

Obesidade central e fatores associados em Quilombo do Alto Sertão Baiano, Brasil

AUTORES:

Ricardo Franklin de F Mussi¹
 Angelo Maurício de Amorim¹
 Claudio Bispo de Almeida¹
 Edio Luiz Petróski¹

¹ Universidade do Estado da Bahia, Bahia, Brasil.

<https://doi.org/10.5628/RPCD.18.01.13>

PLAVRAS CHAVE:

Grupo com ancestrais do continente Africano.
 Obesidade abdominal. Antropometria.
 Estudos transversais.

SUBMISSÃO: 4 de Fevereiro de 2016

ACEITAÇÃO: 26 de Abril de 2018

RESUMO

A obesidade central representa importante risco à saúde de maneira isolada ou devido as comorbidades associadas, possivelmente com implicações mais graves em grupos populacionais específicos. O objetivo desta investigação foi identificar fatores sociodemográficos e comportamentais associados à obesidade central, como risco à saúde, em quilombolas do alto sertão baiano. Tratou-se de um estudo seccional com 112 adultos quilombolas participantes. Foram coletadas informações sociodemográficas e do estilo de vida, além da circunferência da cintura. As diferenças das médias foram determinadas pelo teste t para uma amostra e para amostras independentes. As associações foram verificadas pelo teste de qui-quadrado ou pelo teste exato de Fisher. A amostra apresentou maioria feminina (55.4%) e importante prevalência de obesidade central (25.9%). Não foi encontrada diferença entre as médias das circunferências da cintura segundo os sexos ($p > .05$). A circunferência da cintura feminina foi significativamente superior ao valor discriminante de risco à saúde ($p < .05$). Os homens, os praticantes de atividade física no tempo livre e aqueles com companheiro(a) se associaram com menores circunferência da cintura ($p < .05$). Então, ser mulher, insuficientemente ativo(a) no tempo livre e não ter companheiro(a) aumenta a probabilidade de presença de obesidade central, com elevação do risco para manutenção da saúde, nos quilombolas participantes do estudo.

Correspondência: Ricardo Franklin de Freitas Mussi. Departamento de Ciências Humanas, Universidade do Estado da Bahia, Rua J. J. Seabra nº 158, Bairro Estação, Jacobina, Bahia, CEP 44700-000. telefax: (74)3621-3337. e-mail: rimussi@yahoo.com.br.

do que tem vindo a fazer em certos casos ao longo da sua vida, numa ou noutra situação publique textos em inglês, francês ou castelhano, assim a sua relevância o fundamente.

Do mesmo modo, não tenciona a RPCD alterar a sua política de rever e publicar graciosamente os artigos e contribuições de todos os que a privilegiam com o seu interesse e preferência, pese embora os custos a isso associados. Conforme bem sabemos, vivemos tempos difíceis e a ciência e a academia não são imunes a eles, assistindo-se atualmente a uma situação profundamente injusta e com claras implicações negativas no progresso do conhecimento, razão pela qual, estando a RPCD consciente disso mesmo, entende dever contribuir para a sua minimização.

Na verdade, independentemente dos custos crescentes que a investigação exige, cada vez são menos as agências de financiamento e os recursos disponíveis para a suportar, designadamente quando esta se realiza em áreas tradicionalmente desvalorizadas, como é, em grande medida, a das Ciências do Desporto. Complementarmente, as instituições em que a maior parte dos (para não dizer, praticamente todos os) investigadores da área das Ciências do Desporto desenvolvem a sua atividade não têm os recursos necessários e suficientes para os apoiar neste domínio, sem prejuízo de reconhecerem a sua importância e de também dela beneficiarem em termos institucionais.

Ao invés, porém, cada vez mais as publicações em revistas científicas são determinantes para efeitos de avaliação de desempenho, progressão profissional, ou mesmo obtenção de graus académicos, como seja o de Doutor, circunstância que tem vindo a promover que a maior parte das revistas tenha decidido, e conseguido, imputar aos autores o pagamento de verbas que arquem com os custos associados aos processos de revisão e publicação dos seus artigos, as quais, em muitos casos, extravasam o admissível, constituindo-se claramente como um negócio.

