

**Perfil sociodemográfico do adulto quilombola com distúrbios hiperglicêmicos**

**Sociodemographic profile of adult quilombola with hyperglycemic disorders**

DOI:10.34119/bjhrv3n6-286

Recebimento dos originais:03/11/2020

Aceitação para publicação:18/12/2020

**Angélica Viana Rocha Santos**

Bacharela em Enfermagem

Instituição: Secretaria de Saúde de Itapetinga

Endereço: Rua Coronel Belizário Ferraz, n.2-88, Itapetinga/Bahia, CEP: 45700-000

E-mail: angelicavirocha@gmail.com

**Deyvis Nascimento Rodrigues**

Mestre em Educação Física

Instituição: Centro Universitário UNIFg

Endereço: Avenida Pedro Felipe Duarte, n. 4911, Bairro São Sebastião, Guanambi/Bahia, CEP: 46430-000

E-mail: rodriguesdeyvis@gmail.com

**Angelo Maurício de Amorim**

Doutor em Educação Física

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Campus IV

Endereço: Travessa J. J. Seabra, n.158, Bairro Estação, Jacobina/Bahia, CEP: 44700-000

E-mail: angeloamorim@gmail.com

**Claudio Bispo de Almeida**

Mestre em Educação Física

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Campus XII

Endereço: Loteamento Ipanema, s/n, Bairro Ipanema, Guanambi/Bahia, CEP:46.430-000

E-mail: claudio\_bispo\_de\_almeida@hotmail.com

**Ricardo Franklin de Freitas Mussi**

Doutor em Educação Física

Instituição: Universidade do Estado da Bahia, Campus VI

Endereço: Avenida Contorno, s/n, Caetité/Bahia, CEP: 46.400-000

E-mail: rimussi@yahoo.com.br

**RESUMO**

Os Distúrbios Hiperglicêmicos são responsáveis por crescente utilização dos serviços, com impacto no aumento dos gastos em saúde pública. A prevalência elevada de doenças crônicas e metabólicas isoladas em populações específicas instituem graves problemas de saúde. Neste sentido, este estudo objetiva analisar o perfil sociodemográfico do adulto quilombola com distúrbios hiperglicêmicos. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e coleta sanguínea. Os dados foram armazenados e analisados em planilha do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0. A prevalência dos DHG foi de 21,8%

(IC95%: 19,03: 24,60), 86,5% se autorreferiram negros. A idade variou de 18 a 92 anos, amostra prevalente por mulheres (61,1%, IC: 95%, 57,9: 64,5) e 76,7% relataram possuir cônjuge. A análise bruta indicou associação com situação conjugal, grupo etário, escolarização e situação laboral. Após análise ajustada permaneceram independentemente associadas grupo etário e escolarização. No mesmo sentido, ter > 4 anos de estudo diminui em 63% a probabilidade para DHG diante daqueles com < anos de estudo. A prevalência dos DHG foi identificada aproximadamente em 2 a cada 10 quilombolas. Desta maneira, torna-se imprescindível a consolidação de planos e metas que atendam a realidade dessas comunidades.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus, Grupo com Ancestrais do Continente Africano, Inquéritos epidemiológicos.

### **ABSTRACT**

Hyperglycemic Disorders are responsible for increasing use of services, with an impact on increased public health spending. The high prevalence of isolated chronic and metabolic diseases in specific populations creates serious health problems. In this sense, this study aims to analyze the sociodemographic profile of the quilombola adult with hyperglycemic disorders. Data collection was performed through interviews and blood collection. Data were stored and analyzed in a Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.0 spreadsheet. The prevalence of GHD was 21.8% (95% CI: 19.03: 24.60), 86.5% self-reported blacks. Age ranged from 18 to 92 years, a prevalent sample by women (61.1%, CI: 95%, 57.9: 64.5) and 76.7% reported having a spouse. Crude analysis indicated an association with marital status, age group, schooling and employment status. After adjusted analysis remained independently associated age group and schooling. Similarly, having > 4 years of schooling decreases the probability of DHG by 63% compared to those with < years of schooling. The prevalence of DHG has been identified at approximately 2 per 10 quilombolas. Thus, it is essential to consolidate plans and goals that meet the reality of these communities.

