



Sobrepeso e obesidade em comunidade quilombola de uma região do nordeste brasileiro

Overweight and obesity in a quilombola community in a region in northeast Brazil

Sobrepeso y obesidad en una comunidad quilombola de una región del noreste de Brasil

Dannylo Ferreira Fontenele¹, Ana Hélia de Lima Sardinha¹, Rômulo Luiz Neves Bogéa¹, Cristina Rosângela do Nascimento Carneiro¹, Joelmara Furtado dos Santos¹, Amanda Silva de Oliveira².

RESUMO

Objetivo: Analisar a prevalência e os fatores associados ao sobrepeso e obesidade em quilombolas de uma região do nordeste brasileiro. **Métodos:** Estudo transversal com abordagem quantitativa, utilizando dados secundários de uma comunidade quilombola no Maranhão. Foram testadas variações sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde, com associação estatística por regressão logística. **Resultados:** Entre os 180 participantes, a prevalência de sobrepeso foi de 42,4% e de obesidade abdominal 56,5%. Fatores associados ao aumento do índice de massa corporal incluíram hábitos alimentares inadequados, como o consumo de feijão (OR=3,58), e características sociodemográficas, como idade acima de 40 anos (OR=2,14). Homens apresentaram menor risco tanto para sobrepeso quanto obesidade abdominal. O uso combinado de múltiplos indicadores antropométricos ofereceu informações complementares valiosas para identificar grupos de risco na população quilombola. **Conclusão:** Altos índices de sobrepeso e obesidade evidenciam a necessidade de intervenções de saúde pública externas às comunidades quilombolas. Estratégias devem priorizar educação nutricional e acesso a serviços de saúde. As limitações do estudo incluem o uso de dados secundários e a impossibilidade de generalização.

Palavras-chave: Sobrepeso, Obesidade, Grupo com ancestrais do continente africano.

ABSTRACT

Objective: To analyze the prevalence and factors associated with overweight and obesity among quilombolas in a region of northeastern Brazil. **Methods:** A cross-sectional study with a quantitative approach, using secondary data from a quilombola community in Maranhão. Sociodemographic variations, lifestyle habits and health conditions were tested, with statistical association by logistic regression. **Results:** Among the 180 participants, the prevalence of overweight was 42.4% and of abdominal obesity 56.5%. Factors associated with increased body mass index included inadequate eating habits, such as the consumption of beans (OR=3.58), and sociodemographic characteristics, such as age over 40 (OR=2.14). Men had a lower risk of both overweight and abdominal obesity. The combined use of multiple anthropometric indicators provided valuable complementary information for identifying risk groups in the quilombola population. **Conclusion:** High rates of overweight and obesity highlight the need for public health interventions outside quilombola communities. Strategies should prioritize nutritional education and access to health services. The study's limitations include the use of secondary data and the impossibility of generalization.

Keywords: Overweight, Obesity, Group with ancestors from the african continent.

¹ Universidade Federal do Maranhão (UFMA), São Luís - MA

² Universidade Estadual do Maranhão (UEMA), São Luís - MA.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la prevalencia y los factores asociados al sobrepeso y la obesidad entre los quilombolas de una región del nordeste de Brasil. **Métodos:** Estudio transversal, con abordaje cuantitativo, utilizando datos secundarios de una comunidad quilombola de Maranhão. Fueron testadas variaciones sociodemográficas, hábitos de vida y condiciones de salud, con asociación estadística por regresión logística. **Resultados:** Entre los 180 participantes, la prevalencia de sobrepeso fue del 42,4% y de obesidad abdominal del 56,5%. Entre los factores asociados con el aumento del índice de masa corporal figuraban los hábitos alimentarios inadecuados, como el consumo de legumbres (OR=3,58), y las características sociodemográficas, como la edad superior a 40 años (OR=2,14). Los hombres presentaban un riesgo menor tanto de sobrepeso como de obesidad abdominal. El uso combinado de múltiples indicadores antropométricos proporcionó información complementaria valiosa para identificar grupos de riesgo en la población quilombola. **Conclusión:** Las altas tasas de sobrepeso y obesidad ponen de relieve la necesidad de intervenciones de salud pública fuera de las comunidades quilombolas. Las estrategias deben priorizar la educación nutricional y el acceso a los servicios de salud. Las limitaciones del estudio incluyen el uso de datos secundarios y la imposibilidad de generalización.

Palabras clave: Sobrepeso, Obesidad, Grupo con ancestros del continente africano.

INTRODUÇÃO

A obesidade é tida como uma epidemia e cresce a preocupação dos órgãos internacionais de saúde com a problemática. O Brasil é um dos focos de preocupação, visto que a Região das Américas tem a prevalência mais alta de todas as regiões da Organização Mundial da Saúde (OMS), o que se torna ainda mais relevante num cenário de pandemia, onde um dos fatores marcadamente determinados de desfechos desfavoráveis é a obesidade, como na *Corona Virus Disease 2019* (COVID-19) (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2021). Sendo assim, tal desequilíbrio apresenta diversas consequências orgânicas e socioculturais para os portadores, exigindo uma abordagem multidisciplinar ao paciente obeso (CRUZ EPR, et al., 2023).