É, pois, neste contexto que a RPCD entende não alterar a sua política de não cobrar para rever e publicar os artigos que lhe são submetidos, procurando, em alternativa, socorrer-se do apoio, permanente e indispensável, que lhe é assegurado pela FADEUP, mas também por outros parceiros, como sejam, por exemplo, o Comité Olímpico de Portugal e, mais recentemente, o Conselho Regional de Educação Física da 6ª Região – Minas Gerais – (CREF6/MG).

Estamos convictos de que, com estes apoios, que publicamente se reconhecem e agradecemos, será possível continuar a não aumentar ainda mais as dificuldades com as quais os investigadores da nossa área já são confrontados para divulgarem o que vão investigando, em particular os mais jovens e com acesso a menos recursos para este fim, contribuindo assim para a preparação e consolidação da formação das novas gerações de pesquisadores e para o progresso do conhecimento na nossa área do conhecimento. No mesmo sentido, estão igualmente sensibilizados e empenhados todos os que colaboram com a RPCD nas diferentes fases de receção, revisão, melhoramento e publicação dos manuscritos que nos são confiados.

Em conformidade, estamos conscientes de que, apesar de esta nova etapa não se configurar como menos difícil do que as anteriores, a RPCD estará preparada para as responsabilidades que assumiu e que todos lhe exigimos, assim todos contribuamos igualmente para tal...

Central obesity and associated factors in Quilombo do Alto Sertão, Bahia State, Brazil

ABSTRACT

Central obesity is an important health risk in isolation or due to its associated comorbidities, possibly with more serious implications for specific population groups. A sectional study with 112 adult Quilombola participants aimed to identify sociodemographic and behavioral factors associated with central obesity in the Quilombo do Alto Sertão of Bahia State-Brazil. Sociodemographic and lifestyle information, as well as the measure of waist circumference, were collected. The average differences were determined using one sample and independent samples t-test. Associations were verified using the chi-square test or Fisher's exact test. The sample was mainly female (55.4%) and there was a significant prevalence of central obesity (25.9%). There was no difference in waist circumference between the sexes ($p > .05$) and the female waist circumference was significantly higher than the discriminant value of health risk ($p < .05$). Male subjects, participants who were physically active during leisure time, and those with a partner possessed lower waist circumferences ($p < .05$). Thus, being a woman, insufficiently active during free time and not having a partner may increase the probability of central obesity in the Quilombolas participants of this study.

KEYWORDS:

African Continental ancestry group. Obesity abdominal.
Anthropometry. Cross-sectional studies.

INTRODUÇÃO

Diante da recorrente interação entre fatores biológicos e culturais ao longo da história a obesidade tornou-se a principal desordem nutricional da humanidade, assumindo o status de epidemia global. Essa moléstia figura entre as principais responsáveis pela carga mundial de adoecimento, estimando-se que promoverá 25 milhões de mortes no ano de 2030 (*World Health Organization* [WHO], 2012), incidindo em todas as classes socioeconômicas e regiões mundiais, afetando os diferentes grupos étnicos, e acentuadas pelo processo de urbanização e hereditariedade.

A obesidade representa importante fator associado à elevada utilização dos serviços de saúde (Twells, Bridger, Knight, Alaghebandan, & Barrett, 2012), ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e seus agravos (Adams et al., 2014; Boggs et al., 2011). Essa situação eleva importante os custos em saúde mundiais e a possibilidade de morte precoce.

A magnitude e localização da gordura corporal excedente reverberam negativamente na saúde do indivíduo (WHO, 2012). Mais que uma questão estética, o excesso de gordura corporal, principalmente a centralizada, afeta negativamente a fisiologia metabólica do acometido. A circunferência de cintura (CC) é um dos principais métodos para discriminação da obesidade visceral (Menezes, Rocha, Belém, & Pedraza, 2014; Pitanga, 2011).

