



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE  
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE,  
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA E SEUS DETERMINANTES  
BIOANTROPOLÓGICOS EM POPULAÇÕES  
QUILOMBOLAS DA AMAZÔNIA.

WILLIAM DIAS BORGES

BELEM  
2011



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE  
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE,  
SOCIEDADE E ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA E SEUS DETERMINANTES  
BIOANTROPOLÓGICOS EM POPULAÇÕES  
QUILOMBOLAS DA AMAZÔNIA.

WILLIAM DIAS BORGES

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas e da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, área de concentração Determinantes Biossociais do Processo Saúde e Doença na Amazônia.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Hilton Pereira da Silva

BELEM  
2011

Ficha Catalográfica

Catálogo na fonte pela Biblioteca Central da Universidade Federal do Pará.

C801i BORGES, William Dias.

Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia./ William Dias Borges. – Belém: UFPA, 2011.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia). Universidade Federal do Pará.

81 p.

1. Transição epidemiológica; 2. Populações vulneráveis.

I. Título

WILLIAM DIAS BORGES

PREVALÊNCIA DA HIPERTENSÃO ARTERIAL  
SISTÊMICA E SEUS DETERMINANTES  
BIOANTROPOLÓGICOS EM POPULAÇÕES  
QUILOMBOLAS DA AMAZÔNIA.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas e da Fundação Osvaldo Cruz como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, área de concentração Determinantes Biossociais do Processo Saúde e Doença na Amazônia.

Aprovado em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_  
Prof.º Dr. Hilton Pereira da Silva (Orientador)

\_\_\_\_\_  
Prof.º Dr. João Farias Guerrero (Examinador)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dr.ª. Rita Catarina Medeiros Sousa (Examinadora)

\_\_\_\_\_  
Profa. Dr.ª. Elizabeth Teixeira (Examinadora Externa)

\_\_\_\_\_  
Prof.º Dr. Pedro Paulo Freire Piani (Examinador Suplente)

BELÉM  
2011

Dedico às comunidades quilombolas do país e em especial as da  
Amazônia.

À minha avó Raimunda Borges que não conheceu o mundo das letras  
e o termo quilombola  
(*In Memoriam*).

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Educação Pública Brasileira por proporcionar minha formação escolar e acadêmica, neste momento no nível *Strictu Senso*.

Neste sentido, agradeço a cada cidadão, ao Estado brasileiro e aos militantes que lutaram ao longo da história de construção de nosso país pela garantia da Educação Pública.

Agradeço à Casa do Estudante do Pará, que apesar de não passar o período do Mestrado nela, mas esta fez parte de minha trajetória.

Agradeço o carinho, companheirismo, amizade e atenção da Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Elizabeth Teixeira, ou simplesmente e carinhosamente Beth ou ‘ET’.

Agradeço ao Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva, meu orientador, pela confiança e pelo aprendizado que me proporcionou neste trilhar investigativo. Assim como o agradeço pela inspiração que me dava gana em debruçar-me neste trabalho apoiando-me no seu altruísmo e intelectualidade militante voltada aos povos da Amazônia.

Agradeço a equipe do Projeto “Corpo Presente: representações entre Quilombolas e políticas públicas” (Lígia, Mayco, Inara, Joana, Assis, Stella, Ilka, Jacqueline, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jane Beltrão – coordenadora do projeto - e nos últimos tempos Roseane – bolsista PIBIC e a todos da equipe), ao Laboratório de Antropologia Arthur Napoleão Figueredo (LAANF-UFGA) e a equipe do Laboratório de Biologia e Genética Humana (LBGM-UFGA) – Tarcísio, Wilson, Goreth e Ailton que contribuíram na coleta dos dados desta pesquisa e foram parceiros de campo profícuos e inesquecíveis.

Agradeço à minha família: mãe Eliete, pai Raimundo, irmãos Elenice e Wanderson, sobrinhos Estheffany, Enzo e Letícia que mesmo estando em Salinópolis foram sempre apoio fraterno e emocional nesta caminhada.

Agradeço a Jorge Preto, Kita, Bel e Prof<sup>o</sup>. Raimundo que fizeram parte de um momento crucial de minha peleja para ingressar na vida acadêmica.

Agradeço ao CNPq e à Faculdade de Enfermagem da UFGA, ou melhor, ao Serviço Público Federal, por serem minhas fontes financeiras de apoio em boa parte do período do Mestrado.

Agradeço aos meus vizinhos da Vila Gomes Barbosa (Kátia, Ivã, Swati Patel, Narcísio, Ariane, Deth, Ítalo, Darlison, Rai e ao Marcelo) que visualizaram meu itinerário de tarefas acadêmico-profissionais deste período.

Aos amigos que desde a graduação compartilhavam deste momento nos projetando ao futuro com os agora também professores enfermeiros mestres Thiago e Nádile meus afilhados de casamento, além de Tati e Cia, amigos eternos.

Agradeço à Ana Monteiro, secretária do Mestrado, pelo apoio e a todos os professores do Programa Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia pelo enriquecimento e reflexão que proporcionaram.

Agradeço, então, a todas e todos que em algum momento participaram dos passos do trajeto desta formação.

E por fim, agradeço a cada quilombola que participou da pesquisa, por seu carinho e pela acolhida nas comunidades... Finalmente digo: “estamos juntos”...

“Dos quilombolas herdamos a certeza de que podemos dirigir os nossos próprios destinos e decidir qual a melhor maneira de viver e morrer. Assim, em um contexto mais amplo, podemos e devemos exigir uma política de saúde que contemple as nossas especificidades étnicas e que seja dirigida não só aos aspectos curativos, mas principalmente aos aspectos preventivos” (p. 26).

(CRUZ, I. C. F. Escravidão, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros? *In*: Boletim de Informações de Saúde; 31: 23-26. 2003.)

BORGES, William Dias. **Prevalência da hipertensão arterial e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia.** – Belém: UFPA, 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia). Universidade Federal do Pará.

## RESUMO

O presente estudo investiga a prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em populações rurais, afrodescendentes/Quilombolas, da Amazônia brasileira. Os dados foram coletados em indivíduos de 18 ou mais anos de idade, pertencentes a três comunidades Quilombolas da Amazônia paraense: África/ Laranjituba (Abaetetuba), Santo Antônio (Concórdia do Pará) e Mangueiras (Salvaterra, Ilha do Marajó). Para a classificação nos diferentes níveis pressóricos adotou-se os valores de referência do Ministério da Saúde. Foram analisados 142 mulheres e 122 homens, 81,55% estão na faixa etária de 18 a 59 anos, 15,47% de 60 a 79 anos e 2,98% com 80 anos ou mais. Entre homens e mulheres a prevalência de HAS é 22,11% e 30,72%, respectivamente. Mais mulheres que homens têm HAS estágio II e há correlação entre idade e HAS na população. Observa-se que a prevalência da HAS entre estes Quilombolas é mais que o dobro da encontrada na população Brasileira em geral, mas fica aquém de Quilombos como os do vale do Ribeira. Em relação à situação nutricional 34,96% da população apresenta excesso de peso (23,43% pré-obesidade e 11,43% obesidade) sendo a maior prevalência entre mulheres (20,90%), do que entre homens (1,97%). Em Santo Antônio não foram encontrados homens obesos e as mulheres perfizeram apenas 3,80% com obesidade e 19,30% com sobrepeso. Já em Mangueiras a obesidade foi maior entre os homens das três comunidades (13%) e entre as mulheres a prevalência de 28,90%, assemelhou-se à de África/ Laranjituba (30,0%). 34,63% das mulheres apresentam obesidade central e os homens apenas 5,1%. Fatores biológicos, como o excesso de peso, e sócio-ecológicos, como sentimento de discriminação racial, baixa renda, ocidentalização dos hábitos alimentares, uso de álcool (50,85%), tabagismo (24,78%), e falta de acesso a serviços básicos e informação sobre saúde, todas estas situações presentes entre estes Quilombolas, têm sido relacionados à elevadas prevalências de HAS em populações rurais e afrodescendentes, reforçando a necessidade de uma abordagem holística para a compreensão da ontogenia da HAS entre essas populações vulneráveis da Amazônia, visando ao planejamento de políticas públicas adequadas a sua realidade socioambiental.

Financiamento: MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Brasil Proc. N° 409794/2006-6 e CNPq Proc. N° 136485/2009-0.

Palavras-chave: bioantropologia, populações vulneráveis, Brasil, Pará, saúde coletiva.

BORGES, William Dias. **Prevalence of arterial hypertension and its bioanthropological determinants in Amazonian quilombola populations.** Belém: UFPA, 2011. Dissertation (Master Degree in Health, Society and Endemics in Amazonia). *Universidade Federal do Pará.*

## ABSTRACT

This study investigates the prevalence of arterial hypertension (HAS) in rural, afrodescendant/Quilombola populations of the Brazilian Amazon. Data were collected in individuals 18 years of age or older of three Quilombola communities: África/Laranjituba (Abaetetuba), Santo Antônio (Concórdia do Pará) and Mangueiras (Salvaterra, Marajó Island). The Brazilian Ministry of Health recommendations were used to classify the levels of hypertension. One hundred and forty two women and 122 men were evaluated, 81.55% are between the ages of 18 and 59 years, 15.47% between 60 and 79 years and 2.98% with 80 or more years. Among men and women the prevalence of HAS is 22.11% and 30.72% respectively. More women than men have HAS stage II and there is correlation between age and HAS in the population. The prevalence of HAS in these Quilombolas is more than the double of that found in the overall Brazilian population, but lower than that observed in Quilombos from Vale do Ribeira, Southeastern Brazil. In relation to the nutritional situation, 34.96% of the population is overweight (23.43% pre-obesity and 11.43% obesity), and, more women are overweight (20.90%) than men (1.97%). In Santo Antônio there were no obese men, 3.80% of the women were obese and 19.30 overweight. In Mangueiras there was the highest number of obese men (13%) followed by women (28.90%), similar to África/Laranjituba (30.0%). 34.63% of the women presented central obesity, but only 5.1% of the men. Biological factors such as excess weight, and socio-ecologic situations such as feeling of racial discrimination, low socioeconomic status, westernization of eating habits, use of alcohol (50,85%), smoking (24.78%), and lack of access to health services and health information present among the Quilombola have been related to high prevalence of HAS in rural and afrodescendant groups, reinforcing the need for a holistic approach to the full understanding of the ontogeny of HAS among these populations, aiming at the planning and development of public policies adequate to their particular needs.

Supported by: MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Brazil, Proc. N° 409794/2006-6 and CNPq Proc. N° 136485/2009-0.

Key-words: bioanthropology, vulnerable populations, Brazil, Pará, collective health

## LISTA DE QUADROS

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 1</b> – Municípios paraenses com comunidades quilombolas no Pará..... | 27 |
| <b>Quadro 2</b> – Classificação da pressão arterial em adultos.....             | 49 |
| <b>Quadro 3</b> – Parâmetros para interpretação do IMC.....                     | 49 |
| <b>Quadro 6</b> – Classificação da medida da circunferência abdominal.....      | 49 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1-</b> População, número de pessoas com idade $\geq 18$ anos, número de indivíduos analisados neste estudo e cobertura do estudo, nos quilombos selecionados. Estado do Pará, 2008, 2009 e 2010.....   | 44 |
| <b>Tabela 2.</b> Caracterização sociodemográfica da população das comunidades quilombolas paraenses, 2009.....   | 45 |
| <b>Tabela 3.</b> Caracterização das moradias de acordo com o número de cômodos, número de pessoas por domicílio, composição da casa, tipo de piso e tipo de cobertura, 2009.....   | 46 |
| <b>Tabela 4.</b> Caracterização da população adulta do Quilombo África/ Laranjituba, PA, Brasil, por sexo, segundo a idade, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), altura, peso, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura (CC) e a relação cintura quadril (RCQ), 2009..... | 51 |
| <b>Tabela 5.</b> Caracterização da população adulta do Quilombo Santo Antônio, PA, Brasil, por sexo, segundo a idade, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), altura, peso, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura (CC) e a relação cintura quadril (RCQ), 2009.....       | 52 |
| <b>Tabela 6.</b> Caracterização da população adulta do Quilombo Mangueiras, PA, Brasil por sexo, segundo a idade, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), altura, peso, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura (CC) e a relação cintura quadril (RCQ), 2009.....           | 53 |
| <b>Tabela 7.</b> Classificação da pressão arterial segundo seu estágio nos quilombolas com idade $\geq 18$ anos .....  | 56 |
| <b>Tabela 8.</b> Distribuição (%) de adultos ( $\geq 18$ anos de idade) conforme características de risco para hipertensão.....  | 57 |
| <b>Tabela 9.</b> Coeficiente de correlação de Pearson com as respectivas significâncias para as variáveis de determinação da HAS na Comunidade Quilombola África/ Laranjituba.....   | 58 |
| <b>Tabela 10.</b> Coeficiente de correlação de Pearson com as respectivas significâncias para as variáveis de determinação da HAS na Comunidade Quilombola Santo Antônio.....  | 59 |
| <b>Tabela 11.</b> Coeficiente de correlação de Pearson com as respectivas significâncias para as variáveis de determinação da HAS na comunidade Quilombola Mangueiras.....   | 60 |

## LISTA DE SIGLAS

|             |  |
|-------------|--|
| ABA         | Associação Brasileira de Antropologia  |
| ADTC        | Artigo das Disposições Transitórias da Constituição                                    |
| CDSS        | Comissão de Determinantes Sociais da Saúde   |
| CNPq        | Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico                          |
| CNS         | Conselho Nacional de Saúde   |
| CONAQ       | Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas          |
| CONSEA      | Conselho Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais  |
| CPISP       | Comissão Pró-Índio São Paulo   |
| DCNT        | Doenças Crônicas Não-Transmissíveis  |
| DIP's       | Doenças Infecção parasitárias  |
| DSS         | Determinantes Sociais em Saúde   |
| FAPESPA     | Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Pará  |
| HAE         | Hipertensão Arterial Essencial   |
| IBGE        | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  |
| IMC         | Índice de Massa Corpórea   |
| INCRA       | Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária                                    |
| ITERPA      | Instituto de Terras do Pará  |
| LAANF       | Laboratório de Antropologia Arthur Napoleão Figueiredo                                 |
| MCT         | Ministério de Ciência e Tecnologia   |
| NAPesq      | Núcleo de Apoio à Pesquisa Clínica. Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo. |
| OIT         | Organização Internacional do Trabalho  |
| OMS         | Organização Mundial de Saúde   |
| <i>OPS</i>  | <i>Organizacion Panamericana de Salud</i>  |
| PAD         | Pressão Arterial Diastólica  |
| PAS         | Pressão Arterial Sistólica   |
| PNAD        | Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  |
| RADIS       | RADIS Comunicação em Saúde   |
| RTID        | Relatórios Técnicos de Identificação e Delimitação                                     |
| SBEM        | Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia                                   |
| <i>SDH</i>  | <i>Social Determinants of Health</i>   |
| SESPA       | Secretaria de Estado de Saúde Pública do Estado do Pará                                |
| SISVAN      | Sistema Nacional de Alimentar e Nutricional  |
| SNS         | Serviço Nacional de Saúde  |
| <i>SPSS</i> | <i>Statistical Package for the Social Sciences</i>                                     |
| SUS         | Sistema Único de Saúde   |
| TCLE        | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido   |
| UFPA        | Universidade Federal do Pará   |
| <i>WHO</i>  | <i>World Health Organization</i>   |

## SUMÁRIO

|       |   |                                      |
|-------|---|--------------------------------------|
| 1     | INTRODUÇÃO.....   | 15                                   |
| 1.1   | Transição epidemiológica da Amazônia, sociodiversidade e a situação epidemiológica da hipertensão. .... | 15                                   |
| 1.2   | Justificativa .....   | 17                                   |
| 1.3   | Objetivos .....   | 20                                   |
| 1.3.1 | Objetivo geral.....   | 20                                   |
| 1.3.2 | Objetivos específicos .....   | 20                                   |
| 2     | QUILOMBOLAS E SAÚDE .....   | 21                                   |
| 2.1   | Idéia e ideários sobre Quilombos.....   | 21                                   |
| 2.2   | Povos tradicionais .....  | 22                                   |
| 2.3   | Quilombos nas Américas .....  | 24                                   |
| 2.4   | Quilombolas do Pará.....  | 26                                   |
| 2.5   | Transição epidemiológica, doenças crônicas não-transmissíveis e o contexto da doença hipertensiva.....  | 27                                   |
| 2.6   | Historicidade do pensamento social na saúde.....  | 32                                   |
| 2.7   | políticas governamentais e estudos sobre a saúde de Quilombolas .....                                   | 39                                   |
| 3     | DESCRIÇÃO METODOLÓGICA .....  | 42                                   |
| 3.1   | Tipo de estudo.....   | 42                                   |
| 3.2   | Sobre a coleta de dados e os instrumentos.....  | 42                                   |
| 3.3   | Caracterização geral das comunidades quilombolas/ campo de investigação .....                           | 44                                   |
| 3.3.1 | Comunidades África/ Laranjituba .....   | 46                                   |
| 3.3.2 | Comunidade Quilombola Santo Antônio .....   | 47                                   |
| 3.3.3 | Comunidade Mangueiras .....   | 47                                   |
| 3.4   | Sujeitos da pesquisa .....  | 48                                   |
| 3.5   | Procedimentos e parâmetros metodológicos.....   | 48                                   |
| 3.6   | Tratamento dos dados .....  | 50                                   |
| 3.7   | Métodos de análises estatísticas.....   | 50                                   |
| 3.8   | Cuidados éticos .....   | 50                                   |
| 4     | RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS .....  | 51                                   |
| 4.1   | Apresentação e análise dos resultados .....   | 51                                   |
| 4.2   | Discussão .....   | 61                                   |
| 5     | CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 65                                   |
|       | BIBLIOGRAFIA:.....  | 67                                   |
|       | ANEXOS .....  | <b>Erro! Indicador não definido.</b> |

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA AMAZÔNIA, SOCIODIVERSIDADE E A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DA HIPERTENSÃO.

A região amazônica além de suas riquezas naturais e minerais apresenta uma sociodiversidade em meio ao mais diversos cenários socioecológicos. As peculiaridades desta região muitas vezes tornam-se um desafio diante de suas características superlativas e suas ‘barreiras’ naturais. Vista como um imenso vazio demográfico a Amazônia, além de um patrimônio genético biodiverso em termos de fauna e flora, apresenta também uma diversidade étnica das mais variadas do país. Além dos povos citadinos, temos também os denominados povos tradicionais que mantêm uma relação de estreita dependência da natureza e o território, seja ao utilizar a terra para a cultura de subsistência, ou ao extrair da floresta os recursos para seu sustento alimentar e financeiro, além do conhecimento tradicional, cuja teia de transmissão principal é a oralidade (CARDOSO, 2000). Estas populações em situação de vulnerabilidade social abrangem ribeirinhos, indígenas, seringueiros, dentre outras incluindo quilombolas (BRASIL, 2007) cujo presente trabalho debruça-se.

Estas comunidades apresentam características muito particulares em termos de localização de moradia e trabalho, hábitos e costumes que, em geral, seguem uma tradição e refletem o cenário socioambiental e econômico onde vivem e trabalham. Fleury (2002) ao falar em desenvolvimento nos diz que se deve subordinar o desenvolvimento econômico à lógica do desenvolvimento social como forma de garantir a inclusão social e dar sustentabilidade política ao desenvolvimento da região.

Sabe-se que o perfil epidemiológico de uma população está ligado ao seu desenvolvimento econômico e social. Na Amazônia ainda se convive com um perfil epidemiológico onde as doenças infecciosas são mais prevalentes do que na população geral do país. As Doenças Infecções Parasitárias (DIP’s) na região amazônica alcançam o patamar de 7,6%, o que é superior à média nacional de 5,2% (OLIVEIRA, 2008). No entanto, também vem aumentando a prevalência das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT’s), fato este possivelmente relacionado às mudanças nos modos de sobrevivência e estilo de vida destas comunidades (SILVA, 2006).

Segundo Silva (2009, p. 90) na Amazônia a superposição das doenças crônicas “é evidente uma vez que nas áreas urbanas e em muitas áreas rurais, a hipertensão arterial, por exemplo, atinge cerca de 20% ou mais da população adulta, índice semelhante ao dos países desenvolvidos”.

A simultaneidade destes perfis de morbimortalidade por DIP's e DCNT's, como as condições crônicas paradoxais em uma mesma comunidade, ou família, de desnutrição e obesidade, associada às condições econômicas, sociais e ambientais desfavoráveis é o que a Organização Mundial de Saúde denomina de carga dupla (*double burden*) (WHO, 2006).

Neste contexto, dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) referente ao ano de 2008 evidenciam essa transição epidemiológica quando apontam que 31,3% da população brasileira é acometida por pelo menos uma doença crônica, o que corresponde a 59,5 milhões de casos (BRASIL, 2010).

Na distribuição da prevalência das DCNT's por região, os maiores percentuais de pessoas com pelo menos uma doença crônica estão no Sul e Sudeste, com 35,8% e 34,2%, respectivamente, enquanto que o Centro-Oeste (30,8%), e o Nordeste (26,8%) e o Norte (24,6%) apresentam taxas menores (BRASIL, 2010).

Dentre as doenças crônicas, segundo a PNAD (BRASIL, 2010) a hipertensão arterial é apontada como a principal, atingindo 14% da população acometida por DCNT's, seguida pela doença de coluna ou “costas” (13,5%), artrite ou reumatismo (5,7%), bronquite ou asma (5%), depressão (4,1%), “doença do coração” (4%) e diabetes (3,6%).

Este trabalho contribuiu num primeiro momento com um retorno imediato das informações da condição de saúde, principalmente no que tange a hipertensão arterial, a cada quilombola e, posteriormente, no panorama da saúde de sua comunidade, colaborando na autodeterminação do direcionamento do cuidar de si e da comunidade (TEIXEIRA *et. al.*, 2008), bem como corroborando com o patenteamento da realidade que comunidades tradicionais como quilombolas historicamente sofrem com a denominada *invisibilidade social* (COIMBRA, SANTOS, 2000), a qual seria o abandono ou esquecimento destas comunidades na pauta das políticas públicas do Estado nas suas esferas administrativas.

Neste sentido, este trabalho discorre sobre a saúde de populações quilombolas na Amazônia. Foram estudadas três comunidades distribuídas em três municípios do estado do Pará, são elas Comunidade África/ Laranjituba do município de Moju, Santo Antônio e Foz do Cravo de Concórdia do Pará, municípios estes localizados no nordeste paraense e a terceira comunidade denominada Mangueiras que se situa no município de Salvaterra na Ilha do Marajó.

