6.261/2007) para desenvolver ações articuladas entre os diversos órgãos governamentais,

no objetivo de fomentar as comunidades quilombolas quanto ao acesso à terra, infraestrutura e qualidade de vida, desenvolvimento local e inclusão produtiva, bem como garantir seus direitos e cidadania (SEPPPIR, 2012). Entretanto, pouco se sabe sobre o estado de saúde desses quilombolas, principalmente no que tange à situação daqueles com meia-idade ou idosos (45 anos ou mais de idade). Entre as doenças mais prevalentes em indivíduos dessa faixa etária encontra-se a Síndrome Metabólica (SM) (SALAROLI et al., 2007; CASTILLO et al., 2012). Essa síndrome consiste na presença, em um mesmo indivíduo, de fatores de risco para doenças cardiovasculares e diabetes mellitus (DM) (CASTILLO et al., 2012). Na literatura, esses fatores são: obesidade abdominal, hipertensão arterial sistêmica (HAS), dislipidemia (aumento dos níveis de triglicérides e diminuição dos níveis do HDL - colesterol) e distúrbio da glicemia (irregularidade na glicemia de jejum, tolerância reduzida à glicose ou presença de DM) (CASTILLO et al., 2012). Mendes et al. (2012), no seu trabalho envolvendo SM e transição menopáusicas em mulheres, mostrou que existe diferença na sua prevalência de acordo com a etnia, sendo as maiores prevalências da síndrome em mulheres caucasianas, seguida de afro-americanas, e com menores índices em chinesas, japonesas e hispânicas.

Por esses motivos, esse artigo tem como objetivo estudar a prevalência da SM em grupos de quilombolas brasileiros da região Centro-Sul do Piauí.

2 Metodologia

A pesquisa se caracteriza por ser um estudo de corte transversal descritivo analítico. Realizou-se um censo devido à ausência, no Brasil, de um levantamento da população por faixa etária em comunidades quilombolas, que totalizou inicialmente 269 adultos e idosos quilombolas. Todos os elegíveis foram convidados a participar da pesquisa, mas ao final só participaram 198 pessoas, conforme tabela 1, e desse total foram utilizados no estudo 166 participantes classificados como portadores de SM, de ambos os sexos e que, obrigatoriamente, residiam nas comunidades: Nova Vista e Muquém no município de Alagoinha do Piauí, Canabrava, Carnaíba e Mutamba no município de Paquetá, no município de Picos as comunidades de Alegre, Aroeira do Matadouro, Capitão de Campos e Retiro, e as comunidades de Paquetá e Potes no município de São João da Varjota. Aos voluntários foram aplicados questionários sobre alimentação diária e hábitos de vida (fumo álcool, atividade física, dentre outros), também foram realizados testes biológicos e antropométricos. Foram excluídos do estudo os sujeitos mestiços com parentesco de primeiro e segundo grau, para evitar viés de raça; também aqueles que se recusaram a participar da pesquisa ou que participaram parcialmente, e os participantes que não puderem comprovar a idade.

A SM foi definida conforme os critérios do *National Cholesterol Education - Adult Treatment Panel III* (NCEP-ATP III) (LORENZO et al., 2007), por utilização e credibilidade nacional e internacional (TAVARES, 2000). Foram classificados como portadores de SM os participantes com três ou mais critérios identificados, como: alteração dos níveis de glicemia (≥ 100 mg/dL ou uso de medicamentos hipoglicemiantes), de colesterol - HDL (< 40 mg/dL para homens e < 50 mg/dL para mulheres ou uso de medicamentos hipolipemiantes), de triglicérides (≥ 150 mg/dL); medida da circunferência abdominal (≥ 102 cm para homens e ≥ 88 cm para mulheres) (KISSEBAH; KRAKOWER, 1994), e pressão arterial sistêmica ($\geq 130/85$ mm Hg, ou uso de anti-hipertensivo) (GRUNDY et al., 2004).

Inicialmente foram coletados os dados antropométricos: a estatura foi verificada com o quilombola descalço, através de um antropômetro vertical, móvel e metálico; a circunferência abdominal foi medida também na posição vertical, posicionando a fita métrica entre os rebordos costal inferior e superior da crista ilíaca; o peso foi verificado com uma balança mecânica devidamente calibrada e previamente testada pelo INMETRO (Instituto Nacional de Metrologia, Normatização e Qualidade Industrial).