A obesidade central é fator associado ao risco e presença de DCNT e agravos à saúde (Boggs et al., 2011; Jacobs, 2010; Linhares, Horta, Gigante, Dias-da-Costa, & Olinto, 2012; Menezes et al., 2012; Tomasi et al., 2014; WHO, 2011). Contudo, pouco se sabe sobre sua ocorrência na população negra, como a população Quilombola (Soares & Barreto, 2014), apesar do reconhecimento de que algumas doenças estão relacionadas a questões étnicas (Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2001)⁶ e dos dados iniciais apontarem fatores antropométricos desfavoráveis para grupos negros (Ferreira et al., 2013).

As comunidades quilombolas são definidas por autoatribuição, constituídas por grupos étnico-raciais, com trajetória histórica e cultural própria, relação territorial e entre as pessoas, com ancestralidade negra (Decreto no 4887 de 20 de novembro, do Ministério da Cultura, Ministério do Desenvolvimento Agrário e Casa Civil da Presidência da República, Brasil, 2003), com importante papel nas lutas de resistência contra a opressão contrária aos povos afrodescendentes. Parcela importante dos negros brasileiros residem em quilombos contemporâneos (Leite, 2008), sem obrigatoriedade de origem nos negros fugidos durante a escravidão. A Região Nordeste conta com o maior número de comunidades quilombolas certificadas (Fundação Palmares, 2014).

Frente a discrepância quanto aos fatores sociodemográficos associados ou predisponentes à obesidade central (Menezes et al., 2011; Pitanga, 2011; Siqueira, Souza, Mesas, Santos, & Bortoletto, 2015) é difícil a identificação de grupos mais expostos e a implementação de ações preventivas ou de combate aos seus agravos. Nesse sentido, esse estudo objetiva identificar fatores sociodemográficos e comportamentais associados à obesidade central em comunidade quilombola baiana.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Este é um estudo seccional, recorte da investigação intitulada “Comunidades Negras Quilombolas Baianas: Antropometria aumentada e atividades físicas reduzidas como fatores de risco à saúde” previamente autorizado pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana (protocolo nº 158/ 2011), com coleta realizada na comunidade quilombola de Tomé Nunes, nos meses de outubro e novembro de 2012.

O município de Malhada, na região sudoeste da Bahia, Nordeste brasileiro, tinha, em 2012, uma população estimada em 16058 habitantes e um desenvolvimento humano médio (IDH = .562) (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014). Tomé Nunes está localizada a 12 Km do perímetro urbano de Malhada, na zona rural, à margem direita do Rio São Francisco, com acesso por estrada vicinal não asfáltica, eminentemente ruralista e baseada na economia de subsistência, reconhecida como remanescente quilombola pela Fundação Cultural Palmares (Fundação Palmares, 2014).

Conforme dados do serviço comunitário de saúde, a população adulta (≥ 18 anos) de Tomé Nunes totalizava, no ato da coleta, 201 adultos. A amostra mínima de 109 indivíduos foi determinada pela prevalência de 15% de obesidade na população brasileira (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2011), erro amostral de cinco pontos percentuais e nível de confiança de 95%, corrigida para população finita, com acréscimo de 10% para perdas e recusas, por meio de seleção aleatória simples, a partir da listagem do serviço comunitário de saúde. Foram excluídos da amostra gestantes ou nutrízes, amputados, pessoas com restrição de locomoção independente e aqueles que não aceitassem participar.

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Para autorização de visitação para as coletas de dados foi realizado contato com a associação de moradores. Durante as visitas, foi realizada leitura do termo de consentimento livre e esclarecido contendo informações da pesquisa, assinado pelos alfabetizados, ou contendo a impressão da digital do polegar e assinatura de responsável, pelos analfabetos. Então, foi aplicado questionário estruturado (questões sociodemográficas, comportamento de atividades físicas), por entrevistadores com graduação capacitados, e executadas as medidas antropométricas pelo pesquisador responsável, ambas em único momento.

