

Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil

Prevalence of arterial hypertension and risk factors in quilombos remnants in the State of Mato Grosso, Brazil

Ediálida Costa Santos¹, Luiz Cesar Nazário Scala^{1,2}, Ageo Cândido da Silva¹

RESUMO

A hipertensão arterial, importante problema de saúde pública, apresenta elevada prevalência e gravidade em negros, sendo escassos os estudos brasileiros sob o tema. O objetivo do estudo foi analisar a prevalência de hipertensão e fatores associados em uma população rural de remanescentes de quilombos no estado de Mato Grosso, Brasil. Estudo observacional, de corte transversal, realizado em 2012, abrangendo todos os adultos ≥ 18 anos residentes no quilombos rural de Mata Cavallo, município de Nossa Senhora do Livramento. Foram obtidos dados demográficos, socioeconômicos, de hábitos de vida, medidas antropométricas e da pressão arterial. A hipertensão foi definida pelo critério $\geq 140/90$ mmHg, ou uso de medicação anti-hipertensiva. A relação entre variáveis independentes e hipertensão foi avaliada pela razão de prevalência com respectivos intervalos de confiança de 95% e nível de significância de $p \leq 0,05$. A análise de 81,5% da população de estudo, 49% do sexo feminino, média de idade de 51,8 ($\pm 17,7$) anos revelou baixos índices de renda e escolaridade. A prevalência de hipertensão arterial foi de 52,5%, com discreto e não significativo predomínio em mulheres. Observou-se associação significativa entre hipertensão e idade, sedentarismo no trabalho, presença de história familiar para hipertensão, circunferência da cintura aumentada e relação cintura-quadril em faixa de risco. Em face da elevada prevalência de hipertensão observada em comunidade quilombola de Mato Grosso, Brasil, associada a fatores de risco bem conhecidos, o presente estudo chama a atenção para a necessidade da execução de políticas de saúde pública mais abrangentes, com o objetivo de atingir segmentos sociais específicos.

PALAVRAS-CHAVE

Hipertensão; prevalência; fatores de risco; população rural; distribuição por raça ou etnia.

ABSTRACT

The hypertension, an important public health problem, presents a high prevalence and severity in blacks, being scarce Brazilian studies on the subject. The objective of the study was to analyze the prevalence of hypertension and associated factors in a rural population of remnants of the quilombos in the State of Mato Grosso, Brazil. This is an observational study, cross-sectional, conducted in 2012, covering all adults ≥ 18 years residing in rural quilombo Mata Cavallo, municipality of Nossa Senhora do Livramento. Were obtained demographic and socioeconomic data, lifestyle habits, anthropometric measurements and blood pressure. Hypertension was defined by criterion $\geq 140/90$ mmHg, or use of antihypertensive medication. The relationship between independent variables and hypertension was presented by prevalence ratio with their respective 95% confidence intervals and significance level of $p \leq 0.05$. The analysis of 81.5% of the study population, 49% female, mean age of 51.8 (± 17.7) years revealed low levels of income and education. The prevalence of hypertension was 52.5%, with a slight but not significant predominance in women. There was a significant association between hypertension and age, sedentary at work, presence of family history of hypertension, waist circumference increased and waist-hip ratio in risk range. In view of the high prevalence of hypertension observed in the quilombola community of Mato Grosso, Brazil, associated with the well-known risk factors, the present study draws attention to the need for the implementation of more comprehensive public health policies, with the objective of achieving specific social segments.

KEYWORDS

Hypertension; prevalence; risk factors; rural population; race or ethnic group distribution.

Recebido em 06/09/2015. Aprovado em 29/09/2015.

¹Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) – Cuiabá (MT), Brasil.

²Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, UFMT – Cuiabá (MT); Unidade de Hipertensão Arterial, Hospital Universitário Júlio Müller, UFMT – Cuiabá (MT), Brasil.