Associada ao sobrepeso interfere diretamente nos custos do SUS pois obesos necessitam de maior tempo de internação para recuperação da comorbidade em tratamento e fazem uso mais frequente do sistema de saúde (BRASIL, 2021).

As modificações epidemiológicas afetam toda a população, contudo seu impacto entre minorias étnicas e raciais no Brasil, em especial em comunidades quilombolas, logo precisa ser mais estudado⁷. Como agravante, observou-se que a prevalência da obesidade é mais significativa nas famílias de baixa renda que estão em situação de maior vulnerabilidade (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2020). Define-se remanescentes de quilombos, pelo Decreto 4.887, artigo 2º, de 20 de novembro de 2003:

“Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos, para os fins deste Decreto, os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.” (BRASIL, 2023).

Essas comunidades fazem parte de um segmento populacional que está exposto a situações de vulnerabilidades específicas, carecendo de mais informações relacionadas ao estado nutricional e fatores associados (NEVES FJ, et al., 2021).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), a Região Nordeste possui o maior número de comunidades quilombolas com 3.171, entre as cidades brasileiras, Barreirinha no Amazonas é a cidade com mais localidades quilombolas do país (167), seguida de Alcântara (74) e Itapecuru com 45 ambas no estado do Maranhão (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019). Em um estudo realizado no Maranhão foi observado que os quilombolas idosos vivem em situação economicamente vulnerável, com precárias condições de saúde e vulnerabilidade nutricional (SILVA TC, et al., 2022).

Considerando o cenário posto, o presente estudo tem por objetivo analisar sobrepeso e obesidade em quilombolas de uma região do nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico transversal, com abordagem quantitativa, realizado na Comunidade Quilombola de Santana dos Pretos, localizada no município de Pinheiro, Maranhão, às margens da MA-006. A comunidade é composta por 200 famílias e aproximadamente 450 habitantes, de acordo com os dados obtidos das fichas de cadastro individual do e-SUS pela Estratégia Saúde da Família (ESF).

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados um formulário validado, baseado na Pesquisa Nacional de Saúde, e o formulário eletrônico do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL). Ambos passaram por avaliação criteriosa e ajustes para adequação às especificidades da comunidade quilombola, buscando assegurar a congruência com o contexto local.

A amostra foi calculada utilizando o software PAS 15 (2015), com nível de significância de 5% e erro tolerável de 7%. O tamanho mínimo estimado foi de 172 participantes, ao qual se adicionou 5% para possíveis perdas, resultando em uma amostra mínima de 180 indivíduos. A seleção dos participantes foi realizada por amostragem aleatória simples, a partir de uma lista de 302 indivíduos elegíveis, gerando 180 participantes para o estudo.

As variáveis dependentes incluíram o estado nutricional, avaliado por meio do índice de massa corporal (IMC) e da razão cintura-estatura (RCE). O IMC, calculado pela divisão do peso pela altura ao quadrado, foi categorizado como baixo peso ($\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($\geq 18,5$ a $< 25 \text{ kg/m}^2$) e sobrepeso ($\geq 25 \text{ kg/m}^2$, incluindo obesidade $\geq 30 \text{ kg/m}^2$). A RCE foi classificada como normal ($< 0,5$) ou aumentada ($\geq 0,5$). Para a análise de regressão logística, essas variáveis foram dicotomizadas em sobrepeso (IMC $\geq 25 \text{ kg/m}^2$; sim/não) e obesidade abdominal (RCE $\geq 0,5$; sim/não). As variáveis independentes foram agrupadas em três blocos: sociodemográficas, comportamentais e de saúde.

As características sociodemográficas incluíram sexo, faixa etária, escolaridade, cor da pele, renda familiar, estado civil e autorreferência como quilombola. Entre as variáveis comportamentais, destacaram-se tabagismo, tempo assistindo televisão fora do trabalho ($< 2\text{h}/\text{dia}$ ou $\geq 2\text{h}/\text{dia}$), prática de atividade física (> 2 dias/semana por ≥ 30 minutos), consumo de frutas e verduras/legumes (< 5 ou ≥ 5 dias/semana) e comportamento alimentar, como ingestão de frango com pele ou carne vermelha com gordura (sim/não). As características de saúde incluíram autoavaliação do estado de saúde, diagnóstico de Diabetes Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA), definida como pressão arterial $\geq 140/90$ mmHg ou uso de medicação anti-hipertensiva.

A análise multivariada por regressão logística foi utilizada para avaliar as associações entre as variáveis independentes (sociodemográficas, comportamentais e de saúde) e as dependentes (IMC e RCE). O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$). Este estudo integra o projeto "Impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Quilombos" e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer nº 2.626.680. CAAE nº 87902918.4.0000.5086.

RESULTADOS

A população feminina foi a mais frequente dentre os participantes (55,9%), bem como as faixas etárias mais prevalentes foram entre 30-39 anos (20,09%) e 40-49 anos (16,9%) e, apenas 4 participantes acima de 79 anos. Em relação a cor da pele, majoritariamente pretos (62,7%), entretanto houve uma parcela autodeclarada branca (6,2%). No que tange ao estado civil, a maior parte é casada (40,1%), seguida dos solteiros (29,1%).

