

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**



**NANCY BORGES RODRIGUES VASCONCELOS**

**INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA *VERSUS***  
**POPULAÇÃO NÃO QUILOMBOLA : REVISÃO SISTEMÁTICA COM METÁLISE**

**MACEIÓ – ALAGOAS**  
**2024**

**NANCY BORGES RODRIGUES VASCONCELOS**

**INDICADORES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA *VERSUS*  
POPULAÇÃO NÃO QUILOMBOLA: REVISÃO SISTEMÁTICA COM METÁLISE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas como requisito à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira

**MACEIÓ - ALAGOAS**  
**2024**

**Catálogo na fonte**  
**Universidade Federal de Alagoas**  
**Biblioteca Central**  
**Divisão de Tratamento Técnico**

Bibliotecária: Helena Cristina Pimentel do Vale CRB-4/ 661

- V331i      Vasconcelos, Nancy Borges Rodrigues.  
              Indicadores de saúde da população quilombola versus população não quilombola :  
              revisão sistemática com metátese / Nancy Borges Rodrigues Vasconcelos. – 2025.  
              47 f. : il.
- Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.  
              Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas,  
              Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências  
              da Saúde. Maceió, 2024.
- Inclui bibliografia.
1. Indicadores de saúde. 2. Quilombolas. 3. População remanescente de quilombos.  
              4. Saúde da população brasileira. I. Título.

CDU: 614(81)

# Folha de Aprovação

AUTORA: NANCY BORGES RODRIGUES VASCONCELOS

Indicadores de saúde da população quilombola *versus* população geral (Brasileira):  
revisão sistemática com metanálise

Tese submetida ao corpo docente do  
Programa de Pós-Graduação em  
Ciências da Saúde da Universidade  
Federal de Alagoas e Aprovada em  
26 de setembro de 2024.

Documento assinado digitalmente  
 HAROLDO DA SILVA FERREIRA  
Data: 08/12/2024 22:16:01-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira – UFAL (Orientador)**

**Banca Examinadora:**

Documento assinado digitalmente  
 GUSTAVO GOMES DE ARAUJO  
Data: 02/12/2024 17:54:52-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Dr. Gustavo Gomes de Araújo – UFAL (Examinador Interno)**

Documento assinado digitalmente  
 MULLER RIBEIRO ANDRADE  
Data: 27/11/2024 11:42:11-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Dr. Muller Ribeiro Andrade – UFAL (Examinador Interno)**

Documento assinado digitalmente  
 EWERTON AMORIM DOS SANTOS  
Data: 02/12/2024 17:33:55-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prof. Dr. Ewerton dos Santos Amorim – UFAL (Examinador Externo)**

Documento assinado digitalmente  
 PRISCILA NUNES DE VASCONCELOS  
Data: 02/12/2024 09:57:40-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Profa. Dra. Priscila Nunes de Vasconcelos – UFAL (Examinadora Externa)**

## DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha mãe Nanci (*in memoriam*),  
nenhuma palavra seria suficiente para agradecer tudo,  
essa e todas as vitórias são pela senhora.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a **Deus**, que me sustentou com fé ao longo de toda essa trajetória.

À minha **mãe**, Nanci, que esteve ao meu lado em parte desse caminho, desde os dias de estudo para a seleção. Estávamos juntas quando recebi o resultado, e, embora hoje não esteja mais fisicamente presente, sou eternamente grata por seus ensinamentos e por nunca ter permitido que eu desistisse.

Ao meu **pai**, Marcos, pelo amor incondicional e pela constante preocupação com o futuro dos filhos, sempre dando o exemplo através da leitura e mostrando que, com os estudos, podemos ir longe.

Ao meu irmão, **Júlio**, por compartilhar a vida, os problemas e as alegrias comigo. Ele foi e continua sendo um grande alicerce, especialmente para me manter firme nesta caminhada sem nossa mãe.

Ao meu orientador, **Haroldo**, pela orientação e paciência. Sou profundamente grata por tudo, e por acreditar em mim desde 2017, antes mesmo de me tornar sua orientanda. Você tem minha gratidão e admiração.

Aos **amigos** que fiz nessa jornada acadêmica no LNBA e que fizeram parte da minha trajetória: Riquelane, Laíse, Nakano, Reginaldo, Tamara, Luiza, Ewerton, Abel e Isabelle.

Às minhas **amigas** Lia e Lídia, que conheci durante o curso e que, nos momentos mais difíceis, tanto na pesquisa quanto na vida pessoal, estiveram ao meu lado, sem nunca soltarem minha mão ou me deixarem desistir. Minha eterna gratidão a vocês.

À **CAPES**, pelo apoio financeiro com a bolsa de estudos durante parte do meu doutorado.

Aos meus **alunos**, tanto os que tenho atualmente quanto aqueles que passaram pela minha vida, minha gratidão por cada aprendizado compartilhado.

Às minhas **amigas** pessoais fora do contexto acadêmico, que me ouviram, me incentivaram e muitas vezes acreditaram em mim mais do que eu mesma: Aryelly, Manaña, Paula, Carlinha, Alicya e Beatriz.

À **banca** de qualificação e defesa, por aceitarem o convite e pelas valiosas contribuições.

## RESUMO GERAL

VASCONCELOS, N. B. R. **Indicadores de saúde da população quilombola versus população não quilombola: revisão sistemática com metanálise.** 2024. 88 f. Tese (Doutorado em ciências da Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2024.

Esta tese tem como objetivo identificar estudos sobre indicadores de saúde referentes às comunidades quilombolas e à população não quilombola no Brasil, além de realizar uma análise comparativa entre os dados apresentados nesses estudos. A tese foi estruturada em três partes principais: um capítulo de revisão de literatura, no qual são abordados os principais aspectos teóricos relacionados à temática; um capítulo de resultados, que apresenta um artigo de revisão sistemática com metanálise; e, por fim, as considerações finais, que trazem reflexões e conclusões sobre os achados da pesquisa. No artigo de revisão sistemática com metanálise, a busca por publicações foi realizada nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, SCOPUS e Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos estudos transversais realizados no Brasil que focam tanto em comunidades quilombolas quanto na população geral (não quilombola). Os termos de busca utilizados foram cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). A busca dos estudos foi realizada em 15 de junho de 2024. A seleção dos estudos e a extração dos dados foram conduzidas de forma independente por dois pesquisadores. O aplicativo Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>) foi utilizado para a seleção dos artigos com base em título e resumo, bem como para a exclusão de artigos duplicados. A avaliação da qualidade metodológica dos estudos elegíveis foram feitas utilizando JBI's (Joanna Briggs Institute) critical appraisal tools e a extração dos dados foi realizada utilizando JBI Extraction para estudos quantitativos. Na metanálise, foi utilizado o modelo de efeitos aleatórios de DerSimonian e Laird, com a transformação de duplo arcoseno para os dados. A heterogeneidade estatística foi investigada pelo cálculo do inverso da variância em modelo de efeito aleatório, para entender a variabilidade entre os estudos. Para as análises estatísticas, a população foi segmentada em quilombola e não quilombola. O desfecho primário analisado foi a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS) tanto na população quilombola quanto na não quilombola. As análises foram conduzidas no software estatístico Stata/SE 18.0 for Windows®. Foram encontrados 3.078 artigos relacionados à população quilombola, dos quais 17 foram incluídos na revisão sistemática. A hipertensão arterial emergiu como um dos principais indicadores investigados, com prevalências variando entre 26% e 61,7%. Outros desfechos abordados incluíram obesidade, síndrome metabólica, dislipidemia e problemas de saúde mental, como depressão, entre outros. Na população não quilombola, foram identificados 6.593 artigos, dos quais 23 foram incluídos na revisão sistemática. Entre esses estudos, a hipertensão arterial foi o desfecho mais prevalente, com uma taxa de 27%. Seguiram-se o excesso de peso, com 18%, e a síndrome metabólica, com 9%. Para a metanálise, foram incluídos oito artigos sobre a população quilombola e oito sobre a população não quilombola. A prevalência de hipertensão arterial na população não quilombola foi de 27% (IC 95%: 21%-33%), apresentando alta heterogeneidade ( $I^2 = 99,86\%$ ). Para a população quilombola, a prevalência de hipertensão foi de 38% (IC 95%: 31%-43%), também com alta heterogeneidade ( $I^2 = 93,43\%$ ). As diferenças nas prevalências de hipertensão arterial entre as populações quilombola e não quilombola foram estatisticamente significativas ( $p = 0,02$ ). Observou-se que a prevalência de hipertensão é mais alta na população quilombola em comparação com a não quilombola. Esses dados destacam as disparidades de saúde enfrentadas pelas comunidades quilombolas, revelando que ser quilombola é um fator de risco adicional para hipertensão. Isso evidencia a necessidade urgente de intervenções e políticas de saúde pública mais eficazes para melhorar a saúde da população negra brasileira, especialmente as comunidades quilombolas.

**Palavras-chave:** Indicadores de saúde. População remanescente de quilombos. Saúde da população brasileira.

## GENERAL ABSTRACT

This thesis aims to identify studies on health indicators related to quilombola communities and the non-quilombola population in Brazil, in addition to performing a comparative analysis between the data presented in these studies. The thesis was structured in three main parts: a literature review chapter, which addresses the main theoretical aspects related to the topic; a results chapter, which presents a systematic review article with meta-analysis; and, finally, the final considerations, which bring reflections and conclusions on the research findings. In the systematic review article with meta-analysis, the search for publications was carried out in the PubMed, SciELO, LILACS, SCOPUS and Virtual Health Library databases. Cross-sectional studies conducted in Brazil that focused on both quilombola communities and the general (non-quilombola) population were included. The search terms used were registered in the Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH). The search for studies was carried out on June 15, 2024. Study selection and data extraction were conducted independently by two researchers. The Rayyan application (<https://www.rayyan.ai/>) was used to select articles based on title and abstract, as well as to exclude duplicate articles. The methodological quality assessment of eligible studies was done using JBI's (Joanna Briggs Institute) critical appraisal tools and data extraction was performed using JBI Extraction for quantitative studies. In the meta-analysis, the DerSimonian and Laird random-effects model was used, with the double arcsine transformation for the data. Statistical heterogeneity was investigated by calculating the inverse of the variance in a random-effects model, to understand the variability between studies. For statistical analyses, the population was segmented into quilombola and non-quilombola. The primary outcome analyzed was the prevalence of systemic arterial hypertension (SAH) in both the quilombola and non-quilombola populations. The analyses were conducted using the statistical software Stata/SE 18.0 for Windows®. A total of 3,078 articles related to the quilombola population were found, of which 17 were included in the systematic review. Arterial hypertension emerged as one of the main indicators investigated, with prevalence rates ranging from 26% to 61.7%. Other outcomes addressed included obesity, metabolic syndrome, dyslipidemia, and mental health problems such as depression, among others. In the non-quilombola population, 6,593 articles were identified, of which 23 were included in the systematic review. Among these studies, arterial hypertension was the most prevalent outcome, with a rate of 27%. It was followed by overweight, with 18%, and metabolic syndrome, with 9%. For the meta-analysis, eight articles on the quilombola population and eight on the non-quilombola population were included. The prevalence of hypertension in the non-quilombola population was 27% (95% CI: 21%-33%), with high heterogeneity ( $I^2 = 99.86\%$ ). For the quilombola population, the prevalence of hypertension was 38% (95% CI: 31%-43%), also with high heterogeneity ( $I^2 = 93.43\%$ ). The differences in the prevalence of hypertension between the quilombola and non-quilombola populations were statistically significant ( $p = 0.02$ ). It was observed that the prevalence of hypertension is higher in the quilombola population compared to the non-quilombola population. These data highlight the health disparities faced by quilombola communities, revealing that being quilombola is an additional risk factor for hypertension. This highlights the urgent need for more effective public health interventions and policies to improve the health of the black Brazilian population, especially quilombola communities.

**Keywords:** Health indicators. Remaining population of quilombos. Health of the Brazilian population.



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                                         |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> - Mapa das comunidades quilombolas no Brasil em 2022 .....                                              | 23 |
| <b>Figura 2</b> - Distribuição geográfica das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas - 2022 ..... | 24 |

## ARTIGO

---

|                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> - Fluxograma da etapa de revisão sistemática da população quilombola .....                                                                                          | 65 |
| <b>Figura 2</b> - Fluxograma da etapa de revisão sistemática da população não quilombola .....                                                                                      | 66 |
| <b>Figura 3</b> - Metanálise da prevalência de <i>hipertensão arterial sistêmica</i> , conforme procedência das amostras (quilombolas ou não quilombolas), Brasil, 2015 a 2022..... | 67 |

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                                                            |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 1</b> - Estratégia de busca para a população quilombola, 2024. ....                                                              | 68 |
| <b>Quadro 2</b> - Estratégia de busca para a população brasileira, 2024.....                                                               | 69 |
| <b>Quadro 3</b> - Síntese qualitativa de estudos transversais que avaliaram indicadores de saúde em comunidades quilombolas do Brasil..... | 71 |
| <b>Quadro 4</b> - Síntese qualitativa de estudos transversais que avaliaram indicadores de saúde da população brasileira. ....             | 71 |
| <b>Quadro 5</b> - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática população quilombola.....               | 73 |
| <b>Quadro 6</b> - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática população não quilombola. ....          | 75 |

## **LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS**

**ADCT** – Ato das Disposições Constitucionais Transitórias  
**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
**CNDSS** – Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde  
**CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Tecnológico  
**CPISP** – Comissão Pró Índio de São Paulo  
**CRQs** – Comunidades Remanescentes de Quilombos  
**DCNT** – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
**DM** – Diabetes *mellitus*  
**DSS** – Determinantes sociais de saúde  
**ESF** – Estratégia Saúde da Família  
**FANUT** – Faculdade de Nutrição  
**FAPEAL** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas  
**HAS** – Hipertensão arterial Sistêmica  
**JB** – Joanna Briggs Institute  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**OPAS** – Organização Pan Americana de Saúde  
**PBQ** – Programa Brasil Quilombola  
**PNAD** – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios  
**PNI** – Programa nacional de vacinação  
**PNPS** – Política Nacional de Promoção da Saúde  
**PNSIPN** – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra  
**RISPA** – Rede Interagencial de Informações para a Saúde  
**SEPPIR** – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial  
**SM** – Síndrome metabólica  
**SUS** – Sistema Único de Saúde  
**UBS** – Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

|                                                            |           |
|------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>APRESENTAÇÃO GERAL .....</b>                            | <b>14</b> |
| <b>1     INTRODUÇÃO .....</b>                              | <b>17</b> |
| <b>2     REVISÃO DE LITERATURA .....</b>                   | <b>20</b> |
| 2.1   POPULAÇÃO REMANESCENTES DE QUILOMBOS .....           | 20        |
| 2.2   RAÇA E RACISMO ESTRUTURAL .....                      | 25        |
| 2.3   INDICADORES DE SAÚDE .....                           | 26        |
| 2.4   SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA .....                       | 29        |
| 2.5   EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA ..... | 32        |
| 2.6   SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA .....                  | 35        |
| 2.7   EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA ..... | 39        |
| <b>RESULTADOS .....</b>                                    | <b>43</b> |
| <b>Artigo 1 .....</b>                                      | <b>44</b> |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                          | <b>80</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>                                   | <b>82</b> |

## **APRESENTAÇÃO GERAL**

## **APRESENTAÇÃO GERAL**

O grupo de pesquisadores do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA) da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (FANUT/UFAL), sob a orientação do professor Dr. Haroldo da Silva Ferreira, tem conduzido uma série de inquéritos com amostras representativas da população em diversos contextos epidemiológicos de Alagoas. Esses estudos foram realizados em diferentes períodos, como: em Alagoas (2005 e 2015); na região semiárida (2007); e em comunidades quilombolas (2008 e 2018), entre outros.

Estudos diagnósticos de saúde populacional são fundamentais para avaliar e planejar políticas públicas eficazes. As minorias étnico-raciais, por serem mais suscetíveis à vulnerabilidade social, apresentam perfis de nutrição e saúde menos favoráveis, o que demanda uma atenção especial. Entre essas minorias, a população das comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) se destaca como uma das mais vulneráveis, devido à opressão histórica e aos impactos duradouros que essa opressão gerou.

Utilizando amostras representativas, esses estudos investigaram as condições de nutrição, saúde e segurança alimentar das famílias em diferentes cenários. O financiamento para esses trabalhos foi fornecido pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL). A coleta de dados de um dos inquéritos, a Pesquisa Quilombola, ocorreu entre 2017 e 2018, da qual fiz parte como bolsista FAPEAL, antes de iniciar meu doutorado.

Uma diversidade de artigos foi publicada a partir das coletas de dados realizadas nas comunidades quilombolas e outros estudos. No entanto, o LNBA identificou a necessidade de uma revisão sistemática atualizada sobre os principais indicadores de saúde da população quilombola e não quilombola. Nesse contexto, a presente tese, intitulada “Indicadores de saúde da população quilombola versus população geral (brasileira): revisão sistemática com metanálise”, tem como objetivo realizar uma análise dos principais indicadores de saúde dessas populações. Para alcançar o objetivo proposto, a tese está estruturada em dois capítulos: 1. Revisão de Literatura: Aborda os principais estudos relacionados à população quilombola, saúde da população negra e da população brasileira em geral, além de discutir indicadores e a epidemiologia de saúde comparando quilombolas e não quilombolas. 2. Resultados: Apresenta um artigo com uma revisão sistemática acompanhada de metanálise.

O artigo apresenta uma metanálise focada no principal indicador identificado na revisão sistemática: a hipertensão arterial sistêmica (HAS). Ele compara as prevalências de HAS entre as duas populações estudadas, quilombola e não quilombola, evidenciando as diferenças e apontando os

principais fatores que contribuem para a maior prevalência de HAS entre a população quilombola em relação à população geral. O artigo será submetido para publicação em revistas científicas de saúde pública, tanto de nível nacional quanto internacional, como a Ciência e Saúde Coletiva (qualis A3/Capes) ou a Systematic Reviews (qualis A2/Capes).

## INTRODUÇÃO



## 1 INTRODUÇÃO

A palavra "quilombo" tem origem nas línguas banto dos povos africanos, onde "kilombo" significa acampamento guerreiro na floresta ou fortalezas (FREITAS *et al.*, 2011). No Brasil colonial, o termo era utilizado para designar as comunidades formadas por negros fugitivos que resistiam à estrutura escravocrata e lutavam por condições mais humanas para eles, já que não eram assim tratados (BRASIL, 2020; O'DWYER, 2002).

Os quilombolas são grupos étnico-raciais que, segundo seus próprios critérios de autoatribuição, compartilham trajetórias comuns, uma ancestralidade negra distinta e uma história de resistência à opressão desde o período da escravidão (CALHEIROS; STADTER, 2010; CARDOSO, 2010). Durante a escravidão no Brasil, o quilombo mais famoso foi o Quilombo dos Palmares, situado no interior do Estado de Alagoas no século XVI, e que abrigava cerca de 30 mil pessoas (LEITE, 2000; MUNANGA, 1996).

As comunidades remanescentes de quilombos são formadas por descendentes de negros escravizados, libertos e/ou livres. Elas foram oficialmente reconhecidas pelo artigo 2º do Decreto nº 4.887, de 20 de dezembro de 2003, como grupos étnico-raciais que, com base em critérios de autoidentificação, possuem ancestralidade negra, uma trajetória histórica distinta e mantêm relações territoriais particulares (BRASIL, 2003; SILVA, 2007).

Existem mais de 3 mil comunidades quilombolas em todas as regiões do Brasil. A Fundação Palmares mapeou cerca de 3.254 dessas comunidades (BELLINGER, 2018). A região Nordeste é a que possui o maior número de comunidades quilombolas, seguida pelas regiões Norte, Sudeste, Centro-Oeste e Sul (BRASIL, 2020).

Desde os tempos da colonização, a população negra no Brasil tem enfrentado violência e sido relegada às classes sociais mais pobres, com condições de vida precárias. Ao analisar as condições de saúde dessa população, observam-se altas taxas de mortalidade, óbitos precoces, elevada prevalência de doenças crônicas e infecciosas, além de índices elevados de violência urbana (BRASIL, 2016).

Embora o reconhecimento estatal das propriedades territoriais das comunidades quilombolas tenha avançado, persistem a violência e várias dificuldades enfrentadas por essas populações. Entre os principais desafios estão a falta de infraestrutura, o acesso limitado a escolas, água e condições de habitação (com algumas residências ainda sendo de barro ou palha), e o atendimento precário ou inexistente à saúde (BELLINI, 2020). Essa condição de vulnerabilidade socioeconômica resulta em restrições ao acesso a bens e serviços, afetando negativamente o estilo de vida das comunidades quilombolas (ALMEIDA *et al.*, 2017;

GOMES *et al.*, 2013).

As populações remanescentes de quilombos, ao longo de sua trajetória histórica, desenvolveram características que influenciam diretamente sua saúde. Essas comunidades vivem majoritariamente em áreas rurais, enfrentam baixos níveis de escolaridade, são predominantemente compostas por pessoas de pele negra e convivem com condições de vida precárias. Além disso, a população negra também sofre com a vulnerabilidade à violência urbana, o que resulta em taxas de mortalidade mais elevadas e em condições menos dignas em comparação à população branca (AMORIM *et al.*, 2013; BEZERRA *et al.*, 2014). A sobrevivência em meio a essas condições desfavoráveis pode levar a diversos problemas de saúde, como depressão, parasitoses, síndrome metabólica (SM), hipertensão arterial (HA), entre outras doenças (AMORIM *et al.*, 2013; ARAGÃO; BÓS; SOUZA, 2014; BARROSO; MELO, 2014).

Gomes *et al.* (2003) destacam que essas comunidades vivem em situação de vulnerabilidade, resultado direto do legado do processo escravocrata. Esse histórico contribuiu para a perpetuação de desigualdades sociais, políticas, econômicas e de saúde, além de limitar significativamente o acesso dessas populações a bens e serviços públicos essenciais.