**Keywords:** Diabetes Mellitus, African Continental Ancestry Group, Health Surveys .

## **1 INTRODUÇÃO**

A transição epidemiológica suscitou mudanças no perfil de saúde da população mundial. Neste sentido, as doenças crônicas não transmissíveis assumem protagonismo, a exemplo dos Distúrbios Hiperglicêmicos (DHG) ocasionados por desregulações funcionais nas células beta do pâncreas, dificultando a compensação da insulina resultando em falha na ação ou secreção da insulina<sup>1</sup>.

Os DHG são responsáveis por crescente utilização dos serviços de saúde<sup>2</sup>, com impacto no aumento dos números de pessoas acometidas e dos gastos em saúde pública<sup>3</sup>. A exemplo, o Diabetes Mellitus, no ano de 2017, teve sua prevalência mundial estimada em 425 milhões de adultos, com expectativa de crescimento para 629 milhões em 2045<sup>4</sup>, principalmente em países em processo de desenvolvimento.

Neste sentido, têm sido constatadas altas prevalências de DGH em grupamentos populacionais das diferentes regiões do mundo. Na África subsaariana a taxa foi de 2,1%<sup>4</sup> enquanto no Brasil, em 2013, foi indicado 6,2% de acometidos<sup>5</sup>. A prevalência elevada de doenças crônicas e metabólicas isoladas em populações específicas instituem importantes problemas de saúde, afetando mais fortemente aqueles mais pobres e com menor escolarização, a priori aqueles domiciliados na zona rural<sup>6,7</sup>.

Neste contexto, indivíduos pertencentes a determinados grupos étnico-raciais estão mais propensos ao desenvolvimento de DHG, pois além dos fatores genéticos a vulnerabilidade racial afeta diretamente o processo de saúde doença deste grupo populacional<sup>8</sup>. Essa problemática afeta de maneira diferenciada as populações negras, diante da influência da variação genética, do ambiente geográfico habitado, dos comportamentos nutricionais e exposição à pobreza<sup>4,9</sup>. No entanto, ressalta-se que ainda são reconhecidas discordâncias quanto às associações desses distúrbios, ou sua intensidade, com os fatores sociodemográficos<sup>9,10</sup>.

Para o melhor enfrentamento das demandas epidemiológicas em um país territorialmente continental, marcado pela variação sociodemográfica, econômica e étnico-racial como o Brasil exige-se que sejam disponibilizadas informações em saúde que considerem as especificidades regionais e populacionais específicas<sup>11</sup>. Neste sentido, assinala-se que parte importante da população rural brasileira é negra e residente em quilombos. Ou seja, comunidades que possuem organização social específica, características religiosas e práticas culturais próprias, com economia pautada na agropecuária de subsistência e vasto histórico de ancestralidade negra<sup>6,12,13</sup>.

Estas comunidades encontram-se recorrentemente em situação de vulnerabilidade socioeconômica, enfrentando dificuldades ao acesso nos serviços de saúde<sup>14</sup> e estão sobre a influência da transição nutricional e epidemiológica<sup>15</sup>, situações essas que intensificam os processos de adoecimento, e tanto na incidência quanto no agravamento daquelas enfermidades já diagnosticadas.

Mesmo reconhecendo que os DHG são problemas altamente prevalentes, que impactam negativamente na saúde das populações negras, ainda são restritas as evidências em grupos étnico-raciais específicos, como os quilombolas. Então, a presente investigação objetiva analisar o perfil sociodemográfico do adulto quilombola com distúrbios hiperglicêmicos.

## **2 MÉTODOS**

Esta análise é um recorte do estudo transversal de base populacional intitulado “Perfil Epidemiológico dos Quilombolas baianos”. O campo empírico representou 42 quilombos

contemporâneos certificados até o ano de 2016<sup>12</sup>, localizados em 10 municípios da microrregião de Guanambi/Bahia.

Esta microrregião não possui informações concernentes ao número total de residentes nos quilombos desta localidade baiana. Desta forma, a população foi estimada considerando 80 famílias por quilombo<sup>16</sup>, com dois adultos (>18 anos) por família em cada comunidade, totalizando 6.720 adultos.

O cálculo amostral considerou: correção para população finita, prevalência desconhecida para o desfecho (50%), intervalo de confiança de 95%, erro amostral de cinco pontos percentuais, efeito de 1,5 vezes para conglomerado, acréscimo de 30% para recusas e 20% para perdas e confundimento, determinando amostra de 818 sujeitos que correspondeu a amostra representativa para esse estudo.

