

Estilo de vida, morbidades e multimorbidade em Quilombolas adultos

Ingred Laíla da Silva Almeida¹, Saul Ricardo dos Santos¹,
Bruno Morbeck de Queiroz², Ricardo Franklin de Freitas Mussi³

¹Universidade do Estado da Bahia (UNEB) – Guanambi (BA), Brasil.

²Faculdade de Tecnologia e Ciências (FTC) – Vitória da Conquista (BA), Brasil.

³Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade, UNEB – Caetité (BA), Brasil.

RESUMO

Introdução: O estilo de vida negativo tem sido associado a condições adversas a saúde, predispondo ao aumento de morbidade e mortalidade nas mais variadas populações. **Objetivo:** Avaliar a associação do estilo de vida com morbidades e multimorbidade em adultos quilombolas, residentes de comunidades descendentes de escravos (quilombos). **Métodos:** Estudo transversal com amostra representativa de adultos habitantes de quilombos de uma região geográfica do Estado da Bahia, no Brasil. Os dados foram obtidos por aplicação de formulário padronizado contendo características sociodemográficas e morbidades. O estilo de vida foi avaliado como positivo ou negativo pelo questionário Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI), que abrange os domínios: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos, controle do estresse. Utilizou-se regressão de Poisson para estimar razões de prevalência, com significância estatística para $p < 0,05$. **Resultados:** Foram identificados 18,5% dos quilombolas com PEVI negativo. Pressão alta, obesidade central e multimorbidade acometem respectivamente 53,5%, 56,2% e 50,2% da população. Os homens apresentam PEVI mais positivo, no entanto o domínio alimentação é mais negativo. As mulheres apresentaram os domínios atividade física e controle do estresse mais negativos. Obesidade central se associou ao domínio de atividade física e as dislipidemias e multimorbidade com o domínio do comportamento preventivo. **Conclusão:** Cerca de um quinto dos quilombolas apresentaram PEVI negativo, alta prevalência de morbidades e multimorbidade. As diferentes associações entre PEVI e seus domínios (atividade física, comportamento preventivo e controle do Stress) revelam que a adoção de hábitos positivos de saúde infere na presença das morbidades.

Palavras-chave: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; morbidade; estilo de vida.

INTRODUÇÃO

A alta prevalência de enfermidades representa uma ameaça para o bem-estar em diferentes populações. As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por períodos indefinidos de latência e evolução prolongada¹, enquanto a multimorbidade caracteriza-se pela presença de dois ou mais agravos crônicos no mesmo indivíduo, que podem ou não ter relações entre si e representam grande carga de enfermidades a serem enfrentadas².

Como citar este artigo: Almeida *et al.* Estilo de vida, morbidades e multimorbidade em Quilombolas adultos. ABCS Health Sci. 2020;45:1325. <https://doi.org/10.7322/abcshs.45.2020.1325>

Recebido: 16 Ago 2019
Revisado: 24 Jan 2020
Aprovado: 06 Fev 2020

Autor para correspondência: Ricardo Franklin de Freitas Mussi – Programa de Pós-Graduação em Ensino, Linguagem e Sociedade, Departamento de Ciências Humanas, Campus VI – Universidade do Estado da Bahia – Avenida Contorno, S/N, Bairro São José – CEP: 46400-000 – Caetité (BA), Brasil – E-mail: rimussi@yahoo.com.br

Declaração de interesses: nada a declarar



This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License
© 2020 Almeida *et al.*

Por sua vez, o estilo de vida (EV) e a maneira de conduzi-la, inclui diferentes questões e dimensões autodeterminados ou assimiladas social ou culturalmente, influenciados por questões étnico-raciais e com impactos na saúde³.

Estudos com enfoque na saúde da população remanescente quilombola, constituída por descendentes de negros escravizados, libertos e/ou livres⁴, são escassos. A associação entre pior condições de saúde e situação de vulnerabilidade social repercute em restrição no acesso à bens e serviços aos remanescentes quilombolas⁵, que podem contribuir negativamente no EV. Investigações apontaram questões do EV negativo em quilombolas^{6,7}. No entanto, não foi identificado outros estudos que verificassem suas diferentes dimensões simultaneamente.