Correspondência para: Ediálida Costa Santos – Avenida Salomé José Rodrigues, 1405 – Centro – CEP: 78600-000 – Barra do Garças (MT), Brasil – E-mail: enf.edialida@gmail.com

Conflito de interesses: nada a declarar.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é responsável por 7,5 milhões de mortes no mundo, o que representa, aproximadamente, 12,8% do total de óbitos anuais.^{1,2} Com elevada prevalência e baixas taxas de controle, a HAS é um dos principais fatores de risco modificáveis para doenças cardiovasculares e um dos mais importantes problemas de saúde pública.³

Numerosas publicações internacionais relatam prevalências mais elevadas de HAS entre negros, comparadas a populações de brancos, por razões ainda não completamente esclarecidas.⁴ Além da elevada frequência, a hipertensão tende a surgir precocemente e com maior gravidade entre os indivíduos de raça/cor negra.^{5,6}

No Brasil, a existência de maior prevalência de HAS em homens de raça/cor preta foi confirmada em estudo que avaliou as diferenças dos fatores de risco para doenças crônicas sob a perspectiva de raça/cor.⁷ A relação entre hipertensão e variáveis socioeconômicas desfavoráveis é apontada como uma das causas da maior mortalidade por doenças cerebrovasculares entre negros brasileiros de ambos os sexos.⁸

Existe um conjunto de causas potencialmente determinantes para a ocorrência a HAS, no qual se destacam a idade, a obesidade, os hábitos alimentares inadequados, o tabagismo, a inatividade física e os fatores genéticos, entre outros.^{9,10} Na etiologia dessa doença, sabe-se que a influência familiar possui uma forte contribuição na manifestação final dos valores da pressão arterial (PA).¹¹ Assim, a HAS é classificada como uma doença genética complexa e que na maioria dos casos é o resultado final da interação entre fatores genéticos, ambientais e demográficos.¹¹ Alguns estudos realizados em famílias evidenciaram que os fatores genéticos podem ser responsáveis por até 68%¹² dos valores da PA sistólica (PAS) e 62%¹³ da PA diastólica (PAD).

No Brasil, poucos estudos epidemiológicos caracterizaram a situação de saúde das populações quilombolas. Contudo, estudos de recorte étnico-racial são relevantes, pois permitem ampliar a compreensão do processo saúde-doença, além de identificar os contingentes populacionais mais suscetíveis a agravos à saúde, como a hipertensão.¹⁴

Consideram-se remanescentes de quilombos os grupos étnico-raciais com trajetória histórica própria e presunção de ancestralidade negra relacionadas com a resistência à opressão histórica sofrida.¹⁵ Dados da Fundação Cultural Palmares, instituição pública vinculada ao Ministério da Cultura, revelam que, até fevereiro de 2015, foram certificadas 119 comunidades quilombolas na região centro-oeste, 67 localizadas em Mato Grosso.¹⁶

A literatura não registra a existência de estudos epidemiológicos sobre a situação de saúde de quilombolas de Mato Grosso. Assim, o objetivo do presente estudo é analisar a prevalência de HAS e fatores associados entre os residentes da

comunidade rural de remanescentes de quilombos de Mata Cavalo, em Mato Grosso. Essa comunidade foi selecionada por representar um quilombo rural com considerável concentração populacional, possuir grande relevância e reconhecimento estadual, concentrar um significativo número de produções acadêmicas com abordagem de aspectos históricos, culturais e ambientais, e já dispor de laudos histórico-antropológicos encomendados pelo Governo do Estado e pela Fundação Cultural Palmares.¹⁶

MÉTODOS

Estudo observacional, de corte transversal, realizado em 2012, na área da comunidade de remanescentes de quilombos denominada Mata Cavalo, localizada na zona rural do município de Nossa Senhora do Livramento, região centro-sul de Mato Grosso, distante 42 km da capital Cuiabá. A população fonte (n = 342) foi constituída por todos os adultos ≥ 18 anos de ambos os sexos registrados no programa Estratégia de Saúde da Família (ESF), que abrangia a totalidade da área estudada (100% de cobertura). Foram considerados não elegíveis 22 moradores (6,4%) por não preencherem os critérios de inclusão (9 gestantes/lactantes; 8 com saúde debilitada ou limitações cirúrgicas; 4 deficientes físicos/mentais; 1 entrevistador residente na área).

Os elegíveis que concordaram em participar do estudo foram individualmente entrevistados e avaliados por examinadores treinados, por meio de inquéritos e procedimentos padronizados utilizados em outros estudos similares pelo mesmo grupo de autores.^{17,18}

Para a aferição da PA foi utilizado o esfigmomanômetro automático, oscilométrico (OMRON-HEM 705 CP[®]), previamente calibrado, segundo os critérios estabelecidos pelas VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.³ Foram realizadas três medidas da PA, no início, meio e no final da entrevista, que durava em média 30 minutos. Foi considerado como valor pressórico final o resultante da média das duas últimas medidas. Entre outros critérios bem estabelecidos pelas VI Diretrizes Brasileiras, a PA foi medida na posição sentada, com manguito adequado à circunferência do braço, após 5 minutos de repouso, ou após 30 minutos caso o participante tivesse consumido café ou fumado. Foram considerados hipertensos os indivíduos com PAS/PAD $\geq 140/90$ mmHg ou aqueles em uso de medicação anti-hipertensiva, independentemente dos níveis da PA.³