O universo amostral consistiu em duas etapas: sorteio aleatório dos quilombos (conglomerado) e, em seguida, coleta censitária. O contato com as comunidades se deu através das respectivas associações de moradores. Ao final, 14 comunidades sorteadas permitiram visitas para a realização da pesquisa, três recusaram participação, 1 por estar em período de festejos na comunidade e 2 não esclareceu a rejeição.

No período das coletas nos quilombos, as associações de moradores informaram o comparecimento de 1.025 adultos elegíveis e residentes durante as etapas das coletas. Ao serem convidados, todos foram informados sobre os aspectos da pesquisa, garantindo assim a igualdade de participação. A amostra final foi constituída por 850 quilombolas que compareceram e aceitaram participar das atividades, assim, foi fornecido e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo coletado individualmente as assinaturas ou impressão digital dos participantes.

As recusas foram caracterizadas por 17,07% (n=136) dos indivíduos que não compareceram as atividades. As coletas de dados e materiais biológicos foram realizadas nos finais de semana e feriados, por uma equipe preparada para tais práticas, seguindo protocolos para cada atividades a serem desenvolvidas.

Foram excluídos das entrevistas, aqueles com deficiência cognitiva ou de comunicação, atestado no momento por familiares. As perdas foram definidas pela a não realização dos exames ou a ausência de resposta de alguma questão na entrevista.

Para a análise sanguínea coletou-se amostras de 15 ml de sangue, devidamente separadas e identificadas, após jejum de no mínimo de 8 horas, mediante punção endovenosa na veia cubital mediana, utilizando sistema a vácuo<sup>17</sup>. As amostras foram armazenadas em caixas térmicas

refrigeradas e transportadas, após a coleta, foram encaminhadas ao laboratório credenciado, para que o material fosse centrifugado e analisado. A glicemia foi determinada pelo método enzimático colorimétrico automatizado (Cobas Mira Plus, Roche®).

Os DHG, variável dependente, foram determinadas conforme as recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes<sup>18</sup>, incluindo aqueles indivíduos que apresentarem concentração glicêmica sanguínea  $\geq 100$  mg/dL em jejum e diagnóstico de diabetes mellitus autorrelatado com uso de fármacos hipoglicemiantes.

Os indivíduos estudados foram caracterizados de acordo com as frequências absolutas e relativas das variáveis sociodemográficas. Sendo elas: sexo (feminino, masculino), situação conjugal (com e sem cônjuge), grupo etário (adulto, idoso – conforme o Instituto Brasileiro Geografia e Estatística<sup>19</sup>), escolarização (< 5 anos, > 5 anos), remuneração laboral (sem remuneração, com remuneração).

Para análise de associação dos preditores com o DHG foram estimadas razões de prevalências (RP) a partir da regressão de Poisson. Inicialmente foram verificadas as RP brutas. As variáveis que apresentaram p-valor <0,20 foram incluídas na análise múltipla. Nas análises ajustadas, seguiu-se o seguinte modelo hierarquizado: primeiro nível as variáveis sociodemográficas. As variáveis que apresentaram p-valor <0,05 no nível permaneceram nas outras etapas e mantendo-se até o modelo variado. As magnitudes das associações foram estimadas pelo intervalo de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas no programa The Statistical Package for Social Sciences, versão 22.0.

O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia, sob o parecer nº 1.386.019/2016, desenvolvido entre fevereiro e novembro de 2016.

### **3 RESULTADOS**

A prevalência dos DHG em adultos quilombolas foi de 21,8% (n=185), (IC95%: 19,03: 24,60); 86,5% (n=733) se autorreferiram negros. A idade variou de 18 a 92 anos, com mediana de 45 anos, a amostra foi prevalente por mulheres 61,1% (n=518), IC: 95%, 57,9: 64,5) e 76,7% (n=650) dos indivíduos relataram possuir cônjuge. Ocorreram 2 perdas nesta amostra, pois as participantes não estavam aptas para a coleta sanguínea, e correspondem ao sexo feminino.