Considerando a insuficiente disponibilidade de informações quanto ao EV e sua associação com DCNT e multimorbidades e, devido a isso, dificultam a projeção de propostas para promoção da saúde neste perfil comunitário, esta investigação objetiva avaliar a associação do estilo de vida com morbidades e multimorbidades em/entre adultos quilombolas.

MÉTODOS

A microrregião geográfica de Guanambi/Bahia, com 18 municípios, área territorial de 22.668,688 quilômetros quadrados⁸ e 42 quilombos contemporâneos certificados no ano de 2016, distribuídos em 10 municípios⁹, compôs o campo empírico investigado. Para estimativa da população considerou-se aproximadamente 80 famílias em cada comunidade¹⁰, além disso, foi adotada a expectativa de dois adultos (≥ 18 anos) para cada família, determinando população de 6720 residentes.

Para o cálculo amostral foi utilizada correção para população finita, valendo-se da prevalência para desfecho desconhecido, portanto de 50%. Ainda foi assumida confiança de 95%, cinco por cento como erro amostral, correção de 1,5 vezes para correção do efeito do conglomerado (representado pela comunidade quilombola sorteada). Também foram acrescidos 30% considerando a possibilidade de recusas e mais 20% para possíveis perdas e ajustamento do confundimento¹¹. Nesse sentido foi determinada amostra de 818 sujeitos.

As comunidades foram sorteadas de maneira aleatória, havendo reposição para recusas. Ao final, 14 quilombos participaram, houve três recusas, após visita e conversa com representantes das associações de moradores. Diante da confirmação do interesse da comunidade selecionada, todos os adultos residentes durante o período das coletas eram considerados elegíveis.

As coletas foram realizadas mediante prévio agendamento das datas com as respectivas associações de moradores. Para evitar que as atividades cotidianas promovessem ausências, os dias de coletas foram concentrados nos finais de semana e feriados. As aplicações dos questionários deram-se por meio de entrevistas

face-a-face, desenvolvidas por equipe de profissionais e/ou acadêmicos da área de saúde, após treinamento para a função.

As recusas foram definidas pela não aceitação dos convites para participar das atividades nos dias das coletas. Um total de 850 quilombolas compareceram as atividades da pesquisa e aceitaram participar através da assinatura ou, diante do fornecimento da impressão digital, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e compuseram a amostra efetiva da investigação. A taxa de recusa foi de 17,07%.

Os critérios de exclusão para as entrevistas foram expressos pela presença de deficiência cognitiva ou incapacidade de comunicação independente do adulto. No caso das medidas antropométricas, as exclusões foram definidas quando o participante se encontrava acamado, se apresentassem amputação de membros, estivessem engravidadas, mulheres grávidas e/ou nutrizas há menos de seis meses. A ausência de medida(s) e/ou resposta(s) caracterizaram as perdas.

O EV foi avaliado pelo Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI), instrumento validado para adultos brasileiros¹², composto pelas seguintes dimensões: nutrição, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos, controle do estresse. Cada dimensão contém três perguntas que possibilitam quatro respostas (não, às vezes, quase sempre, sempre) com pontuação progressiva de zero à três. O escore geral foi categorizado em PEVI 'negativo' (0-22 pontos) e positivo (23-45 pontos), assim como nos domínios (negativo para 0-4 pontos; positivo para 5-9 pontos).

Inicialmente foi considerada a ocorrência de doença crônica (sim/não) quando a resposta foi positiva se "Alguma vez um médico ou enfermeiro lhe disse que o(a) Sr(a) tem (hipertensão, diabetes, artrite/reumatismo/artrose e dislipidemias)" conforme instrumento validado para população remanescente quilombola¹³.

A circunferência da cintura foi mensurada com auxílio de trena metálica para mensuração em humanos (Sanny, modelo sn-4010, 2 metros de comprimento, 0,6 cm de largura e 0,1 mm de resolução). Foram adotados os protocolos da *International Society for the Advancement of Kinanthropometry* (ISAK)¹⁴, com duplicata quando as medidas iniciais foram iguais e, uma terceira medida, quando as duas primeiras apresentavam diferenças, utilizando a mediana para análise. Estas mensurações ocorreram em ambiente fechado, no mesmo momento e por único avaliador com certificação ISAK.