Para aferir os valores da pressão arterial sistêmica foram coletadas duas amostras, ambas no membro superior esquerdo do participante, após cinco minutos de descanso, com aparelhos calibrados pelo INMETRO. Após os exames, os participantes responderam a um questionário com perguntas sociodemográficas (comunidade, idade, sexo, zona de residência, dentre outros) e hábitos de vida (tabagismo, atividade física, diário alimentar, uso de álcool, de medicamentos como hipoglicêmicos, hipolipemiantes ou anti-hipertensivos), de chás, história pregressa de saúde, e as associadas à SM. A coleta de sangue capilar (duas gotas) foi analisada com as fitas reagentes do aparelho Cardiocheck®; foi marcado outro dia para sua coleta objetivando respeitar o jejum mínimo de oito horas, e proporcionar conforto para os participantes.

Os fumantes foram considerados os quilombolas que fumavam qualquer quantidade e tipos de fumo, e, ex-fumantes, aqueles que haviam deixado de fumar há pelo menos um ano, também aqueles nunca fumaram. Respeitando a cultura dos quilombolas, foi considerada atividade física adequada: trabalho na agricultura, futebol, caminhada e caminhada entre comunidades e de suas casas às lavouras. Foram considerados com atividade física adequada aqueles indivíduos que praticavam algum tipo de atividade física acima citada por 150 minutos ou mais por semana.

Os dados foram digitalizados pelo programa TeleForm®, e os bancos desenvolvidos analisados através do programa Epi Info®, versão 3.5.1. A prevalência da SM foi calculada para a situação da zona de residência como sendo rural e urbano. Tabelas de distribuição foram criadas para testar a associação entre

as variáveis clínico-demográficas e a presença ou ausência de SM. O teste do Qui-quadrado (χ^2) foi usado para avaliar a associação entre a presença ou não de SM bem como o teste de Fisher. O nível de significância foi estabelecido em 5,0%.

A pesquisa foi aprovada pela Comissão Científica do Instituto de Geriatria e Gerontologia, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (OF. CEP-1306/11 de 18 de agosto de 2011), atendendo-se às exigências da resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares. As atividades de campo iniciaram somente após a obtenção de pareceres favoráveis e do Termo de Consentimento Livre Esclarecido assinado pelos participantes da pesquisa.

3 Resultados

Através da tabela 1, podemos observar uma breve caracterização da população quilombola estudada, composta de 166 quilombolas adultos e idosos, sendo formada por 63,3% de mulheres e 36,7% de homens; 77,1% eram casados e grande parte (46,3%) composta por indivíduos com idade ≥ 60 anos seguida pelos de 50 a 59 anos (38,6%). Nesta amostra, 94,6% moravam na zona rural e 79,5% dos entrevistados não eram alfabetizados.

Tabela 1 – Distribuição de adultos e idosos de comunidades remanescentes quilombolas quanto à preferência por conhecimentos não tradicionais de saúde. Região Centro-Sul do Piauí, 2012.

Não tradicional	Não prefere	Prefere	Total	p
Sexo				0.9354
Fem	59 (60.8%)	62 (61.4%)	121 (61.1%)	
Masc	38 (39.2%)	39 (38.6%)	77 (38.9%)	
Caract residência				0.0114
Rural	96 (99.0%)	92 (91.1%)	188 (94.9%)	
Urbano	1 (1.0%)	9 (8.9%)	10 (5.1%)	

Continua...

Continuação

Nível socioeconômico				0.3221
C	20 (20.6%)	19 (18.8%)	39 (19.7%)	
D	63 (64.9%)	59 (58.4%)	122 (61.6%)	
E	14 (14.4%)	23 (22.8%)	37 (18.7%)	
Escolaridade				0.9878
Alfabetizado	19 (19.6%)	20 (19.8%)	39 (19.7%)	
Analfabeto	23 (23.7%)	23 (22.8%)	46 (23.2%)	
Não alfabetizado	55 (56.7%)	58 (57.4%)	113 (57.1%)	
Estado civil				0.5080
Casado	75 (77.3%)	74 (73.3%)	149 (75.3%)	
Solteiro	12 (12.4%)	11 (10.9%)	23 (11.6%)	
Viúvo	10 (10.3%)	16 (15.8%)	26 (13.1%)	
Faixa etária				0.0908
45 a 49 anos	20 (20.6%)	11 (10.9%)	31 (15.7%)	
50 a 59 anos	34 (35.1%)	36 (35.6%)	70 (35.4%)	
60 a 69 anos	26 (26.8%)	31 (30.7%)	57 (28.8%)	
70 a 79 anos	8 (8.2%)	18 (17.8%)	26 (13.1%)	
80 anos ou mais	9 (9.3%)	5 (5.0%)	14 (7.1%)	
Tempo de residência (anos)	54.8± 15.20	55.1±17.11	54.9±16.16	0.8942
Cardiopatia	14 (14.4%)	10 (9.9%)	24 (12.1%)	0.3286
Hipertensão	46 (47.4%)	50 (49.5%)	96 (48.5%)	0.7694
Diabetes	16 (16.5%)	12 (11.9%)	28 (14.1%)	0.3516
Infecções respiratórias	12 (12.4%)	8 (7.9%)	20 (10.1%)	0.2988