A variável dependente é a CC, categorizada em risco reduzido à saúde quando < 80 cm para mulheres e < 94 cm para homens, com o inverso indicando o avaliado com risco aumentado à saúde (WHO, 2000). A CC foi mensurada no menor perímetro abdominal ou no ponto médio entre a crista ilíaca e a última costela após expiração normal (WHO, 2000), com fita metálica e inelástica Sanny, modelo SN-4010, de dois metros de comprimento por meio centímetro de largura e precisão de 0.1 centímetros. Foi solicitado que o participante

em pé elevasse a camisa acima à região da última costela, com os braços cruzados da região peitoral e mãos apoiadas nos ombros. As variáveis independentes são: idade (categorizada pela mediana, 39 anos, em mais novos e mais velhos); sexo (masculino e feminino); escolaridade (analfabetos e alfabetizados); estado civil (com ou sem companheiro); situação profissional (trabalha ou não trabalha) tabagismo (sim ou não); atividade física de tempo livre (suficientemente ativos ≥ 150 minutos de atividades físicas leves ou moderadas de lazer ou ≥ 75 minutos de atividades físicas intensas; insuficientemente ativos em situação inversa (Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil, 2011).

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise inicial empregou estatística descritiva para as variáveis quantitativas (idade e CC) apresentou média, desvio-padrão, mediana, valores mínimos e máximos e intervalo de confiança para 95%; para as variáveis qualitativas (sexo, consumo de bebida, tabagismo, escolaridade, situação profissional, estado civil, atividade física de tempo livre) foram consideradas as frequências absolutas e percentuais. Foi verificada normalidade na distribuição dos dados pelo teste de Kolmogorov-Smirnov, que indicou a utilização de estatística paramétrica na análise ($p > .05$). O teste t para uma amostra foi então utilizado para comparar as médias da amostra com um valor de referência (Barros, 2012), nesse caso a CC segundo os sexos, com ponto de corte da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000). Também foi utilizado o teste t para amostra independentes (comparando as médias da CC masculina e feminina) e o teste de associação (qui-quadrado ou exato de Fisher) entre a variável dependente e as variáveis independentes. Em todas as análises foi considerada significância estatística de $p < .05$.

RESULTADOS

A amostra de adultos quilombolas participante dessa investigação apresentou 42.1 ± 18.5 anos de idade, sendo a maioria mulheres (55.4%), de raça/ cor preta (63.4%), com companheiro conjugal (63.4%), alfabetizados (89.3%), trabalhando fora (66.1%), bebendo (58%), não fumando (67%), insuficientemente ativos no tempo livre (69.6%) e com importante prevalência de obesidade central (25.9%).

A CC apresentou distribuição normal na amostra, assim como estratificada pelos sexos ($p = .200$). Entre os homens ($n = 50$), a CC apresentou média de 75.5 ± 6.9 cm (IC: 73.8 5.3; 77.5 ± 8.2 cm), 18.5 cm menor que o ponto de corte para discriminação do risco à saúde da Organização Mundial de Saúde (Volochko & Batista, 2009) ($p < .001$), não ocorrendo ao acaso (IC: 20.4; 16.5 cm). Já no grupo feminino ($n = 62$) a média foi de 78.3 ± 11.1 cm (IC: 75.4 ± 9.2 ; 81.2 ± 12.9 cm), 1.7 cm menor que o ponto de corte para discriminação do

risco à saúde da Organização Mundial de Saúde ($p > .05$; IC: -4.5; 1.2 cm). Não foi identificada diferença significativa nas médias de CC segundo os sexos ($p > .05$).

As análises de associação (QUADRO 1) demonstraram que ser do sexo feminino ($p < .01$), não manter relacionamento conjugal ($p < .01$) e ser insuficientemente ativo no tempo livre ($p < .01$) elevavam a probabilidade do adulto quilombola participante do estudo apresentar prejuízo a saúde pelo acúmulo de gordura central. Em outro sentido, pertencer a diferentes grupos etários ($p = .743$), níveis educacionais ($p = .377$), situações profissionais ($p = .942$) e ter comportamento tabagista ($p = .790$) não se associaram com a obesidade central na amostra quilombola.

Não ocorreu “controle estatístico de outras variáveis” e não ficou claro se as probabilidades encontradas se referiam as comparações entre “risco” e “não-risco”, ou entre as variáveis demográficas, dicotomizadas em apenas dois itens (QUADRO 1).