A pressão arterial (PA) foi obtida com esfigmomanômetro semi-automático (Omron HEM-742INT) validado¹⁵. As medidas foram realizadas em triplicata, após ao menos 10 minutos de repouso. Os avaliados encontravam-se sentados, com os pés apoiados no chão, o braço esquerdo apoiado na altura do coração, com a palma da mão aberta e voltada para cima. Para a definição da medida PA foi calculada a média aritmética entre os valores.

O colesterol e glicemia sanguíneos foram determinados a partir de amostras sanguíneas extraídas após jejum de oito horas, por punção endovenosa na veia antecubital mediana, utilizando sistema a vácuo, devidamente separadas e identificadas,

como indicado pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial. Inicialmente as amostras sanguíneas eram armazenadas em caixa térmica, com refrigeração, e, posteriormente eram transportadas para o laboratório credenciado, onde ocorria o processamento e análise do sangue pelo método enzimático colorimétrico automatizado (Cobas Mira Plus, Roche®).

Os valores de referência para as variáveis coletadas e classificação adotadas foram: Colesterol alto (presença de ≥ 240 mg/dL e/ou autorrelato de dislipidemia), hiperglicemia em jejum (≥ 100 mg/dL ou autorrelato de diagnóstico e diabetes), pressão arterial alta (pressão sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg, ou autorrelato de diagnóstico de pressão arterial alta). A obesidade central foi definida para >90 cm para homens e >80 cm para mulheres, conforme pontos de corte para adultos da América Latina¹⁶.

A avaliação das morbidades e multimorbidades consideraram a autorreferência de diagnóstico e/ou os resultados da avaliação direta das variáveis de rastreamento/diagnóstico da obesidade, pressão arterial, colesterol e glicemia. Para classificação da multimorbidade considerou-se a presença de duas ou mais morbidades no mesmo indivíduo².

Variáveis sociodemográficas: sexo (feminino, masculino); idade (anos completos); raça/cor (negros, outros); situação conjugal (com companheiro, sem companheiro); escolaridade (alfabetizado, analfabeto); situação laboral (sem remuneração, com remuneração); renda familiar ($>$ salário mínimo, \leq salário mínimo, para salário de R\$ 880,00 vigente no ano de 2016).

Foram adotados procedimentos da estatística descritiva para caracterização da amostra. A associação as prevalências relacionadas ao PEVI e as demais variáveis foram estimadas pelas razões de prevalências, a partir da regressão de Poisson. A comparação entre o PEVI e sexo foi realizada pelo teste Qui-quadrado de Pearson. Foram consideradas associações significativas, variáveis que apresentaram o nível de significância adotado no estudo de no máximo 5% e o intervalo de confiança de 95%.

A presente análise utilizou dados derivados de pesquisa epidemiológica maior, base populacional, denominada “Perfil Epidemiológico dos Quilombolas baianos”, autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade do Estado da Bahia (CEP/UNEB), sob o parecer 1.386.019/2016, desenvolvido entre fevereiro e novembro de 2016.

RESULTADOS

A amostra de 850 sujeitos foi composta por 520 mulheres e 330 homens. As idades variaram dos 18 aos 60 anos, com maior frequência da faixa dos 18 aos 30 anos (24,7%), principalmente entre mulheres (28,3%). A maioria absoluta se autodeclarou negro, 88,5% das mulheres e 83,5% dos homens. No mesmo sentido, 76,5% apresentava-se maritalmente vivendo com companheiro e, 70,0% referiram renda familiar de até um salário mínimo (Tabela 1).

Pressão alta e obesidade central foram àquelas morbidades mais frequentes, acometendo 53,5% e 56,2% dos adultos, respectivamente. A multimorbidade esteve presente em 50,2% dos participantes. A prevalência da obesidade central mostrou-se importantemente mais presente entre as mulheres (Tabela 1).