Continua...

Continuação

Problemas hematológicos	24 (24.7%)	21 (20.8%)	45 (22.7%)	0.5073
Artrose	17 (17.5%)	22 (21.8%)	39 (19.7%)	0.4515
Oftalmopatia	56 (57.7%)	47 (46.5%)	103 (52.0%)	0.1148
Ansiedade e depressão	5 (5.2%)	16 (15.8%)	21 (10.6%)	0.0146
Excesso de peso	17 (17.5%)	9 (8.9%)	26 (13.1%)	0.0727
UBS distante	11 (11.3%)	5 (5.0%)	16 (8.1%)	0.0991
TOTAL	97 (49.0%)	101 (51.0%)	198	

Na mesma tabela também podemos ver a distribuição das características clínico-demográficas dos quilombolas adultos e idosos, conforme a classificação da Síndrome Metabólica (SM). O agravo foi diagnosticado em 92 quilombolas (55,4%), sendo mais frequente em mulheres (64,8%) do que em homens (39,3%), $p=0,001$. Já na relação entre idade e SM houve também significância estatística ($p=0,029$), a mesma se concentrou mais entre quilombolas de 80 anos ou mais de idade (71,4%), seguido pelos de 60 a 69 anos (71,1%). No estudo não foi observada relação estatisticamente significativa entre característica da residência e SM ($p=0,148$), mesmo assim, é importante destacar que sua prevalência foi maior na zona urbana (77,8%) do que na rural (54,1%). Entre os quilombolas adultos e idosos, a associação entre SM e escolaridade não houve significância estatística ($p=0,060$), mas é importante destacar que a sua percentagem foi de 59,1% nos não alfabetizados e 41,2% nos alfabetizados.

A síndrome foi mais frequente entre os obesos (84,2%) e aqueles que estavam com sobre peso (83,3%), $p<0,001$. Quilombolas com atividade física adequada tiveram significativamente ($p=0,007$) uma menor frequência de SM (34,4%) do que aqueles sem (60,4%).

Entre os critérios para classificar os participantes como portadores de SM, na população estudada houve significância estatística para todos os fatores de risco que compõem a síndrome (atividade física, obesidade, glicemia de jejum, colesterol - HDL, Triglicérides, circunferência abdominal, pressão arterial sistêmica). Triglicérides elevados e circunferência abdominal alterada foram os critérios mais prevalentes entre os quilombolas com SM.

Em relação à circunferência abdominal ($p<0,001$), em 93,2% dos pesquisados a medida estava alterada para cima dos valores tidos com normal tanto para homens (≥ 102 cm) como para mulheres (≥ 88 cm). Quanto ao HDL, o

mesmo ocorreu ($p < 0.001$), pois 75,7% apresentaram seu colesterol com valor acima do normal e, 95,8% estavam com triglicérides acima da média, $p < 0.001$. Dentre aqueles com SM, 67,5% tinham pressão arterial sistêmica ($p < 0.001$). Foi observado para glicemia de jejum um $p < 0.001$ de significância, a glicemia na maioria dos quilombolas adultos e idosos com SM foi de 85,9% também estava alterada, ou seja, foi superior ou igual a 100mg/dL. No estudo não foram observadas relações estatisticamente significativas para prevalência de SM entre os adultos e idosos quilombolas quanto ao estado civil e tabagismo.