QUADRO 1. Associação entre CC e fatores sociodemográficos em amostra de adultos quilombolas da comunidade de Tomé Nunes, Malhada, Bahia, Brasil, 2012 (N = 112)

INDICADORES	OBESIDADE CENTRAL		p-valor ¹
	NÃO-RISCO (%)	RISCO (%)	
SEXO			
Feminino	33 (53.2%)	29 (46.8%)	< .000*
Masculino	50 (100%)	0 (0.0%)	
GRUPO ETÁRIO			
Mais novos	43 (75.4%)	14 (24.6%)	.743**
Mais velhos	40 (72.7%)	15 (27.3%)	
SITUAÇÃO CONJUGAL			
Com companheiro	46 (64.8%)	25 (35.2%)	.002*
Sem companheiro	37 (90.2%)	4 (3.6%)	
NÍVEL EDUCACIONAL			
Alfabetizado	75 (75%)	25 (25%)	.377*
Analfabeto	8 (66.7%)	4 (9.8%)	
SITUAÇÃO PROFISSIONAL			
Trabalha	55 (74.3%)	19 (25.7%)	.942**
Não trabalha	28 (73.7%)	10 (26.3%)	
AFTL			
Insuficientemente ativo	52 (66.7%)	26 (33.3%)	.004**
Suficientemente ativo	31 (91.2%)	3 (8.8%)	
TABAGISMO			
Fuma	25 (73.5%)	9 (26.5%)	.927**
Não fuma	58 (74.4%)	20 (25.6%)	

* Teste exato de Fisher; ** Teste qui-quadrado de Pearson

DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo indicam risco aumentado à saúde, pela obesidade central, em um quarto dos adultos quilombolas. Este fator estava associado com o sexo feminino, atividade física nos tempos livres insuficiente e não ter companheiro(a) conjugal. Ainda se ressalta a elevada presença de atividade física nos tempos livres insuficiente relatada por sete décimos dos entrevistados. Esses indicativos são preocupantes, visto que, a alta presença da obesidade central e a diminuta prática de atividade física são importantes problemas para a saúde pública, devido às suas associações com DCNT em idades cada vez mais precoces (Flegal, Graubard, Williamson, & Gail, 2007).

Porém, é importante salientar que as informações antropométricas em quilombolas são restritas o que dificulta a comparação entre resultados. Neste sentido, ainda é bastante frágil a discussão quanto à capacidade discriminatória de desfechos desfavoráveis à saúde nessas populações (Menezes et al., 2014).

A presente investigação não encontrou diferença na CC média entre os sexos. Esse resultado parece preocupante, visto que a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2000) compreende a clara diferenciação, maior para os homens, ao estabelecer seus pontos de corte para definição de obesidade central. Contrariando os achados da presente investigação, uma pesquisa com adultos baianos, predominantemente negros, encontrou uma CC masculina significativamente maior (Haun, Pitanga, & Lessa, 2009), enquanto uma pesquisa africana corrobora com esta pesquisa (Motala, Esterhuizen, Pirie, & Omar, 2011). Quanto às mulheres, um amplo levantamento com negras estadunidenses encontrou valores médios de CC de 80.8 ± 12.4 cm (Boggs et al., 2011), similares ao das negras desta investigação. No entanto, pesquisas com mulheres africanas pobres mostraram média CC de 93.5 ± 14.5 cm (Jafri, Jabari, Dahhak, Saile, & Derouiche, 2013), e em moradoras de área rural os valores médios eram de 86.0 ± 13.4 cm (Motala et al., 2011), valores importantemente superiores aos desta investigação. Neste sentido, ressalta-se que maiores CC se associam com maior risco de morte (Jacobs et al., 2010), inclusive em mulheres negras (Boggs et al., 2011).