O PEVI indicou que 18,5% dos quilombolas apresentou EV negativo. As dimensões relativas à atividade física e alimentação foram aquelas mais negativas, afetando 57,0% e 48,0% dos entrevistados, respectivamente. Os homens apresentaram PEVI significativamente ($p < 0,05$) mais positivo que as mulheres. No entanto, considerando as dimensões separadamente, os homens apresentaram hábitos alimentares mais negativos (53,8%), enquanto as

Tabela 1: Descrição das características sociodemográficas e das morbidades em adultos quilombolas. Guanambi (BA), Brasil, 2016.

	n	%	n	%	n	%
Idade						
18-30	63	19,1	147	28,3	210	24,7
31-40	49	14,9	107	20,6	156	18,4
41-50	63	19,1	96	18,5	159	18,7
51-60	81	24,6	88	16,9	158	18,6
≥ 60	73	22,2	82	15,8	166	19,6
Raça/cor						
Negros	268	83,5	448	88,5	716	86,6
Outros	53	16,5	58	11,5	111	13,4
Estado Conjugal						
Com companheiro	257	80,3	377	74,5	633	76,8
Sem companheiro	63	19,7	129	25,5	192	23,2
Renda familiar						
≥ 1 salário	205	73,2	374	82,6	579	79,0
2 – 3 salários	73	26,1	77	17,0	150	20,5
< 3 salários	2	0,7	2	0,4	4	0,5
Sabe ler/ escrever						
Sim	219	68,4	376	74,2	595	71,9
Não	101	31,6	131	25,8	232	28,1
Trabalho remunerado						
Sim	212	66,3	317	62,5	529	64,0
Não	108	33,8	190	37,5	298	36,0
Pressão alta						
Sim	190	58,6	257	50,2	447	53,5
Não	134	41,4	255	49,8	389	46,5
Hiperglicemia						
Sim	78	23,0	107	20,7	185	21,8
Não	252	76,4	411	79,3	663	78,2
Dislipidemias						
Sim	52	16,4	96	19,3	148	18,6
Não	260	82,0	389	78,1	649	81,4
Artrite/reumatismo/artrose						
Sim	30	9,4	77	15,2	107	13,0
Não	290	90,6	428	84,8	718	87,0
Obesidade central						
Sim	112	34,6	357	69,9	469	56,2
Não	212	65,4	154	30,1	366	43,8
Multimorbidade						
Sim	139	44,4	266	54,0	405	50,2
Não	174	55,6	227	46,0	401	49,8

mulheres se destacaram negativamente na atividade física (61,7%) e controle do estresse (25,4%) (Tabela 2).

Quando analisado a associações do PEVI e seus domínios com DCNT e multimorbidades constatou-se associação significativa ($p < 0,05$) entre obesidade central e o domínio de atividade física, bem como entre as dislipidemias e multimorbidade com o Comportamento Preventivo (Tabela 3). Nesse sentido apresentar EV negativo na Atividade Física relaciona-se com probabilidade 8% menor para obesidade central). O comportamento preventivo positivo se associa com maior prevalência de artrite/reumatismo e dislipidemias e menor multimorbidades (RP=0,97).

Tabela 2: Frequência dos escores do estilo de vida geral e domínios por sexo em Quilombolas. Guanambi (BA), Brasil, 2016.

	Masculino		Feminino		P
	N	%	N	%	
Estilo de Vida					
Positivo	273	85,8	397	78,8	0,011
Negativo	45	14,2	107	21,2	
Alimentação					
Positivo	147	46,2	279	55,6	0,009
Negativo	171	53,8	223	44,4	
Atividade Física					
Positivo	158	50,5	191	38,3	0,001
Negativo	155	49,5	308	61,7	
Comportamento preventivo					
Positivo	221	70,2	370	74,7	0,152
Negativo	94	29,8	125	25,3	
Relacionamento					
Positivo	296	94,6	452	92,2	0,204
Negativo	17	5,4	38	7,8	
Controle Stress					
Positivo	262	82,4	375	74,6	0,009
Negativo	56	17,6	128	25,4	

Tabela 3: Razão de prevalência para o estilo de vida geral e domínios alimentação e atividade física e as doenças crônicas metabólicas em adultos quilombolas. Guanambi (BA), Brasil, 2016.