Nestas comunidades, através do Projeto “Corpo Presente: representações entre quilombolas e políticas públicas” (MCT//CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Brasil Proc. N°

409794/2006-6) buscou-se avaliar a situação de saúde, realizaram-se atividades educativas, além de levantamento censitário socioeconômico. No presente trabalho é feito um recorte do projeto “Corpo Presente” cujo foco ora proposto visou evidenciar os determinantes ontogênicos da hipertensão arterial sistêmica entre mulheres e homens adultos de comunidades quilombolas da Amazônia paraense.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

O presente estudo torna-se relevante haja vista os dados disponíveis sobre a prevalência da hipertensão arterial na população geral serem relativamente parcos e a maioria serem por inferência e não aferição individual e, por outro lado, contribui no patenteamento da realidade desfavorável, porém pouco evidenciada de comunidades tradicionais como quilombolas e, ainda mais, considerando a literatura médica internacional (DRESSLER; BINDON, 2000; DRESSLER; SANTOS, 2000; CRUZ, 2003; GIGANTE *et al.*, 2009; MINGRONI-NETTO *et al.*, 2009) que revela que os distúrbios de pressão arterial e de ganho de peso aparecem como sendo os que ocorrem com maior frequência entre as populações negras ocidentalizadas.

Evidências epidemiológicas sobre inequidades raciais em saúde têm sido registradas ao longo de 200 anos nos EUA, mostrando que, por exemplo, a mortalidade de negros americanos é 30% maior que entre brancos americanos (GRAVLEE, 2009).

De acordo com Miniño *et al.* (2007) os índices de morte ajustada pela idade para doenças como hipertensão, diabetes, doença crônica renal, septicemia e hipertensão renal entre negros é duas vezes maior que entre brancos estadunidenses.

Considerando o problema das doenças crônico-degenerativas no âmbito da transição epidemiológica, não linear e heterogênea (PINHEIRO *et al.*, 2004) que se vive no contexto dos diversos “Brasis” – díspares socioepidemiologicamente, faz-se importante caracterizar populações na Amazônia como os grupos quilombolas, que continuam a viver, em sua maioria, privados do acesso aos serviços básicos de saúde, de uma alimentação equilibrada e de condições de trabalho e renda que possam lhes garantir uma adequada qualidade de vida (VOLOCHKO; BATISTA, 2009).

Em particular, o estudo da HAS em populações negras ou afrodescendentes é relevante uma vez que sua ontogenia ainda é motivo de intensos debates, que tomam vertentes desde as socioambientais até as puramente moleculares, cujos resultados nem sempre são congruentes. Enquanto as diversas abordagens são necessárias e

complementares para o melhor entendimento do problema, isoladamente seu poder explicativo é limitado (MENDONÇA, 2001; SILVA *et al.*, 2006).

As causas exatas dessa alta prevalência ainda não estão claramente definidas estando, possivelmente, associadas a uma combinação complexa de fatores socioculturais, biológicos/genéticos e ambientais (BELTRÃO *et al.*, 2008).

Por este motivo, estudos em populações quilombolas são importantes porque estas são populações social e economicamente vulneráveis e possivelmente se encontram em um processo de transição de um estilo de vida do mais tradicional para um mais urbanizado, o que permite definir mais claramente os efeitos de cada um dos fatores investigados na origem das doenças crônicas (BELTRÃO *et al.*, 2008). Além disso, espera-se que os resultados da pesquisa possam levar a proposição de políticas públicas de saúde mais culturalmente adequadas aos quilombolas e suas necessidades/demandas específicas.

Ao longo das últimas duas décadas, mesmo após a aprovação do Art. 68 (CF – ADTC, 1988) que prevê a regularização fundiária dos territórios quilombolas, estas comunidades têm sido colocadas à margem das políticas públicas. Este fato é denominado por Coimbra e Santos (2000) como *danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica*, que tem condenado estas comunidades a um gradiente de qualidade de vida reduzido, por não usufruírem das ações do Estado.

Diferente do relatório sobre as Desigualdades Sociais em Saúde da CDSS do governo federal que se debruçou sobre os determinantes sociais no meio urbano, na presente pesquisa focou-se os determinantes sociais em saúde em comunidades rurais quilombolas, considerando o espaço social como determinantes no processo saúde-doença que envolve a hipertensão arterial, neste aspecto dá-se a importância e peculiaridade no estudo no meio rural. Além de contribuir com a evidenciação destas comunidades historicamente excluídas.

Alguns estudos que focam aspectos da saúde de comunidade quilombolas focam aspectos nutricionais, anemias, mortalidade infantil, características genéticas, condições socioeconômicas como os estudos que fazem parte da revisão do item 2.1.6, os únicos a abordar a HAS entre Quilombolas foram os estudos de Jardim (1992) no Quilombo Kalunga em Goiás, o estudo preliminar de Ferreira *et al.* (2005) no Quilombo Santa Cruz em Buriti no Maranhão (FERREIRA, 2005) e o estudo desenvolvido por Mingroni-Netto *et al.* (2009) no Quilombo Vale do Ribeira em São Paulo, com isto, nosso estudo sobre HAS seria o quarto estudo a ser realizado em Quilombos no Brasil e o primeiro na Amazônia .

Neste sentido, a carência de pesquisas e, por conseguinte, de dados e informações sobre o perfil sociodemográfico e de saúde de populações quilombolas aponta a relevância de pesquisas, como a presente, que realizem uma análise oportuna de indicadores epidemiológicos para que possam ser implementadas políticas públicas que “busquem a distribuição equitativa de serviços de atenção em saúde e distribuição eficiente de gastos sociais” (ROMERO, 2002).

Ademais, Beltrão *et al.* (2008) aponta que sendo quilombolas “populações social e economicamente vulneráveis e que se encontram em um processo de transição de um estilo de vida mais tradicional para um mais urbanizado” (p. 2), implicando numa transição epidemiológica, dando novas características aos perfis de morbimortalidade é necessário buscar nestas comunidades como formas de diagnósticos e possíveis soluções que possam interferir positivamente na ontogênese dos agravos de saúde, em especial das doenças crônico-degenerativas foco deste trabalho.

Desta feita, esta pesquisa além de fornecer dados da pressão arterial aferida e fatores bioantropológicos envolvidos para posteriores comparações, pode contribuir com a melhoria da qualidade de vida e a potencialização da capacidade de cada quilombola e sua comunidade em lutarem e agirem de forma a garantir seus direitos sociais, principalmente os que mais implicam na saúde destes.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 OBJETIVO GERAL

Determinar a prevalência da hipertensão arterial entre homens e mulheres de comunidades quilombolas no Pará.

#### 1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os determinantes sociais em saúde relacionados à hipertensão arterial entre homens e mulheres quilombolas.

Determinar a correlação de fatores bioantropológicos (idade, sexo, índice de massa corporal, peso, altura, bioimpedância, tabagismo e etilismo) com o nível pressórico de homens e mulheres quilombolas.

## 2 QUILOMBOLAS E SAÚDE

### 2.1 IDÉIA E IDEÁRIOS SOBRE QUILOMBOS

Quilombo ou terra quilombola vai além dos conceitos encontrados no imaginário popular e representa não só elementos da ação antrópica como “resquícios arqueológicos de ocupação ou de comprovação biológica”, “grupos isolados”, uma “população homogênea”, ou se restringem a uma organização social constituída “a partir de movimentos insurrecionais ou rebelados”, representações estas que remetem a uma origem com base na organização armada de resistência a escravidão.

No Brasil a imagem do Quilombo dos Palmares é a principal representação a qual nos remetemos quando se fala em quilombo. Além de se pensar quilombo apenas na acepção dos moldes palmarinos é comum pensar-se em algo que ficou cristalizado no passado. No entanto, para a Associação Brasileira de Antropologia (ABA) quilombo consiste, principalmente, em: “[...] grupos que desenvolveram práticas cotidianas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos e na consolidação de um território próprio” (O’DWYER *et al.*, 2002, p. 18).

Algo comum no imaginário popular e às novas reflexões acerca do conceito de quilombo, o que pode se estender a outros grupos afrodescendentes na América Latina, é o signo da resistência, seja em algum momento histórico, defensiva ou ofensiva, na contradição da sociedade de classes, na negação da escravidão, ou na resistência enquanto grupo socialmente construído nos modos de vida coletiva, fora do contexto de escravidão (BORGES; SILVA, 2010).

A palavra “quilombo”, que em sua origem etimológica *bantu* significa acampamento guerreiro na floresta (LEITE, 2008; CÂNTIA; BOLONI, 2009), foi difundida no Brasil pela administração colonial, em suas leis, relatórios, atos e decretos, para se referir às unidades de apoio mútuo criadas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão no país. Essa palavra teve também um significado especial para os libertos, em sua trajetória, conquista e liberdade, alcançando amplas dimensões e conteúdos. O fato mais emblemático é o do Quilombo dos Palmares, movimento rebelde que se opôs à administração colonial por quase dois séculos (CÂNTIA; BOLONI, 2009).

As raízes históricas da palavra quilombo levam a uma interpretação inacabada para o contexto atual e refletem uma impregnação do pensamento da classe dominante

desde o século XVIII que visava criminalizar a organização resistêcia, em especial, do povo negro.

De acordo com Leite (2000) a difusão do termo, estaria relacionada a uma dificuldade dos historiadores em ver o fenômeno enquanto dimensão política de uma formação social diversa. O termo veio persistindo principalmente para indicar as diversas manifestações de resistêcia.

Segundo Leite as abordagens socioantropológicas a partir da década de 70 procuram dar ênfase aos aspectos organizativos e políticos dos quilombos. O quilombo como uma forma de organização, tal como focado por Clóvis Moura (1981) irá acontecer em todos os lugares onde ocorreu a escravidão.

## 2.2 POVOS TRADICIONAIS

A convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho –OIT– reconhece aos povos indígenas e tribais o direito a propriedade de seus territórios e a consulta prévia para medidas que possam afetar suas vidas. Determina também ao governo a adoção de medidas para proteger o meio ambiente desses territórios. Estabelece ainda que o governo deve garantir melhoria das condições de vida e trabalho assim como do nível de educação e saúde (TERRA DE QUILOMBO, 2008).

Quando os países ratificam a Convenção 169, assumem o compromisso de informar periodicamente a OIT sobre a sua aplicação. Também assumem o compromisso de acatar as observações e as recomendações dos órgãos de supervisão da OIT sobre esse tema (TERRA DE QUILOMBO, 2008).

No ano de 2008, o número de terras tituladas subiu para 171 (TERRA DE QUILOMBO, 2009). No entanto, esse é número é ínfimo se formos considerar os dados do Conselho Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais – CONSEA (2007) que estimam a existência de aproximadamente 3.700 comunidades quilombolas no país. No processo de titulação os órgãos estaduais de regulação das questões fundiárias, como o Instituto de Terras do Pará (ITERPA), tem avançado no processo de titulação das terras quilombolas em comparação a morosidade do INCRA que segundo o Boletim Terra de Quilombo n. 5 (2009):

O governo federal não tituló nenhuma terra quilombola em 2008. Trata-se de um placar ainda pior que o do ano de 2007, quando o governo federal entregou apenas dois títulos. O INCRA não tem realizado as titulações, nem tampouco conseguido avançar na condução dos processos de terras quilombolas. Em 2008 apenas 15 portarias de reconhecimento de terras quilombolas foram assinadas pelo presidente do INCRA. E somente 20 Relatórios Técnicos de Identificação e Delimitação (RTID) foram publicados.

Em agosto de 2009, mais de 800 processos estavam abertos no INCRA. Desse total, somente 230 processos efetivamente se iniciaram. O restante apenas recebeu um número de protocolo.

Essa realidade, infelizmente, não parece que irá melhorar em curto prazo. Especialmente agora com as novas normas do INCRA que tornaram o processo de titulação ainda mais lento e difícil de ser concluído (p. 1).

O parágrafo anterior refere-se à Instrução Normativa nº 49/2008 que desrespeita direito a autoidentificação dos quilombolas, ou seja, o direito de eles próprios declararem se são ou não quilombolas. Agora é o governo federal, por meio da Fundação Cultural Palmares, que determina se a comunidade é ou não quilombola, se pode ou não ter a sua terra titulada. A norma do INCRA vai contra a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o Decreto 4.887/2003 que determinam que a caracterização da comunidade seja atestada mediante autodefinição (TERRA DE QUILOMBO, 2008).

No âmbito da sociodiversidade que compõe o cenário antropológico da Amazônia e considerando o Decreto 6040 de 2007 quilombolas são comunidades tradicionais que comumente habitam o meio rural. De acordo com o Decreto 6040 de 7/2/07, povos e comunidades tradicionais são entendidos como “grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social”, que ocupam e fazem uso dos territórios e recursos naturais como “condição para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (BRASIL, 2008a. p. 2).

São tidas também como comunidades tradicionais seringueiros, seringueiros e castanheiros, quebradeiras de côco-de-babaçu, atingidos por barragens, fundo de pasto. Além desses, constam os povos de terreiro, ciganos, faxinais, pescadores, ribeirinhos, caiçaras, praieiros, sertanejos, jangadeiros, açorianos, campeiros, varjeiros, pantaneiros, geraizeiros, veredeiros, caatingueiros, barraqueiros, dos quais ainda não se tem dados confiáveis. Estima-se que as comunidades tradicionais ocupem atualmente cerca de 25% do território nacional, onde vivem 5 milhões de famílias, totalizando 25 milhões de pessoas (BRASIL, 2008a).

Nesta pesquisa objetivou-se o estudo de comunidades quilombolas. Os números indicam que, no Brasil, há cerca de 2 milhões de quilombolas que ocupam 30 milhões de ha no país, sendo, apenas 1 milhão destes titulados como terra quilombola (BRASIL, *ibid.*).

### 2.3 QUILOMBOS NAS AMÉRICAS

Sobre os quilombos nas Américas, Moura (1987) afirma que, as comunidades de negros ex-escravos organizavam-se de variadas formas e adquiriam dimensões e perduravam por tempos muito diferentes. Segundo o autor existiam “pequenos quilombos, formados por oito homens ou pouco mais” e comumente eram grupos armados (p.12-13).

Na sua resistência à escravidão albergando-se nas matas, fugindo do cativo, muitas vezes eram recapturados pelos profissionais de caça aos fugitivos. De acordo com Moura (1987) no território cubano os *rancheadores* utilizavam cães amestrados na captura dos negros fugidos. A *marronagem* nos outros países ou a *quilombagem* no Brasil eram resultados das contradições estruturais dos sistemas escravistas e refletiam, na sua dinâmica, em nível de conflito social, a negação desse sistema por parte da classe oprimida.

Em toda a América Latina, onde houve escravidão de negros houve também resistência. E os senhores criavam funções de captadores dos que fugiam das senzalas e iriam constituir os quilombos ou "*mambices*", "*cumbes*", "*rochelas*" ou "*ladeiras*" (WIKPÉDIA, 2011). Em Cuba estes capturadores dos *jíbaros* (negros escravizados fugitivos) eram denominados de *rancheadores* e quilombos seriam denominados de palenque. No Brasil capitães do mato, e *coromangee ranger*, nas Guianas, “todos usando táticas mais desumanas de captura e repressão” (MOURA, 1987, p. 12-13).

Na Venezuela negros livres eram denominados de *manumiso*, os *negros esclavizados* eram sinônimo de propriedade ou *mercancía e cimarrón* eram denominados os negros escravizados que fugiam e iriam constituir *comunidades clandestinas y em pie de rebeldia conocidas como cimarroneras* (VENEZUELA, 2010).

De acordo com Leite (2000) ter uma base econômica que permitisse a sobrevivência de um grande grupo significou, desde o seu início, uma organização sócio-política com posições e estrutura de poder bem definida, até porque o inimigo externo, caracterizado pelas invasões frequentes, vem impondo, ao longo da história, a necessidade de uma defesa competente da área ocupada.

O Conselho Ultramarino, em 1740, seguindo recomendações do rei de Portugal denominou quilombo como: “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele”. Descrição esta que perdurou como definição clássica do conceito quilombo e

repercutiu uma geração de estudiosos da temática quilombola até meados dos anos de 1970 (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002, p. 2).

Segundo Schmitt *et al.* (2002) esses teóricos remetiam ao termo quilombo um tempo histórico pretérito, “cristalizando sua existência no período em que vigorou a escravidão no Brasil, além de caracterizarem-nos exclusivamente como expressão da negação do sistema escravista”, iconificando como “espaços de resistência e de isolamento da população negra” (p. 2).

Geralmente, no contexto da fuga ou após a abolição da escravatura no Brasil, populações negras foram se constituindo, muitas vezes, em locais de difícil acesso geográfico, distantes dos olhares e atitudes discriminatórias ou repressoras, daí se originaram muitos dos quilombos contemporâneos.

A partir da Constituição Federal promulgada em 1988, cujo Artigo 68 das Disposições Transitórias prevê o reconhecimento da propriedade das terras dos remanescentes das comunidades dos quilombos, o debate ganha o cenário político nacional. Por trás de algumas evidências, pistas e provas: surgem novos sujeitos, territórios, ações e políticas de reconhecimento. Delineiam-se desde então novas questões de identidade que perpassam as lutas por cidadania e sua versão, trágica e festiva, a folclorização (LEITE, 2000).

Para Leite (2000) o documento produzido pela Associação Brasileira de Antropologia (ABA) em 1994 supera a visão estática do quilombo e evidencia o seu aspecto “contemporâneo, organizacional, relacional e dinâmico, bem como a variabilidade das experiências capazes de serem amplamente abarcadas pela ressemantização do quilombo na atualidade”. A autora ainda afirma que “mais do que uma realidade inequívoca, o quilombo deveria ser pensado como um conceito que abarca uma experiência historicamente situada na formação social brasileira” (p. 342).

A existência de uma identidade social e étnica por eles compartilhada, bem como a antiguidade da ocupação de suas terras e, ainda, suas “práticas de resistência na manutenção e reprodução de seus modos de vida característicos num determinado lugar” (O'DWYER, 1994).

Assim, coadunando com o moderno conceito antropológico de quilombo aqui disposto, a condição de remanescente de quilombo é também definida de forma ampla e reforça os elementos identidade e territorialidade.

## 2.4 QUILOMBOLAS DO PARÁ

Segundo Benedicto Monteiro (2008) a introdução de negros no território que hoje corresponde ao Pará deu-se por conta da pressão dos missionários jesuítas contra a escravidão dos “gentios”, indígenas da região, nesta perspectiva os comerciantes optaram por sequestrar negros da África, mas os custos destas viagens estavam caros e o simples extrativismo indígena e a cultura de subsistência dos indígenas pesaram contra esta ‘importação’ à Província do Grão-Pará, sendo a maioria dos negros ficando na Província do Maranhão (MONTEIRO, 2008).

Segundo Monteiro (2008), inicialmente não foram os portugueses os principais responsáveis por trazer negros para escravizar na Amazônia, mas ingleses, para a Companhia de Comércio do Grão Pará e Maranhão ainda importaram 12.587 negros para a Amazônia, estes negros vinham principalmente de Mali ou Mandinga (*ibidem*).

De acordo com a Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas – CONAQ, dos 27 estados do Brasil há registro de comunidades quilombolas em 24 destes, somente em Roraima, Acre e o Distrito Federal não há registro (CONAQ, 2009).

Quanto à regularização fundiária dos quilombos, das 171 terras tituladas no Brasil (TERRA DE QUILOMBO n. 5, 2009), 43 delas encontram-se em território paraense, onde, inclusive, ocorreu a primeira titulação de terra quilombola. Foi no município de Oriximiná, onde a comunidade quilombola de Boa Vista, com 1.125 hectares recebeu do INCRA em 20 de novembro de 1995, o título legal de seu território, resultado da efetivação prática do artigo 68 – Artigo das Disposições Transitórias da Constituição – ADTC (CPISP, 2009).

Segundo a CPISP (2009) em 2005 no estado do Pará, localizava-se 58% da dimensão total de terras quilombolas tituladas do país. São 27 territórios, ocupados por 79 comunidades (com cerca de 3.700 famílias), que somam 527.139 hectares. O Pará e o Maranhão concentram cerca de 69% de terras quilombolas tituladas no país (CPISP, 2009).

Segue abaixo o Quadro 1 com os municípios paraenses que possuem comunidade quilombola segundo a Comissão Pró-Índio São Paulo (2009):

**Quadro 1** – Municípios paraenses com comunidades quilombolas no Pará.

| <b>Mesorregião</b>                        | <b>Municípios</b>   |
|---|---|
| Baixo Amazonas<br>(14 municípios)         | Alenquer, Almeirim, Belterra, Curuá, Faro, Juriti, Monte Alegre, Óbidos, Oriximiná, Placas, Porto de Moz, Prainha, Santarém, Terra Santa.   |
| Marajó<br>(16 municípios)                 | Afuá, Anajás, Bagre, Breves, Cachoeira do Arari, Chaves, Curralinho, Gurupá, Melgaço, Muaná, Ponta de Pedras, Portel, Salvaterra, Santa Cruz do Arari, São Sebastião da Boa Vista, Soure.   |
| Nordeste<br>(49 municípios)               | Abaetetuba, Acará, Augusto Correa, Aurora do Pará, Baião, Bonito, Bragança, Cachoeira do Piriá, Cametá, Capanema, Capitão Poço, Colares, Concórdia do Pará, Curuçá, Garrafão do Norte, Igarapé-Açu, Igarapé-Miri, Ipixuna do Pará, Irituia, Limoeiro do Ajuru, Mãe do Rio, Magalhães Barata, Maracanã, Marapanim, Mocajuba, Moju, Nova Esperança do Piriá, Nova Timboteua, Oeiras do Pará, Ourém, Peixe-Boi, Primavera, Quatipuru, Salinópolis, Santa Luzia do Pará, Santa Maria do Pará, Santarém Novo, São Caetano de Odivelas, São Domingos do Capim, São Francisco do Pará, São João da Ponta, São João de Pirabas, São Miguel do Guamá, Tailândia, Terra Alta, Tomé-Açu, Tracuateua, Vigia, Viseu. |
| Metropolitana de Belém<br>(11 municípios) | Ananindeua, Barcarena, Belém, Benevides, Bujaru, Castanhal, Inhangapi, Marituba, Santa Isabel do Pará, Santa Bárbara do Pará, Santo Antonio do Tauá.  |
| Sudeste e sudoeste                        | Ainda não são conhecidas comunidades quilombolas nestas mesoregiões paraenses.  |

FONTE: CPISP, 2009.

De acordo com os dados expostos no quadro acima, verifica-se a radicalidade da questão quilombola para o Estado do Pará, pois, evidencia um espraiamento destas comunidades no estado, com exceção do sudeste e sudoeste paraense, onde, talvez por questões de falta de estudos, até então não foram registradas comunidades quilombolas. Não obstante, observa-se que, as demais regiões possuem comunidades quilombolas. Distribuídas em 90 dos 144 municípios paraenses, estas comunidades almejam a titulação de suas terras e a atenção do Estado nas suas esferas governamentais para as demais políticas públicas.

## 2.5 TRANSIÇÃO EPIDEMIOLÓGICA, DOENÇAS CRONICAS NÃO-TRANSMISSÍVEIS E O CONTEXTO DA DOENÇA HIPERTENSIVA

O entendimento dos mecanismos bioculturais associados à ontogenia de doenças agudas e crônicas é um dos campos de atuação da Antropologia, disciplina que tem, ao longo do século XX, acumulado estudos relevantes sobre a concepção e situação dos estados de saúde e doença de diversos grupos sociais com vistas à formulação de políticas públicas de saúde (HAHN, 1999).

Em geral, nas últimas décadas, a população brasileira experimentou relativamente rápida melhoria sócio-econômica, resultando em modificações do estilo de vida que se têm promovido aumento da prevalência de obesidade e doenças associadas, como diabetes e dislipidemias, que são considerados como parte da alimentação processo de transição. Por exemplo, o consumo de alimentos de alta densidade de energia que são ricos em gorduras e açúcar tem aumentado. Em contraste, atividade física ingestão de cereais e leguminosas têm decrescido (VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ *et al.*, 2007).

Dentre as patologias de curso crônico e não-transmissível, a síndrome metabólica tem sido uma condição de prevalência elevada e crescente em algumas populações, destacando-se entre afro-descendentes, méxico-americanas e hispânicas. O rápido crescimento da ocorrência dessa condição nas últimas décadas, bem como de diversas doenças crônicas, tem sido atribuído principalmente às mudanças da composição demográfica, com ênfase para a urbanização e o envelhecimento das populações, bem como às alterações do estilo de vida, sobretudo hábitos alimentares menos adequados e o sedentarismo (OLIVEIRA; SOUZA; LIMA, 2006).

Segundo Pinheiro *et al.* (2004) as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são de difícil conceituação, gerando aspectos polêmicos quanto à sua própria nomenclatura, seja como “doenças não-infecciosas, doenças crônico-degenerativas ou como doenças crônicas não-transmissíveis, sendo esta última a conceituação atualmente mais utilizada” (p. 524).

As DCNT podem ser caracterizadas por doenças com evolução clínica prolongada, múltiplos determinantes de risco complexos, interação de fatores etiológicos desconhecidos, causa necessária desconhecida, especificidade de causa desconhecida, ausência de participação ou participação polêmica de microorganismos entre os determinantes, longo período de latência, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas com períodos de remissão e de exacerbação, lesões celulares irreversíveis e evolução para diferentes graus de incapacidade ou para a morte (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, *op. cit.*).

Atualmente, vive-se uma transição nos modos de vida da humanidade, que é reflexo das maneiras como está vem predominantemente organizando-se, no sentido de morar, alimentar-se etc. Outro aspecto que contribui nesta transição são os benefícios advindos das inovações da ciência no campo das ciências da saúde e os tecnológico-informacionais, que refletem na saúde, demografia e longevidade que por sua vez são

decorrentes da maneira em que o ser humano vem produzindo e reproduzindo a sociedade.

A partir da década de 60, modificações nos padrões de morbimortalidade da população vêm sendo objetivamente estudadas e analisadas sob o enfoque dos processos de Transição Demográfica, Transição Epidemiológica e Transição Nutricional (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

Na busca do entendimento sobre a transição demográfica, Frederiksen verificou que “modificações no nível do desenvolvimento de cada sociedade correspondiam a modificações no padrão de morbimortalidade”. Em países em desenvolvimento, estes padrões se apresentam com redução das doenças infecciosas e crescente aumento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis as quais ganham destaque nas causas de óbitos. O aumento da vida média e o envelhecimento populacional aumentam a probabilidade de acometimento de DCNT, normalmente associadas com idades mais avançadas (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

A Transição Epidemiológica é o resultado das variações comportamentais dos padrões de morbimortalidade e fecundidade, que determinam mudanças na estrutura populacional, ao se processarem as alterações na maneira de adoecer e morrer. Laurenti (1990) define a Transição Epidemiológica como “uma evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados por alta morbidade e mortalidade por doenças infecciosas que passa a se caracterizar predominantemente por doenças crônicas não-transmissíveis”.

Os níveis de transição das Regiões Sul e Nordeste, por exemplo, são paradoxais, com uma grande variabilidade na proporção de óbitos por doenças infecciosas e parasitárias. O aumento dos valores da mortalidade proporcional por DCNT e causas externas vem mostrando que o país está avançando na transição, com números próximos a, ou ultrapassando, 50% das causas de morte, o que parece bastante (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004. p. 525).

De acordo com Araújo (1992) a estrutura heterogênea da sociedade brasileira (e de outros países em desenvolvimento) seria a causa das modificações temporais dos padrões de morbimortalidade, contrapondo assim, a visão linear e unidirecional da transição epidemiológica.

Em países como o Brasil, onde as desigualdades sociais são relevantes e persistentes o recrudescimento das doenças infecciosas em regiões de infra-estrutura e condições de vida deficientes, pode assumir novamente uma parcela considerável entre as causas de morte. Neste cenário, quando se analisa a distribuição das DCNT, é possível identificar sua desigualdade na distribuição social. As incidências e prevalências se apresentam desiguais entre Regiões e grupos populacionais brasileiros, sendo que o grupo social de baixa renda apresenta maiores índices de DCNT, como

Hipertensão Arterial e doenças cardiovasculares (PINHEIRO; FREITAS; CORSO, 2004).

No contexto atual, populações afrodescendentes, como os quilombolas, ainda vivem em situação de alijamento dos bens sociais e de infra-estrutura de forma mais preponderante do que outros grupos (BRASIL, 2007; VOLOCHKO; BATISTA, 2009). Levando em consideração o processo de transição epidemiológica mundial, populações tradicionais vêm também sofrendo impactos em maior ou menor grau das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT's), que têm sido responsáveis pelo aumento dos índices de morbidade e mortalidade em todo o planeta. O World Health Report 2000 indicou que DCNT's já respondiam, na década passada, por cerca de 60% das mortes e 47% de carga global de doenças. Em países considerados desenvolvidos, 75% das mortes têm sido atribuídas às DCNT (WHO, 2000).

Isoladamente, para a hipertensão arterial sistêmica, estima-se que 7,1 milhões de pessoas morram a cada ano em decorrência da doença hipertensiva e por outro lado esta é responsável por 4,5% da carga dos índices das morbidades (WHITOWORRTH, 2003). De acordo com James e Baker (1995) a hipertensão tem sido considerada, em geral, uma doença das sociedades modernas ocidentais, afetando de 15 a 20% da população de adultos nos EUA e em outros países industrializados. A razão para esta afirmação é que muitas sociedades tradicionais, não-ocidentais, não industrializadas, apresentaram uma baixa prevalência da hipertensão arterial (PAGE, 1976).

A prevalência da HAS no mundo alcança patamares que vão de 1%, como em regiões rurais de alguns países africanos, até aproximadamente 30% entre operários urbanos em São Paulo no Brasil chegando a 34% em regiões rurais da Lituânia ou 37% na Iugoslávia (OLMOS; LOTUFO, 2002). A HAS é um grave problema de saúde pública no mundo, responsável por 25% das cardiopatias isquêmicas e 40% dos acidentes vasculares cerebrais (FUCHS, 2004; PASSOS *et al.*, 2006; BRASIL, 2006a). Em combinação com o diabetes é responsável por 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006a).

No Brasil estudos apontam prevalência de até de 20% na população geral (OLMOS; LOTUFO, 2002; PASSOS *et al.*, 2006). No entanto, a última Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio – PNAD, em 2008, mostrou prevalência média de 14% na população (BRASIL, 2010). Apesar da carência de informações sobre a região norte, evidências anteriores mostram prevalência de HAS por regiões variando de 1,28 a 27,1% na região sul, 6,3 a 16,75% na região centro-oeste, 5,04 a 37,9% na região sudeste e de 7,2 a 40,3% na região nordeste (LESSA, 1993).

Uma revisão nas bases Medline e LILACS apontou no Brasil predominância de estudos sobre HAS nas regiões Sul e Sudeste (PASSOS *et al.*, 2006). Na Amazônia, uma amostra probabilística da população  $\geq 18$  anos de Belém/PA (n= 2.352), foi estudada utilizando o SIMTEL (monitoramento de doenças crônicas por telefone), mostrando prevalência de 16,2% em homens e 18,3% em mulheres (GIGANTE *et al.*, 2009). Outro estudo, desta vez com uma população indígena Yanomámi, demonstrou que os níveis pressóricos foram mais elevados em homens do que em mulheres (109,8 e 100,2 mm Hg e 72,2 e 63,5 mm Hg, respectivamente). No entanto, não foram encontrados casos de hipertensão entre esses indígenas (BLOCH *et al.*, 1993).

Com populações tradicionais não indígenas, Silva *et al.*, (2006) registrou prevalência de 20% entre comunidades caboclas da Amazônia Brasileira (n= 328). Entre quilombolas (n= 159) Jardim *et al.* (1992) registrou no Quilombo Kalunga, em Goiás, prevalência de apenas 6%.

Características genéticas têm sido associadas à elevada prevalência da HAS em algumas populações afrodescendentes como “um efeito hereditário na captação celular de sódio e cálcio, assim como em seu transporte renal”, o que pode ser relacionado à “presença de um gene economizador de sódio que leva ao influxo celular de sódio e ao efluxo celular de cálcio, facilitando deste modo o aparecimento da HA” (CRUZ, 1999, p. 37). A presença da inserção/deleção do gene da ECA também tem sido estudada em diferentes grupos e associada à aumento da pressão arterial em algumas populações (BARLEY *et al.*, 1994). No entanto, esses estudos permanecem de difícil generalização, necessitando de amplas investigações, em diversos países, que tomem em consideração não só as variáveis genéticas, mas também, as condições socioecológicas das populações afrodescendentes no mundo, como também apontam vários autores como Kuzawa e Sweet (2009), Dressler e Bindon (2000) e Barker (1994) referindo-se a estudos com afroamericanos nos Estados Unidos.

Neste sentido, estudos sobre a ontogênese da HAS em populações vulneráveis socialmente, como os quilombolas, são de grande relevância tendo em vista sua posição marginal perante as políticas públicas e ainda sua *invisibilidade social e epidemiológica*, situação frequente em que se encontram muitas comunidades tradicionais, em especial as que habitam o meio rural (COIMBRA; SANTOS, 2000; SILVA, 2006).

Políticas como a Estratégia de Saúde da Família –ESF– que contam com equipe básica de enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agente comunitários de saúde tem levado acesso à saúde para diversas comunidades no Brasil e pode ser um elemento

importante na prevenção da HAS e determinantes associados entre os grupos rurais. Sabe-se que para municípios com comunidades quilombolas ou IDH inferior a 0,7 é previsto um repasse maior por parte do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2006b), que deveria ser usado em programas especiais para os grupos mais vulneráveis.

## 2.6 HISTORICIDADE DO PENSAMENTO SOCIAL NA SAÚDE

Atualmente vem se dando uma maior atenção as questões sociais implicando na saúde de pessoas e comunidades. Muitas abordagens saem de um ambiente inóspito ao aspecto socioeconômico na saúde e começam a observar que, na verdade, o cenário onde os eventos relacionados à saúde-doença ocorrem é social e recebe influência ou influencia este de maneira hierarquizada e dialética.

Neste sentido, considerou-se necessário neste capítulo discorrer acerca deste conceito contra-hegemônico de pensar-fazer saúde: os determinantes sociais em saúde, ou seja, o modo de vida de vida e trabalho. Para isso, é apresentada uma breve revisão da historicidade do conceito ‘determinantes sociais em saúde’ no pensamento científico ocidental.

Os determinantes sociais em saúde compreendem a maneira como as diversas dimensões e elementos da vida humana influenciam na saúde dos indivíduos e grupos. Estas dimensões compreendem aspectos biológicos, econômicos, ambientais, culturais e políticos que irão determinar a qualidade de vida dos de cada indivíduo e da coletividade.

De acordo com Buss e Pelegrinni Filho (2007) as mais variadas conceituações de determinantes sociais de saúde (DSS) traduzem, em variados graus, que “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (p.78).

A atenção internacional sobre a abordagem social na saúde foi expressa pela primeira vez na Declaração de Alma-Ata, em 1978, onde os delegados pontuam as desigualdades em saúde política, social e economicamente inaceitáveis (SAFAEI, 2007, p. 21).

Ao pensamento social na saúde tem-se intitulado no meio acadêmico os mais variados termos como: Medicina Social, Saúde Coletiva, Ciências Sociais Aplicadas à Saúde, Sociologia Médica, Antropologia da Saúde dentre outros. Segundo Garcia (2007, p.153) estes diferentes termos refletem diferentes conceituações sobre o objeto de estudo, distintas perspectivas para abordar suas análises e correntes de pensamento

divergentes que participam neste campo de conhecimento, campo este, denominado, então, por Garcia como “*el estudio de las determinantes sociales de enfermedad y de los servicios de salud*”, ou seja, os determinantes sociais da doença e dos serviços de saúde.

As correntes do pensamento social na saúde partem das abordagens da medicina social europeia do século XIX, que defendiam que “a saúde dos povos como motivo de preocupação social, que as condições sociais e econômicas têm relação na saúde e enfermidade e que esta relação deveria ser motivo de investigação científica” (ROSEN, 1985 *apud* ARELLANO, ESCUDERO, CARMONA, 2008, p. 323).

Esta abordagem da medicina social surge em um contexto de grandes movimentos revolucionários na Europa. De acordo com Garcia (2007) os principais intelectuais da época eram Salomón Neuman e Rudolf Virchow na Alemanha, Jules Guérin na França, William Farr na Inglaterra e Francisco Puccinotti na Itália. Garcia cita também os poetas políticos como Heinrich Heine e Lamartine. De acordo com Garcia, estes autores, principalmente Guérin e Virchow escreveram para revistas científicas que tiveram curta duração, cujo conteúdo tinha um caráter combativo, apoiando os princípios fundamentais das revoluções de 1848. Apesar de que o conceito era utilizado em uma forma ambígua, tratava de assinalar que a enfermidade estava relacionada com os problemas sociais e que o Estado deveria intervir ativamente na solução dos problemas de saúde (GARCIA, *op. cit.*).

Este termo propaga-se pela Europa, mas não consegue difundir-se nos EUA devido ao contexto do Macarthismo<sup>2</sup>, reaparecendo na década de 1940, quando na Inglaterra é instituído o Serviço Nacional de Saúde (SNS), assim como no Chile em 1952 (GARCIA, 2007), bem como o Seminário de Medicina Preventiva de Colorado Springs (EUA) e Viña Del Mar (Chile), no final da década de 1950 com o objetivo de discutir a Educação Médica da época (BUSS, 2007).

Uma quantidade significativa de pensamento tem sido dedicada ao estudo dos processos subjacentes e as causas de tais desigualdades, o que tem conduzido ao desenvolvimento do paradigma dos “*determinantes sociales de la salud*”, onde *social* é definido muito amplamente, para incluir as áreas *econômicas, políticas e culturais*. Neste paradigma a saúde é definida pela quantidade e qualidade dos recursos (SAFAEI, 2007, p. 21).

Desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1963, os conferencistas influenciados pelo pensamento marxista, assinalavam não só a tendência à descentralização do gerir e fazer saúde no país, mas também a relação da saúde como determinada pelas condições do meio social em que vive uma comunidade (BRASIL,

1992). Segundo o então parlamentar Fadul (BRASIL, 1992) a partir de 1940, foi se concebendo a saúde como “relacionada ao grau de desenvolvimento econômico, social, político e cultural de uma comunidade” (p. 3). Após a queda em 1986 do regime ditatorial militar no Brasil, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual o marco teórico social na saúde foi reafirmado, pontuando a saúde como: decorrente de condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, emprego, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1992).

O entendimento sobre os determinantes da saúde das populações, bem como o debate e a formulação de políticas de saúde “têm sido grandemente prejudicadas pela perpetuação de instrumentos de interpretação incompletos, obsoletos ou equivocados” (OLIVEIRA; EGRY, 2000. p.14). Estas autoras evidenciam a afirmativa de Evans e Stoddart (1990) os quais revelam que o fosso entre esses determinantes e o foco primário da política de saúde na provisão de assistência à saúde decorre em parte da “persistência desses modelos como instrumentos teóricos de referência para a conceptualização dos determinantes do processo saúde-doença” (p.14).

Para orientar as atividades e a organização dos conteúdos para a produção do relatório denominado “*As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil*” a Comissão de Determinantes Sociais da Saúde da Organização Mundial de Saúde (CDSS-OMS) adotou o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) que esquematiza os diversos níveis de determinantes sociais da saúde – DSS (BRASIL, 2007).

Na América Latina alguns pensadores destacam-se no marco teórico dos DSS como Breilh (1982, 1987, 1990, 1991, 1994, 2006), Breilh; Granda (1986), Laurel (1983), Garcia (1983; 2007) e Egrý (1996; 2000), Bertolozzi; Fracolli (2001), Buss (2007) dentre outros.

A questão da determinação social do processo saúde-doença toma fôlego atualmente (BORGES, 2007). Em 2005 foi criada CDSS – OMS que teve duração de três anos. No Brasil, no seio do Ministério da Saúde foi criada por decreto presidencial datado de 17 de março de 2007 e lançado dois dias depois a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) cujos objetivos seria “propor políticas eficientes baseadas em pesquisas fincadas na realidade para combater as iniquidades sociais e econômicas”, além de fomentar o debate com a sociedade e a definição de compromissos de médio e longo prazo com vistas a incorporar as desigualdades em saúde como tema central da agenda da Organização Mundial de Saúde (RADIS, 2007).

Para o então ministro da Saúde no Brasil, José Gomes Temporão (BRASIL, 2007) os determinantes sociais em saúde compreende os “determinantes vinculados aos

comportamentos individuais e às condições de vida e trabalho, bem como os relacionados com a macroestrutura econômica, sociais e culturais” (p. 3).

A Comissão de Determinantes Sociais em Saúde considera os DSS como as ‘causas das causas’ – “as estruturas-base da hierarquia social e as condições socialmente determinadas que essas estruturas criam e em que as pessoas crescem, vivem, trabalham e envelhecem – os determinantes sociais da saúde” (BRASIL, 2007, p.13).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os “fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. A comissão de mesmo nome da Organização Mundial da Saúde (OMS) adota uma definição mais curta, segundo a qual os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Nancy Krieger (2001) introduz um elemento de intervenção, ao defini-los como os fatores e mecanismos através dos quais as condições sociais afetam a saúde e que potencialmente podem ser alterados através de ações baseadas em informação. Tarlov (1996) propõe, finalmente, uma definição bastante sintética, ao entendê-los como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou “as características sociais dentro das quais a vida transcorre” (BUSS; PELEGRINNI FILHO, 2007, p. 78).

A OMS (WHO, 2007) no documento “*A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*” aponta as correntes teóricas de abordagem dos Determinantes Sociais em Saúde (*SDH – Social Determinants of Health*) seriam as seguintes: 1. abordagem psicossocial; 2. produção social da doença/ política econômica da saúde; e 3. Teoria ecossocial e quadros de vários níveis (*ecosocial theory and related multilevel frameworks*) (p. 10)

A produção social da doença/ quadro explicativo da política econômica da saúde dirigi-se aos determinantes políticos e econômicos da saúde-doença. Pesquisas adotam esta abordagem teórica, também algumas descrevem como um materialismo (*materialist*) ou *posição* neo-materialista (*neo-materialist position*), não negam as consequências psicossociais entre as desigualdades de renda (*income inequality*) (WHO, *ibdem*).

No entanto, eles argumentam que a interpretação das relações entre desigualdade de renda e de saúde deve começar com as causas estruturais das desigualdades e não apenas focar a percepção na desigualdade em si.

Sob essa interpretação, a WHO (*ibid.*) afirma que o efeito da desigualdade de renda sobre a saúde reflete tanto a falta de recursos disponíveis para cada indivíduo, e investimentos sistemáticos em vários setores da infra-estrutura de uma comunidade.

De acordo com a WHO (*op. cit*) processos econômicos e decisões políticas da condição de recursos privados disponíveis para indivíduos e de forma a natureza das infra-estruturas públicas de educação, saúde, transporte, controles ambientais, disponibilidade de alimentos, qualidade da habitação, os regulamentos de saúde ocupacional, que constitui a matriz "neo-material" da vida contemporânea. Assim, a desigualdade de renda per se, mas é uma manifestação de um conjunto de condições materiais que afetam a saúde da população (p.10).

A posição social está no centro do modelo Diderichsen de "mecanismos de desigualdade em saúde" (WHO, 2007. p. 20). Estes mecanismos que desempenham um papel na estratificação resultados de saúde funcionam da seguinte maneira: os contextos sociais criam estratificação social e atribuir aos indivíduos diferentes posições sociais. A estratificação social, por sua vez, engendra o diferencial da exposição para a saúde em condições prejudiciais e vulnerabilidade diferencial, em termos de condições de saúde e a disponibilidade de recurso matérias para cada indivíduo e o grupo social a qual cada um deles pertence (*ibidem*).

De acordo com a OMS (*ibid.*) a estratificação social da mesma forma determina conseqüências diferenciais de saúde para grupos de mais e menos favorecidas (*advantaged groups*) (incluindo as conseqüências econômicas e sociais, bem como os resultados de saúde diferenciados, por si só), como já afirmara o latino-americano Jeime Breilh em 1986 (BREILH, 1986).

A OMS considera duas figuras centrais no estudo da posição socioeconômica foram Karl Marx e Max Weber (WHO, 2007). Para Marx posição socioeconômica foi inteiramente determinada pela "classe social", pelo qual um indivíduo é definido por sua relação com os "meios de produção" (por exemplo, fábricas, terrenos). Classe social ou relações de classe é caracterizada pelo conflito inerente entre os trabalhadores explorados e os capitalistas que exploram ou aqueles que controlam os meios de produção. Classe, como tal, não é uma propriedade *a priori* de seres humanos individuais, mas é uma relação social criado pelas sociedades (WHO, *ibid.*).

De acordo com a OMS uma adaptação explícita da teoria marxista de classe social que leva em conta o emprego e a situação social contemporânea é a classificação de classe social de Wright<sup>2</sup> (1995). Neste esquema, as pessoas são classificadas de acordo com a interação de três formas de exploração: (a) a propriedade dos bens de

capital, (b) controle de ativos organizacionais, e (c) a posse de competências ou “*credencial assets*” (WHO, 2007. p. 30).

Weber desenvolveu uma visão diferente de classe social. Segundo Weber, a posição social diferencial é baseada em três dimensões: classe (*class*), estado (*status*) e do partido ou poder (*party* ou *power*). Classe é assumida para ter uma base econômica. Ela implica a propriedade e o controle dos recursos e é indicado por medidas de renda. Status é considerado o prestígio ou a honra da comunidade. Weber considera o estado para implicar "o acesso a oportunidades de vida" com base em fatores sociais e culturais, tais como histórico familiar, estilo de vida e redes sociais. Finalmente, o poder está relacionado a um contexto político (p. 25)

No documento intitulado “*A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*” (Uma Estrutura Conceitual para a Ação nos Determinantes Sociais em Saúde), foi utilizado o termo "situação socioeconômica" (“*socioeconomic position*”), reconhecendo a três dimensões distintas, mas ligadas conceituação weberiana de classe social refletida. (WHO, 2007. p. 25).