A prevalência de obesidade central em Tomé Nunes (25.9%) era menor que a metade da encontrada em população predominantemente negra de município baiano (62.2%) (Oliveira, Silva, Bernardino, Oliveira, & Barreto Neto, 2015). Além disso, também era inferior aos 34.8% determinados em estudo de porte nacional brasileiro (Tomasí et al., 2014), aos 51.4% numa amostra predominantemente branca (Leite, 2008), e aos 41% encontrados em adultos estadunidenses brancos e negros (Reis et al., 2013). Essas diferenças demonstram que apesar da presença de transformações socioeconômicas e culturais nas comunidades quilombolas, com reflexos em seus costumes (e.g., alimentar), negativos à saúde (Soares & Barreto, 2014), algumas comunidades, como a investigada, ainda apresentavam indicadores menos desfavoráveis que os indicativos da população geral e/ ou com características similares.

A grande diferença de prevalência da obesidade central entre os sexos desta investigação era similar à encontrada em população de município negro baiano (76.9% entre mulheres e 32.9% entre homens) (Oliveira et al., 2015). Neste sentido, é possível que variações hormonais femininas atuem positivamente para o acúmulo de gordura corporal nesse grupo (Franklin, Ploutz-Snyder, & Kanaley, 2009).

Por outro lado, a prevalência de obesidade central nas mulheres desse estudo era inferior aos 53.5% das quilombolas alagoanas (Ferreira et al., 2013), aos 55.5% de brasileiras de diferentes regiões geopolíticas e zona de residência (Ministério da Saúde, Brasil, 2009), e aos 62.4% (Motala et al., 2011) de mulheres africanas de comunidade rural, ou 67% de mulheres pobres (Jafri et al., 2013). A obesidade central no grupo feminino de Tomé Nunes também pode ser, parcialmente, explicada por questões profissionais. A principal atividade laboral desenvolvida pelos adultos de Tomé Nunes é a agropecuária de subsistência (Mussi, Mussi, Bahia, & Amorim, 2015) e o agricultor quilombola, eminentemente masculino, exerce um trabalho fisicamente intenso, com baixo apoio tecnológico e, portanto, com alto dispêndio energético, dificultando a obesidade (Volocho & Batista, 2009). Independente das diferenças encontradas com outras pesquisas, a prevalência de obesidade central presente nas mulheres quilombolas de Tomé Nunes demanda atenção da saúde pública, visto que o excesso de gordura corporal na região central do corpo associa-se com DCNT e mortalidade por causas evitáveis (Boggs et al., 2011).

Uma investigação nas cinco regiões brasileiras encontrou 82.5% de pessoas com insuficiente atividade física de tempos livres, e ainda demonstrou que a associação entre CC aumentada e atividade física de tempos livres insuficiente eleva a probabilidade de internações hospitalares (Tomasi et al., 2014). Estima-se que 70% da população apresente baixo nível de atividade física (Dumith, 2009), o que a torna esta uma importante epidemia. A insuficiência de atividade física de tempos livres encontrada nos quilombolas do alto sertão baiano é bastante inferior aos 86.9% apresentados em estudo com quilombolas da região do Sudoeste da Bahia (Bezerra, Andrade, Cesar, & Caiassa, 2015), mas próxima aos 63.9% descritos para quilombolas mineiros (Oliveira, Pereira, Guimarães, & Caldeira, 2015).

Por último, refira-se que, diferente da associação da obesidade central com a ausência de companheiro conjugal desta pesquisa, um estudo populacional predominantemente negro baiano não verificou associação entre estas variáveis (Oliveira et al., 2015).

Algumas limitações estão presentes nesse estudo. Inicialmente cita-se o restrito poder analítico dos estudos com desenho transversal, que não permite determinar a relação de causalidade entre as variáveis. A utilização da CC enquanto medida duplamente indireta pode ser outra limitação, mas é uma técnica reconhecidamente capaz de identificar o excesso de gordura na região abdominal amplamente utilizada em estudos epidemiológicos (Martins & Marinho, 2003; Pohl et al., 2018). Além disso, o antropometrista era capacitado e experiente e foi adotada padronização no processo de mensuração. Poderia também ser apontada a

possível falta de sensibilidade e especificidade do ponto de corte da CC para a população quilombola, mas não foram encontrados estudos ou documentos com informações dessa natureza. Já o diminuto tamanho da amostra resulta da característica presente nestas comunidades (Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Brasil, 2013).