	Geral	Alimentação	Atividade Física	Comportamento preventivo	Relacionamentos	Controle de estresse
	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)	RP (IC95%)
Hipertensão	1,28 (0,92-1,76)	0,97 (0,91-1,04)	1,05 (0,99-1,13)	1,03 (0,97-1,10)	1,03 (0,99-1,07)	1,03 (0,98-1,09)
Diabetes	0,95 (0,64-1,39)	0,97 (0,89-1,05)	0,99 (0,91-1,07)	1,02 (0,95-1,11)	0,99 (0,95-1,03)	0,97 (0,90-1,04)
Dislipidemias	1,34 (0,85-2,13)	0,98 (0,89-1,06)	1,00 (0,98-1,09)	1,14 (1,05-1,24)	1,01 (0,96-1,05)	0,99 (0,91-1,07)
Obesidade central	0,86 (0,62-1,19)	1,01 (0,94-1,08)	0,92 (0,86-0,99)	1,03 (0,97-1,10)	1,01 (0,97-1,05)	0,97 (0,91-1,03)
Artrite ou Reumatismo	1,38 (0,80-2,32)	0,97 (0,88-1,08)	1,02 (0,92-1,13)	1,10 (1,00-1,20)	1,01 (0,96-1,06)	0,99 (0,91-1,09)
Multimorbidades	0,94 (0,83-1,08)	1,01 (0,98-1,04)	0,99 (0,90-1,10)	0,97 (0,94-0,99)	0,99 (0,98-1,01)	1,00 (0,98-1,02)

IC95%: intervalo de confiança 95%

DISCUSSÃO

É possível que este seja o primeiro estudo com resultados de análise do PEVI e suas dimensões em residentes de quilombos. Os resultados encontrados nas comunidades quilombolas da região preocupam diante da já relatada dificuldade no acesso a saúde, além das denúncias de atos de racismo cometidos pelos profissionais da área¹⁷, e da precária disponibilidade de infraestrutura⁴ regularmente dispensadas às populações negras. No mesmo sentido, é recorrente a má conservação dos acessos às comunidades, ausência ou carência de fornecimento de energia e água, ademais o atendimento em saúde, muitas vezes, se restringi a presença de agente comunitário responsável apenas pelos serviços básicos (orientações e controle da pressão arterial e agendamentos médicos).

A avaliação simultânea dos cinco domínios do estilo de vida tem sido pouco explorada, em estudos anteriores. No entanto, levantamento realizado em comunidades quilombolas baianas relatou altas prevalências de prática insuficiente de atividade física e inadequado estado nutricional¹⁸. Na mesma perspectiva, no presente estudo, os comportamentos relacionados a hábitos alimentares e adoção de níveis recomendados de atividade física foram os que apresentam maior comprometimento quando comparados aos demais domínios avaliados.

Nessa análise as mulheres apresentaram PEVI geral mais negativo que os homens. Este resultado contrasta outros estudos, com os homens apresentando comportamentos mais negativos, tornando-se os principais alvos das condições severas e crônicas de saúde e, até mesmo, de morte por ausência de cuidados¹⁹.

Tal representação mais negativa entre as mulheres pode relacionar-se aos aspectos de vida que incluem o ambiente de residência, possibilidades de lazer, alimentação, trabalho e remuneração. Também devem ser considerados fatores que abrangem discriminação nas relações de trabalho e sobrecarga com as responsabilidades domésticas femininas²⁰. Nesse sentido, as mulheres

tornam-se mais vulneráveis ao adoecimento diante das desigualdades socioeconômicas e por questões biológicas.

No domínio da atividade física, evidenciou-se que as mulheres quilombolas da microrregião investigada são menos ativas fisicamente que os homens. No mesmo sentido, análise em uma comunidade do alto sertão baiano²¹ relatou que as mulheres são menos ativas no tempo livre. No mesmo sentido, o comportamento mais negativo nas mulheres em relação a atividade física também foi apresentado por investigação em comunidades rurais de Minas Gerais, que identificou homens significativamente mais ativos nas AF do lazer, do trabalho e do deslocamento²². Ressalta-se que o baixo nível de atividade física se associa regularmente com a presença de DCNT, condição que ocupa espaço no perfil de morbimortalidade nas mais variadas populações, sendo responsável por nove vezes mais morte prematura que as doenças transmissíveis²³.