Apesar dos avanços na área da saúde, como a redução da taxa de mortalidade e o aumento da expectativa de vida, a população negra ainda apresenta índices elevados de morbimortalidade em comparação com a população geral. Mesmo com a melhoria de alguns indicadores de saúde, as desigualdades raciais e étnicas persistem (BRASIL, 2007).

Portanto, o objetivo deste estudo é realizar uma sumarização dos indicadores de saúde presentes em inquéritos populacionais de comunidades quilombolas e não quilombolas no Brasil, por meio de uma revisão sistemática com metanálise. Essa abordagem permitirá evidenciar as disparidades existentes, possibilitando uma análise detalhada das diferenças nos indicadores de saúde entre as populações estudadas. Com isso, busca-se fornecer uma compreensão abrangente dessas desigualdades, facilitando a identificação de problemas de saúde, a formulação de estratégias eficazes de políticas públicas, o planejamento de ações, a tomada de decisões e a busca por soluções que promovam a melhoria da qualidade de vida dessas comunidades.



## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 POPULAÇÃO REMANESCENTES DE QUILOMBOS

A origem e a essência dos quilombos no Brasil estão profundamente ligadas ao processo de resistência contra a sociedade escravocrata. Durante o período colonial, quando os negros africanos eram submetidos à cruel escravidão, os quilombos surgiram como espaços de luta contra a desigualdade socioeconômica. Nesses agrupamentos, formados por pessoas que fugiam da escravidão, preservavam-se os costumes e tradições culturais africanas, enquanto a mão de obra continuava sendo explorada (SILVA, 2021).

Segundo Carvalho e Lima (2013), o termo "remanescente" foi adotado para encerrar a conotação histórica de fuga e resistência associada aos quilombos. As comunidades remanescentes de quilombos referem-se às terras onde os quilombolas vivem, com estruturas organizacionais próprias, determinadas pelo autorreconhecimento de seus descendentes, que são negros africanos escravizados (SCHMITT; TURATTI; CARVALHO, 2002).

Dessa forma, as comunidades remanescentes de quilombos podem ser consideradas núcleos que buscam melhores condições de vida, ao mesmo tempo em que preservam seus costumes, crenças e tradições, formando um patrimônio cultural imensurável para a história do Brasil. Ao longo de sua trajetória histórica, os quilombolas enfrentaram exclusão, discriminação e uma realidade social e econômica marcadamente desigual em relação ao restante da população brasileira (SILVA *et al.*, 2008).

Os territórios das comunidades quilombolas resultam de uma variedade de origens, como as fugas e ocupações de terras livres e isoladas, doações, heranças, recebimento de terras como pagamento por serviços prestados ao Estado, cultivo de áreas dentro de grandes fazendas já ocupadas, além da compra de terras (BELLINI, 2020).

De acordo com o artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) da Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 05 de outubro de 1988, o Estado brasileiro reconheceu os direitos territoriais, como segue:

*Aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos (BRASIL, 2015, art 68).*

A partir da publicação do artigo (art. 68), os quilombolas não legitimam o seu reconhecimento. Porém, adquiriram visibilidade frente as instâncias governamentais responsáveis pela demarcação e titulação dos territórios ocupados por essas comunidades, e, assim, atender as necessidades não apenas territorialistas, mas também de melhoria da

qualidade econômica e de vida (BRASIL, 2015; NAVAS *et al.*, 2014).

Dessa forma, as comunidades quilombolas contemporâneas motivam uma discussão sobre sua efetiva inserção cidadã, estimulando uma série de questões culturais, socioeconômicas, espaciais e jurídicas sobre essa representatividade na sociedade (BRASIL, 2015).

Em 2001, durante a II Conferência Mundial de Combate ao Racismo, Xenofobia e Intolerância Correlata, em concordância com o disposto no Art. 68, de 1988, foi elaborada a declaração de Durban, um importante documento de reconhecimento do racismo e da discriminação racial suportado pelos afrodescendentes por todo o mundo (BRASIL, 2015; PARÉ; OLIVEIRA; VELLOSO, 2007). Anos mais tarde, tal Declaração motivou a implantação da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial, pela SEPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial) no ano de 2003. Porém, somente no ano de 2007, através do Decreto nº. 6.261 as ações obtiveram êxito e adquiriram quatro eixos, sendo eles: Acesso à terra, Estrutura e Qualidade de Vida, Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania (BRASIL, 2007).

Em consonância ao descrito acima, Castro (2019) traz as seguintes considerações sobre os direitos quilombolas em solo brasileiro:

*Não foi de graça que o Brasil reconheceu que as comunidades tradicionais e as que fossem reconhecidas como remanescentes de quilombo tivessem acesso aos espaços que ocupavam. A luta pelo direito a posse da terra e a um conjunto de políticas públicas voltadas as essas comunidades atravessou todo o século XX ganhando fôlego no início da década de 1970.*

*A positivação de um conjunto de direitos e obrigações do Estado para com essas comunidades foi finalmente positivada na Constituição Cidadã de 1988. Contudo, a existência de uma prerrogativa legal não foi capaz de garantir por si só políticas efetivas voltadas aos territórios percebidos como remanescentes de quilombos. Foram necessários mais alguns anos até que as leis ganhassem corpo. Foi apenas com a criação da SEPPIR em 2003 no governo de Luiz Inácio Lula da Silva que uma série de medidas passam a ganhar corpo e modular um conjunto de ações no âmbito federal para cumprir com aquilo que a constituição brasileira previa desde a sua construção. Com pouco mais de um ano a SEPPIR passava a ser a principal responsável por um programa lançado em 2004 com o nome de Brasil Quilombola e o seu principal objetivo era consolidar as políticas promovidas pelo Estado brasileiro a favor das comunidades quilombolas. Três anos mais tarde, em 2007, através da Agenda Social Quilombola (Decreto 6261/2007) as ações foram ampliadas e ganharam quatro eixos fundamentais que eram o Acesso a terra, Estrutura e Qualidade de Vida, Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania (Castro, 2019,p.244).*

A legalização das terras quilombolas assegurou o reconhecimento estatal de um território historicamente conquistado, promovendo melhorias e possibilitando a participação em diversos projetos sociais e governamentais, como programas de auxílio financeiro e financiamentos agrícolas (THORKILDSEN, 2014). Contudo, é importante destacar que há interesses econômicos e fundiários que se opõem aos direitos dessas comunidades remanescentes. Outro obstáculo significativo é a questão dos domínios legais das terras onde se situam as comunidades quilombolas, já que algumas delas pertencem a empresas privadas, estatais, Unidades de Conservação Ambiental ou são terras devolutas dos estados da federação. Isso resulta em processos de titulação conflituosos e demorados (DA SILVA; DO NASCIMENTO, 2012).

Dessa forma, com a garantia dos direitos constitucionais conseguiu-se alcançar uma maior abertura do conceito de quilombo e a inclusão de outras populações rurais negras. Essa ressemantização do conceito de quilombo possibilitou uma nova identidade afirmativa, com direitos e socialmente integrados (DA SILVA; DO NASCIMENTO, 2012).

Atualmente, o Brasil possui cerca de 5.972 localidades quilombolas, subdivididas em 1.672 municípios. A região Nordeste apresenta uma maior concentração dessas localidades (3.171), seguida pela região Sudeste (1.359), Norte (873), Sul (319) e Centro-Oeste (250). Os estados que possuem a maior quantidade de comunidades quilombolas são Bahia, o Maranhão, Minas Gerais e o Pará (IBGE, 2020).

O censo do IBGE de 2022, pela primeira vez incluiu a população quilombola, trazendo dados mais atuais sobre a população. No país, existe 7.666 comunidades quilombolas que vivem em 8.441 localidades em 25 Unidades da Federação, equivale a 1,3 milhões de indivíduos quilombolas (IBGE, 2022).

O Censo de 2022 ao examinar a população quilombola e suas características demográficas, geográficas e socioeconômicas, forneceu informações essenciais para aumentar o conhecimento e moldar as políticas públicas. Essa divulgação abre uma série de dados e informações nunca vistas sobre a população quilombola, abrindo várias possibilidades na área da demografia, antropologia e saúde. É uma publicação crucial para políticas públicas de direitos humanos básicos porque revela uma realidade sobre a população quilombola que era desconhecida.



**Figura 1** - Mapa das comunidades quilombolas no Brasil em 2022.

**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>. Acervo: IBGE



**Figura 2** - Distribuição geográfica das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas-2022.  
**Fonte:** Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas. In: Blog de Geografia, Suburbano Digital. Disponível em: <https://www.iteral.al.gov.br/gpaf-gerencia-de-politica-agraria-e-fundiaria-1>. Acervo: Governo de Alagoas.

Localizado no Nordeste do Brasil, o estado de Alagoas ocupa uma área de aproximadamente 27.830,661 km<sup>2</sup> e conta com uma população estimada em 3.127.683 habitantes. Observou-se uma redução significativa nos índices de pobreza e extrema pobreza no estado, com a taxa de pobreza caindo de 36,7% em 2021 para 31,6% em 2022, e a extrema pobreza passando de 9,0% para 5,9%. No entanto, apesar desses avanços, Alagoas ainda enfrenta profundas desigualdades. A região Nordeste concentra 43,5% da população em situação de pobreza e 54,6% das pessoas em extrema pobreza no Brasil (IBGE, 2022a, 2022b).

Atualmente, o estado de Alagoas conta com 71 comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) certificadas pela Fundação Cultural Palmares, sendo Palmares o maior quilombo do Brasil colonial. Dentre essas comunidades, apenas a Comunidade de Tabacaria, localizada no município de Palmeira dos Índios, foi titulada, e isso ocorreu em 2016. As CRQs de Alagoas estão distribuídas em 35 dos 102 municípios do estado, abrangendo regiões que vão desde o Agreste até o Sertão (Fundação Cultural Palmares, 2020, 2022).

Dessa forma, é evidente a vulnerabilidade das comunidades quilombolas e a escassez de estudos detalhados sobre suas condições de vida. A falta de pesquisa aprofundada limita o conhecimento sobre as dificuldades enfrentadas por essas comunidades e a eficácia das políticas públicas destinadas a melhorar suas condições. Portanto, é essencial realizar estudos que não apenas tornem públicas as realidades enfrentadas por essas populações, mas também forneçam uma base sólida para o desenvolvimento de políticas e intervenções mais eficazes.



A pesquisa adequada pode destacar as necessidades específicas dessas comunidades, promover a inclusão de suas vozes nas decisões políticas e sociais, e contribuir para estratégias que visem a melhoria de suas condições de vida e a redução das desigualdades enfrentadas.

## 2.2 RAÇA E RACISMO ESTRUTURAL

Apesar de não haver consenso sobre a origem do termo "raça", é possível afirmar com relativa segurança que seu significado esteve ligado à criação de classificações. Inicialmente, essas classificações eram aplicadas a plantas e animais, sendo estendidas mais tarde aos seres humanos. Esse desenvolvimento está atrelado a contextos históricos específicos, como a expansão capitalista e a descoberta do Novo Mundo, ocorridos por volta do século XVI (ALMEIDA, 2019a).

A raça não é um conceito fixo ou imutável. Seu significado está constantemente vinculado às circunstâncias históricas em que é utilizado. A noção de raça envolve, de maneira inevitável, contingências, conflitos, relações de poder e decisões, tornando-se, assim, um conceito relacional e histórico. Nesse sentido, a história da raça, ou das raças, está intimamente relacionada à formação política e econômica das sociedades contemporâneas (ALMEIDA, 2019b).

O racismo pode ser compreendido como uma forma sistemática de discriminação baseada na raça, que se expressa por meio de práticas, conscientes ou inconscientes, que geram desvantagens ou privilégios para indivíduos, de acordo com o grupo racial ao qual pertencem (ALMEIDA, 2019b).

Nessa perspectiva, o racismo é entendido como uma espécie de "patologia" ou anormalidade, sendo caracterizado como um fenômeno ético ou psicológico, tanto individual quanto coletivo, atribuído a grupos específicos. Nessa linha, o racismo é visto como uma forma de "irracionalidade" a ser combatida por meio do campo jurídico, com a aplicação de sanções civis, como indenizações, ou penais. Essa abordagem individualista tende a negar o racismo como um fenômeno estrutural, reconhecendo apenas o "preconceito" e enfatizando seu aspecto psicológico em detrimento de sua dimensão política (ALMEIDA, 2019b).

O racismo científico europeu servia como a principal fonte de suas ideias, promovendo a crença na superioridade da raça branca e na inferioridade das demais, especialmente dos negros, além de apoiar a noção de degeneração dos mestiços (SEPÚLVEDA, 2024).

A partir de então, muitos intelectuais negros e militantes dos movimentos negros se formaram, destacando-se nomes como Lélia Gonzalez, Luiza Bairros, Abdias Nascimento, Carlos Hasenbalg, Conceição Evaristo, Sueli Carneiro, entre outros, que passaram a atuar em prol da conscientização sobre as realidades econômicas e sociais vivenciadas pela população negra brasileira (SEPÚLVEDA, 2024).

Segundo Almeida (2019), a perpetuação do racismo é possível à medida que (i) cria um sistema de explicação específico para as desigualdades e (ii) forma subjetividades insensíveis à discriminação e à violência racial.

López (2012) demonstrou em seu estudo que há uma ausência de reflexões sobre o racismo institucional, o que pode estar relacionado à dificuldade das instituições em manter o reconhecimento dessa questão. Para que sejam formuladas ações eficazes sobre esse tema, é essencial que todas as instituições assumam essa responsabilidade. O racismo institucional, portanto, é caracterizado pelo fracasso de uma organização em fornecer serviços adequados a pessoas, especialmente aquelas categorizadas por cor de pele, etnia ou suposta inferioridade, além de promover discussões e reflexões sobre essas condições.

Dessa forma, os principais tipos de racismo que se estruturam no Brasil podem ser analisados de maneiras distintas na sociedade brasileira. Para cada grupo e indivíduo, existem características específicas que determinam as causas e os efeitos da discriminação. O racismo estrutural se manifesta de várias formas no Brasil, refletindo diferentes conceitos relacionados a práticas racistas, como preconceito racial, estereótipos e discriminação (SOUSA; BRUSSIO, 2023).

Na sociedade brasileira, observa-se, portanto, manifestações práticas do racismo estrutural, como a escassez de oportunidades para pessoas negras, especialmente em cargos de relevância nos setores público e privado. O racismo estrutural é uma parte integrante da ordem social brasileira e se reproduz, tanto consciente quanto inconscientemente, nos aspectos culturais, econômicos e políticos da sociedade. Ele se manifesta através das desigualdades raciais profundamente enraizadas em nosso convívio social (SOUSA; BRUSSIO, 2023).

## 2.3 INDICADORES DE SAÚDE

Para analisar os progressos no sistema de saúde, são utilizados indicadores que sintetizam e substituem textos e dados extensos, permitindo também a comparação da evolução ao longo do tempo. Esses indicadores foram desenvolvidos com o objetivo de tornar

as informações mais acessíveis, facilitando a compreensão de fenômenos complexos e permitindo sua análise por meio da quantificação dos dados (KLIGERMAN *et al.*, 2007).

Na década de 1950, a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou os indicadores de saúde em três grupos principais. O primeiro é o grupo populacional, que reflete diretamente a presença ou ausência de saúde, incluindo indicadores como o coeficiente de mortalidade, a esperança de vida ao nascer e a mortalidade infantil. O segundo grupo abrange as condições ambientais que impactam a saúde, como o abastecimento de água, a poluição ambiental e a rede de esgoto. Por fim, o terceiro grupo diz respeito aos recursos materiais e humanos disponíveis para as atividades de saúde, sendo estimados por indicadores como a relação entre o número de leitos hospitalares por habitante e o número de profissionais de saúde por habitante (LAUER *et al.*, 2004).

Em 1957, foram propostos indicadores que se tornaram de relevância internacional, abrangendo doze tendências sugeridas: 1) Saúde e condições demográficas; 2) Alimentos e nutrição; 3) Educação, alfabetização e ensino técnico; 4) Condições de trabalho; 5) Situação relacionada ao emprego; 6) Consumo e economia gerais; 7) Transporte; 8) Moradia, saneamento e instalações domésticas; 9) Vestuário; 10) Recreação; 11) Segurança social; e 12) Liberdade humana (BARCELLOS *et al.*, 2002).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2001), a qualidade dos indicadores é determinada pelas propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, como o tamanho da população em risco e a frequência dos casos, além da exatidão dos sistemas de informações adotados, que envolvem a coleta, registro e transmissão de dados. O grau de excelência de um indicador é definido por sua validade e confiabilidade. Suas particularidades incluem a relevância, que refere-se à sua capacidade de abordar as prioridades de saúde; a mensurabilidade, que representa a disponibilidade dos dados; e o custo-efetividade, que avalia se os resultados obtidos justificam o tempo e os recursos investidos.

Os indicadores são ferramentas de representação da informação que organizam, sintetizam e utilizam dados para planejar e definir metas na tomada de decisões (MOUSINHO, 2001). No Sistema Único de Saúde (SUS), esses indicadores são essenciais para medir o impacto de seus serviços na saúde da população e na qualidade da gestão. As informações referentes a esses indicadores estão disponíveis nos Sistemas de Informação do SUS (REMOR, 2010).

A Lei 8.080/90, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990), define a alimentação, o saneamento básico, a moradia, o meio ambiente, o trabalho, a educação, a

renda, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais como fatores determinantes e condicionantes da saúde. A lei também ressalta que os níveis de saúde da população refletem a organização econômica e social do país. Além disso, o conceito de saúde está associado às ações que visam garantir à coletividade os meios para alcançar o bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

No Brasil, políticas públicas de saúde, como campanhas de vacinação e programas de distribuição de renda e alimentos, desempenham um papel crucial na prevenção de doenças e na melhoria dos indicadores de saúde geral. Para que essas medidas sejam eficazes, é necessário estabelecer parâmetros para avaliar o impacto e o desempenho das políticas, conhecidos como “indicadores de saúde” (SILVA; KHAMIS, 2018).

A escolha dos indicadores de saúde envolve diversos critérios, incluindo obtenção, fidedignidade e representatividade. De acordo com Pereira (2001), um indicador pode ser definido como: “O termo ‘indicador’ é usado para representar ou medir aspectos que não são diretamente observáveis, como a saúde, a normalidade, a qualidade de vida e a felicidade. A seleção do indicador mais adequado depende dos objetivos específicos da situação, da questão científica formulada e dos aspectos metodológicos, éticos e operacionais envolvidos.”

A qualidade e a comparabilidade dos indicadores de saúde são determinadas pela aplicação sistemática de termos operacionais e métodos padronizados de medição e cálculo. A seleção desses indicadores deve levar em consideração a disponibilidade de informações nos bancos de dados, os recursos disponíveis, as prioridades e as necessidades específicas de cada localidade. É crucial garantir a confiabilidade das informações por meio de revisões periódicas dos dados (OPAS, 2001).

Os dados coletados da população são convertidos em indicadores de saúde, que geram coeficientes epidemiológicos e proporções percentuais relevantes para a área. Esses indicadores são elaborados com base em informações sobre doenças (morbidade) e eventos vitais (nascimentos e óbitos). Em outras palavras, os indicadores de saúde são fundamentados nos números de pessoas que nasceram, adoeceram e/ou faleceram em uma determinada região e período, proporcionando uma visão geral das condições de saúde de uma população (ANDRADE, 2017).

Existem muitos indicadores de saúde, entre os quais a mortalidade se destaca por sua facilidade operacional e alta empregabilidade, uma vez que é um dado de registro obrigatório. A mortalidade foi o primeiro indicador utilizado para avaliar a saúde coletiva (PEREIRA, 2001).

Embora os inquéritos populacionais sejam essenciais para a construção de indicadores

de saúde, uma limitação das pesquisas nacionais é o tamanho da amostra utilizado. Esse tamanho muitas vezes não permite a segmentação para níveis geográficos menores, o que dificulta a avaliação de alguns grupos populacionais, como as comunidades quilombolas (VIACAVA, 2002).

No entanto, é importante destacar que os indicadores de saúde são ferramentas valiosas para a avaliação e gestão da saúde em todos os níveis. Os dados gerados devem servir como base empírica para compreender os grupos populacionais e identificar as áreas com maiores necessidades de serviços de saúde. Dessa forma, é possível estabelecer políticas e prioridades para atender de maneira eficiente às necessidades de saúde das comunidades (JUNQUEIRA, 2005).

## 2.4 SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA

Em 2019, a população negra no Brasil representava 56,1% do total da população, segundo dados do IBGE. Do total de 209,2 milhões de habitantes, 19,2 milhões se autodeclaravam negros e 89,7 milhões se identificavam como pardos. Esses números destacam a significativa presença da população negra e parda no país, refletindo a diversidade étnica e racial da sociedade brasileira (IBGE, 2020).

A parcela da população brasileira que se autodeclara de cor ou raça preta aumentou de 14,5 milhões no Censo de 2010 para 20,7 milhões em 2022, o que representa um crescimento de 42,3%. Esse aumento não pode ser atribuído apenas ao crescimento populacional, mas também reflete uma tendência crescente de pessoas se reafirmarem como negras. Esse fenômeno pode ser resultado de diversos fatores, incluindo uma maior valorização da identidade racial, a busca por aceitação pessoal e social, e o reconhecimento de benefícios associados à autodeclaração, como acesso a programas de financiamento estudantil e outras políticas públicas destinadas a promover a equidade racial (IBGE, 2023).

Os dados do IBGE (2022) indicam que, pelo menos, uma pessoa quilombola residia em 473.970 domicílios distribuídos por 1.696 municípios brasileiros. Entre os 905.415 quilombolas no país, 68,2% vivem na região Nordeste. O Censo revelou que 203.518 pessoas residem em territórios quilombolas oficialmente delimitados, dos quais 167.202 se identificam como quilombolas, representando 12,6% do total de quilombolas no Brasil. No entanto, apenas 4,3% das comunidades quilombolas estão em territórios que já estão em processo de regularização fundiária (IBGE, 2022).