Como principais vantagens deste estudo tem-se a obtenção de informações em grupos com restrita disponibilidade de dados em saúde, distantes dos grandes centros de pesquisa e metropolitanos, residentes em zona rural, negros moradores de região pobre do nordeste brasileiro, que, frente às dificuldades logísticas e de acesso, sofrem negligência dos governantes e das políticas públicas.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa identificou que ser mulher, não manter níveis suficientes de atividade física nos tempos livres e não estar em relacionamento conjugal eram os principais fatores associados com a obesidade central, capazes de afetar negativamente a saúde na comunidade quilombola de Tomé Nunes, Malhada, Bahia, Brasil. O perfil presente na comunidade quilombola pesquisada mostrou um grupo de pessoas marcadamente exposto a diversos fatores de risco à saúde. Entretanto, exigem-se mais e melhores estudos no campo da saúde que considerem os quilombolas como público alvo, permitindo evidenciar suas condições de vida e perfil de risco para manutenção da saúde, e reforçando e embasando políticas públicas para promoção e recuperação da saúde que considerem suas características socioculturais.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Associação de Moradores da Comunidade Quilombola de Tomé Nunes pelo apoio logístico; à Sra. Joanita Dias de Brito, agente comunitária de saúde, pelo apoio durante as visitas.

REFERÊNCIAS

- Adams, K. F., Leitzmann, M. F., Ballard-Barbash, R., Albanes, D., Harris, T. B., Hollenbeck, A., & Kipnis, V. (2014). Body mass and weight change in adults in relation to mortality risk. *American Journal of Epidemiology*, 179(2), 135-44.
- Barros, M. V. G. (2012). *Análise de dados em saúde*. Londrina, Brasil: Midiograf.
- Bezerra, V. M., Andrade, A. C. S., Cesar, C. C., & Caiaffa, W. T. (2015). Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: Estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1213-1224.
- Boggs, D. A., Rosenberg, L., Cozier, Y., Wise, L. A., Coogan, D., Ruiz-Narvaez, R., & Palmer, J. R. (2011). General and abdominal obesity and risk of death among black women. *New England Journal of Medicine*, 365(10), 901-908.
- Decreto no 4887 de 20 de novembro, do Ministério da Cultura, Ministério do Desenvolvimento Agrário e Casa Civil da Presidência da República, Brasil, de 2003. Disponível em http://legislacao.planalto.gov.br/legista/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/DEC%204.887-2003?OpenDocument
- Dumith, S. C. (2009). Physical activity in Brazil: A systematic review. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(3), 415-426.
- Ferreira, H. S., Silva, W. O., Santos, E. A., Bezerra, M. K. A., Silva, B. C. V., & Horta B. L. (2013). Body composition and hypertension: A comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. *Revista de Nutrição*, 26(5), 539-549.
- Flegal, K. M., Graubard, B. I., Williamson, D. F., & Gail, M. H. (2007). Cause-specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. *Journal of the American Medical Association*, 298(17), 2028-2037.
- Franklin, R. M., Ploutz-Snyder, L., & Kanaley, J. A. (2009). Longitudinal changes in abdominal fat distribution with menopause. *Metabolism*, 58(3), 311-315.
- Fundação Palmares (2014). Disponível em <http://www.palmares.gov.br>
- Haun, D. R., Pitanga, F. J. G., & Lessa, I. (2009). Razão cintura/ estatura comparado a outros indicadores antropométricos de obesidade como preditor de risco coronariano elevado. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 55(6), 705-711.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *IBGE cidades*. Disponível em <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/malhada/panorama>
- Jacobs, E. J., Newton, C. C., Wang, Y., Patel, A. V., McCullough, M. L., Campbell, P. T., ... Gapstur, S. M. (2010). Waist circumference and all-cause mortality in a large US cohort. *Archives of Internal Medicine*, 170, 1293-1301.
- Jafri, A., Jabari, M., Dahhak, M., Saile, R., & Derouiche, A. (2013). Obesity and its related factors among women from popular neighborhoods in Casablanca, Morocco. *Ethnicity & Disease*, 23(3), 369-373.
- Leite, I. B. (2008). O projeto político quilombola: Desafios, conquistas e impasses atuais. *Estudos Feministas*, 16(3), 965-977.