Modelos explicativos da correlação entre DSS e HAS tem sido proposto por vários autores como Dressler e Santos (2000) com a teoria da “consonância cultural”, que seria a coesão de sua vida atual com a infância vivida e suas expectativas futuras. Associada a teoria da consonância cultural Gandarillas, Câmara e Scaparo (2005) propõem a teoria da “dinâmica social da hipertensão crônica” explicada pela regulação do sistema nervoso autônomo no processo adaptativo as respostas do organismo aos estressores do ecossistema social e ambiental que cerca um indivíduo. A “teoria do estresse” de orientação neodurkheimiana e modelos de abordagem marxistas são pontuados na revisão de Almeida-Filho que propõe o denominado “modelo etnoepidemiológico” ou teoria do “modo de vida e saúde”, que consideraria o papel das classes sociais e do processo de trabalho como determinantes das condições de vida e, por conseguinte como condicionantes dos estilos de vida (ALMEIDA-FILHO, 2004). No presente estudo, foi considerada a ocidentalização do modo de vida de Pollard (1991), que é utilizada para categorizar as comunidades quanto ao grau de modernização/ urbanização dos estilos de vida de populações.

Há também a abordagem marxista da determinação do processo saúde-doença apontada por Breilh e Granda (1982), Breilh (2006), Laurell (1989), Egry (1996) que consideram a saúde-doença com um contínuo, não como opostos, sim como momentos diferenciados do processo vital humano. Um processo em constante mudança e que se expressa na corporeidade humana o modo específico de apropriação da natureza sob

uma determinada forma de organização social. Assim se reconhece o processo saúde-doença como a síntese de uma complexa estrutura de determinação, onde os processos sociais subordinam aos processos biopsíquicos. Ou seja, a saúde-doença se expressa na corporeidade e na psique humana, mas suas origens –como fenômeno– se tangem nos processos sócio-históricos (ARELLANO, 2008).

Buscou-se tanger esta abordagem no presente trabalho, haja vista, o desenvolvimento da epidemiologia crítica nos últimos tempos nos alertar questionando os limites da causalidade probabilística, a redução da realidade a fatores e a noção de risco como o conceito “explicativo” da epidemiologia convencional e, por outro lado, a epidemiologia crítica postula uma interpretação integral da produção e distribuição da saúde-doença nas coletividades (BREILH; GRANDA, 1982; GOLDBERG, 1990; ALMEIDA, 1990; BREILH, 1994; ALMEIDA, 2000; BREILH, 2006).

---

<sup>1</sup> Macarthismo (em inglês *McCarthyism*) é o termo que descreve um período de intensa patrulha anticomunista, perseguição política e desrespeito aos direitos civis nos Estados Unidos que durou do fim da década de 1940 até meados da década de 1950. Originalmente, o termo foi cunhado para criticar as ações do senador estadunidense Joseph McCarthy, tendo depois sido usado para fazer referências a vários tipos de condutas, não necessariamente ligadas às elaboradas por McCarthy. O Macartismo realizou o que alguns denominaram "caça às bruxas" na área cultural, atingindo atores, diretores e roteiristas que, durante a guerra, manifestam-se a favor da aliança com a União Soviética e, depois, a favor de medidas para garantir a paz e evitar nova guerra. O caso mais famoso nesta área foi Charlie Chaplin (WIKPÉDIA, 2010).

<sup>2</sup> Ver em WRIGHT, E. O. The class analysis of poverty. *International Journal Health Services*. n. 25: 1995. 85-100.

<sup>3</sup> O movimento negro e quilombola entende estas atitudes administrativas como “racismo institucional”. Sendo assim, os dados desta pesquisa também poderão servir para uma melhor apropriação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra.

## 2.7 POLÍTICAS GOVERNAMENTAIS E ESTUDOS SOBRE A SAÚDE DE QUILOMBOLAS

Ao rever a literatura com base em artigos publicados na base de dados nacionais e internacionais de língua portuguesa, hispânica e inglesa que contemplassem aspectos da saúde de comunidades quilombolas encontrou-se trabalhos como: a mortalidade infantil em Quilombos no município de Santarém/PA (GUERRERO *et al.*, 2007); a descrição da rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional com a abertura da Rodovia BR-163 que liga Santarém à Cuiabá (D'OLIVEIRA e SILVA *et al.*, 2008), ambos inseridos em projetos financiados pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT 034/2005 - processo CNPq nº 402836/2005-7), que abrangia trabalhos voltados ao desenvolvimento prioritário em saúde para a Área de Influência da BR-163 e dentre outros estudos fora destas bases como as publicações do Nova Cartografia (2010).

Na II Conferência Nacional de Promoção da Igualdade Racial, realizada entre os 25 e 28 de junho, cujo tema “Avanços, desafios e perspectivas da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial”, de acordo com RADIS (2009) negros, indígenas e quilombolas debateram racismo, discriminação e preconceito racial e étnico, que no Brasil “são fortes marcas nas relações sociais, políticas, econômicas e culturais”, conforme o documento-base da conferência (RADIS, 2009. p. 13).

Um relato, extraído da revista RADIS (2009), da quilombola A. M. da comunidade de Cratéus/CE que esteve na Conferência Nacional transparecia a sua ansiedade pela aprovação das propostas apresentadas na conferência estadual:

*“Espero que levem em consideração o trabalho que tivemos”,* desabafou. Integrante da Comissão Estadual dos Quilombolas Rurais e presidente da comunidade onde vive, A. M. contou que a maior reivindicação deles é o fim do processo de demarcação das terras, já em tramitação no INCRA, ainda dependente do parecer de um antropólogo. Segundo ela, há registros da comunidade já em 1879; hoje, vivem lá 68 moradores, que recebem atendimento graças à Estratégia Saúde da Família e às visitas de um agente comunitário de saúde. Mas faltam medicamentos (RADIS, 2009. p. 14).

Além do artigo 68 algumas políticas de Estado foram elaboradas nos últimos tempos voltadas a população negra e que tange a população quilombola como: a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra; Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (Decreto 6040, de 7/2/07), o Programa Nacional de Atenção Integral aos Pacientes Portadores de Hemoglobinopatias; o Programa de Triagem Neonatal; a instituição do Dia da Consciência Negra (20 de novembro) como feriado nacional; incorporação da

abordagem etnicorracial na Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção à saúde, e a extensão da cobertura da ESF para os quilombolas (Portaria GM/ MS nº 648/2006); o Programa Brasil Quilombola e; em 15 de novembro de 2009 o Estatuto da Igualdade Racial foi aprovado pelo Senado Federal (críticas a parte pelos movimentos sociais negros – Movimento Negro Unificado) (OPLOP, 2011); e em 2008 o Ministério da Saúde do Brasil produz a cartilha “A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade”.

Na execução dessa política, o Plano Nacional de Saúde Integral da População Negra é “ferramenta de luta”: prevê a qualificação de gestores para planejamento e gestão das políticas, a educação permanente dos trabalhadores da saúde e a formação de líderes do movimento negro em determinantes sociais da saúde, direito à saúde e exercício do controle social no SUS. A conselheira foi contundente ao cobrar monitoramento das ações, “tarefa nossa e do Ministério Público”. Segundo o próprio Ministério da Saúde, da verba destinada ao programa Brasil Quilombola, de R\$ 1 milhão, e das ações de “promoção da equidade em saúde de populações em condições de vulnerabilidade”, de R\$ 4,7 milhões, nem um tostão foi aplicado. Dos quase R\$ 257 mil destinados a pacientes portadores de hemoglobinopatias, apenas 27,9% foram utilizados; nas políticas de atenção à saúde da mulher (cerca de R\$ 8,7 milhões), 95,4% não foram executados (RADIS, 2009. p. 14-16).

Beltrão *et al.* (2008) afirma que quilombolas são “populações social e economicamente vulneráveis e se encontram em um processo de transição de um estilo de vida mais tradicional para um mais urbanizado”, o que implica numa transição epidemiológica, dando novas características aos perfis de morbimortalidade.

Cruz (2003) aponta, com base na literatura norte-americana, que a hipertensão arterial essencial (primária ou sistêmica), apesar de ter a sua “origem desconhecida, é proporcionalmente mais freqüente em indivíduos negros em relação aos brancos” (p. 23). A autora aponta ainda que “além da prevalência em pessoas negras, os valores pressóricos, neste grupo étnico, são mais elevados que os valores encontrados em hipertensos brancos” (p. 23).

Quanto à nutrição o estudo da população quilombola (MDS, 2007), em 60 comunidades dispersas em 22 estados brasileiros, com 2.941 crianças, mostrou que do total de crianças pesquisadas, 11,6% apresentavam formas crônicas de desnutrição e 2,0% apresentaram desnutrição aguda.

Uma explicação para isso, segundo Volochko (2003), seria a inter-relação entre condições socioeconômicas e situação de saúde. Desta feita, atribui-se a maior mortalidade infantil de negros à menor escolaridade e à situação econômica desfavorável das mães. A autora ainda diz que essas circunstâncias são também evocadas, para explicar a maior mortalidade de negros por alcoolismo e violência.

No que tange a HAS entre quilombolas no Brasil, o primeiro estudo foi de Jardim *et al.* (1992) em Kalunga, uma comunidade resmanescente de quilombola no norte de Goiás, foram estudados 159 indivíduos, entre 74 homens e 85 mulheres, 6,28% da população estudada foi identificada como hipertensos, destes 7 foram do sexo feminino e 3 do masculino. Em relação à idade dos hipertensos 2 tinham entre 18 e 29 anos, 3 entre 30 e 45 anos e 5 acima de 46 anos (JARDIM *et al.*, 1992).

Mais recentemente, em 2009, Mingronni-Netto e colaboradores desenvolveram investigação sobre a pressão arterial e obesidade no Quilombo do Vale do Ribeira.

Por isto, o presente estudo seria o terceiro no país e o primeiro na região amazônica, a investigar a HAS entre a população Quilombola.

### **3 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO**

No presente recorte – caracterizado como um estudo de corte transversal – objetiva-se identificar a prevalência da doença hipertensiva em populações quilombolas, relacionando dados biológicos e os determinantes sociais em saúde das doenças crônicas degenerativas, para ilustrar a ontogenia da hipertensão nestas comunidades quilombolas.

Trata-se de uma investigação científica envolvendo seres humanos denominada de pesquisa clínica (NAPesq, 2009), cujo método de estudo utilizado foi do tipo exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, denominada por Breilh (2006) como abordagem intensiva.

Para o entendimento do processo saúde-doença adotou-se o conceito dos Determinantes de Sociais em Saúde da vertente da epidemiologia crítica (BREILH, 2006; EGRY, 1996) que compreendem que a qualidade de vida de cada indivíduo e grupo depende de aspectos como a posição social, a etnia e o gênero que julgam determinar o processo saúde-doença. Estes aspectos engendrariam condições potencializadoras ou de desgaste da qualidade de vida do indivíduo-coletivo.

Esta forma de compreender o processo saúde-doença visa incorporar elementos que a ciência tradicional de forma dominante negligenciou evitando o olhar reducionista da biologização do indivíduo e superando a visão estritamente fisiopatológica do sofrimento humano (EGRY, 2000). Para isto, isto o entendimento crítico do viver possibilita e busca as totalidades que constituem o cenário no qual está inserido o agente social da pesquisa.

#### **3.2 SOBRE A COLETA DE DADOS E OS INSTRUMENTOS**

Para a coleta das informações foram utilizados questionários de dados socioeconômicos, exame físico e a antropometria.

O questionário socioeconômico (ANEXO A) pontua questões como nascimento e vínculo com a comunidade e dados referentes à escolaridade e frequência de crianças e adolescentes à escola, ocupação dos adultos, renda familiar e atividades econômicas base da renda da familiar, se recebem auxílio do governo, se dispõem de serviços de saúde, a mortalidade relatada e sua causa nos últimos cinco anos, quais práticas

religiosas exercem, se matem relações associativas e atividades comunitárias, dados sobre a moradia e saneamento.

As informações socioambientais sobre educação, atividades laborais, uso da terra, estratégias de subsistência, condições de moradia e bens de consumo disponíveis no domicílio etc., que deram os elementos socioecológicos comparativos para as análises e categorização dos determinantes sociais em saúde, principalmente os que implicam mais proximamente na ontogênese da doença hipertensiva. Todas as medidas e entrevistas foram feitas por indivíduos treinados e pelos próprios investigadores principais. Para a caracterização das estratégias de sobrevivência utilizadas pelas comunidades, foram consideradas as categorias adotadas por Silva; James; Crews (2006), que estabelecem as categorias de comunidade tradicional, transicional e urbanizada nos modos de sobrevivência. Todos os domicílios dos quilombos, bem como as organizações sociais locais foram convidados a participar da pesquisa (BELTRÃO *et al.*, 2008).

Condições agudas, crônicas, presentes, e passadas de saúde dos habitantes da casa, tipos de serviço disponíveis e usados pela comunidade (por exemplo, agente de saúde, clínica local etc.) foram também observados.

Do exame físico (ANEXO B) foram utilizados os dados da história clínica pregressa como foco nos antecedentes mórbidos pessoas e familiares de hipertensão e por fim valor auferido da pressão arterial sistólica e diastólica. Os exames individuais foram executados com um estetoscópio, termômetro clínico e esfigmomanômetro de digital. Estes equipamentos foram disponibilizados pelo Laboratório de Estudos Bioantropológicos e de Saúde (LEBIOS) já estão disponíveis pelo proponente, não havendo necessidade de aquisição de outros equipamentos especiais (BELTRÃO *et al.*, 2008).

As variáveis contidas no Formulário de Antropometria (ANEXO C) utilizadas para esta pesquisa foram: o sexo; idade; altura (ALT); peso; circunferência do quadril (CQ), circunferência da cintura (CC) e bioimpedância (BIOIMP).

Os domicílios selecionados para a pesquisa foram visitados e os pesquisadores apresentaram-se, e explicaram o projeto em detalhe para as pessoas da casa. Em seguida, possíveis dúvidas dos moradores foram respondidas e foi solicitada sua participação voluntária na pesquisa. Em caso de aceitação do convite, o consentimento verbal foi confirmado e formalizado por escrito ou por impressão digital no termo de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D), que segue os parâmetros da Resolução 196/96 do CNS (BRASIL, 1996).

### 3.3 CARACTERIZAÇÃO GERAL DAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS/ CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

A composição da população geral dos quilombos quanto à variável sexo é razoavelmente equilibrada encontrando-se, 49,5% mulheres e 50,5% homens, concentrada principalmente na idade economicamente ativa, entre 18 a 59 anos (43,3%). Crianças correspondem a 31,8%, chamando à atenção a comunidade Quilombola Santo Antônio que concentrava 38,5% de menores de 12 anos, que somando aos adolescentes (16,0%), perfazem mais da metade da população desta comunidade (54,5%), este total em África/ Laranjituba chegou a 41,9% e 44,3% em Mangueiras e na população total dos quilombos chega a 46,9%. Os idosos corresponderam a 9,7% da população total dos quilombos, sendo África/ Laranjituba onde proporcionalmente encontraram-se mais idosos (15,7%), enquanto que Santo Antônio possui 5,1% de idosos em sua população e 8,5% em Mangueiras (Tabela 2).

**Tabela 1-** População, número de pessoas com idade  $\geq 18$  anos, número de indivíduos analisados no Projeto “Corpo Presente” e cobertura do estudo, nos quilombos selecionados. Estado do Pará, 2008, 2009 e 2010.

|  | África/<br>Laranjituba | Santo<br>Antônio | Mangueiras | Total |
|--|------------------------|------------------|------------|-------|
| <b>População levantada</b>                                   | 172                    | 156              | 275        | 603   |
| <b>Número de famílias visitadas</b>                          | 41                     | 13               | 48         | 102   |
| <b>Número de pessoas com idade <math>\geq 18</math> anos</b> | 100                    | 66               | 325        | 491   |
| <b>Número de indivíduos analisados neste estudo (n)</b>      | 88                     | 48               | 128        | 264   |
| <b>Cobertura do estudo (%)</b>                               | 88,00                  | 72,72            | 34,38      | 53,77 |

FONTE: Projeto “Corpo Presente”, 2008-2010.

A pesquisa de campo desenvolveu-se em três comunidades rurais quilombolas da Amazônia brasileira, situadas nos estado do Pará, a saber: Mangueiras (n= 128), situada no arquipélago do Marajó no município de Salvaterra; África/ Laranjituba (n= 88), em Moju e a comunidade de Santo Antônio (n=48) em Concórdia do Pará.

A quantidade de pessoas que vivem permanentemente nos domicílios varia de uma a treze, sendo mais encontrados (48,3%) os domicílios nos quais moravam três, quatro ou cinco pessoas. As casas em sua maioria são de madeira (79,3%) seguida de 12,1% de alvenaria e 9,1% de taipa, sendo a construção do tipo taipa encontrada apenas em Mangueiras (8,90%) (Tabela 3).

Dos 102 domicílios visitados, 91,4% (Tabela 2) dependem de menos de dois salários mínimos por mês (R\$ 465,00 – vigente no ano de 2009), geralmente oriundo da

venda de excedentes da produção da lavoura e/ou de programas sociais como o bolsa família. O trabalho na lavoura/roça, extrativismo, pesca (em Mangueiras), artesanato (África/ Laranjituba) e a criação de pequenos animais destacam-se como as principais atividades econômicas das comunidades quilombolas estudadas. Particularmente, no Quilombo Santo Antônio a produção cooperada de mel, abacaxi e farinha d'água eram o destaque desta comunidade – como já abordado por Costa (2008). Nas comunidades identificou-se também a remuneração de professores e aposentados como proventos. Além disso, como fonte de renda nestes quilombos os auxílios do governo como o programa bolsa família e o projovem.

**Tabela 2.** Caracterização sociodemográfica da população das comunidades quilombolas paraenses, 2008, 2009 e 2010.

|   | <b>África/<br/>Laranjituba</b> | <b>Santo<br/>Antônio</b> | <b>Mangueiras</b> | <b>Total</b>  |
|---|--------------------------------|--------------------------|-------------------|---------------|
| <b>Característica</b>                             | <b>%</b>                       | <b>%</b>                 | <b>%</b>          | <b>%</b>      |
| <b>Sexo</b>                                       | <b>n= 172</b>                  | <b>n= 156</b>            | <b>n= 275</b>     | <b>n= 603</b> |
| Feminino  | 45,4                           | 50,0                     | 53,1              | 49,5          |
| Masculino   | 54,6                           | 50,0                     | 46,9              | 50,5          |
| <b>Faixa etária</b>                               | <b>n= 172</b>                  | <b>n= 156</b>            | <b>n= 275</b>     | <b>n= 603</b> |
| < 12 anos   | 27,3                           | 38,5                     | 29,5              | 31,8          |
| 12 a < 18 anos                                    | 14,6                           | 16,0                     | 14,8              | 15,1          |
| 18 a 59 anos                                      | 42,4                           | 40,4                     | 47,2              | 43,3          |
| 60 a 79 anos                                      | 13,4                           | 4,5                      | 5,9               | 7,9           |
| ≥ 80 anos   | 2,3                            | 0,6                      | 2,6               | 1,8           |
| <b>Renda familiar mensal<br/>(salário mínimo)</b> | <b>n= 41</b>                   | <b>n= 12</b>             | <b>n= 48</b>      | <b>n= 101</b> |
| Menos de um                                       | 52,5                           | 25,0                     | 41,7              | 39,7          |
| Um  | 20,0                           | 8,3                      | 14,6              | 14,3          |
| Entre um e um meio                                | 7,5                            | 41,8                     | 10,4              | 19,9          |
| Entre um meio até dois                            | 15,0                           | 16,6                     | 20,8              | 17,5          |
| Entre dois e três                                 | 5,0                            | 8,3                      | 10,4              | 7,9           |
| Entre quatro e cinco                              | -                              | -                        | 2,1               | 0,7           |

FONTE: Projeto “Corpo Presente”, 2008-2010.

**Tabela 3.** Caracterização das moradias dos quilombolas de acordo com o número de cômodos, número de pessoas por domicílio, composição da casa, tipo de piso e tipo de cobertura, 2008, 2009 e 2010.

| <b>Município</b>                   | Abaetetuba                        | Concórdia                | Salvaterra<br>(Ilha do<br>Marajó) | <b>Total</b> |
|------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------|
| <b>Comunidade Quilombola</b>       | África/<br>Laranjituba<br>(n= 37) | Santo Antônio<br>(n= 13) | Mangueiras<br>(n= 48)             |              |
| <b>Característica</b>              | <b>%</b>                          | <b>%</b>                 | <b>%</b>                          | <b>%</b>     |
| <b>Nº de cômodos por casa</b>      |                                   |                          |                                   |              |
| Um                                 | 7,5                               | 7,7                      | 7,1                               | 7,4          |
| Dois                               | 32,5                              | 23,0                     | 16,7                              | 24,1         |
| Três                               | 30,0                              | -                        | 23,8                              | 17,9         |
| Quatro                             | 12,5                              | 23,1                     | 35,8                              | 23,8         |
| Cinco                              | 5,0                               | 30,8                     | 7,1                               | 14,3         |
| Seis                               | 5,0                               | 7,7                      | 7,1                               | 6,6          |
| Sete                               | 7,5                               | -                        | -                                 | 2,5          |
| Oito                               | -                                 | 7,7                      | 2,4                               | 3,4          |
| <b>Nº de pessoas por domicílio</b> |                                   |                          |                                   |              |
| Treze                              | -                                 | -                        | 2,1                               | 0,7          |
| Doze                               | -                                 | 7,7                      | 2,1                               | 3,3          |
| Dez                                | -                                 | -                        | 0,0                               | -            |
| Nove                               | 2,5                               | 7,7                      | 2,1                               | 4,0          |
| Oito                               | 5,0                               | 15,4                     | 4,2                               | 8,2          |
| Sete                               | 12,5                              | 7,7                      | 8,3                               | 9,5          |
| Seis                               | 7,5                               | 15,4                     | 2,1                               | 8,3          |
| Cinco                              | 5,0                               | 15,4                     | 20,8                              | 13,7         |
| Quatro                             | 22,5                              | 23,1                     | 22,9                              | 22,8         |
| Três                               | 15,0                              | 7,7                      | 29,2                              | 17,3         |
| Duas                               | 22,5                              | -                        | 4,2                               | 8,9          |
| Uma                                | 7,5                               | -                        | 2,1                               | 3,2          |
| <b>Estrutura da casa</b>           |                                   |                          |                                   |              |
| Madeira                            | 87,9                              | 92,3                     | 47,9                              | 76,0         |
| Alvenaria                          | 9,8                               | 7,7                      | 18,8                              | 12,1         |
| Taipa                              | 2,4                               | -                        | 25,0                              | 9,1          |
| Palha                              | -                                 | -                        | 8,3                               | 2,8          |
| <b>Tipo de piso</b>                |                                   |                          |                                   |              |
| Cimento                            | 14,6                              | 30,7                     | 23,0                              | 24,3         |
| Terra batida                       | 19,5                              | 7,7                      | 45,8                              | 50,7         |
| Madeira                            | 63,4                              | 61,6                     | 27,1                              | 2,2          |
| Lajotado                           | 2,5                               | -                        | 4,1                               | 22,8         |
| <b>Tipo de teto</b>                |                                   |                          |                                   |              |
| Telha de barro                     | 87,82                             | 100,0                    | 50,0                              | 79,3         |
| Fibrocimento                       | 7,31                              | -                        | 18,8                              | 8,7          |
| Palha                              | 4,87                              | -                        | 27,1                              | 10,7         |
| Outro                              | -                                 | -                        | 4,1                               | 1,4          |

FONTE: Projeto “Corpo Presente”, 2008-2010.