Os indivíduos foram pesados em posição ortostática, descalços, pés unidos, braços estendidos ao longo do corpo, olhando para a frente e com roupas leves. O peso, registrado em kg, foi obtido utilizando balança digital (TANITA[®] modelo UM080), portátil, com capacidade para 150 kg e variação máxima de 0,1 kg. A estatura foi medida utilizando um estadiômetro portátil marca SECCA BODYMETER 208[®].¹⁷ O Índice de Massa Corporal (IMC) foi calculado dividindo-se o peso do indivíduo pela altura ao quadrado (kg/m²), assim classificados: IMC $< 24,9$ kg/m² (baixo peso/eutrófico), IMC de 25 a 29,9 kg/m² (sobrepeso), e IMC ≥ 30 kg/m² (obesidade).¹⁹

As medidas das circunferências da cintura (CC) e do quadril (CQ) foram obtidas utilizando uma fita flexível e inextensível (CARDIOMED®), com precisão de 0,1 cm, com o indivíduo em pé, braços estendidos ao longo do corpo, no plano horizontal. A leitura foi feita no centímetro mais próximo, onde a fita cruzava o ponto zero. Foi medida a CC ao nível da cintura natural, na parte mais estreita entre a crista ilíaca e a última costela.²⁰ Esse ponto foi escolhido por ser considerado o sítio que reflete com mais acurácia o tecido adiposo visceral.²¹ Foi considerada normal a CC com valores < 94 cm em homens e < 80 cm em mulheres, e aumentada quando CC ≥ 94 cm em homens e ≥ 80 cm em mulheres.¹⁹ A medida da CQ foi realizada na altura da extensão máxima das nádegas.²⁰ A relação cintura-quadril (RCQ) foi calculada dividindo-se a circunferência da cintura pela do quadril, sendo considerada normal (< 0,89 em homens e < 0,84 mulheres) ou de risco (> 0,90 em homens e > 0,85 em mulheres).¹⁹

Por meio de um questionário estruturado, padronizado e testado em estudo piloto, foram analisadas as seguintes variáveis sociodemográficas e econômicas:

1. indivíduos de ambos os sexos;
2. idades expressas em anos completos, categorizadas em faixas de 18 a 39 anos, 40 a 59 anos, e 60 anos ou mais;
3. alfabetização (sim/não);
4. número de moradores por domicílio, categorizados em até três moradores, quatro ou mais;
5. renda familiar mensal per capita em salários mínimos vigentes em 2012 (R\$ 622,00).

Alguns hábitos alimentares foram avaliados em categorias dicotômicas (sim/não):

1. Consumo de gordura visível na carne;
2. Adição de sal à mesa;
3. Uso do adoçante;
4. Uso de café.

Outros hábitos de vida avaliados foram:

1. atividade física no lazer e no trabalho (sedentário ou ativo);
2. consumo de bebida alcoólica (sim/não, independente da quantidade e frequência);
3. ingestão de refeições enquanto assiste televisão (sim/não);
4. história familiar de hipertensão arterial (sim, não, desconhece);
5. tabagismo, categorizado em três grupos: os que nunca fumaram, os ex-fumantes (aqueles que pararam de fumar há pelo menos seis meses anteriores ao estudo) e os fumantes (aqueles que se autodeclararam fumantes no momento da entrevista), independente do número de cigarros/dia.

O controle de qualidade da coleta de dados foi realizado por meio do acompanhamento e verificação das informações obtidas nos domicílios. Os questionários em branco, sequencialmente

numerados, eram entregues semanalmente aos entrevistadores e regularmente revisados por uma supervisora. Aproximadamente 10% dos domicílios foram revisitados ou contatados por telefone.

Os dados, digitados em duplicata, foram comparados no programa Epi Info 6.04, utilizando o recurso Data Compare para a correção de eventuais inconsistências. O teste do χ^2 de Pearson, com nível de significância de 95%, foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis independentes e desfecho. Para os casos com frequências menores do que 5% foi aplicado o teste exato de Fisher.