O acesso aos serviços de saúde é influenciado por um extenso e complexo conjunto de

determinantes que inclui a organização da oferta de serviços, o perfil epidemiológico da população, as características sociodemográficas dos usuários e os prestadores de serviços. Esses fatores interagem para moldar a forma como os serviços de saúde são disponibilizados e utilizados, refletindo a necessidade de uma abordagem abrangente para entender e melhorar o acesso à saúde (RIBEIRO *et al.*, 2006).

A maioria da população negra enfrenta acesso limitado ou inexistente a serviços de infraestrutura básica, incluindo saúde, que frequentemente é de qualidade e eficiência inferior. Diversos estudos evidenciam essas desigualdades em saúde, associando-as às questões étnico-raciais. Somente em 1990, o Brasil começou a reconhecer a diferença racial como um fator significativo na desigualdade social, particularmente para indivíduos de cor de pele preta, parda ou indígena. Esse reconhecimento destacou como as condições de sobrevivência e saúde desses grupos são severamente comprometidas (ARAÚJO *et al.*, 2009; VIEIRA; MONTEIRO, 2013).

As condições precárias de saúde e sociais enfrentadas pelos remanescentes de quilombos frequentemente contribuem para uma percepção negativa da saúde, que está frequentemente associada a fatores sociodemográficos e ao nível de escolaridade. Segundo Goes e Nascimento (2013), mulheres negras com menor escolaridade enfrentam maiores dificuldades para acessar os serviços de saúde. Isso evidencia a existência de duas formas de segregação na sociedade brasileira: a educacional e a racial (KOCHERGIN; PROIETTI; CÉSAR, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Os quilombos enfrentam uma vulnerabilidade acentuada em relação à saúde e à ocorrência de doenças, com altos índices de morbimortalidade, tanto de origem infectocontagiosa quanto crônico-degenerativa, refletindo a instabilidade dessas comunidades. É crucial direcionar a atenção para a assistência em saúde e as condições de vida desse grupo étnico-racial, visando identificar os segmentos populacionais mais suscetíveis a problemas de saúde. Esses grupos frequentemente têm acesso limitado a serviços de saúde, o que agrava ainda mais sua situação (CALHEIROS; STADTLER, 2010; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2004).

A assistência à saúde nas comunidades quilombolas é predominantemente fornecida pelas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBS), que são compostas por equipes multiprofissionais. No entanto, essa assistência frequentemente se caracteriza por ser curativa e pontual, focando principalmente nos aspectos biológicos do processo saúde-doença e deixando de lado outros contextos importantes. A situação de saúde dessas comunidades se agrava devido à rotatividade dos profissionais, à infraestrutura inadequada de atendimento e

ao racismo institucional. Esses fatores contribuem para a criação de barreiras e para o aumento das desigualdades na saúde, especialmente nas comunidades remanescentes de quilombos (MARQUES *et al.*, 2014).

A Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), vinculada ao gabinete da presidência da República, foi criada em 2003 com a missão de promover políticas de igualdade racial, focando especialmente nas populações negra, indígena e cigana. Em 2004, a SEPPIR, em colaboração com o Ministério da Saúde, organizou o I Seminário Nacional de Saúde da População Negra. Este evento resultou na criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, encarregado de desenvolver uma política sanitária específica, com um plano de ação e atividades voltadas para atender às necessidades dessa população (BATISTA *et al.*, 2020).

Em 2006, o texto da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) foi aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde. Em 2008, foi acordado na Comissão Intergestores Tripartite e, em 2009, foi publicado no Diário Oficial da União como a Portaria nº 992 (BRASIL, 2009). Somente em 2010 a PNSIPN passou a ter força de lei com a aprovação da Lei nº 12.288 (BRASIL, 2010). A elaboração das estratégias e ações para a implementação da PNSIPN foi integrada aos planos operativos e incluída no Plano Nacional de Saúde e no Plano Plurianual, com a cobertura orçamentária correspondente listada na Lei Orçamentária Anual (BATISTA *et al.*, 2020).

O PNSIPN tem como objetivo principal reconhecer as desigualdades raciais e o racismo institucional como determinantes sociais de saúde, promovendo a saúde integral da população negra. Para alcançar esse objetivo, a PNSIPN desenvolve estratégias direcionadas à redução da morbimortalidade materna e infantil, abordando condições como violência, doença falciforme, doenças sexualmente transmissíveis, vírus da imunodeficiência humana (HIV), câncer de colo uterino e de mama, hanseníase, tuberculose e transtornos mentais (BRASIL, 2009).

Dessa forma, após o reconhecimento constitucional de 1988 do direito à saúde:

*Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”*(BRASIL, 2015, art 196).

A implantação inicial do Sistema Único de Saúde (SUS) ocorreu em um cenário que contrastava com a expansão de políticas universalistas. Embora o SUS tenha proporcionado um aumento significativo no acesso aos serviços de saúde para a maioria da população, o

Ministério da Saúde falhou em desenvolver um plano nacional de saúde que abordasse de forma inclusiva o diagnóstico situacional, as prioridades e a alocação de recursos. Isso resultou na persistência de desigualdades sociais e geográficas no acesso, na qualidade e na utilização dos serviços de saúde, especialmente no que diz respeito a etnia, cor ou raça (MACHADO, 2007; MOREIRA; MORAES; LUIZ, 2011; SCLiar, 2007; SILVA *et al.*, 2011; TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Dessa forma, houve a inclusão das políticas públicas no SUS para incentivo da equidade, direcionada para a população negra e aquelas em situações de vulnerabilidade. No entanto, apesar do progresso, ainda são observadas desigualdades a nível geográfico e social no acesso à saúde (PAIM *et al.*, 2011). De acordo com Costa e Lionço (2006), a noção de equidade pode ser definida como sendo o provimento de serviços para necessidades específicas de grupos ou pessoas através da sua contribuição, permitindo apresentar suas necessidades. Já a PNSIPN define equidade da seguinte maneira:

*Igualmente importante é o princípio ético da equidade. A iniquidade racial, como fenômeno social amplo, vem sendo combatida pelas políticas de promoção da igualdade racial, impulsionadas pela SEPPIR. Coerente com isso, o princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos onde a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio ético da equidade, que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las (BRASIL, 2010, portaria nº992).*

Sendo assim, algumas questões podem ser levadas em consideração, como a realização de projetos universalistas de garantia da igualdade de direitos. Pois, quando as desigualdades em saúde são sinalizadas, pode-se observar parcialidade da concentração de poder dentro dessa área. Devendo-se reconhecer que a saúde da população negra necessita de ações redistributivas e livre de disparidades por questões étnico-raciais.

*Em saúde, estas ações devem priorizar situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população em situação de iniquidade (BRASIL, 2010, portaria nº992).*

## 2.5 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO QUILOMBOLA

A epidemiologia é a ciência que investiga os fatores determinantes das doenças e danos à saúde em uma população, com o objetivo de controlar problemas relacionados às enfermidades e ao processo saúde-doença. Além disso, a epidemiologia promove métodos e medidas para a prevenção, controle e erradicação de doenças, e fornece indicadores de saúde que auxiliam na implementação, planejamento, administração e avaliação de políticas e



serviços de saúde (ANDRADE, 2017; BARRETO *et al.*, 1998).

Na epidemiologia, a busca por parâmetros objetivos do estado de saúde de uma população é uma prática antiga. Os trabalhos pioneiros nesta área foram realizados por William Farr no século XIX, e por muitos anos as descrições de saúde e pesquisas eram baseadas principalmente em medidas de sobrevivência e mortalidade (OPAS, 2001).

Estudos realizados por meio de diagnósticos comunitários oferecem uma avaliação inicial da saúde ao permitir uma análise epidemiológica descritiva. Esses estudos revelam a frequência de ocorrência de doenças na população, considerando fatores como hospedeiros, ambiente e agentes causadores das enfermidades. Além disso, doenças infecciosas, lesões, desvios nutricionais e óbitos decorrentes de causas externas também são investigados em estudos analíticos para identificar possíveis explicações e causas para esses eventos (ANDRADE, 2017).

No Brasil, há um consenso entre os estudiosos sobre as doenças e agravos que afetam a população negra, especialmente aqueles relacionados a condições desfavoráveis. Exemplos incluem tuberculose, desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil e transtornos mentais associados ao uso excessivo de álcool e outras drogas. Esses fatores podem dificultar o tratamento e levar ao desenvolvimento de outras condições de saúde, como diabetes e hipertensão arterial (BRASIL, 2008).

As comunidades remanescentes quilombolas, formadas por populações afrodescendentes, frequentemente estão localizadas em áreas rurais e isoladas. Essas comunidades enfrentam uma série de fatores de risco que as tornam particularmente vulneráveis às desigualdades sociais e de saúde. Muitas vezes, elas enfrentam dificuldades significativas no acesso a serviços básicos de saúde, o que agrava ainda mais suas condições de vida e saúde. A combinação de isolamento geográfico, recursos limitados e barreiras socioeconômicas contribui para a persistência dessas desigualdades e para a dificuldade em obter atendimento adequado e oportuno (CHOR, 2013).

Essa condição de vulnerabilidade da população contribui para o surgimento de diversas enfermidades e deficiências, frequentemente relacionadas às condições socioeconômicas e histórico-social vivenciadas por essas comunidades. Assim, um dos principais desafios da pesquisa epidemiológica em grupos populacionais em situação de vulnerabilidade é a organização e o planejamento necessários para iniciar a pesquisa e a coleta de dados. A complexidade desses fatores pode dificultar a implementação efetiva de estudos e a obtenção de informações precisas, essencial para o desenvolvimento de intervenções adequadas e a melhoria das condições de saúde (SEVALHO, 2017).

Os estudos epidemiológicos desempenham um papel crucial na observação e catalogação de informações sobre a frequência de ocorrências desfavoráveis e suas causas. Além de fornecer uma compreensão detalhada dos fatores que contribuem para esses desfechos, esses estudos permitem a distribuição equitativa de recursos em saúde pública. Essa distribuição é ajustada de acordo com as características específicas de cada localidade, garantindo que as necessidades de saúde da população sejam atendidas de forma mais eficaz e direcionada (LÓPEZ-JARAMILLO *et al.*, 2014).

O perfil epidemiológico das comunidades quilombolas revela uma transição para um quadro de maior prevalência de doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) (VOLOCHKO; BATISTA, 2009). Os índices de doenças crônicas nessas comunidades são significativamente mais elevados em comparação com o restante da população. Isso se deve a fatores como raça/cor, que são influenciados por aspectos culturais e econômicos, e que afetam a frequência e a qualidade do acesso aos serviços de saúde, bem como outras oportunidades para a população negra (MALTA; MOURA; BERNAL, 2015; MELO; SILVA, 2015).

A análise do acesso e da utilização dos serviços de saúde pelas comunidades quilombolas revela que muitos componentes da atenção primária não estão adequadamente ajustados para atender suas necessidades. Existe uma crença predominante de que a saúde biomédica, focada na cura e na medicalidade do atendimento segmentado, é a única abordagem válida para o atendimento à saúde (BEZERRA *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2011).

Um estudo realizado em 2016 com 756 pessoas em comunidades quilombolas do estado de Minas Gerais revelou que a maioria dos fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) estava relacionada ao estilo de vida dos participantes. Os principais fatores identificados foram: 23,5% atribuídos ao consumo de refrigerantes; 41,8% ao consumo de carnes gordurosas; 66,1% ao baixo consumo de frutas; 63,9% ao sedentarismo; e 47,9% ao excesso de peso. Esses fatores de risco foram especialmente evidentes entre homens com menor escolaridade (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016).

De acordo com Melo e Silva (2015), aproximadamente 48,8% da população quilombola no estado do Pará apresenta níveis de pré-hipertensão ou hipertensão. Esses dados são consistentes com a situação epidemiológica observada nas comunidades quilombolas da Bahia, onde 45,4% dos indivíduos também apresentavam hipertensão arterial. Esse cenário está associado a fatores como idade avançada, baixo nível de escolaridade e questões econômicas (BEZERRA *et al.*, 2014).

Além da alta incidência de hipertensão arterial, a anemia falciforme também é frequentemente registrada nas comunidades quilombolas. A falta de condições sanitárias adequadas, como o acesso a água tratada, contribui para o surgimento contínuo de surtos de diarreia e doenças dermatológicas. Um dos principais entraves é a relação entre a preservação das crenças e tradições dos quilombolas e a oferta de saúde integral para todos. Essa relação muitas vezes dificulta a adesão aos tratamentos convencionais, uma vez que a maioria da população quilombola recorre ao uso de plantas medicinais e práticas alternativas para tratar diversas enfermidades (KAPLAN, 2003; OLIVEIRA *et al.*, 2015).

De acordo com a Política Governamental Brasileira Para a Saúde Bucal, é essencial ampliar e qualificar o acesso da população quilombola aos serviços de atenção básica, incluindo assistência odontológica e laboratórios de próteses dentárias. A proposta visa garantir um atendimento que não seja mutilador, promovendo a saúde bucal de forma integral e respeitosa. Além disso, a política busca incentivar práticas de higiene bucal e alimentação saudável, levando em consideração as particularidades culturais dessas comunidades, de modo a promover a saúde de maneira sustentável e adequada às suas realidades (NARVAI, 2006; SILVA *et al.*, 2008).

Apesar dos entraves relacionados às crenças e tradições que podem dificultar a aceitação de tratamentos médicos, é fundamental que os profissionais de saúde atuem de forma respeitosa em relação aos costumes das comunidades quilombolas. Ao adotar uma abordagem mais acolhedora e inclusiva, esses profissionais podem evitar que tais comunidades se afastem dos cuidados de saúde. Esse respeito pelas tradições locais não só preserva a confiança entre os quilombolas e o sistema de saúde, mas também ajuda a transmitir a importância do acesso aos serviços de saúde, mesmo quando há discordâncias em relação ao modelo de medicina ocidental. Assim, mesmo que essas comunidades mantenham práticas tradicionais, elas podem se beneficiar de um entendimento mais amplo sobre o valor da saúde preventiva e do tratamento adequado (CARDOSO, 2010; FALCÃO, 2003).

## 2.6 SAÚDE DA POPULAÇÃO NÃO QUILOMBOLA

Quando se discute a população brasileira, ou população geral, surgem questões sobre sua composição, que é descrita também como "não quilombola". Essa categoria engloba os indivíduos que não fazem parte de grupos remanescentes, como quilombolas ou indígenas. Por outro lado, a população quilombola se define a partir de relações específicas com a terra, parentesco, território, ancestralidade, tradições e práticas culturais próprias (IBGE, 2020).

A composição etnológica do povo brasileiro inclui três principais etnias que contribuíram para sua formação: os habitantes originais (indígenas), os europeus (principalmente portugueses) e os africanos (principalmente da costa oeste, ao sul do Saara). A mistura étnica começou com o descobrimento do Brasil no final do século XV e se intensificou com a chegada de imigrantes de várias partes do mundo. No Brasil as etnias as quais são formadas e designadas pelos termos cor e raça, são compostas por: pardos: 43,1%, brancos: 47,7%, negros: 7,6%, indígenas: 0,4%, amarelos: 1,1% (IBGE, 2022).

O estado de saúde de uma população é determinado por uma série de fatores que operam tanto em nível individual quanto coletivo. A interação entre esses determinantes tem impacto direto nas condições de saúde ao longo da vida do indivíduo. Estudos revelam que as desigualdades em saúde estão frequentemente ligadas a fatores como nível econômico, etnia, sexo, idade e local de residência. Essas disparidades acabam marginalizando grupos mais vulneráveis, dificultando o acesso aos serviços de saúde e aumentando os índices de mortalidade. Em tais cenários, a marginalização se torna um obstáculo crítico, reforçando a necessidade de políticas públicas que promovam a equidade na saúde, especialmente para aqueles que enfrentam maiores desafios no acesso a cuidados (FAHEL; NEVES, 2009).

No início do século XX, a saúde pública no Brasil começou a se consolidar como uma política nacional, com a organização das práticas sanitárias. Esse movimento foi impulsionado pela necessidade de controlar epidemias e melhorar as condições de higiene nas grandes cidades, que cresciam rapidamente com a industrialização. A saúde pública, então, passou a ser uma questão central no cenário sociopolítico do país, acompanhando as mudanças trazidas pelo avanço do capitalismo. Nesse contexto, o governo brasileiro começou a intervir mais diretamente na saúde da população, criando órgãos voltados para o controle de doenças, como o Serviço de Profilaxia Rural e o Departamento Nacional de Saúde Pública. O foco inicial era no combate a doenças infecciosas e na melhoria do saneamento básico, refletindo as condições socioeconômicas da época (NUNES, 2000).

O rápido processo de urbanização nas grandes cidades em desenvolvimento evidencia os desafios decorrentes desse crescimento populacional acelerado. Entre os principais problemas enfrentados estão a escassez de moradias, a falta de acesso a água potável e saneamento básico, a insuficiência de escolas, creches e hospitais, bem como a precariedade do transporte público. Além disso, a coleta de lixo ineficiente e a ausência de áreas de lazer também são questões frequentes que afetam os grandes centros urbanos do país (SPOSITO, 1997).

Nos últimos anos, o Brasil passou por mudanças estruturais significativas, que o

posicionaram como um país emergente (PAIM, 2013). Entre as ações e programas do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), criada em 1994, com o objetivo de reorganizar o modelo de saúde, promovendo uma abordagem integral e baseada na atenção primária, com foco no acesso universal à saúde para toda a população. Na última década, a ESF expandiu-se para áreas vulneráveis, alcançando uma cobertura de cerca de 53,4% da população, conforme dados da Pesquisa Nacional de Saúde (MALTA *et al.*, 2016). Além disso, desde 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem desempenhado um papel crucial na oferta eficiente de vacinas, contribuindo significativamente para a redução de doenças imunopreveníveis no Brasil (VICTORIA *et al.*, 2011).

Através do SUS, foi estabelecida uma política nacional que assegura o fornecimento gratuito e universal de medicamentos essenciais (BRASIL, 1990). Um exemplo significativo é o programa “Aqui Tem Farmácia Popular”, que oferece medicamentos gratuitos para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) (BRASIL, 2001; MALTA *et al.*, 2016; MALTA; MORAIS NETO; SILVA JUNIOR, 2011). Desde 1996, o Ministério da Saúde tem garantido acesso universal ao tratamento antirretroviral para pessoas vivendo com HIV/AIDS, além de implementar ações preventivas e promover a saúde (CARNEIRO-PROIETTI *et al.*, 2010; GALVÃO, 2002). Em 2004, o Brasil assinou a Estratégia Global de Dieta, Atividade Física e Saúde da OMS, com o objetivo de prevenir a obesidade e doenças não transmissíveis (BARRETO *et al.*, 2005). No ano de 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) priorizou ações intersetoriais e abordou importantes questões e limitações na saúde (BRASIL, 2014).

Uma parcela significativa da população brasileira enfrenta condições de extrema pobreza, resultando em situações críticas de nutrição, habitação, saneamento básico e meio ambiente. Essas condições adversas levam a problemas de saúde e a índices elevados de mortalidade (BYDLOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004). A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD/98) revelou que a interação entre a renda domiciliar per capita e diversos indicadores de saúde, função física e uso de serviços médicos e odontológicos mostra uma menor procura e/ou utilização desses serviços por indivíduos com baixo nível socioeconômico, em comparação com aqueles que possuem uma renda per capita mais alta (LIMA-COSTA; BARRETO; GIATTI, 2002).

Em 2008, a expectativa de vida ao nascer no Brasil atingiu 72 anos, 10 meses e 10 dias. A média para as mulheres foi de 76,7 anos, enquanto para os homens foi de 69,1 anos. Entre 1980 e 2000, a população idosa aumentou aproximadamente 107%, enquanto a população jovem (até 14 anos) cresceu apenas 14%. Em 1980, as crianças de 0 a 14 anos

representavam 38,3% da população total, reduzindo-se para 26% em 2009. No mesmo período, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais subiu de 4% para 6,7%. Para o ano de 2050, estima-se que a população jovem será de 13,1%, enquanto a proporção de idosos deverá superar 22,2% do total (IBGE, 2008).

No Brasil, as condições de vida melhoraram significativamente, resultando em maior longevidade para a população. Enquanto a proporção de idosos tem aumentado, o percentual de crianças e jovens está diminuindo. Essa mudança pode ser atribuída à redução na taxa de fecundidade, que em 2008 era de 1,8 filhos por casal. Embora a diminuição na faixa etária mais jovem seja uma preocupação, a mortalidade infantil ainda é relativamente alta em comparação com os melhores indicadores internacionais. Essa dinâmica reflete uma clara transição demográfica no país (PAIM *et al.*, 2011).

O perfil da população brasileira tem passado por uma significativa transição nas últimas décadas. De acordo com previsões para 2050, o número de pessoas com mais de 50 anos deverá alcançar cerca de 100 milhões, o que terá um impacto direto na saúde da população. Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) indicam que, até então, 22,6% dos idosos declaravam não ter doenças. Esse percentual diminuiu para 19,7% entre aqueles com 75 anos ou mais. Além disso, cerca de 48,9% dos idosos acima de 75 anos apresentavam alguma doença crônica, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), dores na coluna, artrite e reumatismo (IBGE, 2009).

No Brasil, o sistema de saúde enfrenta uma crise amplamente reconhecida pela população. Uma pesquisa nacional divulgada em 2013 revelou que, de acordo com 48% dos entrevistados, a saúde pública é considerada o maior problema do país. Esses dados evidenciam a insatisfação generalizada com os serviços de saúde, refletindo preocupações sobre a qualidade e a eficácia do atendimento, além de destacar a necessidade urgente de reformas e melhorias no sistema de saúde para atender às demandas da população de forma mais eficaz e equitativa (FREITAS *et al.*, 2011).