Já foi relatada, em outros estudos, a vulnerabilidade à insegurança alimentar em quilombolas⁶. No tocante ao domínio da alimentação da presente investigação, o sexo masculino apresentou estilo de vida mais negativo que as mulheres. Estudo com quilombolas mineiros também identificou comportamento alimentar mais negativo entre os homens²⁴. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)²⁵ apresentou dados semelhantes, ressaltando que a prevalência de mulheres que consumiam cinco porções de frutas e hortaliças diariamente é significativamente maior quando comparado ao grupo masculino, linearmente associado ao aumento da idade e grau de escolaridade. Esses achados ratificam que os comportamentos alimentares mais negativos são mais recorrentes nos homens.

Assim como na presente investigação, já foram relatadas prevalências preocupantes de morbidades metabólicas em comunidades quilombolas. Mas, a prevalência de hiperglicemia da presente análise é maior que os 13,6% presente em quilombos mineiros²⁴ e que os 8,6% em quilombolas de município do sudoeste baiano²⁶. No entanto, a presença de dislipidemia encontrada em quilombolas da região de Guanambi é menor que os 20,0% em quilombos mineiros²⁴.

A pressão alta apresentou-se como a morbidade de maior prevalência na população investigada, independentemente do sexo. Caldeiras e Oliveira²⁴ também apontaram similaridade na frequência desta enfermidade entre adultos quilombolas de ambos os sexos, no entanto, as prevalências de 31,7% dos homens e 30,5% das mulheres, são menores que as identificadas nesta análise de região baiana. No mesmo sentido, análise populacional de quilombolas de cidade baiana²⁶, também identificou índice de pressão alta (48,6%) menor que o deste estudo. Segundo a PNS²⁵ a população brasileira apresentava 21,4% dos adultos com pressão arterial elevada, mais recorrente em mulheres.

As importantes diferenças nos dados sobre enfermidades populacionais do Brasil e os achados em pesquisas com participação de quilombolas podem estar relacionadas as características metodológicas (por relato do diagnóstico médico e/ou pela aferição mensuração glicêmica, lipídica e da pressão arterial) para determinar

a possibilidade destas enfermidades. Mas, também podem ser influenciadas pelo perfil populacional quilombola e sociodemográfico em que as comunidades quilombolas estão localizadas.

Mais da metade da população quilombola da região de Guanambi apresenta obesidade central, especialmente presente entre aquelas do sexo feminino. Esses achados são importante-mente maiores que os 25,9% encontrado em uma comunidade quilombola baiana²⁷. Mas, menor que os 55,7% indicados em população quilombola de município do sudoeste baiano²⁶. No entanto, a análise de Soares e Barreto²⁶ também identificou as mulheres mais expostas a esse tipo de obesidade.

A obesidade central expressa um importante problema de saúde gerado, mesmo que parcialmente, pela transição nutricional somada as mudanças demográficas e epidemiológicas. Além disso, sua presença mais recorrente na população feminina resultaria, também, do acúmulo de gordura natural na região abdominal decorrente das modificações metabólicas e hormonais comuns a mulher ao longo da vida²⁶.

Em quilombolas da região investigada, a atividade física positiva se associou a menor possibilidade de ocorrência da obesidade central. Enquanto, o comportamento preventivo positivo se associou com maior probabilidade para dislipidemias e menor de multimorbidade.

A modernização social, figura como um dos principais responsáveis pela redução dos níveis de atividade física, interferindo negativamente no balanço energético e proporcionando o crescimento da obesidade²⁸. Destarte, o surgimento do transporte motorizado e equipamentos que diminuem o esforço físico, tanto no trabalho quanto em casa, refletem um viés positivo do conforto e negativo em alguns indicadores de saúde, diminuindo a Taxa Metabólica Basal (TMB) e aumentando a possibilidade para o excesso de peso.