Considerando que o estudo abrangeu a totalidade da população quilombola de Mato Cavallo, não foi necessária a utilização de técnicas de análise de regressão multivariada. Tais técnicas são indicadas para análises de amostras de uma população, e não em um censo, pois nesse caso, qualquer diferença ou relacionamento, mesmo que pequeno, é verdadeiro e existe.²²

Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os não alfabetizados registraram suas impressões digitais com o polegar direito. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller da Universidade Federal de Mato Grosso (Parecer nº 19.564), segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram avaliados 261 indivíduos residentes na comunidade quilombola de Mata Cavallo, correspondente a 81,6% da população elegível ($n = 320$). Em relação às perdas, 2,5% ocorreram por recusa em participar; 1,2% por questionários incompletos; e 14,7% por indivíduos não localizados após 3 visitas ao domicílio, sendo, entre estes, 63,8% ($n = 47$) do sexo masculino e 53,2% na faixa de 18 a 39 anos.

Dados sociodemográficos dos participantes: média de idade de 51,8 ($\pm 17,7$) anos; 49% do sexo feminino; 94,8% se declararam negros ou pardos; 39,8% não alfabetizados; 21,1% possuíam de 1 a 4 anos de estudo; 41% com renda inferior a meio salário mínimo.

A prevalência geral de hipertensão arterial na população estudada foi de 52,5%, com predomínio não significativo entre as mulheres (57%) e prevalência significativamente maior na faixa etária de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais. Foi observada significativa associação entre hipertensão e morar em domicílio com quatro ou mais indivíduos e renda familiar per capita < 1 salário mínimo (R\$ 622,00), com razões de prevalência respectivamente de 0,66 e 0,72 (Tabela 1).

Quanto aos hábitos alimentares, foram observadas prevalências significativamente menores de hipertensão entre os que retiraram a gordura visível da carne, e maiores entre aqueles que faziam uso de sal adicional à mesa e consumiam café e bebidas alcoólicas (Tabela 2).

Prevalências de hipertensão mais elevadas foram verificadas entre os sedentários nos períodos de lazer e trabalho, com história familiar de hipertensão, com razão de prevalência (RP) 1,79

Tabela 1. Prevalência de hipertensão arterial, segundo variáveis sociais e demográficas, em população quilombola de Mata Cavallo, zona rural de Nossa Senhora do Livramento, 2012.

Variável	n/N	%	RP bruto (IC95%)	Valor p
Sexo				
Feminino	73/128	57,0	1,00	
Masculino	64/133	48,1	0,84 (0,67 – 1,06)	0,150
Idade (anos)*				
19 – 39	19/68	27,9	1,00	
40 – 59	62/108	57,4	2,05 (1,36 – 3,11)	< 0,001
60 ou +	56/85	65,9	2,36 (1,56 – 3,56)	< 0,001
Alfabetização				
Alfabetizados	73/154	47,4	1,00	
Não alfabetizados	62/104	59,6	1,25 (0,99 – 1,58)	0,055
Moradores no domicílio				
Até 3	105/179	58,7	1,00	
Quatro ou mais	32/82	39,0	0,66 (0,49 – 0,89)	0,003
Renda per capita				
≥ um salário mínimo	45/68	66,2	1,00	
< um salário mínimo	87/183	47,5	0,72 (0,57 – 0,90)	0,009

n: número de casos; N: total avaliado; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; *teste do χ^2 para tendência ($p < 0,001$).

($p = 0,004$), e os indivíduos com CC aumentada (RP = 1,35; $p = 0,012$) e RCQ de risco aumentado (RP = 1,46; $p = 0,005$) (Tabelas 2 e 3).

Quanto às diferenças entre os sexos, foi observado que as mulheres apresentaram predomínio de sedentarismo no lazer (37,5 *versus* 12,0%) e no trabalho (91,4 *versus* 75,9%), além de frequências maiores de sobrepeso (29,7 *versus* 25,6%), obesidade (30,4 *versus* 13,6%), CC aumentada (79,0 *versus* 25,5%) e RCQ de risco aumentado (74,2 *versus* 67,4%).