Os determinantes do estado de saúde da população podem ser classificados em três grupos distintos. O primeiro grupo engloba os fatores relacionados aos hábitos de vida, como consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo e prática de atividades físicas. O segundo grupo refere-se aos fatores exógenos, que incluem acidentes e características físicas e biológicas dos indivíduos, como idade, raça/cor, sexo e predisposição genética para certas doenças. Esses fatores são independentes das condições socioeconômicas. Por fim, o terceiro grupo consiste nos fatores socioeconômicos, que são avaliados por meio do nível de escolaridade e da renda do indivíduo (NORONHA; ANDRADE, 2007).

As mudanças na vida dos brasileiros têm impacto direto na saúde da população. A prevalência de sobrepeso e obesidade tem aumentado significativamente, conforme indicam estudos como o de Schmidt *et al.* (2011) e o relatório do Ministério da Saúde (2010), que revelam que 47,3% dos homens nas capitais do país estão com excesso de peso. Além disso, apenas cerca de 19% dos adultos nas grandes cidades consomem uma quantidade adequada de frutas e legumes, enquanto um terço das famílias relatam dificuldades para garantir uma alimentação suficiente (BRASIL, 2010; IBGE, 2009).

No entanto, houve avanços em alguns aspectos da saúde pública. Graças às medidas do Programa Nacional de Controle do Tabaco, a taxa de tabagismo caiu significativamente: de 34,5% em 1989 para 17,2% em 2008. Por outro lado, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas continua sendo um problema significativo, com 17,6% das pessoas acima de 15 anos relatando episódios de ingestão excessiva de álcool (BRASIL, 2010; INCA, 2011; IBGE, 2010).

Portanto, a implementação de políticas focadas na prevenção de doenças e na promoção de um estilo de vida saudável é crucial para garantir que, no futuro, a população idosa enfrente menos problemas de saúde. Isso ajudará a evitar a sobrecarga do sistema de saúde. Tais políticas devem incluir estratégias para a identificação precoce e o manejo dos principais fatores de risco, como doenças cardiovasculares, diabetes, dislipidemias e tabagismo, entre outros (ALMEIDA, 2013).

## 2.7 EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO NÃO QUILOMBOLA

A partir de 1970, o Brasil iniciou uma significativa transição demográfica, passando de uma sociedade majoritariamente rural, com famílias numerosas e elevadas taxas de mortalidade infantil, para uma população urbana caracterizada por famílias menores e novas configurações familiares (LEONE; MAIA; BALTAR, 2010). Essa transformação também resultou no aumento da população idosa, refletindo mudanças nos padrões de natalidade e longevidade (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Com o avanço dos anos, observou-se uma diminuição das doenças infecciosas e um aumento nas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Entre as principais DCNT responsáveis por mortalidade na última década estão a doença isquêmica do coração, a doença pulmonar obstrutiva crônica e o acidente vascular cerebral (HERON, 2017). No Brasil, as DCNT são responsáveis por aproximadamente 75% dos óbitos na faixa etária de 30 a 69 anos, um período crítico para a produtividade econômica e social dos indivíduos (DIVISION OF

GLOBAL HEALTH PROTECTION, 2016; MALTA *et al.*, 2017).

No Brasil, além da polarização entre os determinantes das doenças (doenças crônicas-degenerativas versus doenças infecciosas e parasitárias), observa-se uma significativa divergência geográfica. Há disparidades regionais que se refletem nas desigualdades sociais, evidenciadas pelos diferentes indicadores de mortalidade e morbidade entre grupos sociais, mesmo dentro de uma mesma localidade. Essas diferenças também refletem desigualdades socioeconômicas, relacionadas à renda, nível de escolaridade e acesso aos serviços de saúde (ARAÚJO, 2012).

O panorama futuro da epidemiologia pode ser alterado por diversos fatores, como o surgimento de novas doenças transmissíveis que se espalhem rapidamente, como foi o caso da AIDS. Além disso, a introdução de novas tecnologias na área da saúde, incluindo vacinas e tratamentos inovadores, pode ter um impacto significativo. Essas tecnologias têm o potencial de melhorar a prevenção e o controle de doenças, tanto transmissíveis quanto não transmissíveis, e de influenciar as taxas de morbimortalidade de forma significativa (HERON, 2017; INSTITUTE OF MEDICINE, 2003).

A vida globalizada, o processo de urbanização, o envelhecimento da população e as mudanças sociais e econômicas têm impactado profundamente o comportamento dos brasileiros em relação ao trabalho, alimentação e lazer. Esses fatores contribuíram para o aumento de problemas como obesidade e sedentarismo, que são grandes responsáveis pelo crescimento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Em 2011, aproximadamente 48,5% dos adultos residentes em capitais relataram excesso de peso. Além disso, 17% consumiam álcool de forma abusiva, 20% não ingeriam frutas e hortaliças em quantidade adequada, e 14% eram inativos fisicamente. Esses dados refletem um cenário preocupante, pois em 2010 as DCNT foram responsáveis por 73,9% das mortes no Brasil, com 80% dessas mortes atribuídas a doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas, câncer e diabetes (BRASIL, 2012).

Com o envelhecimento da população, surgem problemas de saúde que desafiam tanto os sistemas de saúde quanto os de previdência social. Embora envelhecer esteja frequentemente associado a um bom estado de saúde, a presença de doenças pode complicar essa relação. Os avanços tecnológicos na área médica têm melhorado o acesso a serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, e contribuído para uma melhor qualidade de vida na terceira idade. Portanto, é crucial investir em ações preventivas ao longo de todas as fases da vida para promover um envelhecimento saudável e minimizar os problemas de saúde associados à idade avançada (KALACHE, 2008).



O cenário de saúde e doença no Brasil reflete uma complexa sobreposição de causas de óbito relacionadas a diversos determinantes e condicionantes. Em 2011, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) dominaram as estatísticas de mortalidade, com doenças isquêmicas e cerebrovasculares ocupando os dois primeiros lugares. Entre as DCNT, destacam-se o Diabetes Mellitus, com 65 mil óbitos, e as doenças hipertensivas, que causaram 52 mil mortes. Outras condições significativas incluem as doenças obstrutivas crônicas, responsáveis por 45 mil óbitos, e os cânceres de traqueia, brônquios e pulmões, que causaram 25 mil mortes. A cirrose hepática contribuiu com 22 mil óbitos. Além dessas, as infecções respiratórias inferiores, que são a única categoria de doenças infecciosas destacada, causaram 68 mil mortes. No âmbito dos acidentes, os acidentes de transporte contabilizaram 44 mil mortes, enquanto as agressões foram responsáveis por 52 mil óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Projeções realizadas para 2033 indicam um aumento significativo nas taxas de mortalidade devido a Alzheimer e outras demências, com um crescimento estimado de 165,6%, atingindo uma taxa de 21,3 mortes por 100.000 habitantes. Essa condição se tornará a oitava causa mais importante de óbitos no Brasil. A crescente preocupação com esses dados é acentuada por achados recentes que sugerem um aumento nas mortes atribuídas a essas doenças. No entanto, é importante notar que o diagnóstico preciso de demências ainda apresenta desafios consideráveis, o que pode impactar a precisão das estimativas e a capacidade de implementar intervenções eficazes (JAMES *et al.*, 2014).

O segundo maior aumento projetado na taxa de mortalidade para 2033 será atribuído ao grupo das infecções respiratórias inferiores, que deverá crescer 118,3%. Esse grupo inclui infecções de origem viral e bacteriana, e o envelhecimento da população pode intensificar esse problema, pois os idosos são mais vulneráveis a complicações relacionadas a infecções como a influenza e outras condições respiratórias. Por outro lado, algumas causas de morte estão previstas para apresentar uma redução na taxa de mortalidade. Entre elas, destacam-se as cardiopatias, endocardites, miocardites e os acidentes de transporte, com uma redução estimada de 14,2% (SILVA JUNIOR, 2015).

Nos últimos anos, a ocorrência simultânea de duas ou mais doenças crônicas em um mesmo indivíduo, conhecida como multimorbidade, tem se tornado um foco significativo de atenção na área da saúde (ZULMAN *et al.*, 2014). Estudos demonstram que a prevalência de multimorbidade pode variar amplamente: entre 3,5% a 98,5% em dados de serviços de saúde e de 13,1% a 71,8% na população geral (FORTIN *et al.*, 2014). A presença de multimorbidade pode servir como um importante indicador para avaliar o tempo de

hospitalização, os custos associados aos cuidados de saúde e o prognóstico de sobrevivência dos pacientes. Além disso, pesquisas indicam que indivíduos com múltiplas condições crônicas tendem a receber cuidados de saúde de qualidade inferior em comparação com aqueles que lidam com apenas uma doença (SINNOTT *et al.*, 2013).

**RESULTADOS**  
**(Artigo científico)**

## Artigo 1

### Hipertensão Arterial como indicador de saúde mais prevalente em populações quilombolas e não quilombolas: uma revisão sistemática com metanálise

#### RESUMO

**Objetivo:** Identificar, entre os principais indicadores de saúde estudados nas populações quilombola e não quilombola, aqueles com maior prevalência. **Métodos:** Foi realizada uma revisão sistemática com metanálise, com a busca de publicações conduzida nas bases de dados PubMed, SciELO, LILACS, SCOPUS e na Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos estudos transversais realizados no Brasil, focando em comunidades quilombolas e na população geral (não quilombola). Para isso, foram utilizados descritores das Ciências da Saúde (DeCS) e do Medical Subject Headings (MeSH). A avaliação da qualidade metodológica dos estudos elegíveis foram feitas utilizando JBI (Joanna Briggs Institute). A seleção de estudos por título e resumo, bem como a avaliação de qualidade, foram realizadas de forma independente por dois pesquisadores, utilizando o software Rayyan. Para a metanálise, empregou-se o modelo de efeitos aleatórios de DerSimonian e Laird, e a heterogeneidade estatística foi explorada. As análises foram conduzidas no software estatístico Stata/SE 18.0. **Resultados:** Foram identificados 3.078 artigos relacionados à população quilombola, dos quais 17 foram incluídos na revisão sistemática e 8 na metanálise. Para a população não quilombola, 6.593 artigos foram encontrados, dos quais 23 compuseram a revisão sistemática e 8 foram incluídos na metanálise. A prevalência de hipertensão arterial foi o indicador mais recorrente nos estudos e também o que apresentou mais resultados na metanálise. Entre a população não quilombola, a prevalência de hipertensão foi de 27% (IC 95%: 21%-33%), com alta heterogeneidade ( $I^2 = 99,86\%$ ). Na população quilombola, a prevalência foi de 38% (IC 95%: 31%-43%), também com alta heterogeneidade ( $I^2 = 93,43\%$ ). As diferenças nas prevalências de hipertensão entre as duas populações foram estatisticamente significativas ( $p = 0,02$ ). **Conclusões:** Entre os indicadores de saúde pesquisados, a hipertensão arterial (HAS) foi o mais frequente nos estudos. A prevalência de HAS foi mais alta na população quilombola em comparação com a não quilombola, evidenciando as disparidades de saúde enfrentadas por essas comunidades. Ser quilombola se mostrou um fator de risco para o desenvolvimento de hipertensão, destacando a necessidade de intervenções direcionadas e políticas de saúde inclusivas.

**Palavras-chave:** Indicadores de saúde. População remanescente de quilombos. Hipertensão Arterial Sistêmica.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify the most prevalent health indicators among the main health indicators studied in quilombola and non-quilombola populations. **Methods:** A systematic review with meta-analysis was conducted, searching for publications in the PubMed, SciELO, LILACS, SCOPUS and Virtual Health Library databases. Cross-sectional studies conducted in Brazil, focusing on quilombola communities and the general population (non-quilombola), were included. For this, Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH) were used. The methodological quality of eligible studies was assessed using JBI (Joanna Briggs Institute). Study selection by title and abstract, as well as quality assessment, were performed independently by two researchers using Rayyan software. For the meta-analysis, the DerSimonian and Laird random effects model was used, and statistical heterogeneity was explored. The analyses were conducted using Stata/SE 18.0 statistical software. **Results:** A total of 3,078 articles related to the quilombola population were identified, of which 17 were included in the systematic review and 8 in the meta-analysis. For the non-quilombola population, 6,593 articles were found, of which 23 comprised the systematic review and 8 were included in the meta-analysis. The prevalence of arterial hypertension was the most recurrent indicator in the studies and also the one that presented the most results in the meta-analysis. Among the non-quilombola population, the prevalence of hypertension was 27% (95% CI: 21%-33%), with high heterogeneity ( $I^2 = 99.86\%$ ). In the quilombola population, the prevalence was 38% (95% CI: 31%-43%), also with high heterogeneity ( $I^2 = 93.43\%$ ). The differences in the prevalence of hypertension between the two populations were statistically significant ( $p = 0.02$ ). **Conclusions:** Among the health indicators researched, arterial hypertension (HAS) was the most frequent in the studies. The prevalence of hypertension was higher in the quilombola population compared to the non-quilombola population, highlighting the health disparities faced by these communities. Being quilombola was shown to be a risk factor for the development of hypertension, highlighting the need for targeted interventions and inclusive health policies.

**Keywords:** Health indicators. Remaining population of quilombos. Systemic Arterial Hypertension.

## INTRODUÇÃO

Os quilombos, historicamente, representam comunidades formadas por afrodescendentes que buscaram refúgio em regiões isoladas do Brasil durante o período escravagista, fugindo das condições opressivas da época<sup>1</sup>. O processo de autoidentificação dessas comunidades é dinâmico e envolve muito mais do que aspectos físicos ou biológicos, como a cor da pele. Ele abrange a valorização de sua herança africana e a construção de formas de resistência, essenciais para a proteção e preservação de seu modo de vida singular, além de englobar a luta pelos direitos territoriais e culturais<sup>2</sup>.

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil oferece serviços de saúde universais para todas as camadas da população, incluindo as comunidades quilombolas. No entanto, essas comunidades ainda enfrentam desafios significativos, como condições socioeconômicas desfavoráveis, acesso restrito a serviços básicos de saúde e educação e, de forma mais grave, a persistência da discriminação étnico-racial, que continua a ocorrer em diversos contextos<sup>3</sup>.

Silva et al.<sup>4</sup> destacam que as comunidades quilombolas frequentemente enfrentam condições de vida precárias, onde a falta de infraestrutura e as barreiras no acesso a serviços essenciais afetam diretamente a saúde dessas populações. Um estudo conduzido por Silva<sup>5</sup> identificou que as más condições habitacionais, o saneamento básico inadequado e o acesso limitado aos serviços de saúde são os principais fatores que contribuem para os problemas de saúde nessas comunidades.

Diante desses desafios, o Programa Brasil Quilombola surge como uma iniciativa governamental de apoio; no entanto, sua implementação efetiva e o impacto real ainda precisam ser constantemente avaliados<sup>6</sup>. Apesar dos esforços, o acesso universal e de qualidade aos serviços de saúde e outros direitos ainda não se concretizou plenamente, o que ressalta a necessidade urgente de desenvolver políticas sociais e de saúde que reduzam as desigualdades sociais, culturais, educacionais e econômicas<sup>7</sup>.

Os indicadores de saúde são ferramentas essenciais para avaliar e monitorar as condições de saúde de uma população<sup>8</sup>. Eles oferecem dados importantes sobre a prevalência de doenças, condições de saúde, fatores de risco e a eficácia das intervenções em saúde pública<sup>9</sup>. Esses indicadores possibilitam a análise das tendências epidemiológicas, permitindo a identificação de áreas prioritárias que requerem atenção para promover melhorias na qualidade de vida da população<sup>10</sup>.

Os indicadores de saúde nas comunidades quilombolas revelam uma realidade desafiadora, com taxas de mortalidade mais altas e uma maior prevalência de doenças

específicas, evidenciando disparidades significativas em comparação à população geral<sup>11</sup>. A combinação de condições socioeconômicas precárias com o acesso limitado a serviços de qualidade contribui para resultados de saúde adversos. Dessa forma, destaca-se a importância de estudos mais aprofundados sobre esses indicadores, para que possam servir de base para a formulação de políticas públicas específicas e eficazes tanto para as comunidades quilombolas quanto para a população em geral<sup>12</sup>.

As desigualdades em saúde entre diferentes grupos socioeconômicos e regiões do Brasil ressaltam a urgência de políticas que reduzam essas desigualdades e promovam a equidade em saúde<sup>11</sup>.

A hipertensão arterial (HA), é uma condição clínica caracterizada pela elevação prolongada da pressão arterial, associada ao aumento do risco de enfermidades cardiovasculares, cerebrais, renais entre outras. Conforme a Organização Mundial da Saúde, a hipertensão é uma das maiores responsáveis por óbitos no mundo. Calcula-se que 1,13 bilhão de pessoas sejam hipertensas, e que dois terços dos acometidos vivam em nações com menor desenvolvimento socioeconômico, configurando-se como um grave desafio de saúde pública<sup>68</sup>.

As comunidades quilombolas vêm atravessando um processo expressivo de transição epidemiológica nas últimas décadas, com transformações em seus estilos de vida tradicionais, o que tem ampliado os riscos de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, entre elas a hipertensão arterial sistêmica (HAS)<sup>69</sup>.

Embora haja uma quantidade significativa de dados disponíveis, ainda existem lacunas em estudos que abordam certos aspectos da saúde pública. O objetivo deste estudo é buscar indicadores de saúde em inquéritos populacionais de comunidades quilombolas e não quilombolas no Brasil. Os indicadores mais destacados, que apresentam altas prevalências e são frequentemente abordados em estudos transversais, incluem hipertensão arterial, diabetes, obesidade, anemia e sobrepeso. Para isso, será realizada uma revisão sistemática com metanálise. A análise desses indicadores pode revelar disparidades existentes, evidenciando as condições de saúde mais prevalentes em diferentes populações e permitindo uma análise detalhada das diferenças de saúde entre regiões e grupos socioeconômicos distintos.

## MÉTODOS

Este estudo trata-se de uma revisão sistemática com metanálise, cujo protocolo está registrado no *International Prospective of Systematic Reviews* (PROSPERO – ID:

CRD42021261300). Para elaboração da revisão sistemática, foram seguidas as orientações presentes no manuscrito sobre estudos observacionais intitulado: *Meta-analysis of observational studies in epidemiology* (MOOSE). Este manuscrito inclui um checklist detalhado para a construção de cada etapa do estudo, abrangendo introdução, estratégia de busca, métodos, resultados, discussão e conclusão<sup>13</sup>. A estratégia de pesquisa foi organizada por meio da ferramenta PEO (*Population; Exposure; Outcome*)<sup>14</sup>. Assim, buscou-se responder a seguinte pergunta: “Quais são os principais indicadores de saúde observados nas populações quilombolas e não quilombolas no Brasil?”.

### **Estratégias de busca**

Realizou-se uma ampla busca na literatura utilizando as seguintes bases de dados e plataformas eletrônicas: Medline via PubMed (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>), SciELO (Scientific Electronic Library Online) (<http://search.scielo.org/index.php>), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe), SCOPUS (Elsevier) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As buscas foram atualizadas até 15 de junho de 2024. As palavras-chaves utilizadas foram identificadas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no *Medical Sub Headings* (MeSH). As buscas foram realizadas com a utilização dos operadores booleanos “AND” e “OR”. Foram organizadas estratégias de busca distintas para a população quilombola (Quadro 1) e população não quilombola (Quadro 2), seguindo a especificidade de cada base de dados. Adicionalmente, a busca foi expandida para a lista de referência dos artigos selecionados para integrar a presente revisão, a fim de encontrar artigos os quais não haviam sido descobertos na busca nas bases de dados.

### **CrITÉRIOS de elegibilidade**

Foram considerados elegíveis os estudos que atenderam aos seguintes critérios: 1) Estudos observacionais transversais de base populacional realizados com população quilombola e não quilombola no Brasil; 2) Estudos com descrição de dados de saúde da população quilombola e não quilombola; 3) Estudos cujo objetivo principal foi avaliar os indicadores, informações de saúde da população quilombola e não quilombola; 4) Estudos cujo público alvo foi a população adulta da população quilombola e não quilombola, com idade entre 18 a 59 anos; 5) Dissertações, teses e literatura cinzenta que focaram na saúde da população quilombola e não quilombola, no período de tempo de 2010 a 2024.



Não foram incluídos estudos experimentais, estudos qualitativos, relatos de casos, estudos com dados incompletos ou não relatados.

### **Seleção dos estudos e extração dos dados**

Dois pesquisadores independentes realizaram a seleção dos estudos e a extração dos dados. A seleção por título e resumo foi feita utilizando o Rayyan (<https://www.rayyan.ai/>). Estudos duplicados ou que não atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos foram eliminados. Em seguida, todos os estudos pré-selecionados foram lidos na íntegra. As referências dos artigos selecionados foram revisadas, e aquelas com metodologias semelhantes às buscadas foram avaliadas. Qualquer divergência quanto à elegibilidade dos estudos foi resolvida por consenso ou pela decisão de um terceiro pesquisador.

Os dados extraídos foram armazenados em uma planilha do software Excel (Microsoft, Redmond, EUA). Foram coletadas as seguintes informações: autor, ano e periódico de publicação, período de coleta e local de realização do estudo, desenho do estudo, tamanho da amostra, número de mulheres incluídas, idade média dos participantes, indicador de saúde avaliado, principais resultados e desfechos encontrados. Os dados mais relevantes para o estudo foram destacados nos quadros 3 e 4.

### **Avaliação de qualidade metodológica dos artigos**

Os critérios para avaliação da qualidade metodológica dos estudos foram conduzidos de forma independente pelos autores utilizando as ferramentas de avaliação crítica do JBI (Joanna Briggs Institute)<sup>70</sup>, enquanto a extração dos dados foi conduzida com o JBI Extraction para estudos quantitativos. Adotamos um critério de 70% de respostas afirmativas como nota de corte, visando manter um padrão elevado de qualidade metodológica nos estudos selecionados. O nível de evidência e a força da recomendação foram determinados com base nas Diretrizes de Recomendação do JBI. A escolha do limiar de 70% foi motivada pelo objetivo de assegurar a alta qualidade metodológica dos estudos. É importante notar que a JBI permite que os revisores definam o padrão para a nota de corte da avaliação metodológica dos estudos. Controlar os fatores de confusão é crucial para garantir que os resultados de uma pesquisa reflitam a verdadeira relação entre as variáveis estudadas, sem distorções causadas por fatores externos. Isso contribui para aumentar a validade e a precisão das conclusões da pesquisa. Então, artigos com avaliação de 70% de afirmativas são considerados fortes e

abaixo deste valor, fracos.

## **Análise estatística**

Uma síntese descritiva dos estudos foi elaborada para a realização das análises, conduzidas com o software estatístico Stata/SE 18.0 for Windows®. As metanálises foram realizadas utilizando o modelo de efeitos aleatórios de DerSimonian e Laird, com a transformação de duplo arcoseno proposta por Freeman-Tukey para estabilizar as variâncias. A heterogeneidade foi investigada pelo cálculo do inverso da variância em modelo de efeito aleatório, sendo apresentada como porcentagem de  $I^2$ , cujos resultados variam de 0% a 100% tendo a seguinte classificação:  $I^2 = 0\%$  a  $<25\%$ , nenhuma/baixa heterogeneidade;  $I^2 \geq 25\%$  a  $<50\%$ , heterogeneidade moderada;  $I^2 > 50\%$ , alta heterogeneidade<sup>58</sup>. As análises consideraram dois subgrupos, conforme a procedência da amostra usada nos estudos primários: quilombola e não quilombola. Em todas as análises, foram considerados intervalos de confiança de 95% (IC95%).

## **RESULTADOS**

### **População quilombola**

#### **Seleção dos estudos**

A estratégia de busca sobre a população quilombola resultou em um total de 3.078 registros relacionados a indicadores de saúde, dos quais 358 eram duplicados. Após a triagem dos títulos e resumos, foram selecionados 121 artigos para análise do texto completo. Desses, 108 não atenderam aos critérios de inclusão e foram descartados, restando 14 artigos. Após explorar as referências desses estudos, foram incluídos mais 3 artigos, totalizando 17 artigos na revisão sistemática e 8 artigos específicos para análise da população quilombola (Figura 1).

#### **Características dos estudos**

As publicações selecionadas para esta análise incluem estudos publicados entre 2013 e 2021. O primeiro estudo<sup>16</sup> foi publicado em 2013, seguido por outro em 2014<sup>17</sup>. Em 2015<sup>18-21</sup>, foram incluídos quatro estudos, enquanto em 2016<sup>22,23</sup>, dois estudos foram considerados. Em 2017<sup>24</sup>, foi incluído um estudo, seguido por dois estudos em 2018<sup>25,26</sup>. Em 2019<sup>27-31</sup>, foram analisados cinco estudos, e o último estudo foi publicado em 2021<sup>56</sup>. Esses estudos abordam

dados coletados ao longo de um período que vai de 2008 a 2019. Todas essas informações, bem como as principais características dos estudos selecionados para a revisão sistemática da população quilombola, estão detalhadas no Quadro 3.

Os artigos selecionados para análise abrangem dados das regiões Nordeste, Norte e Sul, cobrindo 8 estados diferentes. Estes estados são: Mato Grosso (5,9%)<sup>19</sup>, Maranhão (5,9%)<sup>20</sup>, Rio Grande do Sul (5,9%)<sup>27</sup>, Sergipe (5,9%)<sup>28</sup>, Alagoas (5,9%)<sup>16</sup>, Tocantins (5,9%)<sup>26</sup>, Minas Gerais (5,9%)<sup>22</sup>, Bahia (47%)<sup>17,18,21,23-25,29-31</sup>, e Piauí (5,9%)<sup>56</sup>. No total, foram avaliados 10.321 indivíduos, incluindo tanto homens quanto mulheres. Dentre esses, 7.228 eram exclusivamente mulheres, o que representa aproximadamente 70,1% da amostra total. Vale destacar que a amostra incluía pessoas com 40 anos ou mais, e todos os estudos investigaram algum tipo de indicador de saúde.

### **Avaliação da qualidade**

Nos dezessete artigos avaliados, apenas uma das perguntas do instrumento recebeu 100% de respostas "não se aplica". A questão 4, que se refere aos critérios de medição da condição, recebeu essa resposta porque os estudos não abordavam um diagnóstico específico. A condição para inclusão era ser quilombola, o que já era considerado um critério suficiente para aceitação nos critérios de inclusão, justificando assim a pontuação recebida.

Todos os dezessete estudos (100%) descreveram claramente os critérios de inclusão (questão 1). No entanto, apenas um estudo<sup>27</sup> (6%) não especificou adequadamente o ambiente de seleção dos participantes (questão 2), apresentando uma descrição vaga dos locais, o que dificulta a utilização dos achados e a replicação do estudo em outros contextos. Os instrumentos utilizados para a coleta de dados eram padronizados, e, nos casos em que foram desenvolvidos pelos autores, a eficácia foi verificada por meio de estudos piloto anteriores ou pela utilização de questionários validados em outras pesquisas nacionais. No entanto, dois estudos<sup>24,27</sup> não apresentaram testes de verificação de confiabilidade para comprovar a validade da exposição (questão 3).

Um estudo<sup>23</sup> apresentou a resposta "não se aplica" nas questões 5 e 6, que abordam as estratégias para identificar e controlar os fatores de confusão. O estudo não esclareceu o método de controle desses fatores. Nos demais estudos, as questões 5 e 6 foram respondidas positivamente, indicando que todos implementaram estratégias para identificar e controlar os fatores de confusão por meio de análises estatísticas específicas. No geral, todos os estudos demonstraram resultados satisfatórios, com congruência entre os achados apresentados, a

análise estatística utilizada, os testes aplicados e as conclusões.

Dos dezessete artigos avaliados, quatorze<sup>17-22,25-26,28-31,56</sup> se mostraram com qualidade forte segundo o método de avaliação, com mais de 70% de respostas “sim”. Apesar da presença de alguns confundidores em um dos estudos e a medida do sujeito e ambiente serem em dois estudos, locais limitados (hospitais), pode comprometer a confiabilidade e a validade dos resultados desses estudos que não tiveram uma avaliação acima de 70% (Quadro 5).

### **Indicadores de saúde: população quilombola**

Nos estudos analisados, a HAS emerge como um dos principais indicadores de saúde nas comunidades quilombolas, sendo identificada em aproximadamente 52% dos estudos revisados, com uma prevalência que varia de 26% a 61,7%<sup>16,18,19,23,24,27,28,31,56</sup>. Além disso, outros indicadores importantes, como o estado nutricional e a composição corporal, foram investigados. Nestes estudos, foi observada uma alta prevalência de sobrepeso e obesidade, especialmente entre mulheres quilombolas, com variações entre 27,7% e 37,1%<sup>16,17,25</sup>.

Outros indicadores de saúde também foram analisados nos estudos, como a síndrome metabólica (SM), que foi abordada em 2 dos 17 estudos, apresentando uma prevalência aproximada de 30%<sup>30</sup>. Dislipidemia (1/17)<sup>20</sup>, depressão (1/17)<sup>21</sup> e doenças crônicas não transmissíveis (1/17)<sup>22</sup> também foram investigadas, destacando a complexidade e a diversidade das condições de saúde enfrentadas pelas comunidades quilombolas. Além disso, dois estudos avaliaram as condições de vida e a qualidade de vida dessas comunidades<sup>26,31</sup>.

O excesso de peso<sup>16,17,22,25</sup> e a obesidade<sup>16,17,25</sup> na população quilombola foram relatados de forma preocupante nos estudos, indicando que a prevalência de excesso de peso varia de 47% e a de obesidade é de 25%. Esses fatores são considerados predisponentes para a HAS<sup>16,18</sup> e outras DCNT<sup>22</sup>.

### **População não quilombola**

#### **Seleção dos estudos**

Na população não quilombola, a estratégia de busca resultou em 6.593 registros relacionados a indicadores de saúde dessa população, dos quais 2.128 eram duplicados. Após a triagem dos títulos e resumos, 485 artigos foram selecionados para análise completa do texto, porém 465 não atendiam aos critérios de inclusão e foram descartados. Restaram 20 artigos, e, após a exploração das referências desses estudos, mais 3 artigos foram incluídos, totalizando 23 artigos ao final da revisão sistemática e 8 artigos para a meta-análise da

população não quilombola (Figura 2).

### **Características dos estudos**

Foram incluídos na revisão estudos publicados entre 2015 e 2022, com maior concentração de artigos entre 2015 e 2018 (n=15; 65%)<sup>32-45,57</sup>. O período de coleta dos estudos abrangeu de 2000 a 2020. Quanto ao local de realização, todos os estudos foram conduzidos no Brasil, sendo que 10 utilizaram dados de amostras nacionais (44%)<sup>33,37,38,42-48</sup>. Em seguida, houve amostras concentradas na região Sudeste (n=4; 17%)<sup>39,36,39,41</sup>, Nordeste (n=5; 22%)<sup>40,49-51,56</sup> e Sul (n=4; 17%)<sup>34,35,52,53</sup>.

O Quadro 4 apresenta uma síntese detalhada dos estudos selecionados na revisão da população não quilombola, organizados em ordem decrescente de acordo com o ano de publicação e seus respectivos autores. Nele, são exibidos os indicadores de saúde investigados nas pesquisas, juntamente com os principais resultados, descritos de forma concisa, destacando os achados mais relevantes de cada estudo.

Nos estudos com a população não quilombola, aproximadamente 70% da amostra total era composta por mulheres com mais de 18 anos. Todos os estudos abordaram um ou mais indicadores de saúde.

### **Avaliação da qualidade**

Dos vinte e três estudos analisados, cinco<sup>37,44,45,48,50</sup> (28%) não apresentaram claramente os critérios de inclusão (questão 1). Esses estudos frequentemente se referem a pesquisas nacionais realizadas por telefone, sem a aferição presencial das medidas antropométricas. Além disso, cinco estudos<sup>37,42,44,45,48</sup> (28%) não especificaram adequadamente o ambiente de seleção dos participantes. Isso se deve ao fato de que as pesquisas foram realizadas por telefone ou com pacientes em hospitais, resultando em uma descrição vaga dos locais, o que dificulta a aplicação dos resultados e a replicação do estudo em outros contextos (questão 2).

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados eram padronizados e, quando desenvolvidos pelos autores, sua eficácia foi verificada por meio de estudos piloto prévios ou pela utilização de questionários validados em pesquisas nacionais. No entanto, cinco estudos<sup>33,35,37-38,42,44-45,48,50</sup> não apresentaram testes de verificação de confiabilidade para comprovar a validade da exposição (questão 3).

Nove estudos<sup>33,35,37-38,42,44-45,48,50</sup> apresentaram respostas "inconclusivas" nas questões 5 e 6, que abordam as estratégias para identificar e controlar os fatores de confusão. Esses

estudos não esclareceram o método de controle dos fatores de confusão. Por outro lado, os demais estudos responderam positivamente a essas questões, indicando que implementaram estratégias para identificar e controlar os fatores de confusão por meio de análises estatísticas específicas. No geral, vinte e dois estudos demonstraram resultados satisfatórios, mostrando congruência entre os achados, a análise estatística utilizada, os testes aplicados e as conclusões. Apenas um estudo<sup>33</sup> foi considerado "inconclusivo" devido aos resultados baseados em medidas e diagnósticos de doenças autorreferidos.

Dos vinte e três artigos avaliados, treze<sup>32,34,36,39-41,43,46,47,49,51,52,57</sup> se mostraram com qualidade forte segundo o método de avaliação, com mais de 70% de respostas “sim”. Apesar da presença de alguns confundidores em um dos estudos e a medida do sujeito e ambiente serem em dois estudos, locais limitados (hospitais), pode comprometer a confiabilidade e a validade dos resultados desses estudos que não tiveram uma avaliação acima de 70% (Quadro 6).

### **Indicadores de saúde população não quilombola**

A HAS foi a doença mais relatada (n=8; 27%)<sup>36,38,39,44,48,52,53,57</sup>, com prevalência variando entre 10,3% e 38,4%. A HAS teve maior incidência em homens e foi associada à baixa escolaridade, aumento da idade, e foi mais comum em indivíduos com sobrepeso e obesidade. Além disso, a inatividade física (IF) foi identificada como um fator significativo. Esses achados destacam a necessidade de políticas públicas voltadas à promoção da atividade física e ao controle do peso como medidas preventivas essenciais<sup>54,55</sup>.

Além da HAS, o excesso de peso e a obesidade foram observados em quatro estudos (17%)<sup>35,41,46,52</sup>. O excesso de peso era comum em ambos os sexos, enquanto a prevalência de obesidade geral variou de 20,8% a 32,1%, sendo mais frequente em mulheres, pessoas com menor escolaridade e fisicamente inativas. A síndrome metabólica (SM) foi identificada em dois estudos (8,5%)<sup>33,40</sup>, com maior prevalência em mulheres, indivíduos com baixa escolaridade, fisicamente inativos e com excesso de peso ou obesidade. O tabagismo foi relatado em um estudo (4,3%)<sup>47</sup>, e a prática de atividades físicas em dois estudos (8,5%)<sup>32,50</sup>.

O excesso de peso e a obesidade também foram amplamente relatados nos estudos, com a prevalência de sobrepeso<sup>33,36,40,44,49,52</sup> variando de 32% a 69%, e a de obesidade<sup>33,36,40,44,46,52</sup> variando de 20,8% a 32%. Esses fatores foram associados a várias outras doenças metabólicas<sup>33,39,40,44</sup>. Sabemos que níveis elevados de sobrepeso e obesidade são fatores predisponentes para a HAS<sup>33,36,39,40,44,52</sup> e outras doenças crônicas não

transmissíveis (DCNT)<sup>37,40,44,49</sup>.

### **Metanálise HAS: quilombola e não quilombolas.**

O desfecho primário foi a prevalência de hipertensão arterial sistêmica (HAS). Um total de dezesseis estudos (oito com população quilombola e oito com população não quilombola) foram incluídos na metanálise para o desfecho hipertensão (Figura 3). A prevalência de hipertensão arterial nos estudos com não quilombolas foi de 27% (IC 95%: 21%-33%), com alta heterogeneidade ( $I^2 = 99,86\%$ ). Na população quilombola, a prevalência foi de 38% (IC 95%: 31%-43%), também com alta heterogeneidade ( $I^2 = 93,43\%$ ). As diferenças nas prevalências de hipertensão entre as duas populações foram estatisticamente significativas ( $p = 0,02$ ).

## **DISCUSSÃO**

O principal achado desta revisão sistemática com metanálise foi a identificação da prevalência de HAS nas populações quilombolas e não quilombolas. Os dados revelaram uma prevalência significativamente maior de HAS entre a população quilombola em comparação com a não quilombola. Esse resultado acende um importante alerta sobre a vulnerabilidade da população quilombola a outros indicadores de saúde, destacando o risco elevado de desenvolver doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essas condições de saúde, muitas vezes relacionadas à HAS, demandam atenção especial para a implementação de políticas públicas mais equitativas e estratégias preventivas direcionadas.

Estudos incluídos nesta metanálise, como o realizado por Bezerra *et al.*<sup>24</sup> em comunidades quilombolas do estado do Maranhão, evidenciam uma elevada prevalência de HAS entre os residentes dessas localidades. Este resultado ressalta a importância de ações que devem ser voltadas à ampliação do acesso aos serviços de saúde, bem como ao fortalecimento de estratégias à prevenção e ao manejo efetivo da hipertensão arterial. Tais intervenções são essenciais para mitigar o impacto dessa condição, especialmente em comunidades historicamente vulnerabilizadas, contribuindo para a promoção da equidade em saúde e para a melhoria da qualidade de vida dessas populações.

Os resultados deste estudo estão alinhados com os achados de outras revisões sistemáticas<sup>59,61,62,63,64</sup> que investigaram separadamente populações quilombolas e não quilombolas, analisando indicadores de saúde como a prevalência de HAS. A revisão

conduzida por Dos Anjos et al.<sup>59</sup> destacou que a prevalência de HAS é significativamente mais elevada entre indivíduos negros e pardos em comparação com outras etnias. Além disso, essa condição não se limita a uma maior frequência, mas também apresenta maior gravidade nesses grupos. Outro ponto relevante é a constatação de que mulheres negras apresentam índices mais elevados de hipertensão do que mulheres brancas, um dado associado a diferenças marcantes nos hábitos de vida e nas condições sociodemográficas<sup>59</sup>. Esses achados reforçam a necessidade de intervenções específicas para abordar essas desigualdades em saúde.

Reforçando esses achados, o estudo conduzido por Sousa *et al.*<sup>60</sup>, que analisou uma população adulta, evidenciou que a prevalência de HAS apresenta índices significativamente mais elevados entre indivíduos afrodescendentes em comparação com pessoas de outras etnias. Esse resultado ressalta a importância de considerar aspectos étnico-raciais ao investigar fatores de risco e padrões de distribuição da HAS. Esse cenário pode ser parcialmente explicado por desigualdades socioeconômicas históricas e persistentes, que impactam diretamente o acesso a serviços de saúde e comprometem a adesão ao tratamento, fatores que agravam ainda mais a HAS. Essa situação é particularmente evidente em regiões como o Nordeste e o Norte do Brasil, onde as vulnerabilidades sociais e estruturais são mais acentuadas. Os resultados apresentados corroboram com os achados do nosso estudo, que aborda as condições de saúde da população quilombola<sup>16,19,23,27,28,56</sup> reforçando a necessidade de políticas públicas voltadas para minimizar essas disparidades nesses grupos vulneráveis<sup>30,36,47,48,57</sup>.

No estudo de Matos et al.<sup>71</sup>, a prevalência de HAS na população quilombola da Bahia foi de 38,5%, superior à estimativa nacional de 2013<sup>72</sup>, que era de 24,1%. Esses dados corroboram as prevalências observadas em estudos desta metanálise<sup>16,19,23,27,28,30,36,47,48,56,57</sup>, indicando que, muitas vezes, as mulheres apresentam maior propensão a cuidados com a saúde, o que pode influenciar os diagnósticos mais frequentes em comparação aos homens.

A metanálise realizada em 2022 por Valadares *et al.*<sup>64</sup>, que comparou a prevalência de síndrome metabólica (SM) na população brasileira com outras populações globais, revelou que a população brasileira apresenta uma alta prevalência de SM em comparação com outras populações. Isso destaca a relevância dos resultados encontrados no presente estudo<sup>22,29,30,33,37,40,49</sup>, especialmente considerando que as populações quilombolas têm menos acesso aos serviços de saúde em comparação com a população geral do Brasil. Essa desigualdade pode contribuir para maiores prevalências de HAS, além de potencialmente aumentar a ocorrência de SM e outras DCNT. Estudos de metanálise, como os de Costa e



Borges<sup>61</sup> e Bunn *et al.*<sup>62</sup>, identificam fatores predisponentes adicionais associados ao aumento da HAS, como a inatividade física em adultos, que estão alinhados com alguns dos resultados desta revisão sistemática<sup>32,33,36,44</sup> incluídos na metanálise

Os determinantes sociais da saúde têm uma influência significativa sobre a saúde da população quilombola<sup>65</sup>. A pobreza, resultado de séculos de marginalização e desigualdade socioeconômica, restringe o acesso a recursos essenciais como alimentos, moradia adequada e serviços de saúde<sup>66</sup>. As condições de vida e os níveis de saúde dessas populações são profundamente afetados por uma variedade de fatores, que incluem aspectos socioeconômicos, culturais e ambientais<sup>67</sup>.

O racismo estrutural é uma parte integrante da ordem social brasileira e se reproduz, tanto consciente quanto inconscientemente, nos aspectos culturais, econômicos e políticos da sociedade. Ele se manifesta através das desigualdades raciais profundamente enraizadas em nosso convívio social, dificultando assim muitos aspectos no que diz respeito a busca e adesão de tratamento médico entre outros<sup>73</sup>.

Para que as políticas públicas sejam eficazes na redução e controle dessas condições, é essencial realizar um monitoramento contínuo dos indicadores de saúde. É particularmente preocupante que grupos étnico-raciais específicos, como os quilombolas, enfrentem desafios adicionais em relação a esses indicadores. Conhecer detalhadamente esses indicadores é fundamental para desenvolver e implementar políticas públicas que atendam adequadamente às necessidades dessas comunidades. Um exemplo de aprimoramento dessas políticas públicas é a expansão do acesso à saúde pelo SUS nas comunidades remanescentes. Isso inclui a maior presença de profissionais de saúde, a realização de campanhas de vacinação específicas para essas comunidades, a busca ativa de crianças e idosos para atualização de vacinas e o monitoramento contínuo do tratamento de doenças.

Além disso, melhorias no acesso a água potável e alimentos de qualidade, juntamente com ações voltadas para a melhoria da infraestrutura e o funcionamento eficiente dos serviços de saúde locais, podem otimizar a assistência prestada. A realização de campanhas de promoção da saúde também é fundamental, contribuindo para a prevenção de fatores de risco e comorbidades, além de favorecer o diagnóstico precoce e o tratamento adequado.

Este estudo possui algumas limitações que devem ser consideradas ao interpretar os resultados. Primeiramente, a qualidade metodológica dos estudos variou significativamente, com alguns apresentando problemas que não comprometem a confiabilidade dos resultados. Outra limitação é a inclusão apenas de estudos publicados em português, inglês ou espanhol, o que pode ter levado à exclusão de algumas publicações relevantes. Além disso, a

heterogeneidade entre os estudos e as variáveis analisadas dificultou a comparação direta dos resultados, devido a peculiaridades nas populações estudadas, diferenças regionais, variados desenhos de estudos, hábitos de vida e metodologias estatísticas utilizadas.

Além disso, alguns estudos focaram exclusivamente em amostras de mulheres, o que não reflete adequadamente a situação de saúde dos homens quilombolas, limitando a generalização dos achados para toda a população quilombola.