Segue abaixo uma breve descrição das comunidades em aspectos demográficos, territoriais e fundiária:

### 3.3.1 COMUNIDADE ÁFRICA/ LARANJITUBA

Organizadas na Associação Quilombola do Baixo Caeté Comunidade de Laranjituba e África, localiza-se no município de Abaetetuba (PARÁ, 2001; PARÁ, 2008, CPISP, 2009), nordeste do Pará, microrregião Cametá, divididas em dois núcleos urbanos ou vilas (uma é África e a outra Laranjituba, aqui denominadas de Comunidade África/ Laranjituba), onde vivem 48 famílias em um território de cerca de 1.226 hectares cuja data da primeira outorga do título é de 04/12/2001 e a segunda marca o dia 02/12/2008. Nesta última outorga pelo ITERPA o território foi ampliado (PARÁ, 2001; PARÁ, 2008).

### 3.3.2 COMUNIDADE QUILOMBOLA SANTO ANTÔNIO

A comunidade Santo Antônio, localizada no município de Concórdia do Pará, nordeste do Pará, microrregião de Tomé-Açu, compreende um território de aproximadamente 5.802 hectares, situado num trecho entre o rio Bujarú e a PA-140 (CPISP, 2009; COSTA, 2008), encontra-se em processo de regularização.

O que se convencionou chamar, nos últimos anos, de comunidade de Santo Antonio é composto, notadamente, por quatro localidades: “Foz do Cravo”, “Sítio Santo Antonio”, “Sítio São Mateus” e “São Raimundo”. Mas, entre Foz do Cravo e Santo Antonio existe um lugar denominado São Miguel, mas que é pouco conhecido por este nome, assim pode passar despercebido num âmbito mais geral e, os próprios moradores quando estão fora do lugar se identificam de Foz do Cravo ou são referidos como da comunidade de Santo Antonio. Essas localidades são habitadas, na verdade constituídas por unidades familiares que mantêm entre si laços de parentesco, vizinhança e compadrio (COSTA, 2008, p. 41).

As localidades do Quilombo Santo Antônio inseridas na pesquisa foram: o Sítio Santo Antônio e Foz do Cravo.

### 3.3.3 COMUNIDADE MANGUEIRAS

Quilombo Mangueiras, situado em Salvaterra no oeste do estado Pará, na Ilha do Marajó, microrregião do Arari, onde vive cerca de 100 famílias, a petição de seu Relatório Técnico de Identificação e Delimitação (RTID) encontra-se em elaboração pela Superintendência Regional 01 do INCRA (CPISP, 31/05/2007 – data da última atualização)

### 3.4 SUJEITOS DA PESQUISA

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos do Centro Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará e obteve aprovação (Carta 045/07). Os sujeitos incluídos na pesquisa foram quilombolas com idade  $\geq 18$  anos que aceitaram participar voluntariamente após informação das intenções desta e a assinatura do TCLE, seguindo a Resolução CNS 196/1996 (BRASIL, 1996).

### 3.5 PROCEDIMENTOS E PARÂMETROS METODOLÓGICOS

As variáveis analisadas incluíram sexo, idade, circunferência da cintura (CC), níveis pressóricos (PAS e PAD) e índice de massa corporal (IMC). Também foi feita uma caracterização sociodemográfica das comunidades considerando condições de habitação, renda, tabagismo e etilismo evidenciando o cenário dos eventos sociais nestas.

Para a classificação da pressão arterial adotou-se os parâmetros recomendados pelo Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 2006a), que tem como base a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) e o Chobanian *et al.* (2003), que consideram hipertensão arterial sistêmica quando a pressão arterial sistólica for maior ou igual a 140 mm Hg e a pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mm Hg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva (Quadro 1). A pressão arterial foi aferida em três medidas consecutivas usando-se um esfigmomanômetro aneróide certificado pelo INMETRO, com o indivíduo em posição sentada e em repouso (STEIN, 1994).

**Quadro 2 – Classificação da pressão arterial em adultos**

| Classificação      | PAS (mm Hg) | PAD (mm Hg) |
|--------------------|-------------|-------------|
| Normal             | <120        | <80         |
| Pré-hipertensão    | 120-139     | 80-89       |
| <b>Hipertensão</b> |             |             |
| Estágio 1          | 140-159     | 90-99       |
| Estágio 2          | ≥160        | ≥100        |

- O valor mais alto de sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo.

- Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para a classificação do estágio.

FONTE: Brasil, 2006a; SBH, 2010; Chobanian *et al.*, 2003.

Para o índice de massa corporal (IMC) utilizou-se (Quadro 3) para identificar excesso de peso valores acima de 25 até 29,9 Kg/m<sup>2</sup> e obesidade ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup> (SBEM, 2010; BRASIL, 2006a). Para a avaliação de obesidade visceral, utilizou-se a medida da circunferência da cintura (CC) (SBH, 2010; BRASIL, 2006a). Os parâmetros da CC foram 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, valores acima destes indicam maior risco para doenças cardiovasculares (SBH, 2010; BRASIL, 2006a; POULIOT *et al.*, 1994).

**Quadro 3 – Parâmetros para interpretação do IMC**

| IMC (Kg/ m <sup>2</sup> ) | Classificação            | Grau de Obesidade |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|
| Menor que 18,5            | Magreza                  | 0                 |
| Entre 18,5 e 24,9         | Normal                   | 0                 |
| Entre 25,0 e 29,9         | Sobrepeso/ Pré-obesidade | I                 |
| Entre 30,0 e 39,9         | Obesidade                | II                |
| Maior que 40,0            | Obesidade Grave          | III               |

FONTE: SBEM, 2010.

Para a circunferência abdominal (CA) adotou-se o parâmetro de 102 cm para homens e 88 para mulheres, valores acima destes parâmetros indicam maior risco das doenças cardiológicas (BRASIL, 2006b; SBC, 2001).

**Quadro 4 – Classificação da medida da circunferência abdominal**

| Classificação do risco | Sexo      | Valores de referência |
|------------------------|-----------|-----------------------|
| Elevado                | Feminino  | ≥ 88 cm               |
|                        | Masculino | ≥ 102 cm              |

FONTE: SBC, 2001; Brasil, 2006a.

Complementarmente, uma avaliação clínica individual foi realizada seguindo a metodologia descrita em Silva (2001).

### 3.6 TRATAMENTO DOS DADOS

Para armazenamento e análise dos dados, os formulários foram codificados para digitação tendo espaços para número do indivíduo, sexo, idade, e número da casa. Os dados foram incorporados em um banco de dados usando programas desenhados para identificar valores inapropriados. Os dados foram analisados usando-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 10.1 for Windows*. Inc., Chicago, Estados Unidos). Nos arquivos computadorizados não foram colocados identificadores pessoais, a não ser o número dos indivíduos. Tais identificadores ficaram disponíveis apenas nos questionários originais. Os dados qualitativos como os do questionário socioeconômico foram digitados no Microsoft® Office Excel® 2007, a análise dos destes dados qualitativos foi completada no Laboratório de Antropologia Arthur Napoleão Figueiredo (LAANF), da Universidade Federal do Pará, onde os questionários encontram-se guardados em gabinetes trancados (BELTRÃO *et al.*, 2008).

### 3.7 MÉTODOS DE ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Foram feitas análises de distribuição e frequência de apresentação das variáveis. Para testar a correlação entre as variáveis foi aplicado o teste de correlação de Pearson e estabelecido nível de significância em 0,05 ( $\alpha = 0,05$ ), ou seja, foi considerada a correlação significativa aquela com valor de  $p \leq 0,05$ .

### 3.8 CUIDADOS ÉTICOS

Haja vista, o Projeto “Corpo Presente: representações entre quilombolas e políticas públicas”, que tem proponente J.B., já contar com a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (Carta 045/07 CEP-CCS/UFPA) (Anexo E), este recorte ora apresentado não necessitou de novo parecer. Sobre os custos financeiros para a implementação do mesmo foram advindos do financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Brasil Proc. N° 409794/2006-6 e do Edital MCT/CNPq n° 70/2008 - Mestrado/Doutorado, sob processo CNPq Proc. N°. 136485/2009-0.

Neste trabalho foram tomados os cuidados éticos recomendados tanto da Resolução 196/1996 CNS (BRASIL, 1996) quanto às recomendações do “*Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS*” que trata da investigação biomédica e o consentimento informado em populações e indivíduos vulneráveis (OPS /OMS, 2005).

## 4 RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

### 4.1 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dos maiores de 18 anos (491 pessoas), ou seja, 84,21% da população geral dos quilombos foram selecionados somente os formulários daqueles que constavam o dado da pressão arterial, o que fez 53,77% (264) dos adultos das comunidades estudadas (Tabela 1). 81,55% destes estão na faixa etária de 18 a 59 anos, 15,47% de 60 a 79 anos e 2,98% com 80 anos ou mais (Tabela 8).

Quanto à renda, das 102 famílias visitadas, 91,4% (Tabela 2) dependem de menos de dois salários mínimos por mês (R\$ 465,00 – vigente no ano de 2009), geralmente oriundo da venda de excedentes da produção da lavoura e/ou de programas sociais como o bolsa família. Em África/ Laranjituba 52,5% das famílias sobrevivem com menos de um salário mínimo.

**Tabela 4.** Caracterização da população adulta do Quilombo África/ Laranjituba, PA, Brasil, por sexo, segundo a idade, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), altura, peso, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura (CC) e a relação cintura quadril (RCQ), 2009.

|                 | <b>IDADE</b><br>(anos) | <b>PAS</b><br>(mm Hg) | <b>PAD</b><br>(mm Hg) | <b>ALTURA</b><br>(m) | <b>PESO</b><br>(Kg) | <b>IMC</b><br>(Kg/m <sup>2</sup> ) | <b>CC</b><br>(cm) | <b>RCQ</b> |
|-----------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|------------------------------------|-------------------|------------|
| N válido        | 48                     | 48                    | 48                    | 48                   | 48                  | 48                                 | 48                | 48         |
| Perda           | 0                      | 0                     | 0                     | 0                    | 0                   | 0                                  | 0                 | 0          |
| <b>Mínimo</b>   | 18,0                   | 83,33                 | 56,00                 | 1,54                 | 48,40               | 19,65                              | 72,00             | ,81        |
| <b>Máximo</b>   | 79,0                   | 166,66                | 107,75                | 1,78                 | 92,70               | 30,20                              | 104,00            | 1,61       |
| <b>Homens</b>   |                        |                       |                       |                      |                     |                                    |                   |            |
| <b>Média</b>    | 43,96                  | 118,51                | 77,55                 | 1,67                 | 65,89               | 23,63                              | 84,88             | 0,94       |
| <b>Mediana</b>  | 45,50                  | 117,25                | 76,00                 | 1,67                 | 65,00               | 23,26                              | 83,00             | 0,91       |
| <b>DP</b>       | 18,35                  | 19,35                 | 12,13                 | 0,06                 | 8,50                | 2,40                               | 7,97              | 0,11       |
| N válido        | 40                     | 40                    | 40                    | 40                   | 40                  | 40                                 | 40                | 39         |
| Perda           | 0                      | 0                     | 0                     | 0                    | 0                   | 0                                  | 0                 | 1          |
| <b>Mínimo</b>   | 18,0                   | 90,00                 | 60,00                 | 1,26                 | 37,40               | 14,34                              | 62,00             | 0,77       |
| <b>Máximo</b>   | 93,0                   | 213,00                | 143,33                | 1,69                 | 86,20               | 38,53                              | 113,00            | 2,73       |
| <b>Mulheres</b> |                        |                       |                       |                      |                     |                                    |                   |            |
| <b>Média</b>    | 46,52                  | 127,73                | 82,95                 | 1,53                 | 62,19               | 26,70                              | 88,43             | 0,93       |
| <b>Mediana</b>  | 47,50                  | 120,00                | 80,00                 | 1,53                 | 61,80               | 26,26                              | 89,00             | 0,88       |
| <b>DP</b>       | 19,80                  | 30,39                 | 15,96                 | 0,08                 | 13,01               | 5,53                               | 12,61             | 0,30       |

**Tabela 5.** Caracterização da população adulta do Quilombo Santo Antônio, PA, Brasil, por sexo, segundo a idade, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), altura, peso, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura (CC) e a relação cintura quadril (RCQ), 2009.

|                 | <b>IDADE</b><br><b>(anos)</b> | <b>PAS</b><br><b>(mm Hg)</b> | <b>PAD</b><br><b>(mm Hg)</b> | <b>ALTURA</b><br><b>(m)</b> | <b>PESO</b><br><b>(Kg)</b> | <b>IMC</b><br><b>(Kg/m<sup>2</sup>)</b> | <b>CC</b><br><b>(cm)</b> | <b>RCQ</b> |
|-----------------|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---|--------------------------|------------|
| N válido        | 22                            | 22                           | 22                           | 22                          | 22                         | 22                                      | 22                       | 22         |
| Perda           | 0                             | 0                            | 0                            | 0                           | 0                          | 0                                       | 0                        | 0          |
| <b>Homens</b>   |                               |                              |                              |                             |                            |   |                          |            |
| <b>Mínimo</b>   | 18,00                         | 70,00                        | 40,00                        | 1,47                        | 48,50                      | 18,60                                   | 71,00                    | 0,80       |
| <b>Máximo</b>   | 80,00                         | 160,00                       | 100,00                       | 1,73                        | 81,00                      | 27,60                                   | 106,50                   | 1,02       |
| <b>Média</b>    | 41,13                         | 109,54                       | 67,04                        | 1,63                        | 59,17                      | 22,31                                   | 80,58                    | 0,88       |
| <b>Mediana</b>  | 38,00                         | 110,00                       | 70,00                        | 1,63                        | 56,75                      | 21,94                                   | 78,00                    | 0,87       |
| <b>DP</b>       | 19,74                         | 16,17                        | 10,98                        | 0,07                        | 7,51                       | 2,35                                    | 7,71                     | 0,05       |
| N válido        | 26                            | 26                           | 26                           | 26                          | 26                         | 26                                      | 24                       | 24         |
| Perda           | 0                             | 0                            | 0                            | 0                           | 0                          | 0                                       | 2                        | 2          |
| <b>Mulheres</b> |                               |                              |                              |                             |                            |   |                          |            |
| <b>Mínimo</b>   | 18,00                         | 90,00                        | 50,00                        | 1,36                        | 39,50                      | 17,51                                   | 60,50                    | 0,72       |
| <b>Máximo</b>   | 75,00                         | 180,00                       | 110,00                       | 1,63                        | 71,20                      | 32,77                                   | 98,50                    | 1,22       |
| <b>Média</b>    | 36,88                         | 119,44                       | 71,46                        | 1,50                        | 52,83                      | 23,30                                   | 81,66                    | 0,88       |
| <b>Mediana</b>  | 32,50                         | 110,25                       | 67,50                        | 1,51                        | 51,25                      | 22,25                                   | 80,00                    | 0,87       |
| <b>DP</b>       | 15,51                         | 22,81                        | 14,65                        | 0,06                        | 9,15                       | 3,85                                    | 10,43                    | 0,09       |

No que toca diretamente os níveis pressóricos dos quilombolas, entre o sexo feminino as médias da PAS foram as mais elevadas, como em África/ Laranjituba onde apresentaram a maior variação à direita (Média da PAS= 127,73 mm Hg; DP= 30,39), apresentando estas mais hipertensão estágio 2.

Comparativamente a maior média da PAS entre a população masculina dos quilombos em estudo foi de Mangueiras com 125,51 mm Hg (DP= 21,08) (Tabela 6) onde também foi encontrada a segunda maior prevalência da HAS (32,69%) e da obesidade masculina (13,00%) (Tabela 8). Apesar de neste recorte a ingestão de sal não ser mensurada observou em campo que nesta comunidade há uma ingestão de sal mais elevada do que o observado nas outras comunidades.

**Tabela 6.** Caracterização da população adulta do Quilombo Mangueiras, PA, Brasil, por sexo, segundo a idade, pressão arterial sistólica (PAS), pressão arterial diastólica (PAD), altura, peso, índice de massa corpórea (IMC), circunferência da cintura (CC) e a relação cintura quadril (RCQ), 2009.

|                              | <b>IDADE</b><br>(anos) | <b>PAS</b><br>(mm Hg) | <b>PAD</b><br>(mm Hg) | <b>ALTURA</b><br>(m) | <b>PESO</b><br>(Kg) | <b>IMC</b><br>(Kg/m <sup>2</sup> ) | <b>CC</b><br>(cm) | <b>RCQ</b> |
|------------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|---------------------|------------------------------------|-------------------|------------|
| N válido                     | 52                     | 52                    | 52                    | 46                   | 46                  | 46                                 | 46                | 46         |
| Perda                        | 0                      | 0                     | 0                     | 6                    | 6                   | 6                                  | 6                 | 6          |
| <b>Mínimo</b>                | 18,00                  | 97,00                 | 59,00                 | 1,52                 | 42,50               | 16,66                              | 61,00             | 26,61      |
| <b>Máximo</b>                | 85,00                  | 199,00                | 191,00                | 1,80                 | 92,20               | 34,32                              | 115,00            | 55,05      |
| <b>Homens</b> <b>Média</b>   | 40,38                  | 125,61                | 80,96                 | 1,62                 | 65,00               | 24,59                              | 82,93             | 39,95      |
| <b>Mediana</b>               | 35,50                  | 120,00                | 77,50                 | 1,61                 | 62,70               | 24,18                              | 80,55             | 39,05      |
| <b>DP</b>                    | 17,54                  | 21,08                 | 20,99                 | 0,06                 | 10,15               | 3,76                               | 10,21             | 5,99       |
| N válido                     | 76                     | 76                    | 76                    | 74                   | 74                  | 74                                 | 73                | 74         |
| Perda                        | 0                      | 0                     | 0                     | 2                    | 2                   | 2                                  | 3                 | 2          |
| <b>Mínimo</b>                | 18,00                  | 90,00                 | 54,00                 | 1,38                 | 38,20               | 18,87                              | 63,20             | 27,60      |
| <b>Máximo</b>                | 92,00                  | 191,00                | 142,00                | 1,66                 | 99,50               | 43,75                              | 127,00            | 65,98      |
| <b>Mulheres</b> <b>Média</b> | 43,42                  | 126,22                | 80,97                 | 1,51                 | 60,76               | 26,40                              | 84,58             | 40,02      |
| <b>Mediana</b>               | 43,00                  | 120,00                | 77,50                 | 1,51                 | 59,45               | 25,45                              | 80,50             | 39,12      |
| <b>DP</b>                    | 19,22                  | 23,20                 | 17,13                 | 0,06                 | 13,09               | 5,20                               | 14,07             | 8,11       |

FONTE: Projeto “Corpo Presente”, 2008-2010.

Em relação à condição nutricional, tomando como base o IMC (Kg/m<sup>2</sup>), os quilombolas apresentaram 34,96% de sobrepeso/obesidade (23,43% pré-obesidade e 11,43% obesidade), entre homens a proporção de obesos foi de apenas 1,97%, enquanto mulheres 20,90%. Em Santo Antônio não foram encontrados homens obesos e as mulheres perfizeram apenas 3,80% com obesidade e 19,30% com sobrepeso, fato este, provavelmente atribuído, a que nesta comunidade têm-se predominantemente atividades laborais com maior dispêndio energético sua população pode estar apresentando menores índices de massa corpórea. Já em Mangueiras a obesidade masculina foi maior entre os homens das comunidades (13,00%) e mulheres 28,90%, semelhante à de África/ Laranjituba (30,0%). Na contramão, do sobrepeso/obesidade, apesar de irrisoriamente (2,10%), a magreza também foi encontrada nas comunidades (Tabela 8). A obesidade central, outro fator biológico para hipertensão e outras doenças cardiovasculares, alcançou 19,87%, acentuando entre mulheres com prevalência de 34,63% e apenas 5,1% entre homens. Neste quesito, destaca-se a comunidade África/

Laranjituba onde exatamente metade das mulheres apresenta a cintura com perímetro  $\geq$  88 cm (Tabela 8).

Quanto à frequência de hábitos como a ingestão de álcool, nas comunidades esta foi de 50,85%, a maior prevalência isolada foi entre os homens de África/ Laranjituba (78,70%), seguida de Santo Antônio (59,10%) e Mangueiras (56,20%) registrando prevalência global no sexo masculino de 64,67% (mulheres, 37,03%). O tabagismo é praticado por 24,78% destes quilombolas. Mas, assim como o etilismo esta prática é mais encontrada entre homens (31,77%) do que entre mulheres (17,80%) (Tabela 8).

Desta feita, considerando a aplicação dos testes entre as variáveis, infere-se que, por exemplo, dada à baixa prevalência da HAS entre homens na Comunidade Quilombola Santo Antônio, 4,5% (1), atribui-se uma correlação fraca (Tabela 10) na determinação do aumento da pressão arterial sistêmica entre o sexo masculino. Apenas o IMC demonstrou correlação moderada na determinação exclusiva da PAS, no entanto sem significância ( $p = 0,106$ ). Por outro lado, entre mulheres a PAD apresentou correlação significativa ( $p < 0,05$ ) com a idade, bioimpedância e o hábito de fumar, já a PAS demonstrou correlação significativa ( $p < 0,01$ ) para a idade, altura e bioimpedância. A altura entre o sexo feminino demonstrou uma correlação negativa moderada ( $r = -0,605$ ), ou seja, supõe-se que se a altura diminui a pressão sanguínea aumenta.

Entre homens na Comunidade África/ Laranjituba a idade, a bioimpedância e o etilismo demonstraram correlação significativa com os níveis pressóricos enquanto que a CC foi significativa apenas para a PAD destas. Já entre as mulheres, a CC, que apresentou prevalência de 50,0% de obesidade central, demonstrou correlação significativa para determinar a pressão sanguínea. Só entre as mulheres é que a CQ demonstrou correlação significativa, assim como os homens as variáveis como idade e a bioimpedância demonstrou correlação significativa, mas o hábito de fumar ou beber não obteve correlação significativa entre as mulheres (Tabela 9).

Em Mangueiras, as variáveis como idade, CC, CQ e bioimpedância, para ambos os sexos, demonstraram correlação significativa com a PAS e PAD. Apenas entre as mulheres, o peso e a RCQ demonstraram correlação significativa ( $p < 0,05$ ), assim como o hábito de fumar e ingerir bebida alcoólica com a PAD ( $p < 0,05$ ) (Tabela 10).