4 Discussão

Dados internacionais mostram que a prevalência da SM na população geral é de 20,0 a 25,0%, e de 43,5% na população idosa (FORD et al., 2002). O presente estudo evidencia essa prevalência entre adultos e idosos quilombolas, especialmente entre as mulheres, concordando com os achados de Pimenta et al. (2011), Pedro (2008) e Rocha et al. (2011), quando estudaram a prevalência da síndrome entre indígenas; mas na literatura também há estudos que encontraram maior prevalência entre homens (FORD et al., 2002).

Quanto ao comportamento entre idade e SM, este estudo (que não encontrou significância estatística) colabora com o estudo de Rocha et al. (2011), com indivíduos indígenas mais velhos.

De acordo com Brasil (2012) as pessoas que moram em cidades, acabam por adotar maus hábitos de vida, complicando a saúde por causa do maior consumo de alimentos ultra processados e menor consumo de alimentos básicos e de melhor qualidade. Os resultados encontrados na tabela 1 concordam com o que diz Brasil (2012), pois mostram que a prevalência de SM foi maior em adultos e idosos quilombolas da zona urbana nas comunidades investigadas no Centro-Sul do Piauí. Porém, Pimenta et al. (2011) e Rocha et al. (2011), respectivamente em Minas Gerais e no Rio Grande do Sul, seus estudos encontraram maior prevalência de SM em idosos da zona rural. Esses resultados são importantes, pois reforçam a necessidade de realizar pesquisas sobre tradições culturais alimentares e elucidar as diferenças na identidade alimentar entre as regiões brasileiras (BRASIL, 2012).

A obesidade é um agravo de caráter multifatorial, que leva a comorbidades, dentre elas, a Síndrome Metabólica (BRASIL, 2006). Fazzio (2012) conclui que o consumo alimentar, representado pela quantidade e qualidade da alimentação, sofre reflexo na renda, nas interações sociais e no estado de ânimo dos idosos, bem como nos aspectos fisiológicos e fisiopatológicos. José Bonifácio Barbosa et al. (2010), após análise ajustada, referiu que idade ≥ 60 anos e índice de massa corpora (IMC) ≥ 30 foram associados a um maior risco de SM. O que

foi dito pelos autores acima citados justificam os resultados encontrados nesse trabalho, onde a SM foi mais marcante entre os obesos, e também concorda com os estudos de Pimenta et al. (2011) e Rodrigues et al. (2012).

Conforme os resultados detalhados anteriormente, na presente pesquisa a relação entre SM e escolaridade não foi observada, não teve significância estatística, mas sua porcentagem foi maior entre os quilombolas com baixo nível de escolaridade, concordando com a literatura (BRASIL, 2012; LOPES; BRAGA, 2007; SANTOS; MACHADO, 2008). Mesmo o presente estudo não tendo encontrado relação significativa entre SM e escolaridade, esse dado merece destaque para que haja mais estudos que possam melhor explicar a existência ou não de associação nessa faixa etária em comunidades quilombolas. Pois, lembrando o que disse Fazzio (2012), é possível apontar que a baixa escolaridade é um fator socioeconômico que tem grande influência na presença ou ausência de SM em uma determinada população. Também, segundo o mesmo autor, identificar os determinantes do comportamento alimentar e avaliar o estado nutricional e as condições sociais dos indivíduos idosos são medidas importantes para melhorar a qualidade de vida e promoção do envelhecimento saudável.

Nesse estudo, a atividade física inadequada foi preponderante para o risco de SM, concordando com o estudo de Edwardson et al. (2012), onde os pesquisadores realizaram uma meta-análise e encontraram resultados indicando que pessoas que passam grande parte do seu dia em atividades sedentárias possuem um risco acrescido de 73% de desenvolver a SM. Edwardson et al. (2012) e Pitanga et al. (2012) recomendam a prática de atividade física leve e o aumento dessa para a moderada. Sardinha e Magalhães (2012) também propõem novos programas de investigação e de intervenção e o debate sobre soluções dirigidas a este problema epidêmico que impacta a qualidade de vida, o bem-estar e a saúde das pessoas. Na literatura, para as mulheres pós-menopáusicas recomenda-se a prática da atividade física de intensidade leve à moderada, principalmente a caminhada, pois a prática de exercícios previne o excesso de adiposidade central (PITANGA et al., 2012).