DISCUSSÃO

O presente estudo analisou os dados de 81,6% da população elegível de moradores da comunidade quilombola de Mata Cavallo, Mato Grosso. Entre os moradores não localizados (14,6%), a maioria foi de adultos jovens do sexo masculino que, por necessidade econômica, migraram para centros urbanos. Essa migração por melhores condições de vida já foi relatada em estudo anterior realizado na comunidade de Mata Cavallo²³ e em outra área rural do país.²⁴

Em relação à elevada prevalência de HAS em 52,5% da população quilombola de Mata Cavallo, deve ser considerada a influência da média de idade dos homens e das mulheres, respectivamente, $52 \pm 17,5$ e $51,5 \pm 17,9$ anos. Estudos em remanescentes de quilombos descreveram prevalências mais baixas, 45,4% em Vitória da Conquista, Bahia,¹⁴ 42,0% no Vale do Ribeira, São Paulo²⁵ e apenas 6,28% na comunidade isolada Kalunga, Goiás.²⁶

Os estudos de prevalência de HAS em comunidades quilombolas observaram prevalências que variaram de 6,28²⁶ a 45,4%.^{14,25,26} Contudo, tais prevalências não são comparáveis entre

Tabela 2. Prevalência de hipertensão arterial, segundo variáveis relacionadas aos hábitos alimentares, estilo de vida e história familiar de hipertensão, em população quilombola de Mata Cavallo, zona rural de Nossa Senhora do Livramento, 2012.

Variável	n/N	%	RP bruto (IC95%)	Valor p
Consome gordura visível da carne				
Não	98/172	57,0	1,00	
Sim	38/88	43,2	0,76 (0,58 – 0,99)	0,035
Adição de sal à mesa				
Não	121/220	55,0	1,00	
Sim	15/40	37,5	0,68 (0,45 – 1,03)	0,042
Uso de adoçante				
Não	121/240	50,4	1,00	
Sim	15/18	83,3	1,65 (1,29 – 2,10)	0,007
Consumo de café				
Não	37/56	66,1	1,00	
Sim	100/205	48,8	0,74 (0,58 – 0,93)	0,022
Faz refeições assistindo TV				
Não	87/148	58,8	1,00	
Sim	49/109	45,0	0,76 (0,60 – 0,98)	0,029
Atividade física no lazer				
Ativo	16/43	37,2	1,00	
Sedentário	121/218	55,5	1,49 (0,99 – 2,24)	0,028
Atividade física no trabalho				
Ativo	96/197	48,7	1,00	
Sedentário	41/64	64,1	1,31 (1,04 – 1,66)	0,033
Tabagismo				
Não	76/139	54,7	1,00	
Sim	36/79	45,6	0,83 (0,62 – 1,11)	0,197
Ex-tabagista	25/43	58,1	1,06 (0,79 – 1,43)	0,690
Consumo de bebida alcoólica				
Não	101/165	61,2	1,00	
Sim	36/96	37,5	0,61 (0,46 – 0,81)	0,0002
História familiar de HAS				
Não	13/41	31,7	1,00	
Desconhece	27/49	55,1	1,74 (1,04 – 2,91)	0,027
Sim	97/171	56,7	1,79 (1,12 – 2,86)	0,004

n: número de casos; N: total avaliado; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%; HAS: hipertensão arterial sistêmica.

Tabela 3. Prevalência de hipertensão arterial, segundo variáveis antropométricas, em população quilombola de Mata Cavallo, zona rural de Nossa Senhora do Livramento, 2012.

Variável	n/N	%	RP bruto (IC95%)	Valor p
Índice de Massa Corporal				
Baixo peso/normal	67/132	50,8	1,00	
Sobrepeso	40/72	55,6	1,09 (0,84 – 1,43)	0,513
Obesidade	30/57	52,6	1,04 (0,77 – 1,40)	0,814
Circunferência da cintura				
Normal	56/126	44,4	1,00	
Aumentada	81/135	60,0	1,35 (1,06 – 1,71)	0,012
Relação cintura-quadril				
Normal	34/85	40,0	1,00	
Risco	103/176	58,5	1,46 (1,09 – 1,95)	0,005

n: número de caso s; N: total avaliado; RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

si, considerando a grande diversidade dos métodos utilizados, em especial quanto à amostragem populacional.¹⁴ Por essa razão, e por tratar-se de população brasileira quilombola, predominantemente negra/parda e rural, os achados serão comparados aos de estudos similares de populações específicas, com as devidas restrições.