A bioimpedância, medida com um aparelho portátil bipolar (OMRON, modelo: HBF306), demonstrou correlação significativa para os valores pressóricos em ambos os sexos, com exceção dos homens em Santo Antônio, que por sua vez apresentou baixa prevalência de HAS. O que diferiu do IMC que somente em mulheres de África/ Laranjituba foi estatisticamente significante. Não obstante, nesta mesma comunidade,

para a PAD em mulheres a bioimpedância teve correlação estatística semelhante ao IMC (Tabela 9). O etilismo mostrou alguma correlação com os níveis pressóricos masculino em África/ Laranjituba O fumo teve correlação significativa com a PAD de mulheres em Santo Antônio. A PAS teve correlação significativa com o fumo e o álcool entre mulheres em Mangueiras, não sendo observada nenhuma correlação do tabagismo com a PAD e PAS entre estas.

Excetuando-se a PAD de mulheres em África/ Laranjituba e a PAS e PAD de homens de Santo Antônio, nas outras comunidades em homens e mulheres foi significativa a correlação da idade com a PAS.

**Tabela 7.** Classificação da pressão arterial segundo seu estágio nos quilombolas com idade  $\geq 18$  anos.

| Classificação da pressão arterial | África/ Laranjituba |                      |                   | Santo Antônio      |                      |                   | Mangueiras         |                      |                   | Total              |                      |                   |
|-----------------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|--------------------|----------------------|-------------------|--------------------|----------------------|-------------------|--------------------|----------------------|-------------------|
|                                   | Homens<br>%<br>(n)  | Mulheres<br>%<br>(n) | Total<br>%<br>(n) | Homens<br>%<br>(n) | Mulheres<br>%<br>(n) | Total<br>%<br>(n) | Homens<br>%<br>(n) | Mulheres<br>%<br>(n) | Total<br>%<br>(n) | Homens<br>%<br>(n) | Mulheres<br>%<br>(n) | Total<br>%<br>(n) |
| Normal                            | 43,80<br>(21)       | 30,00<br>(12)        | 36,90<br>(33)     | 77,28<br>(17)      | 53,84<br>(14)        | 65,56<br>(31)     | 36,54<br>(19)      | 35,53<br>(27)        | 36,04<br>(46)     | 52,54<br>(57)      | 39,79<br>(53)        | 46,16<br>(110)    |
| Pré-hipertensão                   | 27,10<br>(13)       | 32,50<br>(13)        | 29,80<br>(26)     | 18,18<br>(4)       | 23,08<br>(6)         | 20,63<br>(10)     | 30,77<br>(16)      | 32,89<br>(25)        | 31,83<br>(41)     | 25,35<br>(33)      | 29,49<br>(44)        | 27,42<br>(77)     |
| Hipertensão Estágio 1             | 20,80<br>(10)       | 22,50<br>(9)         | 21,65<br>(19)     | -                  | 15,38<br>(4)         | 7,69<br>(4)       | 19,23<br>(10)      | 14,48<br>(11)        | 16,85<br>(21)     | 13,34<br>(20)      | 17,45<br>(24)        | 15,40<br>(44)     |
| Hipertensão Estágio 2             | 8,30<br>(4)         | 15,00<br>(6)         | 11,65<br>(10)     | 4,54<br>(1)        | 7,70<br>(2)          | 6,12<br>(3)       | 13,46<br>(7)       | 17,10<br>(13)        | 15,28<br>(20)     | 8,77<br>(12)       | 13,27<br>(21)        | 11,02<br>(33)     |

**Tabela 8.** Distribuição (%) de adultos ( $\geq 18$  anos de idade) conforme características de risco para hipertensão.

| Características  | África/ Laranjituba |                    |                 | Santo Antônio    |                    |                 | Mangueiras       |                    |                  | Total             |                     |                  |
|--|---------------------|--------------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------------|------------------|--------------------|------------------|-------------------|---------------------|------------------|
|  | Homens<br>(n=48)    | Mulheres<br>(n=40) | Total<br>(n=88) | Homens<br>(n=22) | Mulheres<br>(n=26) | Total<br>(n=48) | Homens<br>(n=52) | Mulheres<br>(n=76) | Total<br>(n=128) | Homens<br>(n=122) | Mulheres<br>(n=142) | Total<br>(n=264) |
| <b>Idade (anos)</b>                                    |                     |                    |                 |                  |                    |                 |                  |                    |                  |                   |                     |                  |
| 18 a 59  | 77,10               | 70,00              | 73,55           | 81,80            | 88,50              | 85,15           | 86,50            | 81,60              | 84,05            | 81,8              | 80,03               | 80,92            |
| 60 a 79  | 22,90               | 22,50              | 22,70           | 13,70            | 11,50              | 12,60           | 9,70             | 11,80              | 10,75            | 15,43             | 15,27               | 15,35            |
| $\geq 80$  | -                   | 7,50               | 3,75            | 4,50             | -                  | 2,25            | 3,8              | 6,6                | 5,20             | 2,77              | 4,70                | 3,73             |
| <b>Hipertensão arterial (<math>\geq 140/90</math>)</b> |                     |                    |                 |                  |                    |                 |                  |                    |                  |                   |                     |                  |
| Não  | 70,90               | 62,50              | 66,70           | 95,46            | 76,92              | 86,19           | 67,31            | 68,42              | 67,86            | 77,89             | 69,28               | 73,58            |
| Sim  | 29,10               | 37,50              | 33,30           | 4,54             | 23,08              | 13,81           | 32,69            | 31,58              | 32,14            | 22,11             | 30,72               | 26,42            |
| <b>Condição nutricional</b>                            |                     |                    |                 |                  |                    |                 |                  |                    |                  |                   |                     |                  |
| Magreza  | -                   | 5,00               | 2,50            | -                | 3,80               | 1,90            | 2,20             | -                  | 1,10             | 0,73              | 2,93                | 1,83             |
| Eutrofia   | 72,90               | 30,00              | 51,50           | 86,40            | 73,10              | 79,75           | 63,00            | 42,10              | 52,55            | 74,10             | 48,40               | 61,25            |
| Pré-obesidade  | 25,00               | 35,00              | 30,00           | 13,60            | 19,30              | 16,45           | 21,80            | 29,00              | 25,40            | 20,13             | 27,77               | 23,95            |
| Obesidade  | 2,10                | 30,00              | 16,00           | -                | 3,80               | 1,90            | 13,00            | 28,90              | 20,95            | 5,03              | 20,90               | 12,97            |
| <b>Obesidade central (CC)</b>                          |                     |                    |                 |                  |                    |                 |                  |                    |                  |                   |                     |                  |
| Não  | 95,70               | 50,00              | 72,85           | 95,50            | 62,50              | 79,00           | 93,50            | 83,60              | 88,55            | 94,90             | 65,37               | 80,13            |
| Sim  | 4,30                | 50,00              | 27,10           | 4,50             | 37,50              | 21,00           | 6,50             | 16,40              | 11,45            | 5,10              | 34,63               | 19,87            |
| <b>Fuma</b>  |                     |                    |                 |                  |                    |                 |                  |                    |                  |                   |                     |                  |
| Não  | 53,20               | 67,50              | 60,30           | 72,70            | 92,30              | 83,40           | 78,90            | 86,60              | 82,75            | 68,27             | 82,13               | 75,20            |
| Sim  | 46,80               | 32,50              | 39,70           | 27,30            | 7,70               | 16,70           | 21,20            | 13,40              | 17,25            | 31,77             | 17,87               | 24,80            |
| <b>Bebe</b>  |                     |                    |                 |                  |                    |                 |                  |                    |                  |                   |                     |                  |
| Não  | 21,30               | 47,50              | 34,40           | 40,90            | 76,90              | 60,40           | 41,20            | 64,50              | 52,85            | 34,47             | 62,97               | 48,72            |
| Sim  | 78,70               | 52,50              | 65,60           | 59,10            | 23,10              | 39,60           | 58,80            | 35,50              | 47,15            | 65,53             | 37,03               | 51,28            |

**Tabela 9.** Coeficiente de correlação de Pearson com as respectivas significâncias para as variáveis de determinação da HAS na Comunidade Quilombola África/ Laranjituba.

|          |                       | Variáveis de determinação da PA |         |        |         |        |       |         |        |        |         |         |         |
|----------|-----------------------|---------------------------------|---------|--------|---------|--------|-------|---------|--------|--------|---------|---------|---------|
| Homens   |                       | Idade                           | Altura  | Peso   | CC      | CQ     | RCQ   | Bioimp  | IMC    | Fuma   | Bebe    | PAS     | PAD     |
| PAS      | Correlação de Pearson | 0,459**                         | -0,295* | -0,092 | 0,166   | -0,025 | 0,151 | 0,379** | 0,065  | -0,004 | 0,411** | 1       | 0,689** |
|          | <i>p</i> valor        | 0,001                           | 0,041   | 0,532  | 0,259   | 0,868  | 0,307 | 0,009   | 0,661  | 0,980  | 0,004   | -       | 0,000   |
|          | N                     | 48                              | 48      | 48     | 48      | 48     | 48    | 47      | 48     | 47     | 47      | 48      | 48      |
| PAD      | Correlação de Pearson | 0,530**                         | -0,219  | 0,046  | 0,408** | 0,075  | 0,246 | 0,470** | 0,189  | 0,046  | 0,359*  | 0,689** | 1       |
|          | <i>p</i> valor        | 0,000                           | 0,135   | 0,758  | 0,004   | 0,613  | 0,092 | 0,001   | 0,199  | 0,756  | 0,013   | 0,000   | -       |
|          | N                     | 48                              | 48      | 48     | 48      | 48     | 48    | 47      | 48     | 47     | 47      | 48      | 48      |
| Mulheres |                       | Idade                           | Altura  | Peso   | CC      | CQ     | RCQ   | Bioimp  | IMC    | Fuma   | Bebe    | PAS     | PAD     |
| PAS      | Correlação de Pearson | 0,493**                         | -0,303  | 0,185  | 0,412** | 0,350* | 0,002 | 0,492** | 0,340* | -0,094 | 0,071   | 1       | 0,741** |
|          | <i>p</i> valor        | 0,001                           | 0,057   | 0,252  | 0,008   | 0,029  | 0,990 | 0,002   | 0,032  | 0,565  | 0,663   | -       | 0,000   |
|          | N                     | 40                              | 40      | 40     | 40      | 39     | 39    | 37      | 40     | 40     | 40      | 40      | 40      |
| PAD      | Correlação de Pearson | 0,228                           | -0,249  | 0,257  | 0,349*  | 0,273  | 0,014 | 0,395*  | 0,381* | -0,072 | -0,066  | 0,741** | 1       |
|          | <i>p</i> valor        | 0,158                           | 0,121   | 0,110  | 0,027   | 0,093  | 0,932 | 0,016   | 0,015  | 0,658  | 0,687   | 0,000   | -       |
|          | N                     | 40                              | 40      | 40     | 40      | 39     | 39    | 37      | 40     | 40     | 40      | 40      | 40      |

\*\* A correlação é significativa até nível 0,01.

\* A correlação é significativa até o nível 0.05.

**Tabela 10.** Coeficiente de correlação de Pearson com as respectivas significâncias para as variáveis de determinação da HAS na Comunidade Quilombola Santo Antônio.

|          |                       | Variáveis de determinação da PA |          |        |        |        |        |         |        |         |         |         |         |
|----------|-----------------------|---------------------------------|----------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|
| Homens   |                       | Idade                           | Altura   | Peso   | CC     | CQ     | RCQ    | Bioimp  | IMC    | Fuma    | Bebe    | PAS     | PAD     |
| PAS      | Correlação de Pearson | 0,160                           | 0,139    | -0,199 | -0,202 | -0,242 | -0,081 | -0,354  | -0,291 | -0,035  | 1       | 0,810** | 0,160   |
|          | <i>p</i> valor        | 0,478                           | 0,538    | 0,374  | 0,368  | 0,278  | 0,720  | 0,106   | 0,189  | 0,879   | -       | 0,000   | 0,478   |
|          | N                     | 22                              | 22       | 22     | 22     | 22     | 22     | 22      | 22     | 22      | 22      | 22      | 22      |
| PAD      | Correlação de Pearson | 0,041                           | 0,042    | -0,181 | -0,220 | -0,277 | -0,082 | -0,244  | -0,244 | 0,057   | 0,810** | 1       | 0,041   |
|          | <i>p</i> valor        | 0,855                           | 0,854    | 0,420  | 0,326  | 0,212  | 0,715  | 0,273   | 0,273  | 0,802   | 0,000   | -       | 0,855   |
|          | N                     | 22                              | 22       | 22     | 22     | 22     | 22     | 22      | 22     | 22      | 22      | 22      | 22      |
| Mulheres |                       | Idade                           | Altura   | Peso   | CC     | CQ     | RCQ    | Bioimp  | IMC    | Fuma    | Bebe    | PAS     | PAD     |
| PAS      | Correlação de Pearson | 0,626**                         | -0,605** | 0,086  | 0,352  | 0,226  | 0,192  | 0,577** | 0,376  | -0,327  | -0,016  | 1       | 0,885** |
|          | <i>p</i> valor        | 0,001                           | 0,001    | 0,675  | 0,092  | 0,288  | 0,369  | 0,003   | 0,059  | 0,103   | 0,939   | -       | 0,000   |
|          | N                     | 26                              | 26       | 26     | 24     | 24     | 24     | 24      | 26     | 26      | 26      | 26      | 26      |
| PAD      | Correlação de Pearson | 0,493*                          | -0,376   | 0,161  | 0,354  | 0,209  | 0,227  | 0,466*  | 0,335  | -0,478* | -0,167  | 0,885** | 1       |
|          | <i>p</i> valor        | 0,011                           | 0,058    | 0,432  | 0,090  | 0,328  | 0,286  | 0,022   | 0,094  | 0,014   | 0,416   | 0,000   | -       |
|          | N                     | 26                              | 26       | 26     | 24     | 24     | 24     | 24      | 26     | 26      | 26      | 26      | 26      |

\*\* A correlação é significativa até nível 0,01.

\* A correlação é significativa até o nível 0,05.

**Tabela 11.** Coeficiente de correlação de Pearson com as respectivas significâncias para as variáveis de determinação da HAS na comunidade Quilombola Mangueiras.

|                 |                       | Variáveis de determinação da PA |               |             |           |           |            |               |            |             |             |            |            |
|-----------------|-----------------------|---------------------------------|---------------|-------------|-----------|-----------|------------|---------------|------------|-------------|-------------|------------|------------|
| <b>Homens</b>   |                       | <b>Idade</b>                    | <b>Altura</b> | <b>Peso</b> | <b>CC</b> | <b>CQ</b> | <b>RCQ</b> | <b>Bioimp</b> | <b>IMC</b> | <b>Fuma</b> | <b>Bebe</b> | <b>PAS</b> | <b>PAD</b> |
| <b>PAS</b>      | Correlação de Pearson | 0,448**                         | -0,101        | 0,216       | 0,433**   | 0,383**   | 0,242      | 0,362*        | 0,021      | -0,154      | -0,085      | 1          | 0,861**    |
|                 | <i>p</i> valor        | 0,001                           | 0,504         | 0,149       | 0,003     | 0,009     | 0,104      | 0,014         | 0,883      | 0,276       | 0,550       | -          | 0,000      |
|                 | N                     | 52                              | 46            | 46          | 46        | 46        | 46         | 45            | 52         | 52          | 52          | 52         | 52         |
| <b>PAD</b>      | Correlação de Pearson | 0,443**                         | -0,001        | 0,137       | 0,349*    | 0,295*    | 0,138      | 0,354*        | 0,017      | -0,164      | -0,081      | 0,861**    | 1          |
|                 | <i>p</i> valor        | 0,001                           | 0,997         | 0,364       | 0,018     | 0,047     | 0,361      | 0,017         | 0,907      | 0,245       | 0,570       | 0,000      | -          |
|                 | N                     | 52                              | 46            | 46          | 46        | 46        | 46         | 45            | 52         | 52          | 52          | 52         | 52         |
| <b>Mulheres</b> |                       | <b>Idade</b>                    | <b>Altura</b> | <b>Peso</b> | <b>CC</b> | <b>CQ</b> | <b>RCQ</b> | <b>Bioimp</b> | <b>IMC</b> | <b>Fuma</b> | <b>Bebe</b> | <b>PAS</b> | <b>PAD</b> |
| <b>PAS</b>      | Correlação de Pearson | 0,532**                         | 0,106         | 0,353**     | 0,450**   | 0,437**   | 0,351**    | 0,428**       | 0,145      | 0,257*      | 0,240*      | 1          | 0,881**    |
|                 | <i>p</i> valor        | 0,000                           | 0,368         | 0,002       | 0,000     | 0,000     | 0,002      | 0,000         | 0,213      | 0,025       | 0,037       | -          | 0,000      |
|                 | N                     | 76                              | 74            | 74          | 73        | 73        | 74         | 73            | 76         | 76          | 76          | 76         | 76         |
| <b>PAD</b>      | Correlação de Pearson | 0,449**                         | 0,088         | 0,314**     | 0,390**   | 0,375**   | 0,311**    | 0,368**       | 0,145      | 0,207       | 0,168       | 0,881**    | 1          |
|                 | <i>p</i> valor        | 0,000                           | 0,455         | 0,006       | 0,001     | 0,001     | 0,007      | 0,001         | 0,212      | 0,073       | 0,146       | 0,000      | -          |
|                 | N                     | 76                              | 74            | 74          | 73        | 73        | 74         | 73            | 76         | 76          | 76          | 76         | 76         |

\*\* A correlação é significativa até nível 0,01.

\* A correlação é significativa até o nível 0.05.

## 4.2 DISCUSSÃO

A prevalência da HAS nestas comunidades foi superior ao observado população brasileira em geral 14,0% (BRASIL, 2010). Entretanto, tomando isoladamente cada comunidade (Tabela 8), Santo Antônio assemelha-se aos dados nacionais enquanto que nas comunidades Mangueiras (32,14%) e África/ Laranjituba (33,30%) tem-se prevalência mais que o dobro da média observada na população brasileira e acima da média observada em outros estudos populacionais no país, que apontam cerca de 20% de hipertensos, embora haja grande variação regional (SOUZA, 2000; OLMOS; LOTUFO, 2002; PASSOS *et al.*, 2006).

No estudo de Silva *et al.* (2006) com caboclos, que são populações amazônicas com ancestralidade combinada africana, indígena e européia, foi encontrada uma prevalência da doença hipertensiva em homens de 23% (8/35) e 28% (7/25), em Caxiuanã e Aracampina, respectivamente, e 7% (1/15) em Santana. Em mulheres esta prevalência foi de 29% (10/34), 20% (10/50), e 27% (10/37), nestas respectivas comunidades (SILVA *et al.*, 2006). Os índices das comunidades de Caxiuanã e Aracampina foram inferiores aos das comunidades África/ Laranjituba e Mangueiras entre homens e mulheres, todavia Santana coincidentemente assemelhou-se aos índices de Santo Antônio, 4,54% homens com hipertensão e 23,08% de mulheres hipertensas.

Todavia, a prevalência global da doença hipertensiva (26,42%) encontrada nos quilombos estudados (Tabela 8) foi inferior à encontrada entre quilombos paulistas (42%), porém, naquele estudo não houve diferença na prevalência desta entre os sexos (MINGRONI-NETTO *et al.*, 2009), diferente do que tem sido observado em estudos de populações urbanas no Brasil (SOUZA, 2000) e como se demonstra em nosso estudo principalmente na comunidade Santo Antônio. Esta maior prevalência da hipertensão arterial em mulheres é atribuída, por alguns autores (KNAPP *et al.*, 1994; HAFFNER; VLADEZ, 1995; STAMPFER; COLDITZ, 1991) à decrescência dos níveis de estrogênio após a menopausa já que este hormônio teria um efeito protetor da saúde cardiovascular (STAMPFER; COLDITZ, 1991).

Block *et al.* (1993) em seu estudo com indígenas observou que a pressão arterial foi mais elevada nos homens do que nas mulheres (PAS = 109,8 mm Hg e 100,2 mm Hg; PAD = 71,2 mm Hg e 63,5 mm Hg, respectivamente). Mas não houve valores compatíveis com a hipertensão arterial. Fato este atribuído aos Yanomámi pela baixa ingestão de sódio, além de baixos índices de massa corporal (IMC), sendo que a pressão arterial neles não se eleva com a idade (INTERSALT, 1988). A ingestão de sal não foi

avaliada no presente estudo, mas, reconhece-se a importante relação destes com o aumento dos níveis pressóricos (SWALES, 1995). A situação evidenciada por Block *et al.* (1993) assemelha-se ao estudo de Jardim *et al.* (1992) onde a prevalência da HAS alcançou apenas 6% da população do Quilombo Kalunga em Goiás, cujo modo de vida é mais tradicional.

Neste sentido, as comunidades investigadas encontram-se em um processo denominado por Pollard (1991) e adotados por outros estudiosos como Silva *et al.* (1994; 1995; 2006) como transicional nos modo de vida coletivo, ou seja, encontram-se na transição de um modo de vida do mais tradicional ao mais urbanizado nos hábitos de atividades laborais/físicas, padrão socioeconômico e de alimentação.

Este perfil quanto às atividades laborais e a baixa renda das comunidades estudadas corroboram com os achados de Paes (2009) em quilombos paulistas do Vale do Ribeira. Vários autores têm demonstrado associação direta com a HAS como a condição socioeconômica (COSTA, 1983; KRANTS, 2002) e baixos níveis de apoio social (KNOX, 1993; KRANTZ, 2002), condições estas presentes nas comunidades que apresentaram, por exemplo, baixo nível sócio-econômico e ausência de serviços básicos de saúde na comunidade. Aspectos estes denominados por Dressler e Santos (2000) como a falta de consonância cultural que, por sua vez, para autores como Gandarillas *et al.* (2005) relacionam estas condições a uma diminuição da ativação do sistema nervoso parassimpático e um aumento na ativação do sistema nervoso simpático, constituintes do sistema nervoso autônomo responsável pelo controle da pressão sanguínea, e neste contexto pelas respostas do corpo às mudanças no seu ambiente socioecológico (BRONFENBRENNER, 1996).

Os dados nutricionais dos quilombos – no sexo masculino de 19,30% de sobrepeso e 1,97% de obesos e entre mulheres 27,77% de sobrepeso e 20,90% de obesas (Tabela 8) – são distintos dos dados gerais nacionais, que apontam prevalência de excesso de peso em 47% dos homens e 39% das mulheres, e de obesidade em 11% em ambos os sexos (GIGANTE *et al.*, 2006). Estes dados também diferem de outras populações rurais que, de acordo com dados nacionalmente disponíveis, esta frequência é de, aproximadamente, de 28% na população masculina e 40% na feminina (BRASIL, 2004).