Os estudos de um modo geral mostram que a SM é mais frequente entre as pessoas obesas/com sobrepeso, sedentárias, com maior pressão arterial sistêmica, maiores níveis de glicose, triglicérides, circunferência abdominal, e menores de HDL (BRASIL, 2006; BARBOSA, J. et al., 2010; SÁ; MOURA, 2010; ROCHA et al., 2011; RODRIGUES et al., 2012; EDWARDSON et al., 2012). É importante destacar que Paulo Barbosa et al. (2010), ao estudar a questão cor averiguou que houve relevância, pois a cor negra entre os homens foi um fator protetor para a SM, enquanto que nas mulheres tendeu ao fator de risco. Mendes et al. (2012) também encontrou diferença na sua prevalência de acordo com a etnia. Portanto, estudos levando em conta esses fatores devem continuar sendo investigados.

5 Considerações finais

Conclui-se nesse estudo que a Síndrome Metabólica foi prevalente entre os adultos e idosos das comunidades quilombolas pesquisadas na região Centro-Sul do Piauí, sendo mais frequente nas mulheres. O estudo também mostra através da tabela 1, que a SM foi significativamente associadas aos fatores como: obesidade, e circunferência abdominal, HDL, pressão arterial, glicemia, triglicerídeos alterados. Portanto, é necessário investir em políticas públicas de saúde preventiva para atender as demandas das comunidades quilombolas, tendo como base o contexto histórico e local onde vivem, bem como de doenças.

METABOLIC SYNDROME IN ADULTS AND ELDERLY QUILOMBOLAS FROM CENTRAL-SOUTHERN PIAUÍ, BRAZIL

abstract

The purpose of this research is to study the prevalence of Metabolic Syndrome (MS) in Brazilian groups of Quilombolas from the South-central region of Piauí. This descriptive analytical cross-sectional study was conducted from March to December/2011, where 166 adult and elderly Quilombolas took part. The prevalence of MS was determined by the NCEP-ATP III. Anthropometric measurements, food journal and lifestyle habits were also performed. The prevalence of MS was 55.4% of the Quilombolas surveyed, and more prevalent on females ($p < 0,001$). However, it is required to invest in public politics of preventative health to fulfill the demands of maroon communities, based on the historical context and where they live, as well as diseases.

keywords

Demographic Aging. Quilombolas. Metabolic Syndrome.

referências

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set. 2003/fev. 2004.

BARBOSA, José Bonifácio et al. Síndrome Metabólica em Ambulatório Cardiológico. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. São Paulo, v. 94, n. 1, p. 46-54, jan. 2010.

BARBOSA, Paulo José Bastos et al. Influência da cor de pele auto-referida na prevalência da síndrome metabólica numa população urbana do Brasil. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*. São Paulo, v. 94, n. 1, p. 34-40, jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Alimentação e Nutrição*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Obesidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTEL, Robert. Dinâmica dos processos de marginalização: da vulnerabilidade à "desfiliação". *Caderno CRH*, Salvador, v. 10, n. 26, p. 19-40, jan./dez. 1997.

CASTILLO, Aaron H. Cruz et al. Prevalencia de síndrome metabólico y características clínicas en donadores de sangre. *Revista de la Facultad de Ciencias Medicas*, Córdoba, v. 69, n. 3, p. 144-149, jul./set. 2012.

CRIOLA. *Saúde da população negra* – Passo a passo: defesa, monitoramento e avaliação de políticas públicas. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll, 2010.

EDWARDSON, Charlotte L. et al. Association of sedentary behaviour with metabolic syndrome: a meta-analysis. *PLOS ONE*, San Francisco, v. 7, n. 4, p. 1-5, Apr. 2012.

FAZZIO, Débora Mesquita Guimarães. Envelhecimento e qualidade de vida – uma abordagem nutricional e alimentar. *Revista*, Valparaíso de Goiás, v. 1, n. 1, p. 76-88, jan./jun. 2012.

FORD, Earl S. et al. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *JAMA*, Chicago, v. 287, n. 3, p. 356-359, Jan. 2002.

FUNARI, Pedro Paulo Abreu. A arqueologia de Palmares: sua contribuição para o conhecimento da história da cultura afro-americana. In: REIS, João José; GOMES, Flávio dos Santos (Org.). *Liberdade por um fio*: história dos quilombos no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2000. p. 26-51.

GONÇALVES, Andréa Lisly. Escravidão, herança ibérica e africana e as técnicas de mineração em Minas Gerais no século XVIII. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH-MG, 14., 2004, Juiz de Fora. *Anais...* Juiz de Fora: ANPUH-MG, 2004. p. 1-23.