Em outras áreas rurais foram descritos valores mais baixos de hipertensão, como em Virgem das Graças, Minas Gerais, 47,0%,²⁴ em Cavunge, Bahia, 36,5%,²⁷ considerando que a média da prevalência de hipertensão em populações urbanas adultas de cidades brasileiras é de 32,5%.³ Os estudos epidemiológicos de HAS em adultos, ainda insuficientes, apresentam prevalências muito variáveis (22,3 a 43,9%)³ e não são representativos da população brasileira como um todo, pois são restritos a determinadas cidades ou grupos populacionais, com exclusão, em sua maioria, do meio rural.²⁸

Em relação ao gênero, foi observado predomínio não significativo de hipertensão entre as mulheres (57 versus 48,1%), em concordância com estudos de outras comunidades quilombolas^{14,25,26} e da comunidade rural de Virgem das Graças, Minas Gerais.²⁴ Contudo, a maioria dos estudos urbanos realizados em cidades brasileiras mostra prevalências maiores de hipertensão entre os homens na faixa etária de 50 anos e entre as mulheres na faixa acima de 60 anos.^{3,28}

Quanto à faixa etária, os resultados deste estudo coincidem com os do quilombo do Vale do Ribeira, São Paulo, e de Vitória da Conquista, Bahia, que mostraram aumento da prevalência de hipertensão com o incremento da idade,^{14,25} diferentemente da comunidade quilombola Kalunga, Goiás, então isolada, onde não foi observada associação com a idade.²⁶ Associação entre HAS e idade foi também relatada na população rural de Virgem das Graças, Minas Gerais²⁴ e em áreas urbanas de Salvador, Bahia,²⁹ Formiga, Minas Gerais³⁰ e em São Luís, Maranhão, com significativo aumento a partir dos 30 anos.³¹ Em populações urbanas da região centro-oeste como Goiânia, Goiás,³² Firminópolis, Goiás³³ e em Nobres, Mato Grosso, essa significância ocorreu a partir dos 40 anos.¹⁷

Quanto aos aspectos socioeconômicos, em Mato Cavallo foi observada associação significativa entre hipertensão e analfabetismo, em coincidência com comunidade quilombola da Bahia,¹⁴ e com estudo realizado no interior do estado de Mato Grosso.¹⁷ Considerando a significativa relação entre gradiente social e prevalência de HAS, esta tende a crescer nos segmentos socialmente desfavorecidos.³⁴ A relação entre raça/cor, vulnerabilidade social e baixos níveis de renda e escolaridade observadas em quilombolas contribuíram para a elevada prevalência de hipertensão na comunidade quilombola de Vitória da Conquista, Bahia.¹⁴

Deve-se ressaltar que, entre os quilombolas, a prevalência de HAS foi menor no grupo com renda per capita inferior a meio

salário mínimo. Nessas comunidades a renda da população adulta é obtida predominantemente por meio de trabalhos rurais e culturas de subsistência, a dos idosos por aposentadorias, além da participação de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família.³⁴ É possível admitir que a prevalência mais baixa de hipertensão tenha ocorrido entre os indivíduos com renda per capita menor do que um salário mínimo por tratar-se de trabalhadores adultos que não recebem aposentadoria e residem com filhos em idade escolar.

Um aspecto que merece destaque é o papel de famílias com grande número de integrantes, condição essa que seria um "fator de proteção" à hipertensão, fato observado no presente estudo e em outras populações pauperizadas, mas insuficiente explicado.³⁵ Entre os quilombolas de Mata Cavallo foi observado que os adultos jovens, com filhos em idade escolar, geralmente residiam em domicílios com um número maior de familiares.

A prevalência de HAS significativamente menor entre os que adicionavam sal à mesa, consumiam café e bebida alcoólica pode ser atribuída à "causalidade reversa", comum em estudos transversais e que pode mascarar algumas efetivas associações.¹⁸ O acesso a mais informações e a presença do Programa Estratégia de Saúde da Família são passíveis de mudar os seus hábitos de vida, com obtenção de mais fatores de proteção.^{17,18}

Observou-se associação entre hipertensão, CC e RCQ em concordância com outros estudos em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia¹⁴ e no Vale do Ribeira, São Paulo.²⁵ A maioria dos estudos coincidem quanto à associação entre HAS, excesso de peso e adiposidade visceral abdominal. Contudo, os valores podem não refletir o mesmo risco em diferentes populações, considerando que a hipertensão se apresenta como uma grande multiplicidade de fenótipos intermediários, resultantes da interação de fatores genéticos (monogênicos e poligênicos) e ambientais (ingestão calórica, sal, álcool, atividade física, estresse, obesidade, diabetes melito, etc.).¹⁸

Em algumas populações, os níveis de sedentarismo e obesidade são também influenciados pelas relações culturais e de trabalho. O fato da maioria das mulheres quilombolas se dedicarem principalmente aos afazeres domésticos, com escassa participação na lavoura, podem explicar os níveis de sobrepeso/obesidade mais elevados.²⁵ Na comunidade rural de Cavunge, Bahia, entre os homens fisicamente ativos, com alto gasto calórico, foram observados níveis mais baixos de obesidade abdominal e mais elevados de peso normal.²⁷ Entre mulheres moradoras de área rural com atividades de baixo gasto calórico, foram observadas frequências mais altas de obesidade abdominal, colesterol elevado, com aumento adicional do risco cardiovascular associado à menopausa.³⁶

Foi observada associação entre hipertensão e história familiar da doença, aspectos não relatados em estudos de hipertensão em populações quilombolas, mas amplamente comprovados pela literatura.¹¹

No entanto, tais associações foram observadas em estudos de regiões urbanas brasileiras, como Catanduva, São Paulo,³⁷ em indivíduos com idade \geq 50 anos, São José do Rio Preto, São Paulo,³⁸ e nos indivíduos com história materna e/ou paterna de hipertensão de Pelotas, Rio Grande do Sul.^{39,40} Em Cuiabá, Mato Grosso, Franco et al.⁴¹ relataram associação entre hipertensão e história familiar da doença em hipertensos portadores de síndrome metabólica.

Em relação às associações entre a variável desfecho (hipertensão) e as independentes observadas no presente trabalho, por terem sido obtidas em um único momento (estudo de delineamento transversal), não é possível estabelecer uma relação de causalidade entre si.