Os pontos fortes deste trabalho incluem a utilização do manuscrito sobre estudos observacionais intitulado: *Meta-analysis of observational studies in epidemiology* (MOOSE), para a construção de cada etapa do estudo, na elaboração do protocolo da revisão e a originalidade do estudo, que se destaca pela inclusão de publicações que analisaram tanto indivíduos quilombolas quanto não quilombolas brasileiros, em âmbito nacional brasileiro, o presente estudo pode se incluir entre os realizados em grupamentos étnicos isolados.

## CONCLUSÃO

A presente revisão sistemática com metanálise revelou que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o indicador de saúde mais frequentemente encontrado em estudos com populações quilombolas e não quilombolas. A elevada prevalência de HAS na população quilombola é frequentemente atribuída às características do acesso a saúde supracitas, que exigem práticas de atenção e promoção da saúde igualmente específicas e eficazes.

É importante destacar que são necessários estudos adicionais que incluam tanto populações quilombolas quanto não quilombolas em uma mesma revisão, assim como estudos longitudinais. Isso permitirá uma avaliação mais precisa das diferenças nos indicadores de saúde e a estratificação dos estudos por sexo, possibilitando a formulação de intervenções e políticas públicas mais adequadas às diferentes realidades dessas populações.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da república federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e ... Senado Federal; 2015.
2. Silva GS da, Silva VJ da. Quilombos Brasileiros: alguns aspectos da trajetória do negro no Brasil. *Rev Mosaico - Rev História*. 2014;7(2):191–200.
3. Goes EF, Ramos D de O, Ferreira AJF. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia daCovid-19. *Trab Educ E Saúde*. 29 de maio de 2020;18:e00278110.
4. Silva TC da, Martins Neto C, Carvalho CA de, Viola PC de AF, Rodrigues L dos S, Oliveira BLCA de. Nutritional and cardiovascular disease risk in older persons living in Quilombola communities. *Ciênc Saúde Coletiva*. 17 de janeiro de 2022;27:219–30.
5. Silva MHP. Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática [Internet]. Salvador, Bahia: Faculdade de Medicina da Bahia; 2015 [citado 17 de abril de2024]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/18346>
6. Rezende LC. O cotidiano de uma comunidade quilombola: a(des)construção da integralidade na visão de moradores e equipe de saúde. 2015;109–109.
7. Silva JAN da. Condições de moradia e de saúde em três comunidades quilombolas do estado da Paraíba. *Cadernos Imbondeiro. Cad Imbond*. 2015;4(1):59–70.
8. Rede Interagencial de Informações para a Saúde, organizador. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. 2a edição.Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde; 2008. 349 p.
9. Sacco R da CC e S, Assis MG, Magalhães RG, Guimarães SMF, Escalda PMF. Trajetórias assistenciais de idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. *Saúde Em Debate*. 16 de novembro de 2020;44:829–44.
10. Santana L de L, Sarquis LMM, Miranda FMD, Kalinke LP, Felli VEA,Mininel VA. Indicadores de saúde dos trabalhadores da área hospitalar. *Rev Bras Enferm*. fevereiro de 2016;69:30–9.
11. Gonçalves NV, Neto JS de M, Noguchi SK da T, Machado AS, Junior A da SM, Peixoto MC da S, et al. COVID-19 in socially vulnerable quilombola populations in Salvaterra, Pará, Eastern Amazon, Brazil. *J Infect Dev Ctries*. 31 de agosto de 2021;15(08):1066–73.
12. Sott MK, Bender MS, da Silva Baum K. Covid-19 Outbreak in Brazil: Health, Social, Political, and Economic Implications. *Int J Health Serv Plan Adm Eval*. outubro de 2022;52(4):442–54.

13. Stroup DF. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE). **The Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 283, n.15, p. 2008-2012. 2000.
14. Santos CMD, Pimenta CADM, Nobre MRC. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. *Rev Lat Am Enfermagem*. junho de 2007;15(3):508–11.
15. Thomas BH, Ciliska D, Dobbins M, Micucci S. A Process for Systematically Reviewing the Literature: Providing the Research Evidence for Public Health Nursing Interventions. *Worldviews Evid Based Nurs*. 2004;1(3):176–84.
16. Ferreira H da S, Silva WO, be EA dos, Bezerra MK de A, Silva BCV da, Horta BL. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. *Rev Nutr*. outubro de 2013;26:539–49.
17. Soares DA, Barreto SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. fevereiro de 2014;30(2):341–54.
18. Bezerra VM, Andrade ACDS, César CC, Caiaffa WT. Unawareness of hypertension and its determinants among “quilombolas” (inhabitants of “quilombos” - hinterland settlements founded by people of African origin) living in Southwest Bahia, Brazil. *CiêncSaúde Coletiva*. março de 2015;20(3):797–807.
19. Santos EC, Scala LCN, Silva AC da. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2015;22(3):100–5.
20. Barbosa MDCL, Barbosa JB, Guerra LFA, Barbosa MFL, Barbosa FL, Barbosa RL, et al. Dyslipidemia and cardiovascular risk in Afro-descendants: a study of the Quilombola communities in Maranhão, Brazil. *Rev Bras Med Fam E Comunidade* [Internet]. 30 de setembro de 2015 [citado 17 de abril de 2024];10(36). Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/925>
21. Barroso SM, Melo AP, Guimarães MDC. Factors associated with depression: sex differences between residents of Quilombo communities. *Rev Bras Epidemiol*. junho de 2015;18(2):503–14.
22. Oliveira SKM, Caldeira AP. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad Saúde Coletiva*. dezembro de 2016;24(4):420–7.
23. Silva TSS, Bomfim CA, Leite TCR, Moura CS, Belo NDO, Tomazi L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Coletiva*. setembro de 2016;24(3):376–83.
24. Bezerra VM, Andrade ACDS, Medeiros DSD, Caiaffa WT. Pré-hipertensão arterial em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 26 de outubro de 2017 [citado 17 de abril de 2024];33(10). Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2017001005006&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001005006&lng=pt&tlng=pt)

25. Mussi RFDF, Queiroz BMD, Petróski EL. Excesso de peso e fatores associados em quilomboras do médio São Francisco baiano, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. abril de 2018;23(4):1193–200.
26. Sousa LVDA, Maciel EDS, Quaresma FRP, Abreu ACGD, Paiva LDS, Fonseca FLA, et al. Quality of Life and Metabolic Syndrome in Brazilian quilombola communities: A Crosssectional Study. *J Hum Growth Dev*. 28 de novembro de 2018;28(3):316–28.
27. Pauli S, Bairros FSD, Nunes LN, Neutzling MB. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. setembro de 2019;24(9):3293–303.
28. Santos DMS, Prado BS, Oliveira CCDC, Almeida-Santos MA. Prevalence of Systemic Arterial Hypertension in Quilombola Communities, State of Sergipe, Brazil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019 [citado 17 de abril de 2024];Disponívelem:[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2019000900383](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2019000900383)
29. Mussi RFDF, Petróski EL. Indicadores de obesidade: capacidade preditiva para síndrome metabólica em adultos quilombolas. *Ciênc Saúde Coletiva*. julho de 2019;24(7):2471–80.
30. Mussi RFDF, Petróski EL. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolasbaianos, Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. julho de 2019;24(7):2481–90.
31. Araújo RLMDS, Araújo EMD, Silva HPD, Santos CADST, Nery FS, Santos DBD, et al. CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E MORBIDADE DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO SEMIÁRIDO BAIANO, BRASIL. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2019;43(1):226–46.
32. Rissardi GDGL, Cipullo JP, Moreira GC, Ciorlia LAS, Cesarino CB, Giollo Junior LT, et al. Prevalence of Physical Inactivity and its Effects on Blood Pressure and Metabolic Parameters in a Brazilian Urban Population. *Int J Cardiovasc Sci* [Internet]. 2018 [citado 12 de julho de 2024]; Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2359-56472018000600594](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-56472018000600594)
33. Ramires EKNM, Menezes RCED, Longo-Silva G, Santos TGD, Marinho PDM, Silveira JACD. Prevalence and Factors Associated with Metabolic Syndrome among Brazilian Adult Population: National Health Survey - 2013. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2018 [citado 12 de julho de 2024]; Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2018000500455](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2018000500455)
34. Bortolotto CC, Mola CLD, Tovo-Rodrigues L. Quality of life in adults from a rural area in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 6 de setembro de 2018;52:4s.

35. Martins-Silva T, Mola CLD, Vaz JDS, Tovo-Rodrigues L. General and abdominal obesity in adults living in a rural area in Southern Brazil. *Rev Saúde Pública*. 6 de setembro de 2018;52:7s.
36. Vanelli CP, Costa MB, Colugnati FAB, Pinheiro HS, Paula EAD, Simão CCAL, et al. Dialogue between primary and secondary health care providers in a Brazilian hypertensive population. *Rev Assoc Médica Bras*. setembro de 2018;64(9):799–805.
37. Malta DC, Bernal RTI, De Souza MDFM, Szwarcwald CL, Lima MG, Barros MBDA. Social inequalities in the prevalence of self-reported chronic non-communicable diseases in Brazil: national health survey 2013. *Int J Equity Health*. dezembro de 2016;15(1):153.
38. Alves RFS, Faerstein E. Educational inequalities in hypertension: complex patterns in intersections with gender and race in Brazil. *Int J Equity Health*. dezembro de 2016;15(1):146.
39. Andrade MD, Freitas MCPD, Sakumoto AM, Pappiani C, Andrade SCD, Vieira VL, et al. Association of the conicity index with diabetes and hypertension in Brazilian women. *Arch Endocrinol Metab*. outubro de 2016;60(5):436–42.
40. França SL, Lima SS, Vieira JRDS. Metabolic Syndrome and Associated Factors in Adults of the Amazon Region. Souza-Mello V, organizador. *PLOS ONE*. 9 de dezembro de 2016;11(12):e0167320.
41. Torres KDP, Rosa MLG, Moscovitch SD. Gender and obesity interaction in quality of life in adults assisted by family doctor program in Niterói, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. maio de 2016;21(5):1617–24.
42. Lopes CS, Hellwig N, E Silva GDA, Menezes PR. Inequities in access to depression treatment: results of the Brazilian National Health Survey – PNS. *Int J Equity Health*. dezembro de 2016;15(1):154.
43. Nunes MA, Pinheiro AP, Bessel M, Brunoni AR, Kemp AH, Benseñor IM, et al. Common mental disorders and sociodemographic characteristics: baseline findings of the Brazilian Longitudinal Study of Adult Health (ELSA- Brasil). *Rev Bras Psiquiatr*. junho de 2016;38(2):91–7.
44. Malta DC, Stopa SR, Iser BPM, Bernal RTI, Claro RM, Nardi ACF, et al. Fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico nas capitais brasileiras, Vigitel 2014. *Rev Bras Epidemiol*. dezembro de 2015;18(suppl 2):238–55.
45. Malta DC, Iser BPM, Chueiri PS, Stopa SR, Szwarcwald CL, Schmidt MI, et al. Cuidados em saúde entre portadores de diabetes mellitus autorreferido no Brasil, Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. dezembro de 2015;18(suppl 2):17–32.

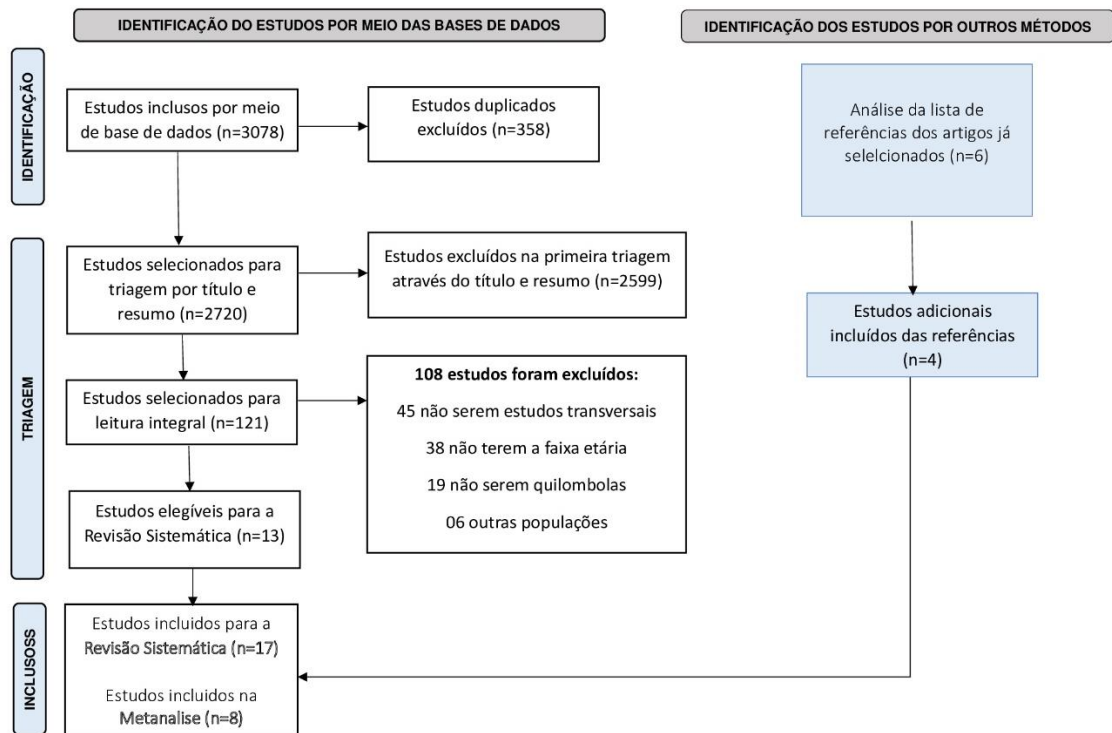
46. Martins-Silva T, Vaz JDS, Mola CLD, Assunção MCF, Tovo-Rodrigues L. Prevalências de obesidade em zonas rurais e urbanas no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Bras Epidemiol*. 2019;22:e190049.
47. Malta DC, Gomes CS, Souza Júnior PRBD, Szwarcwald CL, Barros MBDA, Machado ÍE, et al. Fatores associados ao aumento do consumo de cigarros durante a pandemia da COVID-19 na população brasileira. *Cad Saúde Pública*. 2021;37(3):e00252220.
48. Malta DC, Bernal RTI, Prates EJS, Vasconcelos NMD, Gomes CS, Stopa SR, et al. Hipertensão arterial autorreferida, uso de serviços de saúde e orientações para o cuidado na população brasileira: Pesquisa Nacional de Saúde, 2019. *Epidemiol E Serviços Saúde*. 2022;31(spe1):e2021369.
49. Melo SPDSDC, Cesse EÂP, Lira PIC, Rissin A, Cruz RDSBLC, Batista Filho M. Doenças crônicas não transmissíveis e fatores associados em adultos numa área urbana de pobreza do nordeste brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva*. agosto de 2019;24(8):3159–68
50. Lima DF, Lima LA, Winter LB, Santana VHS, Corral RS, Santos RAKD, et al. Análise descritiva do comportamento de adultos na participação em atividade física na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. *Rev Baiana Saúde Pública*. 31 de março de 2020;44(1):160–80.
51. Moreira NCDV, Mdala I, Hussain A, Bhowmik B, Siddiquee T, Fernandes VO, et al. Cardiovascular Risk, Obesity, and Sociodemographic Indicators in a Brazilian Population. *Front Public Health*. 30 de novembro de 2021;9:725009.
52. Lefchak JF, Wendt GW, Vicentini GE, Risso Pascotto C. Avaliação de indicadores antropométricos de obesidade e a presença de comorbidades em participantes das ações do NASF do município de Candói, Paraná, Brasil. *Rev Ciênc Médicas E Biológicas*. 5 de maio de 2021;20(1):112.
53. Xavier PB, Garcez A, Cibeira GH, Germano A, Olinto MTA. Fatores Associados à Ocorrência de Hipertensão Arterial em Trabalhadores da Indústria do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 10 de junho de 2021 [citado 12 de julho de 2024]; Disponível em: <https://abccardiol.org/article/fatores-associados-a-ocorrencia-de-hipertensao-arterial-em-trabalhadores-da-industria-do-estado-do-rio-grande-do-sul-brasil/>
54. Malta DC, França E, Abreu DMX, Perillo RD, Salmen MC, Teixeira RA, et al. Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. *Sao Paulo Med J*. junho de 2017;135(3):213–21.
55. Lobo LAC, Canuto R, Dias-da-Costa JS, Pattussi MP. Tendência temporal da prevalência de hipertensão arterial sistêmica no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 3 de julho de 2017;33:e00035316.
56. Araújo DAM, Moura TVC, Vieira-Junior DNV, Carvalho-Neto FJ de, Amorim-

- Junior JS de, Silva ARV da. Factors associated with the development of arterial hypertension in a quilombola Community. *Revista de Enfermagem*. 2021; 11:1-19.
57. Santiago ERC, Diniz AS da, Oliviera JS, Leal VS, Andrade MIS de, Lira PIC de. *Prevalence of Systemic Arterial Hypertension and Associated Factors Among Adults from the Semi-Arid Region of Pernambuco, Brazil*. *Arquivos Brasileiro de cardiologia*. 2019; 113(4):687-695.
  58. Higgins JPT, Thompson SG. Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Stat Med*. 2002;21(11):1539-1558.
  59. Dos Anjos VP, Lee CTS, Mathias AS, Matsutani TL, Silveira SA, Ribeiro PM. Particularidades da hipertensão arterial sistêmica na população preta e parda: uma revisão atualizada. *Braz J Health Rev*. 26 de julho de 2023;6(4):15687–94.
  60. Sousa CT, Ribeiro A, Barreto SM, Giatti L, Brant L, Lotufo P, et al. Diferenças Raciais no Controle da Pressão Arterial em Usuários de Anti-Hipertensivos em Monoterapia: Resultados do Estudo ELSA-Brasil. *Arq Bras Cardiol*. 11 de março de 2022;118(3):614–22.
  61. Costa AJ da, Borges FG. Metanálise da eficácia do exercício físico em reduzir pressão arterial de mulheres hipertensas na pós-menopausa. *Medicina (Ribeirão Preto. Online)* 2016;49(6):549-59.
  62. Bunn PS dos, Lima NS de, Venturini GRO de, Silva EB de. Os efeitos crônicos do treinamento de resistência muscular na pressão arterial de idosos hipertensos: uma metanálise. *Fisioterapia e movimento (Online)*, 2019, 32: e003205.
  63. Lopes GML, Moura AO de, Gaiardoni G, Britto GA de, Oliveira ME, Santos PL, Alimari YH, Vaccarezza GF. Prática de atividades físicas regulares como estratégia para o controle e prevenção da Hipertensão Arterial: uma revisão integrativa. *Revista de Epidemiologia e saúde pública*. 2024,v. 2 n.1.
  64. Valadares LTS de, Souza LSB de, Salgado-Junior VA, Bonomo LF de, Macedo LR de, Silva M. Prevalence of metabolic syndrome in Brazilian adults in the last 10 years: a systematic review and meta-analysis. [BMC Public Health](https://doi.org/10.1186/s12916-022-02327-3). 2022; 22: 327.
  65. Mussi LMPT, Mussi RF de F, Araújo AG. Negligência/Negação à Escolarização em Quilombos da Região de Guanambi/Bahia. *VEREDAS - Rev Interdiscip Humanidades*. 18 de junho de 2020;3(5):80–103.
  66. Pereira R das N, Mussi RF de F, Rocha RM. ACESSO E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR QUILOMBOLAS CONTEMPORÂNEOS BAIANOS. *Rev Assoc Bras Pesqui Negrosas ABPN [Internet]*. 7 de fevereiro de 2020 [citado 17 de abril de 2024];12(31). Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/739>.
  67. Rosa LGF da, Araujo MS. Percepção de saúde de uma população quilombola localizada em região urbana. *Aletheia*. junho de 2020;53(1):109–20.