Sobre a escolaridade, a maioria dos participantes (36,2%) possui apenas o ensino fundamental, entre a 1ª e a 5ª série, e 20,09% deles não tiveram qualquer instrução formal. A respeito da religião declarada, 60,2% são católicos. De forma destacada, 70,06% dos participantes declararam serem lavradores, e 14,01%

aposentados, entretanto 37,9% relatam não ter nenhuma fonte de renda fixa, e 59,3% alegam ter até 1 salário-mínimo.

Quando avaliadas a distribuição de frequências das variáveis sobre a moradia, identificou-se que, em relação a estrutura da casa a maioria é de tijolo (91,9%), o piso é cimento em 97,2% dos lares e o teto é telha de barro em 99,4%. Acerca do acesso ao saneamento, 100% da água de consumo do local é oriunda de poço artesiano, e apenas 24,3% referiram consumir água filtrada. Apenas 4% das residências possuem água encanada. O destino majoritário dos esgotos é a fossa (76,8%) e o destino de 87% do lixo é a queimada.

No bloco hábitos de vida, teremos o resultado fracionado. Quando observa-se a distribuição de frequências das variáveis sobre os hábitos de vida, sobretudo hábitos alimentares, foi possível identificar que a maioria não possui saleiro na mesa (57,1%), não consome feijão (48,0%), nem salada (54,2%) e nem verduras (46,3%) em nenhum dia da semana.

Sobre o consumo proteico, referiram carne vermelha entre 5 vezes (22,6%) e 3 vezes (21,5%) na semana; 25,4% confirmaram não comer peixe em nenhum dia da semana; e, comer carne de frango em média 2 vezes por semana (34,5%). Em relação ao preparo, as carnes vermelhas são mais consumidas a gordura natural do que a carne de frango.

Em relação à ingestão de sucos naturais e frutas, relataram nenhum consumo durante a semana, também foi referido que não consomem refrigerantes em nenhum dia. Neste contexto, 31,6% alegam consumir leite todos os dias, sendo o integral o mais utilizado.

É possível identificar que 66,1% alegam não consumir doces em nenhum dia da semana. A ingestão de bebidas alcoólicas, sobre a frequência, revelou que a maioria dos homens e mulheres não costumam tomar mais de 4 e 5 doses por semana. Destaca-se ainda que 15,3% são fumantes, onde 48,3% iniciaram o fumo entre 16 e 20 anos e 70,0% realizaram alguma tentativa de parar de fumar nos últimos 12 meses. Em relação ao tempo de tela, 26,6% referem assistir televisão durante 2 a 3 horas por dia.

Quanto às variáveis relacionadas às condições de saúde dos quilombolas, evidencia-se que a maioria não possui HAS diagnosticada (77,4%), e dentre os 22,6% que possuem, um total de 40% têm a doença a 10 anos ou mais. Sobre a DM, 88,7% referiram não possuir a doença, porém, dentre 11,3% que possuem, a maioria tem diagnóstico entre 4 e 6 anos (45,0%).

Em relação a presença dessas doenças e seu tratamento, 76,1% referiram fazer uso de tratamento medicamentoso e 62,5% alegaram viver de modo regular. Vale ressaltar que 8% desse público apresentou complicações, sendo o derrame o problema relatado para 100% dos que tiveram algum tipo de complicação.

Ao exame físico, 59,6% apresentaram Pressão Arterial Sistêmica (PAS) alta, a maioria possuía circunferência abdominal aumentada (56,5%), sobrepeso no IMC (42,4%) e relação estatura/cintura também aumentada em 84,2%.

Como pode-se observar, há uma relação de dependência na classificação da CC com a classificação do IMC, onde indivíduos sobrepeso/obeso apresentam uma circunferência de cintura aumentada (91,9%), enquanto os indivíduos com IMC normais (88,5%) têm a circunferência de cintura normal. A mesma relação de dependência foi vista com a RCE, todos os indivíduos sobrepeso/obesos possuem uma RCE aumentada (100%), enquanto nos indivíduos normais, esse percentual cai para 64,1%. Quanto a relação com PAS, indivíduos sobrepeso/obesos apresentam uma frequência maior de Hipertensos (70,7%) quando comparados com os indivíduos com IMC normal (50%). Não foi encontrada uma relação significativa ($p > 0,05$) com a frequência de Diabetes Mellitus (**Tabela 1**).

Tabela 1 - Teste do qui-quadrado de independência da comunidade quilombola de Santana dos Pretos, n=180.

Variável	Normal		IMC Sobrepeso/Obeso		x ²	p
	Normal	%	Sobrepeso/Obeso	%		
Circunferência da Cintura						
Normal	69	88,5	8	8,1	114,69	< 0,001
Aumentada	9	11,5	91	91,9		
RCE						
Normal	28	35,9	0	0,0	42,22	< 0,001
Aumentada	50	64,1	99	100,0		
PAS						
Normal	39	50,0	29	29,3	7,91	0,005
Alta	39	50,0	70	70,7		
Diabetes Mellitus						
Não	72	92,3	85	85,9	1,81	0,178
Sim	6	7,7	14	14,1		
Total	78	100	99	100		

Fonte: Fontenele DF, et al., 2025.