GRUNDY, Scott M. et al. Clinical management of metabolic syndrome: report of the American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute/American Diabetes Association conference on scientific issues related to management. *Circulation*, Dallas, v. 109, n. 4, p. 551-556, Feb. 2004.

KISSEBAH, Ahmed H.; KRAKOWER, Glenn R. Regional adiposity and mortality. *Physiological Reviews*, v. 74, n. 4, p. 761-811, Oct. 1994.

LOPES, Fernanda. Raça, saúde e vulnerabilidades. *BIS - Boletim do Instituto de Saúde*, São Paulo, n. 31, p. 7-11, dez. 2003.

LOPES, Maria Auxiliadora; BRAGA, Maria Lúcia de Santana. *Acesso e permanência da população negra no ensino superior*. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade: Unesco, 2007.

LORENZO, Carlos et al. The National Cholesterol Education Program – Adult Treatment Panel III, International Diabetes Federation, and World Health Organization Definitions of the Metabolic Syndrome as Predictors of Incident Cardiovascular Disease and Diabetes. *Diabetes Care*, Alexandria, v. 30, n. 1, p. 8-13, Jan. 2007.

MAESTRI, Mário. *História da África negra pré-colonial*. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1988.

MENDES, Karina Giane et al. Prevalência de síndrome metabólica e seus componentes na transição menopáusicas: uma revisão sistemática. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 8, p. 1423-1437, ago. 2012.

PEDRO, Rejane Eliete Luz. *Relação entre o número de dentes, medidas antropométricas e síndrome metabólica nos idosos de Porto Alegre*. 2008. 64 p. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Instituto de Geriatria e Gerontologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

- PEREGALLI, Enrique. *Escravidão no Brasil*. São Paulo: Global, 1988.
- PIMENTA, Adriano Marçal et al. Prevalência da síndrome metabólica e seus fatores associados em área rural de Minas Gerais (MG, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3297-3306, jul. 2011.
- PITANGA, Cristiano Penas Seara et al. Nível de atividade física para prevenção do excesso de gordura visceral em mulheres pós-menopáusicas: quanto é necessário? *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, São Paulo, v. 56, n. 6, p. 358-363, 2012.
- ROCHA, Ana Karina Silva et al. Prevalência da síndrome metabólica em indígenas com mais de 40 anos no Rio Grande do Sul, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 29, n. 1, p. 41-45, jan. 2011.
- RODRIGUES, Liraine et al. Estudo da prevalência dos critérios clínicos para a síndrome metabólica em bombeiros militares de um batalhão da Região Centro-Sul de Belo Horizonte. *e-Scientia*, Belo Horizonte, v. 5, n. 1, p. 31-38, jan./jul. 2012.
- SALAROLI, Luciane B. et al. Prevalência da síndrome metabólica em estudo de base populacional, Vitória, ES - Brasil. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia [online]*, São Paulo, v. 51, n. 7, p. 1143-1152, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302007000700018>. Acesso em: 3 set. 2014.
- SANCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar./abr. 2007.
- SANTOS, Sônia Querino dos Santos e; MACHADO, Vera Lúcia de Carvalho. Políticas públicas educacionais: antigas reivindicações, conquistas (Lei 10.639) e novos desafios. *Ensaio: avaliação e políticas públicas em Educação*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, p. 95-112, jan./mar. 2008.
- SARDINHA, Luís Bettencourt; MAGAJÃES, João. Comportamento Sedentário – Epidemiologia e Relevância. *Revista Fatores de Risco*, Lisboa, v. 27, n. 27, p. 54-64, out./dez. 2012.
- SÁ, Naíza Nayla Bandeira; MOURA, Eryl Catarina. Fatores associados à carga de doenças da síndrome metabólica entre adultos brasileiros. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1853-1862, set. 2010.
- SECRETARIA DE POLÍTICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. *Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de Ações Realizadas*. Brasília: Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, 2012.
- SILVA, Gilberto Ferreira; SANTOS, José Antônio; CARNEIRO, Luís Carlos da Cunha (Org.). *RS negro: cartografias sobre a produção do conhecimento*. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.
- TAVARES, Agostinho. Polimorfismos dos genes do sistema renina-angiotensina-aldosterona e as moléstias cardiovasculares. *Revista Brasileira de Hipertensão*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 237-242, jun./set. 2000.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, suplemento, p. 153-162, 2002.

Recebido: 30/08/2013
Aceite Final: 22/11/2013