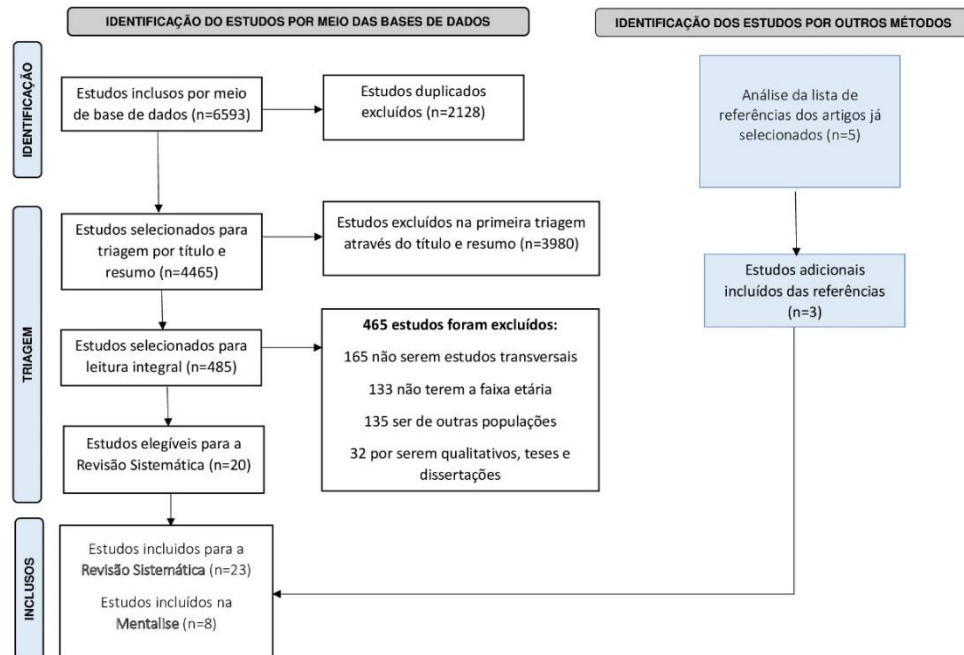


68. ANGELI, CB; KIMURA, L; AURICCHIO, MT; VICENTE, JP; MATTEVI, VS; ZEMBRZUSKI, VM; HUTZ, MH; PEREIRA, AC; PEREIRA, TV; MINGRONI-NETTO, RC. Multilocus analyses of seven candidate genes suggest interacting pathways for obesity-related traits in Brazilian populations. *Obesity* (Silver Spring, Md.), v. 19, n. 6, 1244-1251, 2011.
69. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Hypertension 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Acesso em: 2 jun 2021. » <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
70. JBI – Joanna Briggs Institute, 2024. Acesso em 2024: [https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation\\_2014.pdf](https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf)
71. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigitel Brasil 2013: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 120 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
72. 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. PMID:14569373. <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2003001100009> » <http://dx.doi.org/10.1590/S0066-782X2003001100009>
73. SOUSA, Janayna Alves de; BRUSSIO, Josenildo. Racismo estrutural no Brasil: a luta por uma sensibilidade do mundo decolonial. **ODEERE**. ISSN 2525-4715. Vol 8, Nº 1, 2023, 264-284

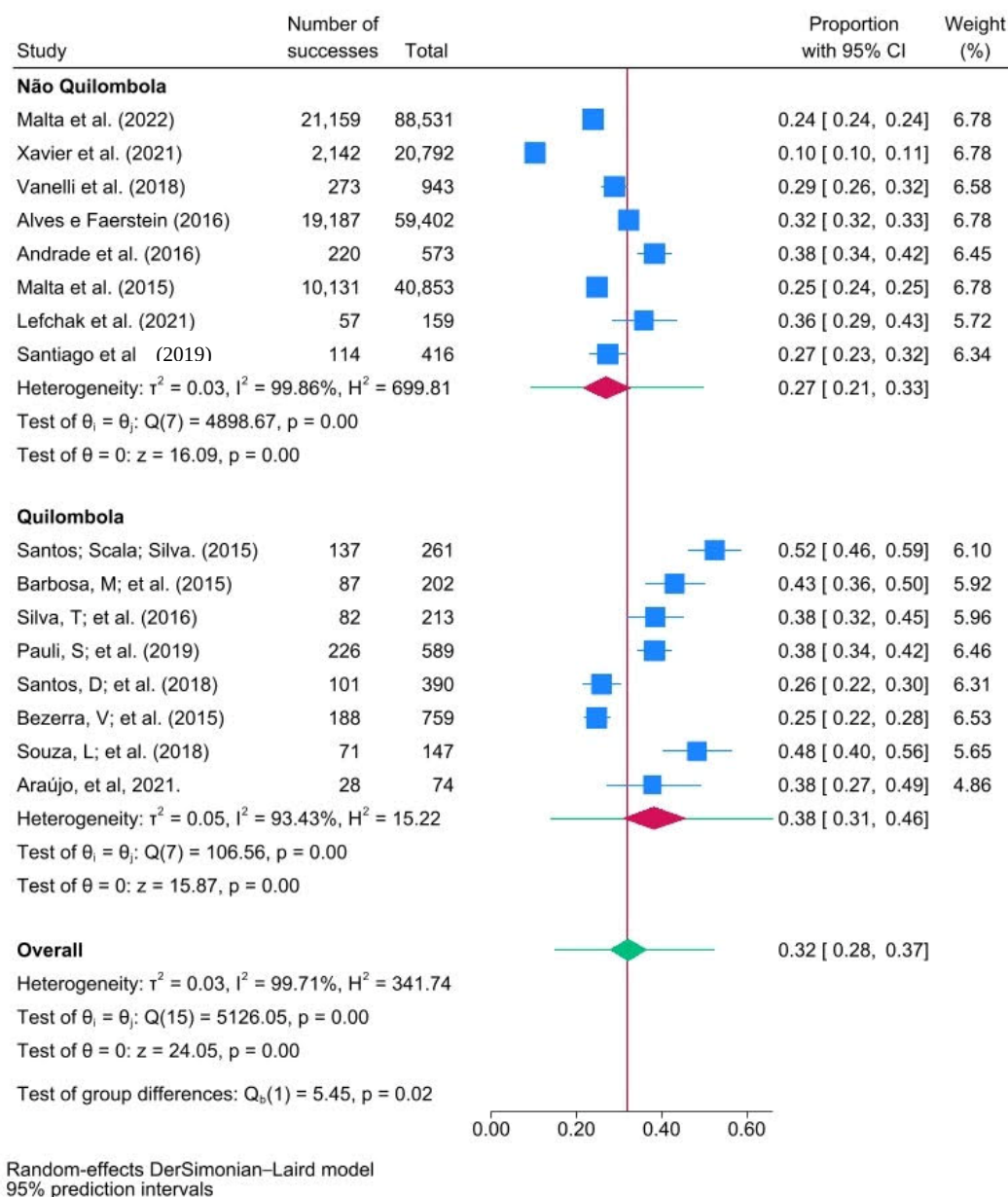
**Figura 1** - Fluxograma da etapa de revisão sistemática da população quilombola



**Figura 2.** Fluxograma da etapa de revisão sistemática da população não quilombola



**Figura 3.** Metanálise da prevalência de *hipertensão arterial sistêmica*, conforme procedência das amostras (quilombolas ou não quilombolas), Brasil, 2015 a 2022.



**Quadro 1** - Estratégia de busca para a população quilombola, 2024.

| Base de dados                      | Estratégia de busca                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Resultado |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Medline (PubMed)</b>            | ((“African Continental Ancestry Group” OR black OR negro OR “negroid race” OR “Black-slaves descendant” OR quilombolas) AND (adults) AND (health OR obesity OR hypertension OR diabetes OR overweight OR anemia OR “sickle cell anemia” OR “health conditional” OR “health indicators”) AND (Brazil) AND (english[lang] OR spanish[lang])) | 785       |
| <b>Scopus</b>                      | ((“african Continental Ancestry Group” OR black OR negro OR “negroid race” OR “Black-slaves descendant” OR quilombolas) AND (adults) AND (health OR obesity OR hypertension OR diabetes OR overweight OR anemia OR “sickle cell anemia” OR “health conditional” OR “health indicators”) AND (brazil))                                      | 820       |
| <b>LILACS</b>                      | ("African Continental Ancestry Group" OR black OR negro OR "negroid race" OR "Black-slaves descendant"OR quilombolas) AND (adults) AND (health OR obesity OR hypertension OR diabetes OR overweight OR anemia OR "sickle cell anemia" OR "health conditional" OR "health indicators") AND Brazil AND english OR Spanish                    | 533       |
| <b>SciELO</b>                      | (("Grupo de ascendência continental africana" OR preto OR negro OR "raça negra" OR "descendente de escravos negros" OR quilombolas)) AND (adultos) AND (saúde OR obesidade OR hipertensão OR diabetes OR sobrepeso OR dislipidemia OR anemia OR anemia falciforme OR condição de saúde OR indicadores de saúde) AND (Brasil)               | 16        |
| <b>Biblioteca Virtual em Saúde</b> | (("Grupo de ascendência continental africana" OR preto OR negro OR "raça negra" OR "descendente de escravos negros" OR quilombolas)) AND (adultos) AND (saúde OR obesidade OR hipertensão OR diabetes OR sobrepeso OR dislipidemia OR anemia OR anemia falciforme OR condição de saúde OR indicadores de saúde) AND (Brasil)               | 924       |

**Quadro 2 - Estratégia de busca para a população brasileira, 2024.**

| <b>Base de dados</b>               | <b>Estratégia de busca</b>                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Resultado</b> |
|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| <b>Medline (PubMed)</b>            | ((“general population” OR Brazilian OR “Brazilian population”) AND (adults) AND (health OR obesity OR hypertension OR diabetes OR overweight OR anemia OR “sickle cell anemia” OR “health conditional” OR “health indicators”) AND (brazil) AND (english[lang] OR Spanish[lang])) | 1865             |
| <b>Scopus</b>                      | ((“general population” OR Brazilian OR “Brazilian population”) AND (adults) AND (health OR “health conditional” OR “health indicators”) AND (brazil))                                                                                                                             | 2100             |
| <b>LILACS</b>                      | (“general population” OR Brazilian OR “Brazilian population”) AND (adults) AND (health OR obesity OR hypertension OR diabetes OR overweight OR anemia OR "sickle cell anemia" OR "health conditional" OR "health indicators") AND Brazil AND english OR Spanish OR Portuguese     | 766              |
| <b>Scielo</b>                      | (brasil) AND (adultos) AND (saúde OR obesidade OR hipertensão OR diabetes OR sobrepeso OR dislipidemia OR anemia OR anemia falciforme OR condição de saúde OR indicadores de saúde)                                                                                               | 646              |
| <b>Biblioteca Virtual em Saúde</b> | (“população geral” OR brasileiro OR “população brasileira”) AND (adultos) AND (saúde OR obesidade OR hipertensão OR diabetes OR sobrepeso OR anemia OR “anemia falciforme” OR “condicional de saúde” OR “indicadores de saúde”) AND (Brasil)                                      | 1216             |

**Quadro 3** - Síntese qualitativa de estudos transversais que avaliaram indicadores de saúde em comunidades quilombolas do Brasil.

| <b>Autor (Ano da publicação)</b>              | <b>Estado de coleta (Ano de coleta)</b> | <b>Tamanho da amostra</b> | <b>Nº de mulheres incluídas (%)</b> | <b>Indicador de saúde avaliado</b>              | <b>Principais resultados/desfechos encontrados</b>                                                                                   |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Araújo <i>et al.</i> (2021) <sup>56</sup>     | Piauí (2019)                            | 74                        | 41 (55,4)                           | Prevalência de fatores de risco para HAS        | HAS 37,8%                                                                                                                            |
| Araújo <i>et al.</i> (2019) <sup>31</sup>     | Bahia (2016)                            | 864                       | 544 (62,9%)                         | Condições de vida, saúde e morbidade            | ansiedade (n = 231); transtornos mentais comuns (n = 159); fobias (n = 107).                                                         |
| Pauli <i>et al.</i> (2019) <sup>27</sup>      | Rio Grande do Sul (2011)                | 589                       | 382 (64,9%)                         | Prevalência de HAS                              | HAS 38,3%.                                                                                                                           |
| Mussi; Petróski (2019) <sup>29</sup>          | Bahia (2016)                            | 842                       | 517(61,4%)                          | Prevalência de SM                               | SM 25,8%                                                                                                                             |
| Mussi; Petróski (2019) <sup>30</sup>          | Bahia (2016)                            | 850                       | 520 (61,2%)                         | Indicadores de Obesidade e SM                   | SM 25,8%                                                                                                                             |
| Mussi; Queiroz Petróski (2018) <sup>25</sup>  | Bahia (2016)                            | 112                       | 62 (55,4%)                          | Prevalência de excesso de peso                  | Excesso de peso 27,7%                                                                                                                |
| Santos <i>et al.</i> (2019) <sup>28</sup>     | Sergipe (2016-2017)                     | 390                       | 282 (72,3%)                         | Prevalência de HAS                              | HAS 26%.                                                                                                                             |
| Souza <i>et al.</i> (2018) <sup>26</sup>      | Tocantins (2015-2016)                   | 147                       | 90 (61,2%)                          | SM e qualidade devida                           | HAS 48%                                                                                                                              |
| Bezerra <i>et al.</i> (2017) <sup>24</sup>    | Bahia (2011)                            | 431                       | 200 (46,4%)                         | Prevalência de pré-HAS                          | pré-HAS 55%,                                                                                                                         |
| Oliveira; Caldeira (2016) <sup>22</sup>       | Minas Gerais (2013)                     | 756                       | 485 (64,2%)                         | Prevalência de fatores de risco para DCNT       | Tabagismo 24,1%<br>Uso excessivo de bebidas alcoólicas 31,6%<br>Sedentarismo 63,9%<br>Excesso de peso 47,9%                          |
| Silva <i>et al.</i> (2016) <sup>23</sup>      | Bahia (2011)                            | 213                       | 126 (59,2%)                         | Prevalência de HAS                              | HAS 38,5%.                                                                                                                           |
| Barroso; Melo; Guimarães (2015) <sup>21</sup> | Bahia (2011)                            | 764                       | 409 (53,6%)                         | Depressão                                       | TOTAL: 23,8%<br>A prevalência de depressão foi observada em 10,4% dos homens e 13,4% das mulheres.                                   |
| Barbosa <i>et al.</i> (2015) <sup>20</sup>    | Maranhão (2010-2011)                    | 202                       | 119 (58,91%)                        | Dislipidemia (DLP) e risco cardiovascular (RCV) | DLP 72,28%.<br>HAS 43,07%                                                                                                            |
| Santos; Scala; Silva (2015) <sup>19</sup>     | Mato Grosso (2012)                      | 261                       | 128 (49%)                           | Prevalência de HAS                              | HAS 52,5%,                                                                                                                           |
| Bezerra <i>et al.</i> (2015) <sup>18</sup>    | Bahia (2011)                            | 759 total                 | 198 (55,31%)                        | Desconhecimento da HAS                          | HAS: 47,1%<br>44,1% dos hipertensos desconheciam o diagnóstico de HAS.<br>HAS em tratamento medicamentoso= 55,9%.<br>24,8%, tinham a |

| Autor (Ano da publicação)                   | Estado de coleta (Ano de coleta) | Tamanho da amostra | Nº de mulheres incluídas (%) | Indicador de saúde avaliado                            | Principais resultados/desfechos encontrados                                                  |
|---------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                             |                                  |                    |                              |                                                        | pressão arterial controlada.                                                                 |
| Soares; Barreto (2014) <sup>17</sup>        | Bahia (2011)                     | 739                | 396 (53,5%)                  | Estado nutricional, prevalência de sobrepeso/obesidade | Sobrepeso:<br>Mulheres 35,8%<br>Homens 27,2%<br>Obesidade:<br>Mulheres 16,7%,<br>Homens 2,6% |
| Ferreira <i>et al.</i> (2013) <sup>16</sup> | Alagoas (2005-2008)              | 1631               | 1631                         | Prevalência de HAS e composição corporal               | Sobrepeso 35,3%<br>Obesidade 37,1%                                                           |

HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DLP: Dislipidemia; SM: Síndrome metabólica; RCV: Risco cardiovascular; DM: Diabetes mellitus; DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

**Quadro 4** - Síntese qualitativa de estudos transversais que avaliaram indicadores de saúde da população brasileira.

| Autor (Ano da publicação)                        | Estado/Região de coleta (Ano de coleta) | Tamanho da amostra | Nº de mulheres incluídas (%) | Indicador de saúde avaliado                              | Principais resultados/desfechos encontrados                                       |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| Malta <i>et al.</i> (2022) <sup>48</sup>         | Pesquisa Nacional (2019)                | 88.531             | -                            | Prevalência de HAS                                       | HAS 23,9%                                                                         |
| Xavier <i>et al.</i> (2021) <sup>47</sup>        | Sul (2006-2009)                         | 20.792             | 8.443 (40,6)                 | Prevalência de HAS                                       | HAS 10,3%                                                                         |
| Lefchak <i>et al.</i> (2021) <sup>52</sup>       | Sul (2018)                              | 159                | 131 (82,39)                  | Frequência de obesidade geral e presença de comorbidades | Excesso de peso 69,2%<br>Obesos 32,1%<br>HAS 35,84%,<br>DM2 6,91%<br>DM1 5,03%)   |
| Moreira <i>et al.</i> (2021) <sup>51</sup>       | Nordeste (2012-2013)                    | 701                | 467 (66,6)                   | RCV e associação com marcadores antropométricos          | Homens 31,9%<br>Mulher 12,5%                                                      |
| Malta <i>et al.</i> (2021) <sup>47</sup>         | Pesquisa Nacional (2020)                | 500                | 268 (53,6)                   | Comportamento de fumar                                   | Fumantes 12%                                                                      |
| Lima <i>et al.</i> (2020) <sup>50</sup>          | Nordeste (2018)                         | 2.030              | 1.302 (64,1)                 | Prática de AF                                            | 58% ativos                                                                        |
| Melo <i>et al.</i> (2019) <sup>49</sup>          | Nordeste (2014)                         | 631                | 414 (65,6)                   | Prevalência de DCNT                                      | DCNT 56,7%<br>excesso de peso 64,3%                                               |
| Martins-Silva <i>et al.</i> (2019) <sup>46</sup> | Pesquisa Nacional (2013)                | 59.226             | 33.306 (52,9)                | Prevalência de obesidade geral e abdominal               | Sobrepeso 36,1%<br>Obesidade geral 20,8%<br>Obesidade abdominal 38%               |
| Santiago <i>et al.</i> (2019) <sup>57</sup>      | Pernambuco (2015)                       | 416                | 267 (64,1)                   | Prevalência de HAS                                       | HAS 27,4%                                                                         |
| Rissardi <i>et al.</i> (2018) <sup>32</sup>      | Sudeste (2004-2005)                     | 1.717              | 880 (51,2)                   | Prevalência de IF                                        | IF 65,8%<br>HAS 27,5%<br>SM 26,1%                                                 |
| Ramires <i>et al.</i> (2018) <sup>33</sup>       | Pesquisa Nacional (2013)                | 59.402             | 33.482 (56,36)               | Prevalência de SM                                        | IF 98,1<br>excesso de peso 53,8%<br>Obesidade abdominal 65,2%<br>PA elevada 40,7% |



| Autor (Ano da publicação)                        | Estado/Região de coleta (Ano de coleta) | Tamanho da amostra | Nº de mulheres incluídas (%) | Indicador de saúde avaliado                        | Principais resultados/desfechos encontrados                                                                                                   |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------|------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                  |                                         |                    |                              |                                                    | SM 8,9%                                                                                                                                       |
| Bortolotto <i>et al.</i> (2018) <sup>34</sup>    | Sul (2016)                              | 1.479              | 763 (51,6)                   | QV                                                 | Colesterol alto 14,9%<br>Doenças reumáticas 19,3%<br>QV regular 22,5%<br>QV ruim ou muito ruim 26,3%                                          |
| Martins-Silva <i>et al.</i> (2018) <sup>35</sup> | Sul (2010)                              | 1.433              | 737 (51,2)                   | Prevalência de obesidade geral e abdominal         | obesidade geral 29,5%<br>obesidade abdominal 37,8%                                                                                            |
| Vanelli <i>et al.</i> (2018) <sup>36</sup>       | Sudeste (2010-2012)                     | 943                | 578 (61,3)                   | HAS                                                | 80,3% sedentária 18,1% fumantes<br>31,1% álcool<br>79,9% excesso de peso<br>85,8% obesidade abdominal<br>28,9% HAS                            |
| Malta <i>et al.</i> (2016) <sup>37</sup>         | Pesquisa Nacional (2013)                | 60.202             | 34.282 (59,05)               | Prevalência de DCNT                                | 45,1% :1 DC.                                                                                                                                  |
| Alves e Faerstein (2016) <sup>38</sup>           | Pesquisa Nacional (2013)                | 59.402             | 33.482 (52,4)                | Prevalência de HAS                                 | 32,3% HAS                                                                                                                                     |
| Andrade <i>et al.</i> (2016) <sup>39</sup>       | Sudeste (2000-2014)                     | 573                | 573 (100)                    | Índice C e associação com HAS e DM                 | 38,4% apresentaram HAS<br>20% dislipidemia                                                                                                    |
| França <i>et al.</i> (2016) <sup>40</sup>        | Nordeste (2012-2013)                    | 787                | 599 (76,1)                   | Prevalência de SM                                  | 25,4% álcool<br>12,2% tabagismo<br>57,1% excesso de peso<br>34,1% SM<br>35,1% sobrepeso<br>22% obesidade                                      |
| Torres <i>et al.</i> (2016) <sup>41</sup>        | Sudeste (2006-2007) -                   | 605                | 333 (55%)                    | QV e obesidade                                     | 22,5% obesos.<br>QV homens: 13%<br>QV mulheres 40%                                                                                            |
| Lopes <i>et al.</i> (2016) <sup>42</sup>         | Pesquisa Nacional (2013)                | 60.202             | 34.282 (52,9)                | Depressão                                          | 7,9%                                                                                                                                          |
| Nunes <i>et al.</i> (2016) <sup>43</sup>         | Pesquisa Nacional (2008-2010)           | 15.105             | 8.218 (54,4)                 | Prevalência de TMC                                 | TMC: mulheres: 33,8%<br>TMC homens: 18,4%                                                                                                     |
| Malta <i>et al.</i> (2015) <sup>44</sup>         | Pesquisa Nacional (2014)                | 40.853             | 25.339 (62)                  | Prevalência de fatores de risco e proteção para DC | 10,8% Tabagismo<br>16,5% consumo excessivo de álcool<br>52,5% sobrepeso<br>17,9% obesidade<br>48,7% IF<br>24,8% HAS 20% dislipidemia<br>8% DM |
| Malta <i>et al.</i> (2015) <sup>45</sup>         | Pesquisa Nacional (2013)                | 64.348             | -                            | Cuidado assistencial em DM                         | 6,2%                                                                                                                                          |

HAS: Hipertensão arterial sistêmica; DLP: Dislipidemia; SM: Síndrome metabólica; RCV: Risco cardiovascular; DM: Diabetes mellitus; DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis;

**Quadro 5** – Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática população quilombola.

| <b>Autor (Ano da publicação)</b>              | <b>1. Critérios de inclusão</b> | <b>2. Descrição dos sujeitos e do ambiente</b> | <b>3. Medida de exposição</b> | <b>4. Medida de condição</b> | <b>5. Identificação dos confundidores</b> | <b>6. Estratégia para lidar com confundidores</b> | <b>7. Resultados</b> | <b>8. Análise estatística</b> | <b>9. Conclusões</b> | <b>TOTAL SIM</b> |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|------------------|
| Araújo <i>et al.</i> (2021) <sup>56</sup>     | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Araújo <i>et al.</i> (2019) <sup>31</sup>     | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Pauli <i>et al.</i> (2019) <sup>27</sup>      | S                               | I                                              | N                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 6/9              |
| Mussi; Petrórski (2019) <sup>29</sup>         | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Mussi; Petrórski (2019) <sup>30</sup>         | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Mussi; Queiroz Petrórski (2018) <sup>25</sup> | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Santos <i>et al.</i> (2019) <sup>28</sup>     | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Souza <i>et al.</i> (2028) <sup>26</sup>      | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Bezerra <i>et al.</i> (2017) <sup>24</sup>    | S                               | S                                              | N                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 6/9              |
| Oliveira; Caldeira (2016) <sup>22</sup>       | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Silva <i>et al.</i> (2016) <sup>23</sup>      | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | N/A                                       | N/A                                               | S                    | S                             | S                    | 6/9              |
| Barroso; Melo; Guimarães (2015) <sup>21</sup> | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Barbosa <i>et al.</i> (2015) <sup>20</sup>    | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Santos; Scala;                                | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |

| Autor (Ano da publicação)                   | 1. Critérios de inclusão | 2. Descrição dos sujeitos e do ambiente | 3. Medida de exposição | 4. Medida de condição | 5. Identificação dos confundidores | 6. Estratégia para lidar com confundidores | 7. Resultados | 8. Análise estatística | 9. Conclusões | TOTAL SIM |
|---------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|---------------|------------------------|---------------|-----------|
| Silva (2015) <sup>19</sup>                  |                          |                                         |                        |                       |                                    |                                            |               |                        |               |           |
| Bezerra <i>et al.</i> (2015) <sup>18</sup>  | S                        | S                                       | S                      | N/A                   | S                                  | S                                          | S             | S                      | S             | 8/9       |
| Soares; Barreto (2014) <sup>17</sup>        | S                        | S                                       | S                      | N/A                   | S                                  | S                                          | S             | S                      | S             | 8/9       |
| Ferreira <i>et al.</i> (2013) <sup>16</sup> | S                        | S                                       | S                      | N/A                   | S                                  | S                                          | S             | S                      | S             | 8/9       |
| TOTAL %                                     | 100                      | 94                                      | 88                     | 0                     | 94                                 | 94                                         | 100           | 100                    | 100           |           |

Notas: S=sim N=não I=inconclusivo N/A=não se aplica

Itens considerados na extração dos dados:

- 1. Critérios de Inclusão:** Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?
- 2. Descrição dos Sujeitos e do Ambiente:** Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos em detalhes?
- 3. Medida da Exposição:** A exposição foi medida de maneira válida e confiável?
- 4. Medida da Condição:** A condição foi medida de maneira válida e confiável?
- 5. Identificação de Confundidores:** Os fatores de confusão foram identificados e considerados?
- 6. Estratégia para Lidar com Confundidores:** Foi utilizada uma estratégia apropriada para lidar com os fatores de confusão?
- 7. Resultados:** Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?
- 8. Análise Estatística:** A análise estatística utilizada foi apropriada?
- 9. Conclusões:** As conclusões do estudo são suportadas pelos resultados?