Em seguida, verifica-se teste t de student independente das variáveis numéricas em relação a classificação de IMC, onde o resultado demonstrou que foi encontrado uma diferença significativa ($p < 0,05$) nas médias da duração da prática física (min.) e da circunferência da cintura (CC) (**Tabela 2**). A média de idade observada foi de 43,72, sendo o número médio de filhos de 2,93. Em relação a moradia, as casas possuem em média 5,28 cômodos, tendo média de habitantes por casa de 4,22.

Ainda acerca dos hábitos de vida, a média da prática de esportes pela população é de 2,73 por semana, com duração média de 47,65 minutos. Observa-se que, os indivíduos com IMC classificado como Sobrepeso/Obeso treinam mais do que aqueles com IMC classificado como Normal, pois sentem que precisam queimar mais gordura.

Quanto às demais características avaliadas, não foram encontradas diferenças significativas ($p > 0,05$) nas médias dos dois grupos (**Tabela 2**).

Tabela 2 - Teste t de student independente das variáveis numéricas em relação a classificação de IMC da comunidade quilombola de Santana dos Pretos, n=180.

Variável	IMC	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Idade	Normal	78	42,35	17,70	-1,02	0,309
	Sobrepeso/ Obeso	99	45,10	17,91		
Nº Filhos	Normal	78	2,83	2,28	-0,52	0,603
	Sobrepeso/ Obeso	99	3,03	2,66		
nº de cômodos	Normal	78	5,17	1,10	-1,22	0,226
	Sobrepeso/ Obeso	99	5,40	1,50		
Nº pessoas em casa	Normal	78	4,47	2,12	1,63	0,105
	Sobrepeso/ Obeso	99	3,98	1,90		
Idade de início álcool	Normal	15	18,20	3,57	-0,97	0,337
	Sobrepeso/ Obeso	23	19,57	4,60		
nº dias de praticar esporte	Normal	27	2,89	1,53	0,74	0,462
	Sobrepeso/ Obeso	31	2,58	1,63		
Duração da prática física (min)	Normal	25	42,80	16,71	-2,38	0,022
	Sobrepeso/ Obeso	28	52,50	12,36		
Frequência de fumo em casa	Normal	78	3,97	1,76	1,03	0,305
	Sobrepeso/ Obeso	97	3,69	1,88		
CC	Normal	78	81,68	6,15	-14,36	0,000
	Sobrepeso/ Obeso	99	97,23	7,85		
RCE	Normal	78	0,58	0,08	1,60	0,113
	Sobrepeso/ Obeso	99	0,56	0,06		

Fonte: Fontenele DF, et al., 2025.

Com a regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação do IMC (normal e sobrepeso/obeso), identificou-se que quanto aos fatores de risco relacionados com a obesidade pela classificação do IMC, foi encontrado um efeito significativo ($p < 0,05$) do sexo do indivíduo, consumo de sal, feijão, verdura e carne. Sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentaram um efeito protetor à obesidade ($OR = 0,40$) em relação ao sexo feminino (**Tabela 3**).

O mesmo efeito protetor foi encontrado nos hábitos de comer com sal ($OR = 0,29$), comer verdura ($OR = 0,27$) e proteína (carne) ($OR = 0,08$), enquanto indivíduos com o hábito de comer feijão apresentaram-se com um fator de risco à obesidade ($OR = 3,58$). As demais variáveis dos três domínios (sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde) não apresentam relação significativa ($p > 0,05$) com a presença ou não da obesidade (**Tabela 3**).

Tabela 3 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação do IMC (normal e Sobrepeso/obeso) da comunidade quilombola de Santana dos Pretos, n=180.