A associação entre dislipidemias e o domínio de comportamento preventivo positivo pode estar relacionada à adoção de práticas preventivas após o diagnóstico da enfermidade. No entanto, como já elencado, esta enfermidade apresenta um longo período de latência¹. Então, essa associação pode estar relacionada a casualidade reversa, que pode ocorrer quando a exposição muda, diante da presença de determinada doença.

O índice de multiplicidade de doenças na população quilombola conferiu casos de indivíduos que apresentam uma frequência de quatro ou mais DCNT. Esta prevalência entre a presença de duas ou mais doenças crônicas, em adultos quilombolas de ambos os sexos, pode estar relacionada aos fatores socioeconômicos da população. O contexto social de privações aos serviços de saúde e benefícios socioeconômicos aumenta a prevalência de multimorbidade²⁹.

Este quadro clínico complexo representa desafio aos serviços de saúde, que, em sua maioria, disponibilizam tratamentos isolados para as morbidades e, dificuldade quanto aos protocolos e diretrizes para atendimento das demandas associadas²⁹. No mesmo sentido, o acometido por enfermidades simultâneas precisa enfrentar

tratamentos específicos e custosos, além das complicações físicas, cognitivas e funcionais negativos para qualidade de vida e morbidade pela doença³⁰.

Adotar comportamento preventivo positivo apresentou-se como fator de proteção às multimorbidades. Um PEVI positivo à longo prazo diminui consideravelmente os fatores de risco associados a concepção das DCNT³⁰, como uma alimentação inadequada, pouca prática de atividade física, tabagismo e consumo exagerado de bebidas alcoólicas².

A análise apresenta algumas limitações. A autodeclaração sobre EV e morbidades pode sofrer viés compreensão e memória do participante, no entanto foram utilizados instrumentos previamente validados^{12,13}. O PEVI foi estabelecido para o rastreio de questões pessoais, quando empregado na compreensão do perfil epidemiológico comunitário pode não representar amplamente as informações. Outra questão que deve ser considerada é a quantidade limitada de variáveis para a determinação da multimorbidade², que pode subnotificar sua distribuição populacional.

Os procedimentos do estudo representam positividade quanto à sua fidedignidade. Os instrumentos selecionados e sintetizados favoreceram uma compreensão mais precisa e abrangente a respeito

das condições de saúde dos participantes, inferindo riqueza de dados. Com base no estudo desenvolvido e as limitações encontradas no tocante a uma população significativamente ampla, torna-se de extrema relevância o incremento de um novo questionário que se dedique ao estudo do EV populacional para grupos.

Considerações finais

Encontraram-se diferenças entre a representação dos domínios do PEVI, doenças crônicas e sexos. Os homens expuseram comportamento mais negativo no domínio da alimentação, enquanto entre mulheres o domínio mais negativo é na atividade física. As morbidades crônicas mais prevalentes na população estudada são: pressão alta e obesidade central.

Dos cinco domínios de PEVI dois apresentaram relação entre as DCNT e multimorbidades. É válido mencionar o reduzido número de artigos referentes a multimorbidades na população brasileira no geral, mas, especialmente em população quilombola, visto que ainda é considerada temática nova no campo epidemiológico no país. Dessa maneira, as informações aqui apresentadas não se esgotam neste estudo, mas desenvolve a função de base para futuras pesquisas em comunidades quilombolas.