A análise bruta como observado na tabela 1, indicou associação estatisticamente significativa (p<0,05) dos DHG com situação conjugal, grupo etário, escolarização e situação laboral. Assim, ser casado e ser viúvo elevam em 1,75 e 2,60 vezes, respectivamente, a

probabilidade de ter DHG entre adultos quilombolas quando comparados com os solteiros. Em relação à idade ter < 60 anos, diminui a probabilidade em 58% em ter DHG confrontado com os idosos da mesma amostra, como também, ter escolarização > 5 anos diminui a probabilidade em 69%, contraposto, ter > 1 salário aumenta em 1,53 vezes a probabilidade de ter DHG, comparado com os que possuem menor renda.

Tabela 1. Razão de Prevalência (RP) do distúrbio hiperglicêmico (DHG) e seus intervalos de confiança de 95% (IC 95%) segundo variáveis sociodemográficas. Bahia, Brasil, 2016 (n=850).

VARIÁVEIS	n (%)	RP (IC95%)	p-valor <sup>1</sup>
<b>Sexo</b>			
Masculino	330 (38,9%)	1	
Feminino	518 (61,1%)	0,874 (0,676: 1,130)	0,304
<b>Situação Conjugal</b>			
Solteiro	122 (14,8%)	1	
Casado	632 (76,7%)	1,749 (1,084: 2,823)	0,022
Sep./Divorciado	29 (3,5%)	0,789 (0,246: 2,528)	0,690
Viúvo	41 (5,0%)	2,604 (1,395: 4,859)	0,003
<b>Grupo etário</b>			
>60 anos	683 (80,5%)	1	
Adulto 18-59 anos	185 (19,5%)	0,416 (0,325: 0,531)	<0,001
<b>Escolarização</b>			
< 5 anos	453 (58,6%)	1	
> 5 anos	320 (41,4%)	0,310 (0,214: 0,448)	<0,001
<b>Remuneração laboral</b>			
< 1 salário	578 (68,2%)	1	
> 1 salário	270 (31,8%)	1,526 (1,184: 1,968)	<0,001

n (%): quantidade de sujeitos; RP: Razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

A análise multivariada na tabela 2, incluiu as variáveis que apresentaram associação bruta com p-valor <0,20. Após análise ajustada permaneceram independentemente associadas aos DHG (p-valor <0,05) grupo etário e escolarização. Portanto, ser adulto diminui em 40% à probabilidade para a presença de DHG em relação ao idoso. No mesmo sentido, ter > 4 anos de estudo diminui em 63% a probabilidade para DHG diante daqueles com <4 anos de estudo.

Tabela 2. Análise de regressão de Poisson múltipla dos fatores associados aos DHG em adultos quilombolas. Bahia, Brasil, 2016.

VARIÁVEIS	RP (IC95%)	p-valor
<b>Situação Conjugal</b>		
Solteiro	1	
Casado	1,030 (0,631: 1,681)	0,905
Sep./Divorciado	0,487 (0,156: 1,520)	0,215
Viúvo	1,213 (0,630: 2,336)	0,563
<b>Grupo etário</b>		
≥60 anos	1	
Adulto 18-59 anos	0,596 (0,421: 0,845)	0,004
<b>Escolarização</b>		
≤ 5 anos	1	
> 5 anos	0,365(0,242:0,550)	< 0,001
<b>Remuneração laboral</b>		
≤ 1 salário	1	
> 1 salário	0,934(0,703: 1,240)	0,636

RP: Razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

#### 4 DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo apontam que aproximadamente 1/5 dos adultos quilombolas apresentaram DHG, sendo mais provável nos idosos e entre aqueles com escolarização <5 anos. A prevalência de DHG nos adultos quilombolas é importantemente maior que os valores referentes à diabetes em outras populações, como os 2,1% presentes em população negra africana<sup>4</sup>, os 6,6% em adultos da capital baiana<sup>20</sup> e os, 8,6% identificados em quilombolas de município do sudoeste baiano<sup>13</sup>.

Essas diferenças devem ser tratadas com cuidado, pois, nesta investigação foi considerado o somatório da autorreferência de diabetes mellitus e a HG verificada por bioquímica sanguínea, enquanto os estudos que tiveram seus dados comparados valeram-se exclusivamente do primeiro critério. Ressalta-se que a utilização da autorreferência potencializa as subnotificações e medidas enviesadas<sup>21</sup>. Então, a consideração do DHG a partir dos sujeitos diagnosticados e daqueles com HG adotado nesta análise representa uma importante ampliação na confiabilidade dos resultados.