Paradoxalmente, a condição nutricional de magreza também chamou atenção obtendo esta prevalência global de 2,10%, não sendo encontrada entre homens de África/ Laranjituba e tampouco nos da comunidade Santo Antônio. Em Mangueiras não foi identificado magreza entre mulheres, mas homens perfizeram um percentual de

2,2% (Tabela 8). Isto evidencia a denominada dupla carga de doenças, que caracteriza um aspecto epidemiológico vivido por países ou populações de baixa e média renda, onde muitas vezes se encontra desnutrição e obesidade lado a lado dentro da mesma família (WHO, 2006).

Ainda no tocante ao aspecto da obesidade, mas especificamente a obesidade central, também denominada de obesidade visceral, cuja importância reside na sua associação direta com outros fatores de risco cardiovasculares, como a própria hipertensão, além do diabetes e a dislipidemia (ROSA *et al.*, 2005). Medida estimada a partir da tomada da circunferência da cintura, esta teve prevalência global de 19,87%, acentuando entre mulheres com prevalência de 34,63% e apenas 5,1% entre homens. Neste quesito, destaca-se a comunidade África/ Laranjituba onde exatamente metade das mulheres apresenta a cintura com perímetro  $\geq 88$  cm (Tabela 8).

Na correlação estatística, excetuando-se a PAD de mulheres em África/ Laranjituba e a PAS e PAD de homens de Santo Antônio, nas outras comunidades em homens e mulheres foi significativa a correlação da idade com a PAS, semelhante ao observado por Silva e Eckhardt (1994) em quatro populações amazônicas. Fato este associado a mudanças no estilo de vida, do mais tradicional para um transicional ou urbanizado (“*westernized*”), do que a um processo fisiológico ligado ao aumento da idade nestas populações (POLLARD *et al.*, 1991; SILVA; ECKHARDT, 1994).

Diversos estudos têm demonstrado que as condições socioecológicas ou bioantropológicas influenciam na saúde e pressão sanguínea das populações humanas, que são resultantes de uma combinação de características biológicas, culturais, econômicas e ambientais (WARD, 1983; JAMES; BAKER, 1995; SOUZA, 2000; SILVA *et al.*, 1995, 2006; BRASIL, 2006a) como as demonstradas no presente estudo.

Apesar de ainda não elucidado os aspectos carióticos da população destas comunidades em estudo, evidencia-se a prevalência de diversos aspectos bioantropológicos da complexidade que envolve a doença hipertensiva, como os explanados ao longo do trabalho. Estes elementos evidenciam uma situação de saúde caracterizada como “inequidade racial em saúde” (DRESSLER *et al.*, 2005) que seria consequência do contexto socioambiental desfavorável que estas comunidades quilombolas tem vivido.

Estudos epidemiológicos em sociedades ocidentais, junto com um número de comparações entre culturas, sugerem que a pressão sanguínea cronicamente elevada é fruto uma constelação de fatores socioculturais e biológicos, com a influência genética sendo limitada a interação entre genótipo, o desenvolvimento e o ambiente (Ward,

1983). Este estudo reforça a necessidade de se compreender antropologicamente a dinâmica social, econômica, ecológica e cultural, e suas interfaces com as características biológicas e adaptativas das populações quilombolas, para que se possa tentar compreender a ontogenia da HAS nesses grupos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trilhar investigativo bioantropológico junto às comunidades Quilombolas, fez-me aproximar de uma realidade na qual o orgulho identitário, o modo de vida específico que dialoga com o território, a luta pela regularização fundiária, as formas específicas de buscar no próprio território tudo o que lhe é necessário no sustento alimentar, financeiro, no lazer, nos elementos de manifestações culturais e na cura, nos evidencia a territorialidade, autonomia e a resistência do viver Quilombola.

Este cenário socioecológico onde também se evidenciou condições desfavoráveis como pobreza, falta e dificuldades no acesso aos serviços de saúde institucionais, ausência de oportunidade em continuar estudos na comunidade (inexistência do ensino médio). Diante disto, os aspectos físicos mensurados na abordagem individual clínico-antropométrica reforçam um processo nos corpos presentes nestas comunidades que em função de, atualmente, viverem no limbo de um modo de vida tradicional a um mais urbanizado ou ocidentalizado no qual se tem observado um aumento das doenças crônicas (como a hipertensão, assim como a obesidade) advindo, também, dessas novas e ocidentais formas de organização e atividades físico-ocupacionais, alimentares e socioambiental.

Neste sentido, as comunidades quilombolas estudadas vivem um processo transicional nos modos de vida. A hipertensão arterial sistêmica, assim como as características que a vulnerabilizam foram encontradas, em geral, com maior prevalência entre mulheres que mostraram possuir os mais elevados níveis pressóricos (hipertensão tipo 2: mulheres= 13,27%; homens= 8,77%), bem como, cerca 50% destas encontram-se acima do peso ideal e são as que mais apresentam obesidade central. Por outro lado, a prática do etilismo e do tabagismo foi acentuadamente encontrada entre os homens do que entre mulheres. Ademais, não se pode perder de vista, que as condições socioecológicas destas comunidades são ainda desfavoráveis em aspectos de direitos sociais como a própria posse legal das terras como é o caso dos quilombos Santo Antônio e o quilombo Mangueiras, assim como a falta de atendimento de saúde e a baixa renda, que foi igualmente encontrada nas comunidades, atenuadas pelas diferentes maneiras destas explorar a natureza e extrair sustento e cura.

Infere-se, então, que determinantes bioantropológicos (SILVA; ECKHARDT, 1994; SILVA *et al.*, 1995, 2006; SOUZA, 2000; DRESSLER; SANTOS, 2000; SILVA, 2006) como sentimento de discriminação racial, pobreza, ocidentalização dos hábitos alimentares, uso de álcool, tabagismo, sobrepeso/obesidade, falta de acesso a serviços básicos e informação sobre saúde presentes entre os quilombolas e, possivelmente, fatores biológicos, são mais relacionados a elevadas prevalências de HAS encontrada na população estudada e evidencia que o processo de transição nos modos vida tem refletido principalmente na saúde das mulheres quilombolas.

Por fim, os achados reforçam a necessidade de uma abordagem holística para a compreensão da ontogenia e da prevalência da HAS em especial entre essas populações vulneráveis da Amazônia, visando ao planejamento de políticas públicas adequadas a sua realidade socioambiental.

## BIBLIOGRAFIA:

ALMEIDA-FILHO, N. Modelo de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Cadernos de Saúde Pública*; n. 9, v. 4: 865-884. 2004.

ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONAC, L. D. Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. Temas y Debates. *Medicina Social*. v. 3, n. 4, nov. 2008.

ARPINI-SAMPAIO, Z.; COSTA M. C. B.; MELO A. A.; CARVALHO M. F. V. A.; DEUS, M. S. M.; SIMÕES, A. L. Genetic polymorphisms and ethnic admixture in African-derived black communities of northeastern Brazil. *Human Biology*, v. 71, p. 69-85. 1999.

BARKER D. Mothers, babies, and disease in latter life. *British Medical Journal*. London: 1994.

BARLE, Y. J.; BLACWOOD A; CARTER, N. D.; CREWS, D. E.; CRUICKSHNAK, J. K.; JEFFERY, S.; OGUNLESI, A. O.; SAGNELLA, G. A. Angiotensin converting enzyme insertion/deletion polymorphism: association with ethnic origin. *Journal of Hypertension*; v. 2, n. 8: 955-957. 1994.

BELTRÃO, J. (Coord.). Universidade Federal do Pará. **PROJETO DE PESQUISA: Corpo Presente: Representações de Saúde entre Quilombolas e Políticas Públicas.** (Edital Universal FAPESPA 003\2008). Belém: UFPA, 2008.

BLOCH, K. V.; COUTINHO, E. S. F.; LÔBO, M. E. C.; Oliveira, J. E. P.; MILECHA, A. Pressão arterial, glicemia capilar e medidas antropométricas em uma População Yanomámi. *Cadernos de Saúde Pública*; v. 9, n. 4: 428-438. 1993.

BORGES, W. D. **Parasitoses intestinais e condições sócio-política e econômica:** percepções de mulheres-mãe, moradoras do Benguí. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Universidade do Estado do Pará. Belém, 2007.

BORGES, W. D. SILVA, H. P. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em populações quilombolas da Amazônia:** reflexões à luz da antropologia biológica. XI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Antropología Biológica (ALAB). Resúmenes de Ponencias. Comunicaciones libres: salud de poblaciones ibero-americanas. Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 21-24 de octubre de 2010. p. 120-121.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988.** Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm). Acesso em: 05 jan. 2010.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003:** análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008**; v. 29. Brasília: IBGE. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ética em Pesquisa (CONEP). **Resolução 196/96**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério do Meio Ambiente. **Política nacional de desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais** (Decreto 6040, de 7/2/07). Brasília: CONSEA, jul. 2008a. 26 Slides.

BRASIL. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde** Brasília: CNDSS, abr. 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **A saúde da população negra e o SUS: ações afirmativas para avançar na equidade**. Brasília: Editora MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992. 246 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: MS, 2006a. 58 p. il. (Cadernos de Atenção Básica; 15). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2006b. 64 p. il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Chamada nutricional Quilombola, 2006: resumo executivo**. Brasília, DF: MDS; 2007. 7 p.

BREILH, Jaime. **Nuevos conceptos y técnicas de investigación**: Guía pedagógica para un taller de metodología. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1994.

BREILH, Jaime. **Epidemiología crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. 317 p., graf.

BREILH, Jaime. **“La epidemiología (crítica) latinoamericana” en Franco, Saúl, Nunes, Everardo**. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1991.

BREILH, Jaime; GRANDA, Edmundo; CAMPAÑA, Arturo; BETANCOURT, Oscar. **Ciudad y muerte infantil**. Investigación sobre el deterioro de la salud en el capitalismo atrasado. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1987.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigación de salud en la sociedad**. Quito: Centro de Estudios y Asesoría en Salud, 1982.

BREILH, J. **Epidemiología, economía, medicina y política**. México: Fontamara, 1979.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1979/1996.

BUSS, P. M. Palestra Magna. **Promoção da Saúde**. Professor da Escola Nacional de Saúde Pública. Presidente da Fundação Oswaldo Cruz. Membro Titular da Academia Nacional de Medicina. IV Seminário sobre Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças em Saúde Suplementar. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Rio de Janeiro, dez. 2007.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n. 1, p. 77-93. 2007

CARDOSO, D. M. **O processo decisório de políticas públicas para o desenvolvimento local**: Rio Arraiolos – Almerim/Pará. 2006. 288 f. Tese (doutorado). Universidade Federal do Pará.

CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R.; CUSHMAN, W. C.; GREEN, L. A.; IZZO, J. L. JR; JONES, D. W., MATERSON, B. J.; OPARIL, S., WRIGHT, J. T. JR; ROCCELLA. E. J. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. *Journal of the American Medical Association*; v. 289, n. 19: 2560-72. 2003.

CONAQ. **Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas**. Disponível em: <http://www.conaq.org.br>. Acesso em: 16 out. 2009.

CONFALONIERI, U. E. C. Saúde na Amazônia: modelo conceitual para análise de paisagens e doenças. *Estudos Avançados*. v. 9, n.53, p. 221-236. 2005.

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

COSTA, R. C. P. da. **Como uma Comunidade**: formas associativas em Santo Antonio /PA – imbricações entre parentesco, gênero e identidade. Belém, 2008. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais – PPGCS, Curso de Antropologia, 2008.

CPISP. **Comissão Pró-índio São Paulo**. Disponível em: <http://www.cpisp.org.br>. Acesso em: 07 jun. 2009.

CUBAS, M. R.; EGRY, E. Y. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. v.42, n.1, p. 181-186. 2008.

CRUZ, I. C. F. Escravidão, racismo e exclusão são fatores de risco da hipertensão arterial em negros? **Boletim de Informações de Saúde**, 31. São Paulo: dez. p. 23-26. 2003.

CRUZ, I. C. F. O cliente/família com Hipertensão Arterial Essencial: gerenciamento do processo de enfermagem. *Revista Enfermagem UERJ*; v. 7, n. 1: 35-44. 1999.

COMMITTEE REPORT. Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care January*; v. 26: 5-20; 2003.

DRESSLER, W. W.; BINDON, J. R. The health consequences of cultural consonance: cultural dimensions of lifestyle, social support and arterial blood pressure in african american community. *American Anthropology*; v. 102: 244-260. 2000.

DRESSLER, W. W.; OTHS, K. S.; GRAVLEE, C. C. Race and ethnicity in public health research: models to explain health disparities. *Annual Review of Anthropology*; 34:231-252. 2005.

DRESSLER, W. W.; SANTOS, J. E. Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review. *Cadernos de Saúde Pública*; v. 16, n. 2: 303-315. 2000.

EGRY, E. Y. **Saúde Coletiva**: Construindo um Novo Método em Enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996. 144 p.

EGRY, E. Y. Um olhar sobre as ciências da enfermagem: as vertentes analíticas das praticas assistenciais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]., v. 35, n. 3, pp. 265-270. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n3/v35n3a09.pdf>. Acesso em: 30 dez. 2009.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Orgs). **Medicina Ambulatorial**: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004: 641-56.

FERREIRA, L. A.; DIAS, R. S.; COUTINHO, T. R.; MORAES, H. L. A.; LIMA, M. E. A.; RABELO, L. K. A.; BRANDÃO FERREIRA, L.; CARVALHO, K. A. T. Saúde da população negra: estudo preliminar da hipertensão arterial na comunidade negra rural quilombola Santa Cruz - Buriti - MA. In: Reunião Anual da SBPC, 57, 2005, Fortaleza (Anais...). Fortaleza, CE: SBPC, jun. 2005.

FRACOLLI, L. A.; BERTOLOZZI, M. R. A Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo. In: BRASIL. **Manual de Enfermagem**: Programa Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, p.19-32. 2001.

FLEURY, S. Governabilidade e cidadania para a equidade em saúde. Foro Interamericano de Liderazgo en Salud, 3. Buenos Aires. Anais... Buenos Aires: CLAEH e Isalud. dez. 2002.

FUCHS, F. D. Hipertensão arterial sistêmica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ (Orgs.). **Medicina Ambulatorial**: Condutas de Atenção Primária Baseada em Evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004: 641-56.

GANDARILLAS, M. A.; CÂMARA, S. G.; SCARPARO, H. Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes / Social stressors of high blood pressure in deprived communities. *Psicologia: reflexão e crítica*; v. 18, n. 1: 62-71, jan.-abr. 2005.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*; . 43 (Supl. 2): 83-89. 2009.

HAFFNER, S. M; VALDEZ, R. A. Endogenous sex hormones: impacts on lipids, lipoproteins and insulin. *American Journal of Medicine*, 98 (Suppl. 1A), S40-7. 1995.

HAHN, R. A. (Ed.). **Anthropology in Public Health**: Bridging Differences in Culture and Society. New York: Oxford University Press. 1999.

HU, F. Obesity Epidemiology. Cambridge: Oxford University Press, 2008.

INTERSALT Co-operative Research Group. INTERSALT: An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24-hour urinary sodium and potassium excretion. *British Medical Journal*; v. 297: 319-328. 1988.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C.; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. *Revista de Saúde Pública*; v. 43 (Supl. 2): 83-89. 2009.

GUERREIRO, J. F.; RIBEIRO-DOS-SANTOS, A. K. C.; MELO DOS SANTOS E. J., VALLINOTO, A.C. R., CAYRES-VALLINOTO, I. M. V., AGUIAR G. F. S.; SANTOS, S. E. B. Genetical-demographic data from two Amazonian populations composed of descendants of African slaves: Pacoval and Curiau. *Genetic and Molecular Biology*, v. 22, p.163-167. 1999.

GUERRERO, A. H.; OLIVEIRA e SILVA, D.; TOLEDO, L. M.; GUERRERO, J. C. H.; TEIXEIRA, P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém1 - Pará, Brasil/ Infant Mortality Rates in Quilombo Areas of the Municipality of Santarém1 - Pará, Brazil. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 2, n.16, p.103-110. 2007.

JARDIM, P. C. B. V.; CARNEIRO, O.; CARNEIRO, S.B; BAIOCCHI, M. N. Pressão arterial em comunidade negra isolada remanescente de quilombo - norte de Goiás – Kalunga. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; v. 58, n. 4: 289-93, abr. 1992. ilus, tab

KNOX, S. S. Perception of social emotional warmth and blood pressure in young men. *Perceptual and Motor Skills*, v. 77, 132-134. 1993.

KRANTZ, D. S. Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology*, v. 53, 321-369. 2002.

KREUTZ, I.; GAIVA, M. A. M.; AZEVEDO, R. C. S. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo/ Cultural social-cultural and historical causes of popular prevention and diseases care practice of a cultural group. *Texto Contexto em Enfermagem*, Florianópolis, n. 15, v. 1, p. 89-97. 2006.

INTERSALT Co-operative Research Group. INTERSALT: An international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24-hour urinary sodium and potassium excretion. *British Medical Journal*; n. 297: 319-328. 1988.

JAMES, G. D.; BAKER, P. T. Human population biology and blood pressure: evolutionary and ecological considerations and interpretation of population studies. In: LARAGH, J. H.; BRENNER, B. M. (Eds.). **Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management**, Second Ed. New York: Raven Press. Ltd, 1995; p. 115-126.

KUZAWA, C. W.; SWEET, E. Epigenetics the embodiment of race: developmental origins of US racial disparities in cardiovascular health. *American Journal of Biology*; 21: 2-15. 2009.

LAURENTI, R. **Transição demográfica e transição epidemiológica**. Anais do I Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Rio de Janeiro: Abrasco; 1990.

LEITE, I. B. **O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais.** Universidade Federal de Santa Catarina. *Estudos Feministas, Florianópolis*, n. 16, v. 3, p. 965-977, set./dez. 2008

\_\_\_\_\_. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. *Etnográfica*, v. 4, n. 2, pp. 333-354. 2000

LESSA, I. Estudos brasileiros sobre a epidemiologia da hipertensão arterial: análise crítica dos estudos de prevalência. *Informe Epidemiológico do SUS*; 3: 59-75. 1993.

LIMA, R. R. **A contribuição masculina na formação de três remanescentes de quilombo do Vale do São Francisco (nordeste do Brasil) avaliada por marcadores do cromossomo Y.** Dissertação de mestrado, Curso de Pós-Graduação em Biologia Animal, UnB, Brasília, DF, 2002.

MENDONÇA, G. A. S. Tendências da investigação epidemiológica em doenças crônicas. *Cadernos de Saúde Pública*; n. 17, v. 3: 697-703. 2001.

MINGRONI-NETTO, R. C.; ANGELI, C. B.; KIMURA, L.; AURICCHIO, M. T. B. M.; VICENTE, J. P. Doenças modernas nos antigos quilombos: a obesidade e a hipertensão no Vale do Ribeira-SP. *In: VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. [orgs.] Saúde nos Quilombos (Temas em Saúde Coletiva, 9).* São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP, GTAE, 2009. p. 179-191. Disponível em: [www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Temas09.pdf](http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Temas09.pdf). Acesso em: 12/Jul/2010.

MINIÑO, A. M.; HERON, M. P. MURPHY, S. L. KOCHANNEK, K. D. Deaths: final data for 2004. *National Vital Statistics Reports*; 2007; 55: 1-120.

MONTEIRO, B. **História do Pará.** Belém: UFPA, 2008.

MOURA, C. **Quilombos, resistência ao escravismo.** São Paulo, Editora Ática. 1987.

NAPesq. Núcleo de Apoio à Pesquisa Clínica. Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo. **Mas afinal, o que é Pesquisa Clínica?** Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/adm/dc/napesq/pesquisa.php>. Acesso em: 28 out. 2009

NOVA CARTOGRAFIA Disponível em: <http://www.novacartografiasocial.com>. Acesso em: 15 nov. 2010.

NERY, T. C. S.. Saneamento: ação de inclusão social. *Estudos Avançados*, n. 18, v. 50, p. 313-321. 2004.

NOVAES DA SILVA, J. A. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saúde Sociedade São Paulo*, v.16, n.2, p.111-124. 2007.

O'DWYER, E. C. (Org.). **Quilombos: identidade étnica e territorialidade.** Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

OLIVEIRA, M. A. C.; EGRY, E. Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.34, n.1, p. 9-15, mar. 2000.

OPS/OMS. Acta Bioethica. Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS. ROCCA, Susana La; MARTÍNEZ, Gladys; RASCIO, Alexandre; BAJARDI, Mirta. La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables. *Acta Bioethica*. n. 11, v. 2, p. 169-181. 2005.

OPLOP. Boletim 0.2 – Senado aprova Estatuto da Igualdade Racial excluindo Tema das Cotas. Disponível em: <http://oplop.wordpress.com/2010/07/21/boletim-0-2senado-aprova-estatuto-da-igualdade-racial-excluindo-tema-das-cotas>. Acesso em: 21 jul. 2010.

OLMOS, R. D.; LOTUFO, P. A. Epidemiologia da hipertensão arterial no Brasil e no mundo. *Revista Brasileira de Hipertensão*; n. 9, v. 1: 21-23. 2002.

OLIVEIRA, P. T. R. **Desigualdade Regional e o Território da Saúde na Amazônia**. Belém: EDUFPA, 2008.

PAES, G. S. M. Considerações sobre o passado e o presente. In: VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. (orgs.) Saúde nos Quilombos (Temas em Saúde Coletiva, 9). São Paulo: Instituto de Saúde – SESSP, GTAE, 2009. p. 31-42. Disponível em: [www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Temas09.pdf](http://www.isaude.sp.gov.br/smartsitephp/media/isaude/file/Temas09.pdf). Acesso em: 12/Jul/2010.

PAGE, L. B. Epidemiologic evidence on the etiology of human hypertension and its possible prevention. *American Heart Journal*,; 91: 527-534. 1976.

PARÁ. Governo do Estado do Pará. Secretaria de Estado de Produção. Instituto de Terras do Pará. Título de Reconhecimento de Domínio Coletivo que o Governo do Estado do Pará através do Instituto de Terras do Pará – ITERPA, outorga em favor da Associação Quilombola do Baixo Caeté Comunidades de Laranjituba e África, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 04.778.081/0001-06, áreas de terra localizadas no município de Moju – Estado do Pará. Belém: 04 dez. 2001.

PARÁ. Governo do Estado do Pará. Secretaria de Estado de Produção. Instituto de Terras do Pará. Título de Reconhecimento de Domínio Coletivo que o Governo do Estado do Pará através do Instituto de Terras do Pará – ITERPA, outorga às Comunidades África e Laranjituba, através da Associação Quilombola do Baixo Caeté – Comunidades de Laranjituba e África, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 04.778.081/0001-06, às áreas de terra localizadas no município de Abaetetuba – Estado do Pará. Belém: 02 dez. 2008.

PINHEIRO, A. R. O.; FREITAS, S. F. T.; CORSO, A. C. T. Uma abordagem epidemiológica da obesidade. *Revista de Nutrição* [online]. n. 17, v. 4, p. 523-533. 2004.

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. n. 9, v. 2, p. 339-350. 2004.