Os resultados do presente estudo, caracterizados pela elevada prevalência de hipertensão em comunidade quilombola de Mato Grosso, associada a fatores de risco bem conhecidos, chamam a atenção para a necessidade da execução de políticas de saúde pública mais abrangentes, com o objetivo de atingir o maior número de segmentos da população brasileira.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
- World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010;95:1-51.
- Fuchs FD. Why do black Americans have higher prevalence of hypertension? An enigma still unsolved. Hypertension. 2011;57(3):379-80.
- Lessa I. Hipertensão arterial. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p. 43-53.
- Oliveira F. Saúde da população negra: Brasil ano 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.
- Malta DC, Moura L, Bernal RTI. Diferenciais dos fatores de risco de doenças crônicas não transmissíveis na perspectiva de raça/cor. Ciênc Saúde Coletiva. 2015;20(3):713-25.
- Lotufo PA, Bensenor IJM. Raça e mortalidade cerebrovascular no Brasil. Rev Saúde Pública. 2013;47(6):1201-4.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: Hypertension. 2003;42(6):1206-52.
- Rosamond W, Flegal K, Furie K, et al. American heart association statistics 2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Circulation. 2008;117(4):25-146.
- Portugal LM. Genetic markers of hypertension: what will the future bring? Rev Port Cardiol. 2002;21(1):39-43.
- Gu C, Borecki I, Gagnon J, et al. Familial resemblance for resting blood pressure with particular reference to racial differences: preliminary analyses from the HERITAGE Family Study. Hum Biol. 1998;70(1):77-90.
- Li JK, Ng MC, So WY, et al. Phenotypic and genetic clustering of diabetes and metabolic syndrome in Chinese families with type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab Res Rev. 2006;22(1):46-52.
- Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. Cad Saúde Pública. 2013;29(9):1889-902.
- Brasil. Decreto nº 4.887/2003, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília: Diário Oficial da União; 2003.
- Brasil. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares [Internet]. Comunidades Quilombolas [cited 2015 Jun 10]. Available from: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/crqs/lista-das-crqs-certificadas-ate-23-02-2015.pdf>
- Rosário TM, Scala LCN, França GVA, Pereira MR, Jardim PCBV. Fatores associados à hipertensão arterial sistêmica em Nobres-MT. Rev Bras Epidemiol. 2009;12(2):248-57.
- Barbosa LS, Scala LCN, Ferreira MG. Associação entre marcadores antropométricos de adiposidade corporal e hipertensão arterial na população adulta de Cuiabá, Mato Grosso. Rev Bras Epidemiol. 2009;12(2):237-47.
- World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation. WHO Obesity Technical Report Series, n. 284. Geneva: World Health Organization; 2000.
- Callaway CW, Chumlea WC, Bouchard C, et al. Circunferências. In: Lohman TG, Roche AF, Martorell R, editors. Anthropometric standardization reference manual. Champaign: Human Kinetics; 1988. p. 39-54.
- Wang J, Thornton JC, Bari S, et al. Comparisons of waist circumferences measured at 4 sites. Am J Clin Nutr. 2003;77(2):379-84.
- Hair JF, Black WC, Babin BJ, et al. Análise multivariada de dados. Tradução de Adonai Schlup Sant'Anna. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009.
- Barcelos SP. O Quilombo Mata Cavalo: territorialidade negra no mundo globalizado. Revista África e Africanidades. 2010;3(9):1-13.
- Pimenta AM, Kac G, Gazzinelli A, Corrêa-Oliveira R, Velásquez-Meléndez G. Association between central obesity, triglycerides and hypertension in a rural area in Brazil. Arq Bras Cardiol. 2008;90(6):419-425.
- Mingroni Neto RC. Doenças modernas nos antigos quilombos: a obesidade e a hipertensão no Vale do Ribeira-SP. In: Volochko A, Batista LE, organizadores. Saúde nos Quilombos. São Paulo: Instituto de Saúde; 2009. p. 179-91.
- Jardim PCBV, Carneiro O, Carneiro SB, Baiocchi MN. Pressão arterial em comunidade negra isolada remanescente de quilombo - norte de Goiás -Kalunga. Arq Bras Cardiol. 1992;58(4):289-93.
- Matos AC, Ladeia AM. Assessment of cardiovascular risk factors in a rural community in the Brazilian state of Bahia. Arq Bras Cardiol. 2003;81(3):297-302.
- Scala LCN, Magalhães LBNC, Machado CA. Epidemiologia e prevenção primária da hipertensão arterial. In: Paola AAV, Barbosa MM, Guimarães JI. Cardiologia: Livro Texto da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Barueri: Manole; 2011. p. 584-90.
- Lessa I, Magalhães L, Araújo MJ, Almeida Filho N, Aquino E, Oliveira MMC. Arterial hypertension in the adult population of Salvador (BA), Brazil. Arq Bras Cardiol. 2006;87(6):747-56.
- Castro RA, Moncau JE, Marcopito LF. Hypertension prevalence in the city of Formiga, MG, Brazil. Arq Bras Cardiol. 2007;88(3):334-39.
- Barbosa JB, Silva AA, Santos AM, et al. Prevalence of arterial hypertension and associated factors in adults in São Luís, state of Maranhão. Arq Bras Cardiol. 2008;91(4):236-42.
- Jardim PC, Peixoto MR, Monego E, et al. High blood pressure and some risk factors in a Brazilian capital. Arq Bras Cardiol. 2007;88(4):452-7.
- Nascente FM, Jardim PC, Peixoto MR, et al. Arterial hypertension and its correlation with some risk factors in a small Brazilian town. Arq Bras Cardiol. 2010;95(4):502-8.
- Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev CEFAC. 2011;13(5):937-43.
- Martins IS, Oliveira DC, Marinho SP, Araújo EAC de. Hipertensão em segmentos sociais pauperizados da região do Vale do Paraíba, São Paulo. Ciênc Saúde Coletiva. 2008;13(2):477-86.
- Bicalho PG, Hallal PC, Gazzinelli A, Knuth AG, Velásquez-Meléndez G. Adult physical activity levels and associated factors in rural communities of Minas Gerais State, Brazil. Rev Saúde Pública. 2010;44(5):884-93.
- Freitas OC, Resende de Carvalho F, Marques Neves J, et al. Prevalence of hypertension in the urban population of Catanduva, in the State of São Paulo, Brazil. Arq Bras Cardiol. 2001;77(1):9-21.
- Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LAS, et al. Prevalência e fatores de risco para hipertensão em uma população urbana brasileira. Arq Bras Cardiol. 2010;94(4):519-26.
- Piccini RX, Victora CG. Hipertensão arterial sistêmica em área urbana no sul do Brasil: prevalência e fatores de risco. Rev Saúde Pública. 1994;28(4):261-7.
- Costa JSD, Barcellos FC, Sclovitz ML, et al. Prevalência de hipertensão arterial em adultos e fatores associados: um estudo de base populacional urbana em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Arq Bras Cardiol. 2007;88(1):59-65.
- Franco GPP, Scala LCN, Alves CJ, França GVA, Cassaneli T, Jardim PCBV. Síndrome metabólica em hipertensos de Cuiabá - MT: prevalência e fatores associados. Arq Bras Cardiol. 2009;92(6):472-8.