Neste sentido, as altas prevalências de DHG identificadas nesta população confirmam a compreensão que a vulnerabilidade influencia nos determinantes sociais de saúde, ou seja, a má qualidade de vida, escolarização escassa, as condições que vivem e trabalham, as baixas condições sanitárias e o restrito acesso nos serviços de saúde, são as piores situações de saúde dessa população, que aumentam o risco do adoecimento<sup>22</sup>, principalmente para aqueles com mais idade.

Ser idoso permaneceu independentemente associado aos DHG em quilombolas, corroborando com análise da população africana, que atingiu pico máximo entre aqueles com idade acima de 60 anos<sup>23</sup>. Este resultado acompanha a compreensão que a prevalência de DHG aumenta quando associada ao envelhecimento<sup>24</sup>, características que estão especificados como

fatores que elevam a procura de atendimento, e, portanto, o aumento das despesas dos serviços de saúde<sup>10</sup>. Estudos demonstram que essa associação justifica o surgimento dos agravos ocasionados por processos inerentes do envelhecimento<sup>25,26</sup>.

Fisiologicamente o envelhecimento ocasiona resistências e alterações biológicas constantes, diminuindo a capacidade de regeneração celular, nucleares, causando reações inflamatórias, criando resistências metabólicas e processos patológicos, que ocasiona o comprometimento funcional do organismo<sup>27,28</sup> podendo ser físico, psíquico ou emocional.

Outra característica sociodemográfica associada aos DHG em quilombolas foi à baixa escolarização. Essa associação também foi encontrada em pesquisas realizadas em adultos brasileiros<sup>5,26,29</sup>. Embora em outros achados a prevalência maior foi em indivíduos da cor negra<sup>13,30</sup>.

A escolarização faz parte dos indicadores sociais que influenciam na saúde, uma vez que, o contato com ela favorece que o sujeito reconheça e execute uma melhor escolha para a sua necessidade em saúde<sup>31</sup>. Neste sentido, é fundamental que as instituições de ensino assumam em seus currículos as questões relacionadas à promoção da saúde<sup>32,33</sup>, importantemente capazes de impactar na diminuição de alguns índices de adoecimento ao longo das fases da vida<sup>34</sup>.

Mesmo com a instituição da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) em 2009<sup>35</sup>, com o intuito de combater às desigualdades em saúde e o racismo, esses dois fatores continuam presentes de maneira alarmantes. Principalmente quando se compara as populações das áreas urbanas com as rurais, sobretudo no que concerne ao desenvolvimento social, utilização dos serviços de saúde e educação.

Nas comunidades quilombolas a baixa escolarização ainda apresenta índices preocupantes, especialmente entre os adultos<sup>36-38</sup>. Os quilombolas contemporâneos estão distantes dos centros urbanos, desse modo, dispõe de um ensino precarizado e restrito, que compreende somente as séries iniciais, aqueles que concluem, necessitam continuar o estudo em localidades distantes, enfrentando dificuldades com transportes, por conseguinte, desistem do estudo. Outro aspecto, é a necessidade de trabalhar no campo precocemente como forma de ajudar no sustento familiar. Fatores esses, que contribui para a grande evasão escolar, aumentando a taxa de analfabetismo nessa população.

Nesse estudo, embora, não tenha sido identificada associação dos DHG com sexo, observa-se a predominância do sexo feminino nas comunidades. Esse quantitativo vem aumentando ao longo dos anos. Mostrando indícios da saída dos homens das comunidades para outras regiões em

busca de trabalho que garanta e auxilie na manutenção econômica das famílias garantindo melhores condições de vida daqueles que lá ainda residem<sup>31</sup>.

Destarte, a mulher passou a ter representatividade dentro dos quilombos, assumindo as lideranças. Tem-se um aumento da atuação feminina em espaços como nas associações das comunidades, movimentos sociais, que antes era ocupados apenas pelo os homens.

Altas prevalências dos DHG vêm sendo descritas, em outras populações, entretanto, nos quilombolas há poucos estudos voltados para essa temática. Destaca-se, que os DHG se associaram com apenas um fator modificável. Deste modo, há uma necessidade considerável de constituir parâmetros que atendam às necessidades das populações remanescentes, como intervenções educativas voltadas para a promoção da saúde com a intenção de reduzir os riscos associados a desfechos desfavoráveis, garantindo o direito da saúde assistida em sua totalidade e peculiaridade.