Variável	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I. para OR		
						Inferior	Superior	
Sociodemográfico	Sexo (masculino)	-0,91	0,31	8,47	0,004	0,40	0,22	0,74
	Faixa etária (>40)	0,51	0,42	1,45	0,229	1,67	0,73	3,83
	Cor (Preto + Pardo)	0,87	0,62	1,97	0,160	2,38	0,71	7,95
	Estado Civil (casado)	-0,20	0,36	0,31	0,581	0,82	0,41	1,65
	Escolaridade (< médio)	-0,01	0,48	0,00	0,981	0,99	0,38	2,55
	Renda (< 1 SM)	-0,03	0,36	0,01	0,926	0,97	0,48	1,94
	Nº de Filho (>3)	0,07	0,40	0,03	0,854	1,08	0,49	2,37
Hábitos de vida	Consome Sal (sim)	-1,23	0,39	9,78	0,002	0,29	0,13	0,63
	Consome feijão (sim)	1,28	0,43	8,62	0,003	3,58	1,53	8,39
	Consome salada (sim)	0,23	0,41	0,32	0,572	1,26	0,56	2,82
	Consome verdura (sim)	-1,30	0,43	8,99	0,003	0,27	0,12	0,64
	Consome carne (sim)	-2,52	0,91	7,71	0,005	0,08	0,01	0,48
	Consome frango (sim)	-0,57	0,47	1,49	0,223	0,56	0,22	1,42
	Consome peixe (sim)	-0,18	0,41	0,18	0,669	0,84	0,38	1,88
	Consome suco (sim)	0,10	0,37	0,08	0,784	1,11	0,54	2,27
	Consome frutas (sim)	0,13	0,40	0,10	0,747	1,14	0,52	2,47
	Consome refrigerante (sim)	-0,70	0,38	3,48	0,062	0,50	0,24	1,04
	Consome leite (sim)	-0,23	0,41	0,31	0,579	0,80	0,36	1,77
	Consome doce (sim)	-0,13	0,38	0,11	0,743	0,88	0,42	1,87
	Faz Esporte (sim)	-0,16	0,38	0,18	0,672	0,85	0,40	1,80
	Assiste TV (> 2 h)	0,39	0,49	0,64	0,425	1,48	0,56	3,90
Fuma (sim)	-0,81	0,58	1,94	0,163	0,44	0,14	1,39	
Condições de saúde	HAS (alta)	0,44	0,49	0,83	0,363	1,56	0,60	4,06
	DM (sim)	0,33	0,56	0,36	0,551	1,39	0,47	4,17
	Complicações (sim)	0,14	0,92	0,02	0,882	1,15	0,19	6,98

Fonte: Fontenele DF, et al., 2025.

Quanto à regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da circunferência da cintura (normal e aumentada), ao observar os fatores de risco relacionados com a obesidade pela classificação da circunferência da cintura (CC), foi encontrado um efeito significativo ($p < 0,05$) sobre o sexo do indivíduo, faixa etária, consumo de sal, feijão, verdura e carne.

Sendo que os indivíduos do sexo masculino apresentaram um efeito protetor ($OR=0,15$) ao aumento da CC em relação ao sexo feminino, o mesmo efeito protetor foi encontrado nos hábitos de comer com sal ($OR=0,37$), comer verdura ($OR=0,41$) e mais proteína (carne) ($OR=0,12$), enquanto os indivíduos com faixa etária maior que 40 anos ($OR=2,14$) e com o hábito de comer feijão ($OR=2,33$) apresentaram-se com fatores de risco ao aumento da circunferência da cintura. As demais variáveis dos três domínios (sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde) não apresentam relação significativa ($p > 0,05$) com o aumento ou não da circunferência da cintura (**Tabela 4**).

Tabela 4 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da circunferência da cintura (normal e aumentada) da comunidade quilombola de Santana dos Pretos, n=180.

	Variável	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Sociodemo gráfico	Sexo (masculino)	-1,89	0,36	28,01	0,000	0,15	0,08	0,30
	Faixa etária (>40)	0,76	0,35	4,58	0,032	2,14	1,07	4,28
	Cor (Preto + Pardo)	1,08	0,65	2,76	0,097	2,96	0,82	10,61
	Estado Civil (casado)	0,13	0,39	0,11	0,735	1,14	0,53	2,45
	Escolaridade (< médio)	-0,08	0,52	0,03	0,870	0,92	0,33	2,54
	Renda (< 1 SM)	-0,04	0,38	0,01	0,908	0,96	0,45	2,02
	Nº de Filho (>3)	0,25	0,43	0,34	0,561	1,29	0,55	3,00
Hábitos de vida	Consome Sal (sim)	-1,00	0,38	6,97	0,008	0,37	0,18	0,77
	Consome feijão (sim)	0,84	0,41	4,15	0,042	2,33	1,03	5,24
	Consome salada (sim)	0,44	0,40	1,19	0,275	1,55	0,71	3,40
	Consome verdura (sim)	-0,90	0,41	4,79	0,029	0,41	0,18	0,91
	Consome carne (sim)	-2,10	0,87	5,80	0,016	0,12	0,02	0,68
	Consome frango (sim)	-0,71	0,47	2,31	0,129	0,49	0,19	1,23
	Consome peixe (sim)	0,06	0,40	0,02	0,891	1,06	0,48	2,32
	Consome suco (sim)	0,15	0,36	0,17	0,680	1,16	0,58	2,33
	Consome frutas (sim)	-0,15	0,38	0,14	0,704	0,86	0,41	1,83
	Consome refrigerante (sim)	-0,54	0,36	2,20	0,138	0,58	0,29	1,19
	Consome leite (sim)	-0,14	0,40	0,12	0,729	0,87	0,40	1,90
	Consome doce (sim)	0,13	0,37	0,11	0,736	1,13	0,55	2,35
	Faz Esporte (sim)	-0,56	0,38	2,17	0,140	0,57	0,27	1,20
	Assiste TV (> 2 h)	0,09	0,48	0,03	0,852	1,09	0,43	2,77
	Fuma (sim)	-0,81	0,57	2,01	0,157	0,44	0,14	1,37
Condições de saúde	HAS (alta)	0,18	0,48	0,13	0,714	1,19	0,46	3,09
	DM (sim)	0,62	0,59	1,13	0,287	1,86	0,59	5,87
	Complicações (sim)	1,17	1,15	1,05	0,306	3,24	0,34	30,73

Fonte: Fontenele DF, et al., 2025.

Quanto aos fatores de risco relacionados com a obesidade pela classificação da razão da cintura sob a estatura (RCE), foi encontrado um efeito significativo ($p < 0,05$) voltado ao sexo do indivíduo, número de filhos, consumo de feijão, verdura e carne. Sendo que os indivíduos do sexo masculino, apresentaram um efeito protetor ($OR=0,39$) ao aumento do RCE em relação ao sexo feminino.

O mesmo efeito protetor foi encontrado nos hábitos de comer verdura ($OR=0,33$). Ao contrário das outras análises, o consumo de carne apresentou-se com um fator de risco ($OR=4,75$) para uma maior RCE. O consumo de feijão continuou sendo um fator de risco ($OR=7,4$) para o aumento do RCE, e família com um número de filhos maior do que 3 ($OR=5,13$). As demais variáveis dos três domínios (sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde) não apresentam relação significativa ($p > 0,05$) com o aumento ou não da RCE.

Tabela 5 - Regressão logística multivariada das variáveis sociodemográficas, hábitos de vida e condições de saúde em relação a classificação da razão da cintura pela estatura (normal e aumentada) da comunidade quilombola de Santana dos Pretos, n=180.

	Variável	B	S.E.	Wald	p	OR	95% C.I. para OR	
							Inferior	Superior
Sociodemográfico	Sexo (masculino)	-0,95	0,44	4,62	0,032	0,39	0,16	0,92
	Faixa etária (>40)	0,87	0,50	2,99	0,084	2,39	0,89	6,43
	Cor (Preto + Pardo)	0,71	0,77	0,86	0,354	2,04	0,45	9,20
	Estado Civil (casado)	-0,32	0,49	0,44	0,507	0,72	0,28	1,88
	Escolaridade (< médio)	-0,71	0,58	1,54	0,214	0,49	0,16	1,51
	Renda (< 1 SM)	-0,41	0,49	0,70	0,404	0,66	0,25	1,73
	Nº de Filho (>3)	1,64	0,82	3,98	0,046	5,13	1,03	25,58
Hábitos de vida	Consome de Sal (sim)	-0,41	0,52	0,62	0,431	0,66	0,24	1,85
	Consome feijão (sim)	2,00	0,61	10,75	0,001	7,40	2,24	24,48
	Consome salada (sim)	-0,22	0,56	0,16	0,690	0,80	0,26	2,41
	Consome verdura (sim)	-1,12	0,57	3,89	0,049	0,33	0,11	0,99
	Consome carne (sim)	1,56	0,21	56,16	0,000	4,75	3,16	7,14
	Consome frango (sim)	-0,13	0,71	0,03	0,855	0,88	0,22	3,55
	Consome peixe (sim)	-0,03	0,58	0,00	0,955	0,97	0,31	3,03
	Consome suco (sim)	0,82	0,48	2,96	0,085	2,28	0,89	5,83
	Consome frutas (sim)	-0,56	0,55	1,02	0,312	0,57	0,19	1,69
	Consome refrigerante (sim)	-0,93	0,53	3,04	0,081	0,39	0,14	1,12
	Consome leite (sim)	0,70	0,55	1,62	0,203	2,01	0,69	5,88
	Consome doce (sim)	-0,45	0,52	0,75	0,386	0,64	0,23	1,76
	Faz Esporte (sim)	0,45	0,55	0,67	0,413	1,56	0,54	4,55
	Assiste TV (> 2 h)	0,77	0,58	1,75	0,186	2,16	0,69	6,77
Fuma (sim)	-0,53	0,80	0,44	0,508	0,59	0,12	2,84	
Condições de saúde	HAS (alta)	1,03	0,83	1,52	0,218	2,80	0,55	14,35
	DM (sim)	0,91	1,10	0,68	0,408	2,49	0,29	21,66
	Complicações (sim)	18,50	150,5	0,00	0,999	108,68	0,00	

Fonte: Fontenele DF, et al., 2025.

DISCUSSÃO

Com exceção do período de 25 a 30 anos de idade, em todas as outras faixas etárias as mulheres têm maior prevalência do problema do que os homens. Na média geral, segundo a PNS 2019, 29,5% das mulheres têm obesidade — praticamente uma em cada três — contra 21,8% dos homens. O sobrepeso, por sua vez, foi encontrado em 62,6% delas e em 57,5% deles (SOARES DA e BARRETO SM, 2014).

Os achados corroboram com outras pesquisas com o mesmo perfil populacional de quilombolas. Em uma pesquisa realizada com comunidades similares, a amostra apresentou idade variando entre 18 e 92 anos (mediana de 41 anos para mulheres e 49 para homens), composta predominantemente por mulheres (61,2%) (MUSSI RFF e PETRÓSKI EL, 2019).

Em relação a cor, majoritariamente pretos, entretanto houve uma parcela autodeclarada branca. No que tange ao estado civil, a maioria é casada. São reconhecidas características noológicas que acometem a população negra, como fatores genéticos (doenças hereditárias), clínicos (maior frequência e gravidade de doenças metabólicas e cardiovasculares) e sociais (piores condições de vida e racismo), neste sentido, ser negro aumenta a probabilidade para manifestação de enfermidades crônicas, o preconceito determina desigualdades desfavoráveis a pretos e pardos e as iniquidades sociais amplificam a probabilidade para manifestação de distúrbios metabólicos em populações negras (MUSSI RFF e PETRÓSKI EL, 2019).

A menor prevalência de sobrepeso entre os solteiros e os separados/viúvos também foi encontrada em diversos trabalhos tanto em quilombolas como em não quilombolas (SOARES DA e BARRETO SM, 2014). Esses estudos inferem que indivíduos casados ou que vivem com companheiro(a) realizem menos atividade

física em geral, seja por disporem de pouco tempo livre, seja por gastarem mais tempo cuidando da família e da casa. Estudo revela que os casados e viúvos apresentam 1,19 e 1,35 vezes maiores probabilidades de estarem obesos, respectivamente (SANTOS AG, et al., 2020).

A respeito da escolaridade, a maior parte dos participantes possui apenas o ensino fundamental, entre a 1^o e a 5^a série, e 20,09% deles não tiveram qualquer instrução formal. O planejamento das políticas educacionais e sua execução nos territórios quilombolas não contribuíram para a superação da dificuldade de acesso, permanência e respeito às singularidades culturais. As escolas em territórios quilombolas sofrem com a deterioração física e com processos educacionais alheios às suas especificidades culturais. A reflexão se concentra na relação entre território e educação quilombola, isto é, a educação como política territorial elaborada pelo Estado para quilombolas compromete as condições de existência do lugar. O objetivo é mostrar como essas políticas desconsideram a existência espacial quilombola e constituem um instrumento de interesses de agentes em diferentes escalas para intensificar o uso desigual do território (MASCARENHAS CAS, 2017).

As atividades econômicas predominantes em quilombos são a agricultura de subsistência, a pecuária tradicional e o artesanato. Embora os territórios ancestrais configurem importante elemento de identidade grupal, a sazonalidade climática, a devastação ambiental, as dificuldades de titulação fundiária e de acesso podem contribuir para um risco nutricional diferenciado (CORRÊA NAF e SILVA HP, 2022).

Áreas de maior vulnerabilidade social foram fortemente associadas à maior chance de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as características do ambiente podem ter impacto potencial na ocorrência da doença, independentemente dos atributos individuais. Verificou-se que viver em áreas com alta densidade de locais privados para prática de atividade física diminui a chance de ter Diabetes Mellitus (TONACO LAB, et al., 2021).

Os fatores de proteção, como o consumo de frutas e legumes, a atividade física no lazer e redução do tabagismo são indicadores positivos que corroboram para a diminuição da mortalidade por DCNT (ISTILLI PT, et al., 2020). Estudo realizado em 2017 que analisou os principais fatores de risco relacionados à mortalidade prematura por DCNT entre mulheres identificou: IMC elevado, risco dietético, pressão arterial sistólica elevada e, entre homens, risco dietético, pressão arterial sistólica elevada, tabaco e IMC elevado (ISTILLI PT, et al., 2020).

Em relação ao tempo de tela, 26,6% referiram assistir televisão durante 2 a 3 horas por dia. A população estudada pratica em média 2,73 esportes por semana, com duração média de 47,65 minutos. Estudos prévios verificaram que quanto maior a disponibilidade de recursos para atividade física, maior é a prática. Por outro lado, bairros mais vulneráveis socioeconomicamente possuem menor quantidade de locais para aquisição de alimentos saudáveis e menor variedade (LEITE MA, et al., 2019). Além disso, padrões alimentares mais prudentes, estão associados a posições socioeconômicas mais altas, os indivíduos pertencentes às famílias com maior renda apresentaram um padrão alimentar composto por uma alimentação mais diversificada e rica em nutrientes, que incluiu diversos alimentos *in natura* de maior valor monetário (CANUTO R, et al., 2019).

A maioria (77,4%) não possui HAS, e dentre os 22,6% que possuem HAS a maioria (40%) tem a doença há 10 anos ou mais. Sobre a DM, 88,7% declararam não possuir, porém dentre 11,3% que possuem, a maioria tem diagnóstico entre 4 e 6 anos (45,0%). No estudo de Santos AG, et al. (2020), apesar da hipertensão arterial autorreferida não ter apresentado associação estatisticamente significativa com a obesidade, em nosso estudo, em relação a PAS, indivíduos sobrepeso/obesos apresentam uma frequência maior de hipertensos (70,7%) quando comparado como os indivíduos com IMC normal (50%).

Há uma relação de dependência na classificação da CC com a classificação do IMC, indivíduos sobrepeso/obeso apresentam uma circunferência de cintura aumentada enquanto os indivíduos com IMC normal, têm a circunferência de cintura também normal. A mesma relação de dependência foi vista com a RCE, onde todos os indivíduos sobrepeso/obeso possuem uma RCE aumentada (100%), enquanto nos indivíduos normais, esse percentual cai para 64,1%. Resultados são alarmantes, tendo em vista que valores elevados de CC são associados com risco cardiovascular, distúrbios metabólicos, alterações no perfil lipídico, hipertensão arterial, resistência insulínica e DM (TURUCHIMA MT, et al., 2015).

CONCLUSÃO

Neste estudo foi possível identificar que as populações vulneráveis, como os quilombolas, apresentam altos índices de sobrepeso e obesidade, onde mais de 50% dos investigados apresentaram um aumento do peso para além do IMC padrão. Nesse tangente, monitorar a prevalência do sobrepeso/obesidade é relevante, pois os males provenientes desta, continuam sendo um desafio para as instâncias públicas no mundo, principalmente nos países de média e baixa renda, como a região nordeste do Brasil, onde tal problema deve ser visto como uma prioridade. Os quilombolas também necessitam de melhores informações relacionadas aos cuidados em saúde, além de ações que visem combater situações de vulnerabilidade socioeconômica e de acesso. Antemão, é válido destacar que esta pesquisa apresenta limitações, por se tratar de um estudo que analisa um grupo e não o indivíduo e a utilização de dados secundários que pode gerar viés e não permite a generalização. No entanto, mesmo com limitações, a realização deste estudo é fundamental para o conhecimento do panorama de saúde da população quilombola. Recomenda-se a expansão de estudos sobre essa temática nessa população, com outras abordagens analíticas, bem como qualitativas, para que se tenha elementos para retratar uma situação ainda pouco conhecida e sinalizar intervenções prioritárias.

REFERÊNCIAS

1. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. Mapa da obesidade [mapa]. São Paulo: ABESO, 2020. Disponível em: <https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>. Acessado em: 10 de setembro de 2022.
2. BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm. Acessado em: 21 dezembro de 2022.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2020: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/>. Acessado em: 21 dezembro de 2022.
4. CANUTO R, et al. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019;24(9):3193-3212.
5. CORREIA IB, et al. Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos de uma comunidade quilombola da Paraíba. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 2022;39:1-26: e0198.
6. CORRÊA NAF, SILVA HP. Comida de quilombo e a desnutrição infantil na Amazônia Paraense: uma análise com base no mapeamento da insegurança alimentar e nutricional. *Segurança Alimentar e Nutricional*, 2022;29:1-16.
7. CRUZ EPR, et al. Obesidade na atualidade: abordagem das principais consequências a longo prazo. *Brazilian Journal of Health Review*, 2023;6(2):5407-5416.
8. ISTILLI PT, et al. Avaliação da mortalidade prematura por doença crônica não transmissível. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2020;73(2):1-6.
9. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Quilombolas no Brasil, 2019. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/materias-especiais/21311-quilombolas-no-brasil.html>. Acessado em: 21 dezembro de 2022.
10. LEITE MA, et al. Is neighbourhood social deprivation in a Brazilian city associated with the availability, variety, quality and price of food in supermarkets? *Public Health Nutrition*, 2019;22(18):3395-3404.
11. MASCARENHAS CAS. Reflexões sobre território e educação quilombola: tensões e resistências. *Revista Cerrados*, 2017 jul/dez;15(2):220-45.
12. MUSSI RFF, PETRÓSKI EL. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolas baianos, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019;24(7):2481-90.
13. MOURA RF, et al. Fatores associados às desigualdades das condições sociais na saúde de idosos brancos, pardos e pretos na cidade de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2023;28(3):897-907.

14. NEVES FJ, et al. Estado nutricional e fatores associados ao déficit estatural em crianças menores de cinco anos de comunidades remanescentes de quilombos do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021;37(7):1-15.
15. PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO). Overweight and obesity. Washington, DC: PAHO, 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/en/noncommunicable-diseases-and-mental-health/noncommunicable-diseases-and-mental-health-data-33>. Acessado em: 2 de julho de 2022.
16. SOARES DA, BARRETO SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2014 fev;30(2):341-54.
17. SANTOS AG, et al. Fatores associados à obesidade em adultos quilombolas baianos. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*, 2020 mar/abr;14(85):230-40.
18. SILVA TC, et al. Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022;27(1):219-30.
19. SANTOS ENA, et al. Quality of life of women from a quilombola community in northeastern Brazil. *Brazilian Journal of Biology*, 2024;84:e246463.
20. TURUCHIMA MT, et al. Associação entre indicadores antropométricos (IMC e CC) em relação ao risco para doenças cardiovasculares. *Saúde e Pesquisa*, 2015;8(esp):55-63.
21. TONACO LAB, et al. Vulnerabilidade social se associa com o diagnóstico autorreferido de diabetes tipo II: uma análise multinível. *Cadernos de Saúde Pública*, 2021;37(Supl 1):e210010.
22. TORRES RC, et al. Modelo matemático para prever probabilidade de quilombolas desenvolverem síndrome metabólica com fluxograma de atendimento de saúde. *Scientia Plena*, 2023;19(8):1-14.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2022. Geneva: WHO, 2022. 234 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240047761>. Acessado em: 21 de dezembro de 2022.