POLLARD, T. M.; HARRISON, G. A.; BRUSH G. Geographical distributions of within-population variability in blood pressure. *Human Biology*; 63: 643-662. 1991.

POLLARD, T. M. Environmental change and cardiovascular disease: a new complexity. *Yearbook of Physical Anthropology*; 40: 1-24. 1997.

POULIOT, M. C.; DESPRÉS, J. P.; LEMIEUX, S. Waist circumference and abdominal sagittal diameter: best simple anthropometric indexes of abdominal visceral adipose tissues accumulation and related cardiovascular risk in men and women. *American Journal of Cardiology*; n. 73, v. 7: 460-8. 1994.

REIS, N.R.S.; MOTTA-CASTRO, A.R.C.; SILVA, A.M.C.; TELES, S.A.; YOSHIDA, C.F.T.; MARTINS, R.M.B. - Prevalence of hepatitis C virus infection in quilombo remnant communities in Central Brazil. *Revista do Instituto Médico Tropical de São Paulo*, n. 50, v. 6, p. 359-360. 2008.

ROMERO, M.; DÁLIA, E. Vantagens e limitações do método demográfico indireto e dos dados da PNAD'98 para estimativas da mortalidade infantil. In: **Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP)**, 13., 2002, Ouro Preto. *Anais...* Ouro Preto: ABEP, 2002. p. 2-18. Disponível em <[http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/gt\\_sau\\_st3\\_romero\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/gt_sau_st3_romero_texto.pdf)>. Acesso em 10 out 2009.

SAFAE, J. Desigualdades en salud relacionadas con el ingreso global. *Medicina Social*. n. 1, v. 2, mar. 2007.

**SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia.** IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*; abr; n. 88 (Supl. 1). 2007.

**SBH. Sociedade Brasileira de Hipertensão.** VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão – DBH VI. Avaliação clínica e laboratorial e estratificação de Risco (cap. 3) *Revista Brasileira de Hipertensão*; n. 17, v. 1: 18-21. 2010.

**SBEM. Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia.** Disponível em: <http://www.endocrino.org.br>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2010.

SCHMITT, A.; TURATTI, M. C. M.; CARVALHO, M. C. P. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. *Ambiente e Sociedade* [online]. n.10, p. 129-136. 2002.

SILVA, H. P. A saúde humana na Amazônia no século XXI: reflexões sobre os objetivos do milênio. *Novos Cadernos NAEA*; v. 9, n. 1, p. 77-94, jun. 2006.

SILVA, H.P. A Amazônia Está Doente. In: GORAYEB, I. S. (Coord.). *Amazônia 2*. Belém: RM GRAPH, Jornal “O Liberal” (apoio VALE), p. 89-91. 2010.

SILVA, H. P.; ECKHARDT, R. B. Westernization and blood pressure variation in four Amazonian populations. *Collegium Anthropologicum*; n. 18, v. 1: 81-87. 1994

SILVA, H. P. **Growth, Development, nutrition and health in Caboclo populations from of the Brazilian Amazon.** Ph. D. Dissertation. Columbus, OH: The Ohio State University Department of Anthropology, 2001.

SILVA, H. P.; CREWS, D. E.; NEVES, W. A. Subsistence patterns and blood pressure variation in two rural caboclo communities of Marajó Island, Pará, Brazil. *American Journal of Human Biology*; 7: 535-542. 1995.

SILVA, H. P.; JAMES, G. D.; CREWS, D. E. Blood pressure, seasonal body fat, heart rate, and ecology differences in caboclo population of the Brazilian Amazon. *American Journal of Human Biology*, n. 18, p. 10-22. 2006.

SILVA, H.P. Socio-ecology of Health and Disease: The Effects of Invisibility on the Caboclo Populations of The Amazon. c. 13. p. 307-333. In: ADAMS, C.; MURIETA, R.; NEVES, W; HARRIS, M. (ends). **Amazon Peasant Societies in a Changing Environment**: Political Ecologic, Invisibility and Modernity in the Rainforest. Springer Science e Business Media B.V.: 2009.

SOUZA, A. L. L. Hipertensão arterial: perfil da morbidade referida na região sudoeste da grande São Paulo, 1989 - 1990. *Revista Eletrônica de Enfermagem* (online), Goiânia, n. 2, v. 1, out-dez, 2000. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista> (Acesso em 12/jul/2010).

SWALES, J. D. Salt intake and blood pressure revisited. *Journal of Human Hypertension*; n. 9: 517-521. 1995.

STAMPFER, M. J.; COLDITZ, G. A. Esrtogen replacement therapy and coronary artery disease: a quantitative assessment of the epidemiologic evidence. *Preventive Medicine*, 20, 47-63. 1991.

STEIN, J. H. (Ed.) *Internal Medicine*. 4th. Ed. St. Louis: Mosby, 1994.

TARLOV, A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation. In: BLANE, D.; BRUNNER, E.; WILKINSON, R. (Eds.). *Health and Social Organization*. London: Routledge. p. 71-93. 1996.

TEIXEIRA, E. (org.). **Redes de saberes e afetos**: repercussões de um programa de educação popular em saúde. Belém: Graphitte Editores, 2008.

VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; GAZZINELLI, A.; CÔRREA-OLIVEIRA, R.; PIMENTA, A. M.; KAC, G. Prevalence of metabolic syndrome in a rural area of Brazil. *São Paulo Medical Journal*; n. 125, v. 3:155-62. 2007.

VENEZUELA. República Bolivariana da Venezuela. Ministerio del Popular para La Cultura. Fundación Museos Nacionales. **Museo de Bellas Artes**. Caracas/Venezuela. Visitado em: 29 out. 2010.

VOLOCHKO, A.; BATISTA, L. E. **Saúde nos Quilombos**. São Paulo: GTAE, Instituto de Saúde – SESSP, 2009. (Temas em Saúde Coletiva, 9).

WARD, R. H. Genetic and sociocultural components of high blood pressure. *American Journal of Physical Anthropology*; n. 62, v. 1: 91-105. 1983.

WHITOWORRTH, J. A. World Health Organization (WHO)/ Interenational Society of Hipertension (ISH) statemente on management of hipertension. *Journal of Hypertension*; 21 (11): pp. 19983-92. 2003.

WHITEHEAD, M; DAHLGREN, G. **Levelling up (part 1)**: a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2006.

WHO. World Health Organization. **A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health**. Commission on Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. DRAFT: April, 2007.

WHO. World Health Organization. **The World Health Report 2000**, Health Systems: Improving Performance. 2000. Disponível em:  
[www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf) (acesso: 30/Jun/2010).

WHO. World Health Organization. **Noncommunicable Diseases in the South-East Asia Region - A Profile**. New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2002. Disponível em:  
[www.searo.who.int/en/Section1174/Section1459/Section1659.htm](http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1459/Section1659.htm) (acesso em: 30/Jun/2010).

WHO. World Health Organization. Programmes and Projects. Media Center. Fact sheets. **6 Obesity and overweight**. Fact sheet; september; 311. 2006. Disponível em:  
[www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html) (acesso em: 30/Jun/2010).

WIKPÉDIA. **Macartismo**. Acesso em: 25 fev. 2010. Disponível em;  
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Macartismo>.

ANEXO A –INFORMAÇÕES SÓCIO-AMBIENTAIS (BELTRÃO *et al.*, 2008)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**  
**PROJETO DE PESQUISA “CORPO PRESENTE”**  
(MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Brasil Proc. Nº 409794/2006-6)

**FORMULÁRIO DE VISITA DOMICILIAR**

*Informações Sócio-Ambientais*

Entrevistador(a): \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_ , Hora da visita: \_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

1. Nome: \_\_\_\_\_, ID|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
2. Local e data de nascimento \_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
3. Sexo:  Feminino  Masculino  
4. Número da Casa (ID) |\_|\_|\_|\_|\_|, Comunidade \_\_\_\_\_, Localização \_\_\_\_\_  
5. Há quanto tempo mora na comunidade? \_\_\_\_\_  
6. Se você viveu em algum outro lugar antes, onde foi? \_\_\_\_\_

**DADOS SOCIOECONOMICOS:**

7. Qual o seu nível de escolaridade? a.  Alfabetizado b.  Ensino Fundamental incompleto  
c.  Ensino Fundamental completo d.  Ensino Médio incompleto e.  Ensino Médio completo  
f.  Ensino Superior incompleto g.  Ensino Superior completo  
8. Tem criança (residente na casa) em idade escolar fora da Escola?  S  N Em caso positivo, qual o motivo?  
\_\_\_\_\_
9. Tem jovem (residente na casa) em idade escolar fora da escola?  S  N Em caso positivo, qual o motivo?  
\_\_\_\_\_

**10. Quais as principais ocupações dos adultos desta casa?**

Mãe \_\_\_\_\_, Pai \_\_\_\_\_  
Filho(a) \_\_\_\_\_, Filho(a) \_\_\_\_\_  
Outro \_\_\_\_\_, Outro \_\_\_\_\_

**11. A renda familiar estimada por mês nesta casa é?**

|  |  |
|--|--|
| a. <input type="checkbox"/> Menos de \$ 465,00                             | e. <input type="checkbox"/> \$ 931,00 - \$ 1.395,00 (até 3 salários mínimos)   |
| b. <input type="checkbox"/> \$ 465,00 (salário mínimo)                     | f. <input type="checkbox"/> \$ 1.396,00 - \$ 1.860,00 (até 4 salários mínimos) |
| c. <input type="checkbox"/> \$ 465,00 - \$ 697,50 (até 1,5 salário mínimo) | g. <input type="checkbox"/> \$ 1.861,00 - \$ 2.325,00 (até 5 salários mínimos) |
| d. <input type="checkbox"/> \$ 697,50 - \$ 930,00 (até 2 salários mínimos) | h. <input type="checkbox"/> mais de \$ 2.325,00 (mais de 5 salários mínimos)   |

**12. Qual (is) a (s) atividade (s) econômica(s) base da renda da familiar?**

- a.  Extrativismo b.  Lavoura/Roça c.  Pesca d.  Criação pequenos animais e.  Artesanato  
f.  Outra Descreva \_\_\_\_\_

13. A família recebe algum auxílio do Governo (Bolsa Família, etc)?  S  N Qual(is)? \_\_\_\_\_

14. Quais tipos de serviços de saúde estão disponíveis nesta comunidade? \_\_\_\_\_

15. Morreu alguém desta casa nos últimos cinco anos?  S  N Quantas pessoas?

16. Liste as idades e causas de morte

17. Qual a sua religião? a.  católica b.  evangélica c.  outra Qual? \_\_\_\_\_

18. Você participa da Associação e atividades comunitárias?  S  N

#### DADOS SOBRE A MORADIA:

19. A casa é feita de?  Madeira  Tijolo  Taipa  Palha  Outro Descreva:

20. O piso é de?  Cimento  Chão batido  Madeira  Outro Descreva:

21. O teto é de?  Telha de barro  Brasilit  Palha  Zinco  Outro  
 Descreva: \_\_\_\_\_

22. Número total de cômodos na casa

23. Quantas pessoas vivem nesta casa permanentemente?  Quem são eles?  
 \_\_\_\_\_ (Use atrás se necessário) \_\_\_\_\_

24. A casa tem: Cozinha interna?  S  N Banheiro Interno?  S  N Sanitário?  
 S  N

25. Caso fora, dê a localização do banheiro \_\_\_\_\_, Sanitário

26. Descreva o banheiro e sanitário \_\_\_\_\_

27. Há quanto tempo você vive nesta casa? \_\_\_\_\_

28. Esta casa tem: Rádio?  S  N, TV?  S  N, Geladeira?  S  N

Eletricidade?  S  N, Fogão?  S  N, este é a: ( ) gás ( ) lenha ( ) outro

Celular?  S  N, Aparelho de som?  S  N, Canoa?  S  N,

Barco?  S  N, Moto?  S  N, Bicicleta? ( ) S ( ) N, Motor?  S  N,

Outros (descreva) \_\_\_\_\_

#### SANEAMENTO BÁSICO:

29. De onde vem a água para beber? \_\_\_\_\_

30. De onde vem a água para uso doméstico (cozinhar, lavar louças, etc.)? a.  Rio e/ou Igarapé

b.  Poço aberto c.  Poço fechado/bomba (tipo) \_\_\_\_\_, d.  Encanamento

e.  Outro Descreva: \_\_\_\_\_

31. A água de beber recebe algum tratamento?  S  N Qual?

32. Qual o destino do esgoto caseiro? a.  Rio e/ou Igarapé b.  céu aberto c.  Fossa  
 Descreva \_\_\_\_\_ d.  Outro  
 Descreva \_\_\_\_\_

33. O escoadouro do banheiro ou sanitário é ligado a? a.  Rede de esgoto b.  Fossa  
 Descreva \_\_\_\_\_ c.  Rio e/ou Igarapé d.  Outro  
 Descreva \_\_\_\_\_

34. Qual o destino do lixo? a.  Queimado/na propriedade b.  Enterrado/na propriedade  
 c.  Jogado no mato d.  Jogado no Rio/Igarapé e.  Outro  
 Descreva \_\_\_\_\_

A pessoa entrevistada ou guardião foi informado sobre a pesquisa e concordou em participar \_\_\_\_\_

ANEXO B – ROTEIRO DE EXAME FÍSICO (BELTRÃO *et al.*, 2008)

## UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

## PROJETO DE PESQUISA CORPO PRESENTE

(MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Brasil Proc. N° 409794/2006-6)

**FORMULÁRIO DE EXAME FÍSICO**

(Data \_\_/\_\_/\_\_ Hora: \_\_: \_\_)

1. Nome: \_\_\_\_\_, ID|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|
  2. História Clínica Progressiva (doenças crônicas, alergias, acidentes, hospitalizações, malformações). \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  3. Fuma?  Sim,  Não. Caso sim, quantos cigarros por dia? \_\_\_\_\_
  4. Bebe?  Sim,  Não. Caso sim, aproximadamente quanto por semana? \_\_\_\_\_
  5. Vacinação: BCG \_\_\_(S/N), Pólio \_\_\_(S/N), Tríplice \_\_\_(S/N), F. Amarela \_\_\_(S/N),  
Sarampo \_\_\_(S/N), Anti-tetânica \_\_\_(S/N), Outra \_\_\_\_\_
  6. Aspecto Geral e postura \_\_\_\_\_
  7. Status Nutricional \_\_\_\_\_
  8. Temperatura Oral (°C) |\_|\_|\_|. |\_|
  9. Pulso (1 min.) |\_|\_|\_|\_|
  10. Ritmo Cardíaco \_\_\_\_\_
  11. Respiração \_\_\_\_\_
  12. Condição da Pele \_\_\_\_\_
  13. Condição do Cabelo \_\_\_\_\_
  14. Condição dos Olhos \_\_\_\_\_
  15. Condição dos Ouvidos \_\_\_\_\_
  16. Sistema Linfático \_\_\_\_\_
  17. Sistema Respiratório \_\_\_\_\_
  18. Sistema Digestivo \_\_\_\_\_
  19. Outras observações \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  20. Glicose (mg/dl) |\_|\_|\_|\_|
  21. Colesterol (dg/ml) |\_|\_|\_|\_|
  22. Pressão arterial \_\_\_\_\_
- Exame feito por: \_\_\_\_\_
- Entrevistada por: \_\_\_\_\_

ANEXO C – GENEALOGIA E ANTROPOMETRIA (BELTRÃO *et al.*, 2008)  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ

**PROJETO DE PESQUISA CORPO PRESENTE**

(MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Brasil Proc. N° 409794/2006-6)

**FORMULÁRIO DE DADOS DA GENEALOGIA E ANTROPOMETRIA**

1. N. da casa (ID) |\_|\_|\_|, Comunidade \_\_\_\_\_, Localização \_\_\_\_\_, Data  
\_/\_/\_\_\_
2. Nome: \_\_\_\_\_, ID|\_|\_|\_|
3. Local e data de nascimento \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. Sexo 0. \_\_\_\_ Feminino, 1. \_\_\_\_ Masculino, 5. Idade |\_|\_| anos
6. Nome e ID do pai \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|
7. Local de nascimento do pai \_\_\_\_\_
8. Nome e ID do avô paterno \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|
9. Nome e ID da avó paterna \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|
10. Nome e ID da mãe \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|
11. Local de nascimento da mãe \_\_\_\_\_
12. Nome e ID do avô materno \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|
13. Nome e ID da avó materna \_\_\_\_\_|\_|\_|\_|\_|
14. Local de residência \_\_\_\_\_
15. Estado civil |\_| Solteiro(a), |\_| Vive junto, Casado, |\_| Separado(a), |\_| Viúvo(a)
16. ID do Cônjuge |\_|\_|\_|\_|\_|
17. Número irmãos e irmãs vivos |\_|\_|
18. Número irmãos e irmãs gêmeos |\_|\_|
19. Número de filhos |\_|\_|, e filhas |\_|\_|
20. Altura (mm) |\_|\_|\_|\_|
21. Peso (kg) |\_|\_|\_|
22. Circunferência do braço (cm) |\_|\_|\_|
23. Dobra cutânea do tríceps (mm) |\_|\_|\_|
24. Dobra cutânea subscapular (mm) |\_|\_|\_|
25. Dobra cutânea suprailíaca (mm) |\_|\_|\_|
26. Dobra da perna (mm) |\_|\_|\_|
27. Circunferência da perna (cm) |\_|\_|\_|
28. Circunferência da cintura (cm) |\_|\_|\_|
29. Circunferência do quadril (cm) |\_|\_|\_|

A pessoa entrevistada ou guardião foi informado sobre o projeto e concordou em participar \_\_\_\_\_

ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (BELTRÃO *et al.*, 2008)

**Corpo presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas** (MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT, Brasil Proc. N° 409794/2006-6).

Responsável pelo Projeto: Profa. Jane Felipe Beltrão

Endereço para contato: Departamento de Antropologia (DEAN/UFPA), Tel/fax: 91 3201 8024; e-mail: [jane@ufpa.br](mailto:jane@ufpa.br).

Comitê de Ética em Pesquisa, CCS/UFPA. Complexo de Salas de Aula/CCS – Sala 13, Campus Universitário, No. 1, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará, Tel/fax: 91 3201 8028, e-mail: [cepccs@ufpa.br](mailto:cepccs@ufpa.br)

Consentimento Livre e Esclarecido para Participar de Projeto de Pesquisa

Você e sua família estão sendo convidados a participar de um projeto de pesquisa. É importante que você entenda o significado deste projeto para decidir se você deseja ou não participar. Eu vou descrever para você os objetivos da pesquisa, como ela será feita e qual é a parte da sua família no projeto. Você deve perguntar e esclarecer qualquer dúvida que tenha. Se você tiver perguntas depois que o projeto for iniciado, por favor, não deixe de nos informar. Os membros de nossa equipe têm a obrigação de lhe responder. A sua participação no projeto é voluntária e você pode deixar de participar, sem qualquer prejuízo, a qualquer momento que queira.

Objetivos do Estudo: Estamos conduzindo um estudo sobre saúde, doença e cultura nas pessoas da sua comunidade. Você e sua família foram selecionados para participar deste estudo. O objetivo da pesquisa é buscar informações sobre o estado de saúde e nutrição de crianças, adolescentes e adultos de várias comunidades como a sua e como vocês reconhecem e lidam com algumas questões de saúde e doença. Desta forma será possível entender melhor a situação de todas as populações quilombolas que vivem nesta região.

Procedimentos: Todo o trabalho deve demorar aproximadamente meia hora por pessoa. Pedimos a participação de todas as pessoas da casa. Primeiramente nós iremos pesar, medir a altura, verificar a pressão arterial e fazer algumas outras medidas de cada participante para determinar a situação de nutrição e saúde de vocês. Depois um exame geral individual será feito por um médico, e então faremos algumas perguntas sobre o histórico de vida, doenças passadas e hábitos de alimentação das pessoas da casa. Se possível, em algumas pessoas será feita uma pequena coleta de sangue para a medição dos níveis de “açúcar”, “ferro”, “gordura” e análises genéticas. Finalmente pediremos a alguns membros da casa que respondam algumas questões sobre aspectos culturais, sociais e econômicos das pessoas que moram nesta casa. Se possível, também deixaremos vasilhas para coleta de fezes e depois passaremos para pegá-las para exame de parasitas intestinais. Nós gostaríamos de lhe pedir permissão para conduzir esta pesquisa na sua casa, com os seus familiares. Todos os exames serão gratuitos.

Riscos e Desconfortos - Este projeto não apresenta nenhum grande risco para a sua saúde ou de suas crianças. As medidas e exames não doem, apenas a coleta de sangue causa um pouco de desconforto. A sua informação individual e a de sua família será mantida absolutamente confidencial. Apenas os membros do projeto terão acesso a estas informações.

Benefícios - Os benefícios potenciais para os participantes são a identificação de possíveis problemas de saúde como pressão alta e outras doenças. Qualquer problema identificado será relatado a você para que tome as devidas providências. Quando possível nós tentaremos ajudar na resolução do problema. Além disso, a participação desta casa nos ajudará a entender melhor como as pessoas da comunidade estão vivendo e como está a sua saúde em geral. Ao final do projeto, os resultados das informações coletadas serão publicadas como material científico e também repassados à comunidade e aos órgãos e instituições trabalhando com saúde nesta área, para que vocês e eles possam desenhar programas de saúde mais apropriados para as suas necessidades.

Você concorda/autoriza a participar do projeto? Caso positivo, por favor, assine ou marque abaixo.

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Local: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(participante ou responsável)

**ANEXO E – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA**

Universidade Federal do Pará

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS DO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ**

Carta: 045/07 CEP-CCS/UFPA

Belém, 24 de abril de 2007.

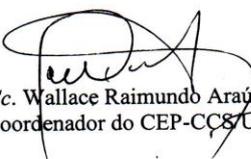
A: Profª. Jane Felipe Beltrão.

Senhora Pesquisadora,

Temos a satisfação de informar que seu projeto de pesquisa intitulado: “Corpo presente: representações de saúde entre quilombolas e políticas públicas”, sob o protocolo nº 060/07 CEP-CCS/UFPA, foi apreciado e aprovado em ata na reunião do dia 12 de abril de 2007.

Assim, Vossa Senhoria tem o compromisso de entregar o relatório do mesmo até o dia 30 de dezembro de 2007, no CEP-CCS/UFPA, situado no Campus Universitário do Guamá, Campus profissional, no Complexo de sala de aula do CCS – sala 13 (Altos).

Atenciosamente,



Prof. M. Sc. Wallace Raimundo Araújo dos Santos  
Coordenador do CEP-CCS/UFPA

Prof. M.Sc. Wallace Raimundo A. dos Santos  
Coordenador do CEP-CCS/UFPA

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará  
(CEP-CCS/UFPA) - Complexo de Sala de Aula/ CCS - Sala 13 - Campus Universitário do Guamá, nº 01, Guamá -  
CEP: 66075-110 - Belém-Pará. Tel./Fax. 3201-8028/3201-7735 E-mail: cepccs@ufpa.br

*Recebido em  
4/5/07*