A principal limitação deste estudo é o delineamento transversal, que não possibilita a percepção da causalidade entre o desfecho e as variáveis explicativas. Dentre os pontos positivos da investigação citam-se o trabalho realizado com quilombolas rurais de ampla região geográfica. Desenho amostral representativo da população estudada. A utilização de dois métodos para a identificação de DHG, por corrigir a possibilidade de subnotificação. A disponibilização de informações que poderão embasar metas, para combater ou reduzir riscos existentes na comunidade.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prevalência dos DHG foi identificada aproximadamente em 2 a cada 10 quilombolas, especificamente os mais velhos e com menor escolarização. Destaca-se que os DHG são doenças emergentes, associado a fatores sociodemográficos, alguns passíveis de intervenções que podem auxiliam na redução dos agravos relativos.

Este estudo demonstrou que os quilombolas possuem um risco elevado de ocorrência de problemas glicêmicos. Desta maneira, torna-se imprescindível a consolidação de planos e metas dentro das políticas de assistência que ampliem o direito ao acesso dos programas de saúde que atendam a realidade dessas comunidades, garantindo assim uma melhora na qualidade de vida, condições sociais e de saúde para essa população excluída.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Global report on diabetes 2016. Geneva; 2016. [Acesso em: 15 nov. 2018]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf?sequence=1).
2. Santos DB, Nascimento GT, Moraes MCF, Moraes Júnior RC. Perfil dos pacientes acompanhados em um serviço de atenção farmacêutica de um centro universitário do sudoeste baiano. *Revista FG Ciência*, 2019; 4(1):57-70.
3. Iser BPM, Malta DC, Duncan BB, Moura L, Vigo A, Schmidt MI. Prevalence, correlates, and description of self-reported diabetes in brazilian capitals: results from a telephone survey. *PLoS One*, 2014; 9(9): e108044.
4. International Diabetes Federation [homepage na internet]. IDF DIABETES ATLAS Eighth edition 2017. [acesso em 05 out 2018]. Disponível em: <http://www.diabetesatlas.org>
5. ISER BPM, Stopa SR, Chueiri OS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, Duncan BB, Schmidt MI. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saude*, 2015; 24(2):305-314.
6. Mussi RFF, Queiroz BM, Petroski EL. Excesso de peso e fatores associados em quilombos do médio São Francisco baiano, Brasil. *Cienc saude coletiva*, 2018; 23(4):1193-1200.
7. López-Jaramillo P, Sánchez RA, Díaz M, Cobos L, Bryce A, Parra-Carrillo JZ, Lizcano F, Lanas F, Sinay I, Sierra ID, Peñaherrera E, Bendersky M, Schmid H, Botero R, Urina M, Lara J, Foss MC, Márquez G, Harrap S, Ramírez AJ, Zanchetti A, em nome do Grupo de Especialistas da América Latina. Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2014; 58(3):205-225.
8. Santos LSF, Espindola SP, Bertholy CRSS, Santos RP, Severiano SGC, Freitas SES. Doenças e agravos prevalentes na população negra: revisão integrativa. *Revista Nursing*, 2019; 22(250):2756-2758.
9. Holmes LJ, Hoissain J, Ward D, Opara F. Racial/ethnic variability in diabetes mellitus among United States residents is unexplained by lifestyle, sociodemographics and prognostic factors. *ISRN Public Health*, 2012; e408079.
10. Flor LS, Campos MR. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev. bras. epidemiol.*, 2017; 20(1):16-29.
11. Teixeira EP, Mussi RFF, Petroski EL, Munaro HLR, Figueiredo ACMG. Problema crônico de coluna/dor nas costas em população quilombolas de região baiana, nordeste brasileiro. *Fisioter. Pesqui.*, 2019; 26(1):85-90.
12. Fundação Palmares, 2016. Disponível em <http://www.palmares.gov.br>. [acessado 2016 nov 24] Disponível em: <http://www.palmares.gov.br>