- Linhares, R. S., Horta, B. L., Gigante, D. P., Dias-da-Costa, J. S., & Olinto, M. T. A. (2012). Distribuição de obesidade geral e abdominal em adultos de uma cidade no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(3), 438-447.
- Martins, I. S., & Marinho, S. P. (2003). O potencial diagnóstico dos indicadores da obesidade centralizada. *Revista de Saúde Pública*, 37(6), 760-767.
- Menezes, T. N., Rocha, F. L., Belém, P. L. O., & Pedraza, D. F. (2014). Obesidade abdominal: Revisão crítica das técnicas de aferição e dos pontos de corte de indicadores antropométricos adotados no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(6), 1741-1754.
- Ministério da Saúde, Brasil. (2009). *Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher - PNDS 2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf
- Motala, A. A., Esterhuizen, T., Pirie, F. J., & Omar, M. A. (2011). The prevalence of metabolic syndrome and determination of the optimal waist circumference cutoff points in a rural South African Community. *Diabetes Care*, 34, 1032-1037.
- Mussi, R. F. F., Mussi, L. M. P. T., Bahia, C. S., & Amorim, A. M. (2015). Atividades físicas praticadas no tempo livre em comunidade quilombola do alto sertão baiano. *Licere*, 18(1), 157-187.
- Oliveira, L. C., Silva, A. R., Bernardino, A. O., Oliveira, B. L., & Barreto Neto, A. C. (2015). Prevalência de adiposidade abdominal em adultos de São Francisco do Conde, Bahia, Brasil, 2010. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(1), 135-144.
- Oliveira, S. K. M., Pereira, M. M., Guimarães, L. S., & Caldeira, A. P. (2015). Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(9), 2879-2890.
- Pitanga, F. J. G. (2011). Antropometria na avaliação da obesidade abdominal e risco coronariano. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, 13(3), 238-241.
- Pohl, H. H., Arnold, E. F., Dummel, K. L., Cerentini, T. M., Reuter, É.M., & Reckziegel, M. B. (2018). Indicadores antropométricos e fatores de risco cardiovascular em trabalhadores rurais. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 24(1), 64-68.
- Reis, J. P., Loria, C. M., Lewis, C. E., Powell-Wiley, T. M., Wei, G. S., Carr J. J., ... Liu, K. (2013). Association between duration of overall and abdominal obesity beginning in young adulthood and coronary artery calcification in middle age. *Journal of the American Medical Association*, 17(3), 280-288.
- Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Brasil. (2011). *Vigitel Brasil 2010: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_2010.pdf
- Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, Brasil (2001). *Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente*. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde.
- Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, Brasil. (2013). *Relatório de ações realizadas: Ano base 2012*. Brasília, Brasil: Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial.
- Siqueira, D. G. B., Souza, R. K. T., Mesas, A. E., Santos, H. G., & Bortoletto, M. S. S. (2015). Diferenças entre sexos nos determinantes da obesidade abdominal em adultos de 40 anos ou mais: Estudo de base populacional. *Revista de Nutrição*, 28(5), 485-496.
- Soares, D. A., & Barreto, S. M. (2014). Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(2), 341-354.
- Tomasi, E., Nunes, B. P., Thumé, E., Silveira, D. S., Siqueira, F. V., Piccini, R. X., ... Facchini, L. A. (2014). Utilização de serviços de saúde no Brasil: Associação com indicadores de excesso de peso e gordura abdominal. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(7), 1515-1524.
- Twells, L. K., Bridger, T., Knight, J. C., Alaghebandan, R., & Barrett, B. (2012). Obesity predicts primary health care visits: A cohort study. *Population Health Management*, 15(1), 29-36.
- Volochko, A., & Batista, L. E. (2009). *Saúde nos quilombos*. São Paulo, Brasil: Instituto de Saúde, Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation* (WHO Technical Report Series, 894). Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_894.pdf
- World Health Organization. (2011). *Noncommunicable diseases country profiles 2011*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles_report.pdf
- World Health Organization. (2012). *World Health Statistics: 2012*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf