

EXCESSO DE PESO E FATORES ASSOCIADOS EM QUILOMBOLAS DO MÉDIO SÃO FRANCISCO BAIANO, BRASIL

OVERWEIGHT AND ASSOCIATED FACTORS IN QUILOMBOLAS (INHABITANTS OF BLACK COMMUNITIES) OF MIDDLE SAN FRANCISCO BAHIA, BRAZIL

Ricardo Franklin de Freitas Mussi

Grupo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Educação, Cultura e Saúde (GEPEECS), Departamento de Ciência Humanas, Universidade do Estado da Bahia (UNEB/BA). Rua J. J. Seabra nº158, Estação, Jacobina/Ba, CEP: 44700-000.

rimussi@yahoo.com.br

Bruno Morbeck de Queiroz

Núcleo de Estudos em Epidemiologia do Envelhecimento (NEPE).

morbeck.bruno@gmail.com

Edio Luiz Petróski

Programa de Pós-graduação em Educação Física, Centro de Desporto e Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC/SC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

edio.petroski@ufsc.br

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar a prevalência do excesso de peso e os fatores associados em adultos de comunidade quilombola do médio São Francisco baiano. Estudo transversal com amostra de 112 adultos. O excesso de peso foi avaliado pelo índice de massa corporal (IMC). A regressão linear foi usada para testar as associações, conforme modelo hierárquico de análise. A prevalência de excesso de peso foi de 27,7% (Intervalo de Confiança de 95% - IC95%: 19,3;36,1), com IMC médio de 23,1(\pm 3,8) Kg/m², na análise múltipla permaneceram associados ($p < 0,05$) o sexo feminino, autoavaliação negativa de saúde e aumento da pressão

arterial média (R^2 ajustado 0,326). O aumento do IMC entre os quilombolas se associou com sexo feminino, autoavaliação negativa de saúde e maiores níveis pressóricos médios.

Abstract

The aim of this article was to analyze the prevalence of overweight and associated factors in adult quilombolas (inhabitants of black communities) from the Middle San Francisco, Bahia. Cross-sectional study with a sample of 112 adults. Overweight was evaluated by body mass index (BMI). Linear regression was used to test associations. The mean age of the participants was 42.1 (standard deviation - sd 18.5) years and there was a predominance of females (55.4%). The prevalence of overweight was 27.7% (95% confidence interval - 95% CI: 19.3;36.1), with a mean BMI of 23.1 (± 3.8) kg/m². Factors that remained associated in multiple linear regression analysis ($p < 0.05$) were female gender, negative self-assessment of health, and increased mean arterial pressure (adjusted R^2 0.326). The increase in BMI among quilombolas was associated with female gender, negative self-assessment of health and higher mean blood pressure levels.

Palavras-chave: Grupo com Ancestrais do Continente Africano; Estado Nutricional; Índice de Massa Corporal; Antropometria; Estudos Transversais.

Key words: Group with African Continental Ancestry; Nutritional Status; Body Mass Index; Anthropometry; Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

O excesso de peso corporal representa um importante problema de saúde pública. Esta condição atinge países desenvolvidos e em desenvolvimento, influenciando na ampliação da morbimortalidade populacional¹. Suas principais causas podem ser resultantes da interação entre fatores biológicos e culturais, que se modificaram ao longo da história humana, tais como, o pertencimento a determinado grupo populacional e o estilo de vida².

Levantamentos nacionais alertam para o aumento das prevalências de excesso de peso na população adulta brasileira. Sua frequência elevou-se em média 1,3 ponto percentual entre os anos de 2006 e 2013, variou de 42,6% para 50,8% na última avaliação³. Fatores

sociodemográficos como, ser do sexo masculino e maior faixa etária estiveram associados a esta condição na população brasileira no ano de 2013³. Além disso, existem evidências que o excesso de peso é um dos principais fatores determinantes da hipertensão na população em geral⁴.

Contudo, ainda são escassos estudos que avaliaram as alterações no estado nutricional realizados com grupos em vulnerabilidade social. Adultos quilombolas, assim como nos dados dos levantamentos nacionais, têm apresentado alta prevalência de excesso de peso, entre 42%⁵ e 42,8%⁶, no entanto, sinalizam diferentes fatores sociodemográficos, comportamentais e comorbidades associadas^{5,6}, o que dificulta a compreensão dos seus fatores predisponentes.

Os quilombos são caracterizados por serem comunidades étnico-raciais, de ancestralidade negra, ligadas aos trabalhos rurais ou culturas de subsistência, pelo seu isolamento geográfico e manutenção de suas manifestações culturais e religiosas⁷. Contudo, essas **comunidades** têm sofrido com as mudanças ambientais e vêm enfrentando problemas fundiários que, somados as precárias condições de vida, indicam para risco na manutenção da saúde desta população^{6,8}.

Ressalta-se que os quilombos contemporâneos diferem daqueles históricos. Os primeiros eram habitados por escravos fugidos, enquanto, os contemporâneos, apesar de formados por descendentes de negros escravizados, não são constituídos, necessariamente, pelos grupos de fugitivos⁹.

Considerando a limitada disponibilidade de informações com este segmento populacional específico, e, para melhor compreensão e rastreamento das condições de saúde desta população, o presente trabalho teve como objetivo analisar a prevalência do excesso de peso e os fatores associados em adultos de comunidade quilombola do médio São Francisco baiano, nordeste brasileiro.

MÉTODOS

Estudo transversal, realizado na Comunidade Quilombola de Tomé Nunes, localizada no município de Malhada, região do Médio São Francisco baiano, Nordeste brasileiro, com índice médio de desenvolvimento humano (IDH) de 0,562¹⁰. A comunidade investigada é reconhecida como quilombola rural, localizada a 12 km da área urbana, fixada na margem direita do Rio São Francisco, com acesso por estrada não asfáltica; sua atividade laboral fundamental é a agropecuária de subsistência⁹.

Segundo informações ofertadas pela agente comunitária de saúde, com base em sua caderneta de acompanhamento, que atende 100% dos moradores do quilombo, no período da coleta de dados, verificou-se uma população de 201 adultos (> 18 anos). O cálculo amostral considerou correção para população finita, prevalência de 15% para obesidade em brasileiros adultos (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico - VIGITEL)¹¹, erro amostral de cinco pontos percentuais e nível de confiança de 95%, acrescidos de 10% para perdas e recusas, determinando amostragem mínima de 109 indivíduos. A seleção aleatória simples deu-se por sorteio, incluindo os moradores presentes na página de abertura da caderneta contendo a listagem da agente comunitária de saúde, o que garantiu igual probabilidade de ser sorteado a todos os participantes.

Anteriormente, às coletas, foi realizado agendamento da visitação por intermédio da associação de moradores. Para a ocorrência da coleta, foi realizada leitura do termo de consentimento livre e esclarecido com as informações da pesquisa, assinado pelos que aceitassem participar do estudo. Todos os participantes sabiam assinar seus nomes.

As entrevistas, parte inicial da coleta de dados, foram conduzidas por equipe treinada para testagem, refinamento e calibração de entrevistador. Esse procedimento contou com aplicação de questionário elaborado para a pesquisa, baseado no instrumento proposto para o

VIGITEL¹¹ (contendo perguntas sobre questões sociodemográficas e estilo de vida), utilizado para população adulta brasileira.

As variáveis sociodemográficas estudadas foram: sexo (masculino e feminino), idade (anos completos), situação conjugal (com ou sem companheiro), escolaridade (alfabetizado ou analfabeto), situação laboral (trabalho remunerado ou não).

As variáveis relativas ao estilo de vida estudadas foram: tabagismo atual (fumante ou não fumante), etilismo atual (consome bebida alcoólica ou não consome bebida alcoólica), prática regular de atividade física de tempo livre (AFTL) e atividade física de deslocamento (AFD) em minutos por semana, horas de televisão por semana.

As variáveis relativas às condições de saúde estudadas foram: as mensurações hemodinâmicas (pressão arterial) e da bioquímica sanguínea (glicemia), realizadas por único avaliador habilitado e experiente. Além da autoavaliação do estado de saúde (respostas ‘excelente’ e ‘boa’ consideradas saúde positiva, e ‘regular’ e ‘ruim’ consideradas saúde negativa).

A pressão arterial, sistólica (PAS) e diastólica (PAD), foi aferida uma vez, em ocasião única, após as entrevistas (realizadas com participante permanecendo sentado em média 20 minutos). A mensuração ocorreu garantindo repouso mínimo de cinco minutos com os quilombolas sentados, com os pés plantados no chão, e com o braço direito apoiado sobre a mesa no nível cardíaco e a palma da mão voltada para cima¹². Durante as mensurações, foi utilizado um esfigmomanômetro do tipo coluna de mercúrio (*Mercurial Sphygmomanometer Premium*, modelo CE 0483), com o manguito ajustado ao perímetro do braço do indivíduo. Posteriormente foi calculada a pressão arterial média (PAM) [$PAM = PAD + 1/3(PAS - PAD)$]¹³.

O nível glicêmico sanguíneo foi verificado, com o participante em jejum, por meio de monitor portátil validado¹⁴ da marca Roche®, modelo Accu-Chek Active e fitas reagentes

para Accu-Chek, com o resultado sendo emitido em miligramas por mililitro (mg/ml). Para a mensuração, foi obtida uma gota de sangue por punção digital, utilizando-se lancetador Accu-ChekSoftclix® Pro e respectivas lancetas descartáveis. Para minimizar os riscos de infecção durante o procedimento de coleta, anteriormente a sua realização, ocorreu higienização do local de punção (dedo do avaliado) e o avaliador utilizou luvas cirúrgicas descartáveis, trocadas a cada verificação.

A massa corporal foi determinada com o avaliado, descalço e com o mínimo de vestimentas possível, sobre a balança em posição ortostática (ereto, pés afastados à largura do quadril e a massa distribuída igualmente entre os membros inferiores)¹⁵, valendo-se de balança eletrônica portátil (CamryEletronic, modelo EB9013, com capacidade de 150 kg e precisão de 100g). Para verificação da estatura o avaliado permaneceu em posição ortostática, cabeça orientada segundo o plano de Frankfurt, com os pés (descalços e unidos), glúteos, ombros e cabeça tocando a parede¹⁵, recorrendo-se a uma fita métrica fixada verticalmente na parede, permitindo medir a distância, em centímetros, entre o vértex (ponto mais superior da cabeça no plano mediano sagital) e o solo. Essas medidas permitiram a avaliação do estado nutricional pelo índice de massa corporal [IMC = massa corporal (kg) / estatura² (m)].

O IMC foi a variável dependente. A classificação quanto ao estado nutricional, obedeceu ao seguinte critério: baixo peso ($\leq 18,5 \text{ kg/m}^2$), eutrofia ($\geq 18,5$ a $< 25,0 \text{ kg/m}^2$), sobrepeso ($\geq 25,0$ a $< 30 \text{ Kg/m}^2$) e obesidade ($\geq 30 \text{ kg/m}^2$)¹⁶, foram considerados com excesso de peso aqueles que atenderam a classificação de sobrepeso e obesidade. Para as análises de regressão, esta variável foi tratada como contínua.

Para a análise descritiva das características da população foram calculadas as frequências, médias, valores mínimos e máximos e desvios padrão. A análise do gráfico de resíduos, que demonstrou distribuição normal e variâncias homogêneas, com poucos pontos discrepantes e influentes, definiu a aceitação da estatística inferencial baseada nos modelos de

regressão linear simples e múltipla, conforme modelo hierárquico de análise¹⁷ (Figura 1). Neste sentido, no bloco distal (nível 1), foram alocadas as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, situação conjugal, escolaridade e situação laboral), seguida das relativas ao estilo de vida (nível 2) (tabagismo, etilismo, AFTL, AFD, horas de tv) e, finalmente, as variáveis relativas as condições de saúde, no nível proximal (autoavaliação de saúde, PAM, glicemia) (nível 3).

Na análise ajustada, foram incluídas as variáveis que apresentaram significância estatística de, pelo menos, 10% ($p \leq 0,10$) nas análises brutas e de importância teórica, seguindo a ordem de um modelo hierárquico para determinação dos desfechos. Neste sentido, as variáveis dos níveis mais superiores (distais) interagem entre si e determinam as variáveis dos níveis mais inferiores (proximais). O efeito de cada variável exploratória sobre o desfecho foi controlado para as variáveis do mesmo nível e de níveis superiores no modelo, sendo que o critério estatístico de permanência no modelo foi de 10% ($p \leq 0,10$). O nível de significância adotado no estudo foi de 5%. Os dados foram tabulados e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences for Windows* (SPSS) versão 22.

Figura 1.

A presente investigação é recorte da pesquisa “Comunidades Negras Quilombolas Baianas: antropometria aumentada e atividades físicas reduzidas como fatores de risco à saúde” autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Estadual de Feira de Santana (CEP/UEFS), parecer nº 158/2011, e seguiu as normas brasileiras para pesquisas com seres humanos previstas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta a caracterização da população do estudo para as variáveis categóricas. Todos os convidados aceitaram participar, responderam todas as questões e permitiram todas as mensurações. Dos indivíduos que participaram do estudo, 55,4% eram mulheres. As maiorias dos indivíduos relataram possuir um relacionamento conjugal (63,4%), serem alfabetizados (89,3%), possuir trabalho remunerado (66,1%) e consumem bebida alcoólica (58,0%). Quanto ao estado de saúde, 58% avaliaram negativamente sua saúde. A prevalência de excesso de peso nos adultos foi de 27,7% (IC95% - 19,3 : 36,1) .

Tabela 1.

Na tabela 2 é possível verificar que o grupo apresentou média etária de 42,13(\pm 18,52) anos, massa corporal de 58,7(\pm 10,4) quilogramas, estatura de 1,60(\pm 0,09) metros. Os participantes ainda declararam estarem envolvidos em 84,12(\pm 141,77) minutos por semana em AFTL e 183,27(\pm 137,95) minutos de AFD. Quanto ao comportamento sedentário foram observados uma média de tempo gasto de 14,16(\pm 11,07) horas assistindo televisão por semana.

Tabela 2.

A tabela 3 apresenta os resultados da análise de regressão linear bruta e múltipla. Neste sentido, a análise bruta indica que o aumento do IMC se associa ao sexo feminino, autoavaliação negativa de saúde, gastar menos tempo em atividades físicas de tempo livre e apresentar maior pressão arterial média. Durante a análise de regressão linear múltipla, foi verificada que permaneceu a associação, com à variável desfecho (IMC), o sexo feminino, a autoavaliação negativa de saúde e a pressão arterial média (PAM) aumentada. Houve uma

correlação linear positiva do IMC com a pressão arterial média e a autoavaliação de saúde, e negativa com o sexo masculino.

Tabela 3

DISCUSSÃO

Os principais achados deste estudo indicam importante prevalência do excesso de peso, presente em, aproximadamente, um terço dos **adultos** quilombolas. Sexo feminino, possuir uma autoavaliação negativa do estado de saúde e fatores relacionados às condições de saúde, como maior pressão arterial média, estiveram associados ao aumento dos valores de IMC.

A prevalência de excesso de peso, nos adultos quilombolas avaliados, foi inferior aos valores encontrados para adultos brasileiros, considerando os dados referentes à Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2007-2008, 63,8%⁵, e o VIGITEL de 2013, 50,8%³. Os valores permaneceram inferiores mesmo quando comparados, exclusivamente, com os adultos da região nordeste do país (52,8%)⁵.

Estudo com adultos quilombolas do sudoeste baiano, realizado em 2011, constatou prevalência de excesso de peso de 42%, condição mais prevalente entre as mulheres⁵. Em outro estudo com remanescentes quilombolas paranaenses, desenvolvido em 2006, o excesso de peso observado foi de 42,8% dentre os adultos⁶. Embora em ambos os estudos mencionados o excesso de peso esteja presente em quase metade da população avaliada, este panorama não foi refletido nos adultos da presente investigação.

O aumento do peso foi associado positivamente com o sexo feminino. Diferenças entre os sexos, com maiores prevalências de excesso de peso para mulheres quilombolas⁵, ou entre mulheres africanas¹⁸, também foram documentadas; e estão de acordo com resultados de

outros estudos populacionais em geral^{19,20}. Mudanças hormonais e metabólicas entre as mulheres²¹ podem contribuir para o excesso de peso neste grupo. Para além do mencionado, outros fatores comportamentais como diferentes atividades laborais desenvolvidas, podem ter contribuído para esta associação.

No quilombo investigado, a autoavaliação de saúde negativa foi associada com aumento do IMC. Quadro que corrobora com os resultados de investigação em quilombolas do sudoeste baiano²². Nesse sentido, é importante reconhecer que o conceito de saúde é reflexo da conjuntura social, econômica, política e cultural, e apresenta variações entre as comunidades e indivíduos segundo o momento histórico, localização e classe social, além dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas, filosóficas²³. Então, a autoavaliação negativa da saúde em indivíduos com excesso de peso é fator que representa um papel mediador para adoção de estilo de vida saudável²⁴.

Houve uma correlação linear positiva entre o IMC e a pressão arterial média para os adultos quilombolas. A relação entre excesso de peso e valores pressóricos aumentados tem sido amplamente reconhecida^{25,26}. Estudo conduzido em comunidades quilombolas do nordeste brasileiro²⁷, indica que a classificação dos indivíduos para o estado de sobrepeso e obesidade aumentaram em 1,22 (IC95%=1,05:1,42) e 1,78 (IC95%=1,33:2,37) a chance de serem classificados como hipertensos. O excesso de peso foi determinante proximal da hipertensão mesmo ajustado por fatores sociodemográficos e comportamentais.

Embora os mecanismos exatos da relação entre excesso de peso, obesidade e hipertensão não estejam totalmente compreendidos, postula-se que múltiplos mecanismos potenciais têm contribuído para o desenvolvimento de pressão arterial elevada em indivíduos obesos. Estes incluem desde a hiperinsulinemia, a ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona, estimulação do sistema nervoso simpático, além de concentrações inadequadas

de certas adipocitocinas^{28,29}. Além disso, fatores genéticos têm sido investigados³⁰, configurando, desta maneira, esta relação como de características multifatoriais e poligênica.

O presente estudo apresenta algumas limitações que precisam ser consideradas. A primeira relaciona-se a característica de estudos transversais, por não permitirem estabelecer relação temporal entre exposição (variáveis sociodemográficas, do estilo de vida e das condições de saúde investigadas) e desfecho (excesso de peso). O tamanho da amostra pode ser insuficiente para detecção de associações de menor magnitude. Outra limitação incide na utilização de método duplamente indireto para avaliar o excesso de peso, relativo à gordura corporal, dos indivíduos, contudo salienta-se que o IMC representa indicador amplamente empregado em estudos populacionais. A realização de mensuração única para variáveis antropométricas e pressóricas, também pode ser considerada limitação, contudo o avaliador era habilitado e experiente.

Os principais achados deste estudo indicam que 1 em cada 3 quilombolas investigados apresentaram excesso de peso, o que sugere que esse grupo está menos exposto aos fatores de risco relacionados ao excesso de peso que adultos brasileiros e outros grupos com perfil populacional semelhante^{5,6}.

Esses resultados reforçam a necessidade de políticas públicas direcionadas à promoção de saúde, principalmente aquelas relacionadas aos reconhecidos fatores de combate ao excesso de peso, como o acesso a uma alimentação saudável. Adicionalmente, indicam a importância de políticas que considerem as especificidades da população quilombola nos determinantes do excesso de peso.

Contribuição dos autores

RFFM: concepção e delineamento do estudo. BMQ e RFFM: análise e interpretação dos resultados, redação e revisão crítica do conteúdo. ELP: redação e revisão crítica do conteúdo.

Todos os autores aprovaram a versão final do manuscrito e declaram serem responsáveis por todos os aspectos do trabalho, garantindo sua precisão e integridade.

Agradecimentos

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

REFERÊNCIAS

1. Malik VS, Willett WC, Hu FB. *Global obesity: trends, risk factors and policy implications*. Nat rev endocrinol 2013; 9(1):13-27.
2. Bellisari A. *Evolutionary origins of obesity*. Obes rev. 2008; 9(2):165-80.
3. Brasil. Vigitel Brasil 2013: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
4. Kannel, W.B. *Fifty years of Framingham Study contributions to understanding hypertension*. J human hypertens 2000; 14(2):83-90.
5. Soares DA, Barreto SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. Cad saúde pública 2014; 30(2):341-54.
6. Guerrero AFH. Situação nutricional de populações remanescentes de quilombos do município de Santarém – Pará, Brasil [Tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
7. Calheiros FP, Stadtler HHC. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. Rev Katálysis 2010; 13(1):133-9.
8. 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.
9. 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.
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. IBGE cidades [internet]. 2014 [citado 2014 jun 29]. Disponível em:
<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=292020&search=bahia|malhada>

11. Brasil. Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol. 2010; 95(Supl 1):S1-51.
13. Nora FS, Gropocopatel D. Métodos de aferição da pressão arterial média. Rev Bras Anesthesiol. 1996; 46(4):295-301.
14. Vandresen LTS, Schneider DSLG, Batista MR, Crozatti MTL, Teixeira JJV. Níveis glicêmicos de pacientes diabéticos segundo estudo comparativo entre duas técnicas. Rev ciênc farm básica apl. 2009; 30(1):111-3.
15. Lohman TG, Roche AF, Martorell R. *Anthropometric Standardization Reference Manual*. Champaign: Human Kinetics Books, 1988
16. World Health Organization - WHO. *Physical status: the use and interpretation of anthropometry*. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, n.854, p.1-33. Geneva, 1995.
17. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MT. *The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach*. Int j epidemiol 1997; 26(1):224-7.
18. Kruger A, Wissing MP, Towers GW, Doak CM. *Sex differences independent of other psycho-sociodemographic factors as a predictor of body mass index in black South African Adults*. J health popul nutr 2012; 30(1):56-65.
19. Oliveira LPM, Oliveira LPM, Assis MO, Silva MCM, Santana MLP, Santos NS, Pinheiro SMC, Barreto ML, Souza CO. Fatores associados a excesso de peso e concentração de gordura abdominal em adultos na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. Cad saúde pública 2009; 25(3):570-82.

20. Tsai SA, Nan L, Xiao L, Ma J. *Gender Differences in Weight-Related Attitudes and Behaviors Among Overweight and Obese Adults in the United States*. Am J mens health. 2015; 15:1557988314567223.
21. Franklin RM, Ploutz-Snyder L, Kanaley JA. *Longitudinal changes in abdominal fat distribution with menopause*. Metab. 2009; 58(3):311-15
22. Kochergin CN, Proietti FA, César CC. *Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados*. Cad saúde pública. 2014; 30(7):1487-501.
23. Scliar M. *História do Conceito de Saúde*. Physis 2007; 17(1):29-41.
24. Backes V, Olinto MTA, Henn RL, Cremonese C, Patussi MP. *Associação entre aspectos psicossociais e excesso de peso referido em adultos de um município de médio porte do Sul do Brasil*. Cad. saúde pública. 2011; 27(3):573-580.
25. Giroto E, Andrade SM, Cabrera MAS. *Prevalence of Abdominal Obesity in Hypertensive Patients Registered in a Family Health Unit*. Arq bras cardiol 2010; 94(6):754-62
26. Vanecková I, Maletínská L, Behuliak M, Nagelová V, Zicha J, Kuneš J. *Obesity-related hypertension: possible pathophysiological mechanisms*. J endocrinol 2014; 223(3):R63-R78.
27. 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.
28. Silva AA, Carmo J, Dubinion J, Hall JE. *The role of the sympathetic nervous system in obesity-related hypertension*. Curr Hypertens rep 2009; 11(3):206-11.
29. Lambert GW, Straznicky NE, Lambert EA, Dixon JB, Schlainch MP. *Sympathetic nervous activation in obesity and the metabolic syndrome-causes, consequences and therapeutic implications*. Pharmacol ther. 2010; 126(2):159-72.

30. Russo P, Lauria F, Siani A. *Heritability of body weight: moving beyond genetics*. Nutr metab cardiovasc dis. 2010; 20(10):691-7.

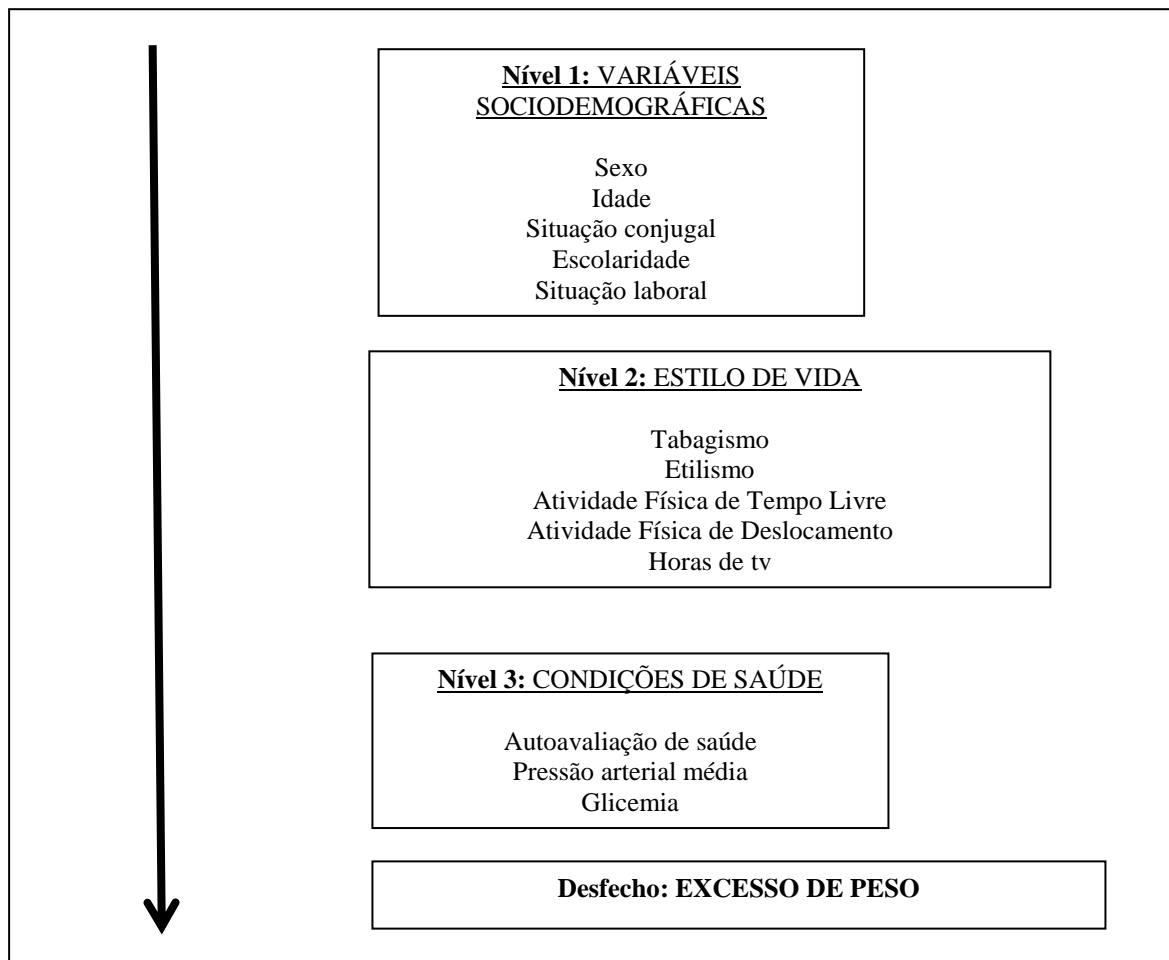


Figura 1 - Modelo hierárquico para análise dos fatores associados ao excesso de peso em adultos quilombolas baianos.

Tabela 1. Descrição das características sociodemográficas, estilo de vida e condições de saúde em amostra de adultos quilombolas. Tomé Nunes, Malhada, Bahia, Brasil, 2012. (n=112).

Variáveis	N	%
Sexo		
Feminino	62	55,4
Masculino	50	44,6
Escolaridade		
Alfabetizado	100	89,3
Analfabeto	12	10,7
Trabalho		
Com remuneração	74	66,1
Sem remuneração	38	33,9
Tabagismo		
Fumante	37	33,0
Não fumante	75	67,0
Etilismo		
Consome bebida alcoólica	65	58,0
Não consome bebida alcoólica	47	42,0
Autoavaliação de Saúde		
Positiva	47	42,0
Negativa	65	58,0
Índice de Massa Corporal (IMC)		
Baixo peso	7	6,3
Eutrófico	74	66,1

Excesso de peso

31

27,7

Tabela 2. Características da amostra de adultos quilombolas. Tomé Nunes, Malhada, Bahia, Brasil, 2012 (n=112).

Variáveis	Média (DP)	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade (anos)	42,1 (\pm 18,5)	39,0	18,0	94,0
Atividade física no tempo livre (minutos/semana)	84,1 (\pm 141,8)	0,0	0,0	840,0
Atividade física no deslocamento (minutos/semana)	183,3 (\pm 138,0)	174,0	0,0	660,0
Horas de televisão (horas/semana)	14,2 (\pm 11,1)	14,0	0,0	42,1
Índice de Massa Corporal (Kg/m ²)	23,1(\pm 3,8)	22,2	16,0	34,3
Pressão arterial média (mmHg)	91,4 (\pm 13,3)	90,0	70,0	146,7
Glicemia (mg/ml)	116,2 (\pm 27,5)	110,0	76,0	278,0

DP: Desvio padrão

Tabela 3. Associação entre excesso de peso e fatores sociodemográficos, estilo de vida e condições de saúde em adultos quilombolas.

Modelos de regressão linear bruta e ajustada. Tomé Nunes, Malhada, Bahia, Brasil, 2012 (n=112).

VARIÁVEIS	βbruto (IC95%)	p-valor¹	βajustado (IC95%)	p-valor²	R²ajustado
Sexo					
Feminino	Referência				
Masculino	-0,289 (-3,611;-0,831)	0,002	-0,261 (-3,195;-0,817)	0,001 ^a	0,326
Situação Conjugal					
Sem companheiro	Referência				
Com companheiro	0,218 (0,262;3,187)	0,021	0,231 (0,337;3,323)	0,017 ^a	0,114
Idade em anos	0,140 (-0,10;0,680)	0,141			
Escolaridade					
Alfabetizado	Referência				
Analfabeto	0,135 (-0,641;3,984)	0,155			
Situação laboral					
Sem remuneração	Referência				

Com remuneração	0,029 (-1,287;1,760)	0,759			
Hábito etílico					
Não	Referência				
Sim	-0,128 (-2,442;0,459)	0,178			
Hábito tabagista					
Não fumante	Referência				
Fumante	-0,106 (-2,438;0,684)	0,268			
AFTL	-0,213 (-0,011;-0,001)	0,024			
AFD	-0,018 (-0,006;0,005)	0,847			
Horas de televisão	-0,035 (-0,077;0,053)	0,717			
Autoavaliação de Saúde					
Positiva	Referência				
Negativa	0,231 (0,364;3,210)	0,014	0,186 (0,088;0,177)	0,019 ^a	0,326
Glicose capilar	0,048 (-2,202;1,312)	0,617			
PAM	0,492 (0,095;0,190)	<0,001	0,458 (0,088;0,177)	<0,001 ^a	0,326

1- Regressão linear bruta; 2- Regressão linear múltipla; a – variáveis que permaneceram no modelo final de acordo com o modelo hierárquico; AFTL: atividade física do tempo livre (horas); AFD: atividade física de deslocamento (horas); PAM: pressão arterial média (mmHg).