REFERÊNCIAS

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(3):548-54. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102009005000025>
2. Nunes BP, Chiavegatto Filho ADP, Pati S, Teixeira DSC, Flores TR, Camargo-Figuera FA, *et al*. Contextual and individual inequalities of multimorbidity in Brazilian adults: a cross-sectional national-based study. *BMJ Open*. 2017;7(6):e015885. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-015885>
3. Malta DC, Andrade SSCA, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB, *et al*. Estilos de vida da população brasileira: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):217-26. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-497420150002000004>
4. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. *Saúde Soc*. 2007;16(2):111-24. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902007000200011>
5. Gomes KO, Reis EA, Guimarães MDC, Cherchiglia ML. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2013; 29(9):1829-42. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00151412>
6. Almeida JA, Santos AS, Nascimento MAO, Oliveira JVC, Silva DG, Mendes-Netto RS. Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(2):479-88. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.27102015>
7. Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiiffa WT. Domínios de atividade física em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2015;31(6):1213-24. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00056414>
8. Superintendência de Estudos Econômicos e Sociais da Bahia (SEI). Economia e social. [Internet] Disponível em: <http://www.sei.ba.gov.br/>. Acesso em: 01 fev 2016.
9. Brasil. Fundação Cultural dos Palmares (FCP). Quilombola. [Internet] Disponível em: <http://www.palmares.gov.br>. Acesso em: 27 set 2018.
10. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR). Programa Brasil Quilombola. Comunidades quilombolas brasileiras: regularização fundiária e políticas públicas. Brasília: 2007.
11. Luiz RR, Magnanini MMF. A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas. *Cad Saúde Coletiva*. 2000;8(2):9-28.
12. Both J, Borgatto A, Nascimento JV, Sonoo CN, Lemos CAF, Nahas MV. Validação da escala perfil do estilo de vida individual. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2008;13(1):5-14. <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.13n1p5-14>
13. Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Steffens AP, *et al*. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014; 19(6):1835-47. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.01992013>
14. Stewart TOA, Marfell-Jones LCM, Stewart A, Marfell-Jones M. International standards for anthropometric assessment. New Zealand: ISAK, 2011.
15. Christofaro DG, Fernandes RA, Gerage AM, Alves MJ, Polito MD, Oliveira AR. Validation of the Omron HEM 742 blood pressure monitoring device in adolescents. *Arq Bras Cardiol*. 2009;92(1):10-5. <http://dx.doi.org/10.1590/s0066-782x2009000100003>

16. López-Jaramillo P, Sánchez RA, Díaz M, Cobos L, Bryce A, Parra-Carrillo JZ, *et al.* Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2014;58(3):205-25. <http://dx.doi.org/10.1590/0004-2730000003019>
17. Boccolini CS, Boccolini PMM, Damacena GN, Ferreira APS, Szwarcwald CL. Fatores associados à discriminação percebida nos serviços de saúde do Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016;21(2):371-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.19412015>
18. Santos LRCS, Assunção AA, Lima EP. Dor nas costas em adultos residentes em territórios quilombolas, Bahia. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(5):750-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048005317>
19. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(3):565-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
20. Pedrosa M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Rev Bras Med Família Comun*. 2005;1(3):72-80. [https://doi.org/10.5712/rbmf1\(3\)12](https://doi.org/10.5712/rbmf1(3)12)
21. Mussi RFF, Mussi LMPT, Bahia CS, Amorim AM. Atividades físicas praticadas no tempo livre em comunidade quilombola do alto sertão baiano. *Licere*. 2015;18(1):157-87.
22. Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Atividade física e fatores associados em adultos de área rural em Minas Gerais, Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):884-93. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000023>
23. Mariath AB, Grillo LP, Silva RO, Schmitz P, Campos IC, Medina JRP, *et al.* Obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis entre usuários de unidade de alimentação e nutrição. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(4):897-905. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400017>
24. Oliveira SKM, Caldeira AP. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad Saúde Coletiva*. 2015;24(4):420-7. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040093>
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.
26. Soares DA, Barreto SM. Sobre peso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(2):341-54. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00004613>
27. Mussi RFFM, Amorim AM, Almeida CB, Petroski EL. Obesidade Central e Fatores Associados em Quilombolas do Alto Sertão Baiano, Brasil. *Anais do Cuba Salud 2018*. Havana: Ministerio de Salud Pública de Cuba, [Internet] Disponível em: <http://www.convencionsalud2017.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/viewFile/1428/2519>. Acesso em: 01 fev 2016.
28. Pereira LO, Francischi RP, Lancha Jr AH. Obesidade: hábitos nutricionais, sedentarismo e resistência à insulina. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47(2):111-27. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302003000200003>
29. Batista SR. A complexidade da multimorbidade. *J Manag Prim Health Care*. 2014;5(1):125-6. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v5i1.205>
30. Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. *Rev Saúde Pública*. 2012;46(supl.1):126-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000700017>