13. Soares DA, Barreto SM. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cienc saude coletiva*, 2015; 20(3):821-832.
14. Pinho L, Dias R, Cruz L, Velloso N. Health conditions of quilombola community in the north of Minas Gerais. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 2015; 7(1):1847-1855.
15. Pauli S, Bairros FS, Nunes LN, Neutzling MB. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cienc saude coletiva*, 2019; 24(9):3293-3303.
16. Programa Brasil Quilombola. Brasília: Secretaria de Políticas da Promoção da Igualdade Racial, 2015. [acessado 2016 dez 30]. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/comunidades-tradicionais/programabrasil-quilombola>.
17. Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial. Recomendações da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica/Medicina Laboratorial (SBPC/ML): coleta e preparo da amostra biológica. Barueri: Manole/Minha Editora, 2014.
18. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2 – atualização 2011. Posicionamento oficial SBD número 3 – 2011. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-03-2011.pdf>
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. [acessado 2018 nov 04]. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>.
20. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016*. Brasília, 2017. [acessado 2018 nov 04]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2016\\_fatores\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2016_fatores_risco.pdf)
21. Moreira JPL, Almeida RMVR, Rocha NCS, Luiz RR. Correção da prevalência autorreferida em estudos epidemiológicos com grandes amostras. *Cad. Saúde Pública*, 2016; 32(1): e00050816.
22. Mitano F, Ventura CAA, Palha PF. Saúde e desenvolvimento na África Subsaariana: uma reflexão com enfoque em Moçambique. *Physis*, 2016; 26(3):901-915.
23. Erasmus RT, Soita DJ, Hassan MS, Blanco-Blanco E, Vergotine Z, Kengne AP, Matsha TE. High prevalence of diabetes mellitus and metabolic syndrome in a South African coloured population: Baseline data of a study in Bellville, Cape Town. *SAMJ*, 2012; 102(11):841-844.
24. Lyra R, Silva RS, Montenegro Jr. RM, Matos MVC, César NJB, Maurício-da-Silva L.. Prevalência de diabetes melito e fatores associados em população urbana adulta de baixa escolaridade e renda do sertão nordestino brasileiro. *Arq Bras Endocrinol Metab*; 2010; 54(6):560-566.
25. Silva TSS, Bomfim CA, Leite TCR, Moura CS, Belo NO, Tomazi L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. *Cad. saúde colet.*, 2016; 24(3):376-383.

26. Malta DC, Bernal RTI, Iser BPM, Szwarcwald CL, Duncan BB, Schmidt MI. Fatores associados ao diabetes autorreferido segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev. Saúde Pública*, 2017; 51(supl.1):12s.
27. Esquenazi D, Silva SRB, Guimarães MAM. Aspectos fisiopatológicos do envelhecimento humano e quedas em idosos. *Revista HUPE*, 2014; 13(2):11-20.
28. Barbon FJ, Wietholter P, Flores RA. Alterações celulares no envelhecimento humano. *J Oral Invest*, 2016; 5(1):61-65.
29. Moraes SA, Freitas ICM, Gimeno SGA, Mondini L. Diabetes mellitus prevalence and associated factors in adults in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, 2006: OBEDIARP Project. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(5):929-941.
30. Schmidt MI, Hoffmann JF, Diniz MFS, Lotufo PA, Griep RH, Bensenor IM, Mill JG, Barreto SM, Aquino EML, Duncan BB. High prevalence of diabetes and intermediate hyperglycemia – the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *Diabetol Metab Syndr*, 2014; 6(1):e123.
31. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad. Saúde Pública*, 2018; 34(6):e00213816.
32. Mussi RFF, José HPM, Azevedo DP, Amorim AM, Petroski EL. O ensino da antropometria na escola: uma proposta na educação em saúde. *Cenas Educacionais*, 2019; 2(1):14-8.
33. Mussi RFF, Freitas DA, Amorim AM, Petroski EL. Formação em educação física e a saúde na escola. In: (org.) Farias GO, Nascimento JV. *Educação, saúde e esporte: novos desafios à Educação Física*. Ilhéus: Editus, 2016.
34. Teixeira EP, Ferreira JB. Desvios posturais em estudantes brasileiros: uma revisão de literatura. *Cenas Educacionais*, 2019; 2(1):81-106.
35. Ministério da Saúde. Portaria Nº 992, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial da União*. 14 mai 2009; Seção 1: 31-32.
36. Teixeira Mussi LMP, Mussi RFF, Araújo A G. Negligência/Negação à Escolarização em Quilombos da Região de Guanambi/Bahia. *Veredas*, 2020; 3(5):80-103.
37. Vieira ABD, Monteiro PS. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. *Saúde debate*, 2013; 37(99):610-618.
38. Bezerra VM, Andrade ACSA, Caiaffa WT. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cienc saude coletiva*, 2015; 20(3):797-807.