**Quadro 6** - Avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão sistemática população não quilombola.

| <b>Autor (Ano da publicação)</b>                 | <b>1. Critérios de inclusão</b> | <b>2. Descrição dos sujeitos e do ambiente</b> | <b>3. Medida de exposição</b> | <b>4. Medida de condição</b> | <b>5. Identificação dos confundidores</b> | <b>6. Estratégia para lidar com confundidores</b> | <b>7. Resultados</b> | <b>8. Análise estatística</b> | <b>9. Conclusões</b> | <b>TOTAL SIM</b> |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|------------------|
| Malta <i>et al.</i> (2022) <sup>48</sup>         | N                               | N                                              | S                             | N/A                          | I                                         | I                                                 | S                    | S                             | S                    | 4/9              |
| Xavier <i>et al.</i> (2021) <sup>47</sup>        | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Lefchak <i>et al.</i> (2021) <sup>52</sup>       | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Moreira <i>et al.</i> (2021) <sup>51</sup>       | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Malta <i>et al.</i> (2021) <sup>47</sup>         | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Lima <i>et al.</i> (2020) <sup>50</sup>          | N                               | S                                              | N                             | N/A                          | I                                         | I                                                 | S                    | S                             | S                    | 4/9              |
| Melo <i>et al.</i> (2019) <sup>49</sup>          | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Martins-Silva <i>et al.</i> (2019) <sup>46</sup> | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Santiago <i>et al.</i> (2019) <sup>57</sup>      | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Rissardi <i>et al.</i> (2018) <sup>32</sup>      | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Ramires <i>et al.</i> (2018) <sup>33</sup>       | S                               | S                                              | I                             | N/A                          | I                                         | I                                                 | I                    | S                             | I                    | 4/9              |
| Bortolotto <i>et al.</i> (2018) <sup>34</sup>    | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |
| Martins-Silva <i>et al.</i> (2018) <sup>35</sup> | S                               | S                                              | N                             | N/A                          | I                                         | I                                                 | S                    | S                             | S                    | 5/9              |
| Vanelli <i>et al.</i>                            | S                               | S                                              | S                             | N/A                          | S                                         | S                                                 | S                    | S                             | S                    | 8/9              |

| Autor (Ano da publicação)                  | 1. Critérios de inclusão | 2. Descrição dos sujeitos e do ambiente | 3. Medida de exposição | 4. Medida de condição | 5. Identificação dos confundidores | 6. Estratégia para lidar com confundidores | 7. Resultados | 8. Análise estatística | 9. Conclusões | TOTAL SIM |
|--------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|---------------|------------------------|---------------|-----------|
| (2018) <sup>36</sup>                       |                          |                                         |                        |                       |                                    |                                            |               |                        |               |           |
| Malta <i>et al.</i> (2016) <sup>37</sup>   | N                        | N                                       | S                      | N/A                   | I                                  | I                                          | S             | S                      | S             | 4/9       |
| Alves e Faerstein (2016) <sup>38</sup>     | S                        | S                                       | S                      | N/A                   | I                                  | I                                          | S             | S                      | S             | 6/9       |
| Andrade <i>et al.</i> (2016) <sup>39</sup> | S                        | S                                       | S                      | N/A                   | S                                  | S                                          | S             | S                      | S             | 8/9       |
| França <i>et al.</i> (2016) <sup>40</sup>  | S                        | S                                       | S                      | N/A                   | S                                  | S                                          | S             | S                      | S             | 8/9       |
| Torres <i>et al.</i> (2016) <sup>41</sup>  | S                        | S                                       | S                      | N/A                   | S                                  | S                                          | S             | S                      | S             | 8/9       |
| Lopes <i>et al.</i> (2016) <sup>42</sup>   | S                        | I                                       | I                      | N/A                   | I                                  | I                                          | S             | S                      | S             | 4/9       |
| Nunes <i>et al.</i> (2016) <sup>43</sup>   | S                        | S                                       | N                      | N/A                   | S                                  | S                                          | S             | S                      | S             | 7/9       |
| Malta <i>et al.</i> (2015) <sup>44</sup>   | N                        | N                                       | S                      | N/A                   | I                                  | I                                          | S             | S                      | S             | 4/9       |
| Malta <i>et al.</i> (2015) <sup>45</sup>   | N                        | N                                       | S                      | N/A                   | I                                  | I                                          | S             | S                      | S             | 4/9       |
| TOTAL %                                    | 74 %                     | 78%                                     | 78%                    | 0                     | 61%                                | 61%                                        | 95%           | 100%                   | 95%           |           |

Notas: S=sim N=não I=inconclusivo N/A=não se aplica

Itens considerados na extração dos dados:

- 1. Critérios de Inclusão:** Os critérios para inclusão na amostra foram claramente definidos?
- 2. Descrição dos Sujeitos e do Ambiente:** Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos em detalhes?
- 3. Medida da Exposição:** A exposição foi medida de maneira válida e confiável?

4. **Medida da Condição:** A condição foi medida de maneira válida e confiável?
5. **Identificação de Confundidores:** Os fatores de confusão foram identificados e considerados?
6. **Estratégia para Lidar com Confundidores:** Foi utilizada uma estratégia apropriada para lidar com os fatores de confusão?
7. **Resultados:** Os resultados foram medidos de maneira válida e confiável?
8. **Análise Estatística:** A análise estatística utilizada foi apropriada?
9. **Conclusões:** As conclusões do estudo são suportadas pelos resultados?

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo realiza uma comparação entre os principais indicadores de saúde da população quilombola e da população brasileira, evidenciando as lacunas existentes na saúde dessas populações. Esse comparativo proporciona uma compreensão mais aprofundada da vulnerabilidade social presente.

A revisão sistemática da população quilombola revelou estudos importantes sobre os principais indicadores de saúde, destacando a alta prevalência de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (HAS) e obesidade, além de outras condições como dislipidemia e síndrome metabólica. Esses achados ressaltam a urgência de intervenções para melhorar o acesso aos serviços de saúde e promover medidas preventivas eficazes. Além disso, os crescentes casos de problemas de saúde mental, como depressão, especialmente entre as mulheres negras, evidenciam a necessidade de uma abordagem em saúde que considere os determinantes sociais e culturais.

Na revisão sistemática da população brasileira, os indicadores de saúde refletem uma complexa interação de fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, que contribuem para a alta prevalência de HAS e DCNT, inatividade física, sobrepeso e obesidade. A percepção negativa da qualidade de vida também foi destacada. Esses achados evidenciam a necessidade urgente de políticas públicas integradas que enfoquem tanto a prevenção quanto o tratamento dessas condições. Além disso, a inatividade física foi identificada como um fator de risco significativo, destacando a necessidade de intervenções multifacetadas que promovam a atividade física de forma inclusiva.

A melhoria dos indicadores de saúde depende da implementação de políticas públicas abrangentes e adaptadas às necessidades específicas de cada população, sejam quilombolas ou a população brasileira como um todo. A efetiva implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra é crucial para enfrentar os desafios identificados, promovendo a igualdade étnica, combatendo o racismo institucional e garantindo uma oferta abrangente de cuidados de saúde que atenda às necessidades específicas dessas comunidades. Para a população brasileira em geral, é necessário incentivar a prática de atividades físicas para reduzir os índices de DCNT. É fundamental desenvolver políticas, programas e ações que promovam mudanças comportamentais, especialmente nas populações que vivem em quilombos.



## REFERÊNCIAS

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Nemésio Dario. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Revista Psicologia e Saúde**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 01–09, 2013.
- ALMEIDA, Janylle Araújo *et al.* Fatores associados ao risco de insegurança alimentar e nutricional em famílias de assentamentos rurais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 479–488, 2017.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo Estrutural. São Paulo: **Pólen**, 2019a.
- ALMEIDA, Silvio Luiz de. Racismo estrutural - São Paulo : Sueli Carneiro ; **Pólen**, 264 p. (Feminismos Plurais / coordenação de Djamilia Ribeiro) ISBN: 978-85-98349-74-9. 2019b.
- AMORIM, Maise Mendonça *et al.* Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience Journal**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 1049–1057, 2013.
- ANDRADE, Selma Maffei de. **Bases da saúde coletiva**. [S. l.]: SciELO - EDUEL, 2017.
- ARAGÃO, Janaína Alvarenga; BÓS, Ângelo José Gonçalves; SOUZA, Gabriela Coelho. SÍNDROME METABÓLICA EM ADULTOS E IDOSOS DE COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO CENTRO-SUL DO PIAUÍ, BRASIL. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, [s. l.], v. 19, n. 2, 2014. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/41851>. Acesso em: 17 abr. 2024.
- ARAÚJO, Edna Maria De *et al.* A utilização da variável raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 13, n. 31, p. 383–394, 2009.
- ARAÚJO, José Duarte De. Polarização epidemiológica no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 533–538, 2012.
- BARCELLOS, Christovam De Castro *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do Sus**, [s. l.], v. 11, n. 3, 2002. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-16732002000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16732002000300003&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt). Acesso em: 18 abr. 2024.
- BARRETO, Sandhi Maria *et al.* Análise da estratégia global para alimentação, atividade física e saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 41–68, 2005.
- BARRETO, Maurício Lima *et al.* **Epidemiologia: contextos e pluralidade**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 1998. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/p5z3b>. Acesso em: 18 abr. 2024.
- BARROSO, Sabrina Martins; MELO, Ana Paula Souto. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**, [s. l.], 2014.
- BATISTA, Luís Eduardo *et al.* Indicadores de monitoramento e avaliação da implementação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 29, p. e190151, 2020.
- BELLINGER, Carolina. Portaria nº 306, de 18 de setembro 2018. In: COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO. 18 set. 2018. Disponível em: <https://cpisp.org.br/portaria-no-306-de-18-de-setembro-2018/>. Acesso em: 17 abr. 2024.
- BELLINI, Maria Isabel Barros. **POPULAÇÃO QUILOMBOLA E INFRAESTRUTURA: A INTERFACE DA SAÚDE COM O ACESSO À ÁGUA, AO SANEAMENTO E AO TRANSPORTE**. [S. l.]: Editora Universitária - Edipucrs, 2020.
- BERRETTA, Isabel Quint; LACERDA, Josimari Telino De; CALVO, Maria Cristina Marino. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 27, n. 11, p. 2143–2154, 2011.
- BEZERRA, Vanessa Moraes *et al.* Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista,

Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 19, n. 6, p. 1835–1847, 2014.

BEZERRA, Vanessa Moraes *et al.* Unawareness of hypertension and its determinants among “quilombolas” (inhabitants of “quilombos” - hinterland settlements founded by people of African origin) living in Southwest Bahia, Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 797–807, 2015.

BRASIL. **Cadastro Ambiental Rural de Territórios Quilombolas**. [S. l.]: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, 2020.

BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 91/2016 e ...** [S. l.]: Senado Federal, 2015.

BRASIL. **Ministério da mulher, da família e dos direitos humanos**. Institui o Estatut o da Igualdade Racial; altera as Leis nos 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. 20 jul. 2010. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/publicacoes/estatuto\\_igualdade\\_digital.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/igualdade-etnico-racial/publicacoes/estatuto_igualdade_digital.pdf). Acesso em: 19 abr. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. 14 jul. 2004. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1434\\_14\\_07\\_04.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria1434_14_07_04.pdf). Acesso em: 17 abr. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 13 maio 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992\\_13\\_05\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html). Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). 11 nov. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446\\_11\\_11\\_2014.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html). Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. **Ministério dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Quilombos e Quilombolas: indicadores e propostas de monitoramento de políticas**. [S. l.: s. n.], 2018.

BRASIL. **Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf). Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. **Presidência da República**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 19 set. 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 18 abr. 2024.

BRASIL. **Presidência da República**. 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. 20 nov. 2003. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm). Acesso em: 17 abr. 2024.

BRASIL. **Presidência da República**. Dispõe sobre a exclusão do lucro líquido, para efeito de apuração do lucro real e da base de cálculo da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido - CSLL, dos dispêndios efetivados em projeto de pesquisa científica e tecnológica e de inovação tecnológica a ser executado por Instituição Científica e Tecnológica - ICT. 20 nov. 2007a.

BRASIL. **Vigitel Brasil 2006: Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico**. [S. l.]: Ministério da Saúde, 2007b. (Série G. Estatística E Informação Em Saúde).

BRASIL. **Vigitel Brasil 2008: Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. [S. l.]: Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Secretaria de Gestão estratégica e, 2010. (G. Estatística e Informação em Saúde).

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo.

Promoção da saúde. Porque sim e porque ainda não!.. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 14–24, 2004.

CALHEIROS, Felipe Peres; STADTLER, Hulda Helena Coraciara. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. **Revista Katálisis**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 133–139, 2010.

CARDOSO, Luís Fernando Cardoso e. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. **Instrumento: Revista de Estudo e Pesquisa em Educação**, [s. l.], v. 12, n. 1, 2010. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/revistainstrumento/article/view/18664>. Acesso em: 17 abr. 2024.

CARGNIN, Antonio Paulo. **Atlas Socioeconômico do Rio Grande do Sul**. [S. l.]: Secretaria de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2020.

CARNEIRO-PROIETTI, Anna Bárbara *et al.* Demographic profile of blood donors at three major Brazilian blood centers: results from the International REDS-II study, 2007 to 2008. **Transfusion**, [s. l.], v. 50, n. 4, p. 918–925, 2010.

CARVALHO, Roberta Monique Amâncio; LIMA, Gustavo Ferreira da Costa. Comunidades quilombolas, territorialidade e legislação no Brasil: uma análise histórica. **Política & Trabalho: revista de ciências sociais**, [s. l.], n. 39, 2013. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/12745>. Acesso em: 17 abr. 2024.

CASTRO, Nádile Juliane Costa de. Medicina popular e desenvolvimento regional: registros e reflexões a partir da Princesa do Trombetas. **1 CD-ROM**, [s. l.], 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/11532>. Acesso em: 18 abr. 2024.

CHOR, Dóra. Desigualdades em saúde no Brasil: é preciso ter raça. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, n. 7, p. 1272–1275, 2013.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. [S. l.]: Editora FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bwb4z>. Acesso em: 17 abr. 2024.

COSTA, Ana Maria; LIONÇO, Tatiana. Democracia e gestão participativa: uma estratégia para a equidade em saúde?. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 47–55, 2006.

DA SILVA, Simone Resende; DO NASCIMENTO, Lisangela Kati. Negros e territórios quilombolas no Brasil. **Cadernos Cedom (Cessada)**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 23–37, 2012.

DIVISION OF GLOBAL HEALTH PROTECTION. **ECONOMICS OF NCDs, INJURY, AND ENVIRONMENTAL HEALTH: Advancing Evidence-based Policies**. [S. l.: s. n.], 2016.

FAHEL, Murilo; NEVES, Jorge. Desigualdades em Saúde no Brasil: análise comparada do acesso aos serviços de saúde por estratos ocupacionais. **Revista Teoria & Sociedade**, [s. l.], v. V 17.2, p. 140–169, 2009.

FALÇÃO, Emmanuel. **Metodologia para a mobilização coletiva e individual (Met-MOCI)**. [S. l.]: UFPB/Editora Universitária, 2003.

FERREIRA, Haroldo Da Silva *et al.* Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], 2011. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892011000700008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011000700008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 18 abr. 2024.

FORTIN, Martin *et al.* Lifestyle factors and multimorbidity: a cross sectional study. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 686, 2014.

FREITAS, Daniel Antunes *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, [s. l.], v. 13, n. 5, p. 937–943, 2011.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Quadro geral das comunidades remanescentes de quilombos (CRQs)**. 2020. Disponível em: <https://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-por-estados-e-regioes-30-06-2022.pdf>.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Comunidades remanescentes dos quilombos certificadas de Alagoas**. 2022. Disponível em: <https://www.palmares.gov.br/sites/mapa/crqs-estados/crqs-al-22082022.pdf>.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA. RIO DE JANEIRO, R. J.; UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGIA. SALVADOR, Bahia Brasil. **Etnicidade na América Latina: um debate sobre raça, saúde e direitos reprodutivos**. [S. l.]: Editora Fiocruz, 2004. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/37869>. Acesso em: 18 abr. 2024.

GABRIEL. Blog de Geografia: Mapa das Comunidades Quilombolas de Alagoas. In: BLOG DE GEOGRAFIA. 9 fev. 2016. Disponível em: <https://suburbanodigital.blogspot.com/2016/02/mapa-das-comunidades-quilombolas-de-alagoas.html>. Acesso em: 18 abr. 2024.

GALVÃO, Jane. Access to antiretroviral drugs in Brazil. **The Lancet**, [s. l.], v. 360, n. 9348, p. 1862–1865, 2002.

GASPAR, Tania; BALANCHO, Leonor. Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo: diferenças ligadas estatuto socioeconômico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1373–1380, 2017.

GOES, Emanuelle Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, p. 571–579, 2013.

GOMES, Karine de Oliveira *et al.* Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, p. 1829–1842, 2013.

HERON, Melonie. Deaths: Leading Causes for 2015. **National Vital Statistics Reports: From the Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System**, [s. l.], v. 66, n. 5, p. 1–76, 2017.

IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua**. [S. l.]: Ibge, 2020.

IBGE. Índice de Desenvolvimento Humano. 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/pesquisa/37/30255?tipo=ranking>

IBGE. Censo Demográfico. 2022. [s.l.: s.n.].

INCA. **Pesquisa especial de tabagismo PETab: relatório Brasil**. [S. l.]: Inca, 2011.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL (US) NATIONAL CANCER POLICY BOARD. **Fulfilling the Potential of Cancer Prevention and Early Detection**. Washington (DC): National Academies Press (US), 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK223926/>. Acesso em: 18 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **ESTIMATIVAS DE POPULAÇÃO PARA O CÁLCULO DOS PESOS PARA A EXPANSÃO DA AMOSTRA DAS PNADs 2001 A 2012, REponderados com base na projeção de população do Brasil e das unidades da federação, realizada em 2013 ESTIMATIVAS MUNICIPAIS CALCULADAS COM BASE NA TENDÊNCIA DE CRESCIMENTO 2000-2010**. [S. l.]: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística -

IBGE, 2010. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional por amostra de domicílios, 2009**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, 2009. v. 30 Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad\\_2009\\_v30\\_br.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/59/pnad_2009_v30_br.pdf). Acesso em: 18 abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção Da População Do Brasil Por Sexo E Idade: 1980 - 2050: Revisão 2008**. Rio de Janeiro: Ibge, 2008.

JAMES, Bryan D. *et al.* Contribution of Alzheimer disease to mortality in the United States. **Neurology**, [s. l.], v. 82, n. 12, p. 1045–1050, 2014.

JUNQUEIRA, Maria De Fátima Pinheiro Da Silva. Cuidado: as fronteiras da integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 784–785, 2005.

KALACHE, Alexandre. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 13, p. 1107–1111, 2008.

KAPLAN, Judith B. Use of Race and Ethnicity in Biomedical Publication. **JAMA**, [s. l.], v. 289, n. 20, p. 2709, 2003.

KLIGERMAN, Débora Cynamon *et al.* Sistemas de indicadores de saúde e ambiente em instituições de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, p. 199–211, 2007.

KOCHERGIN, Clavdia Nicolaevna; PROIETTI, Fernando Augusto; CÉSAR, Cibele Comini. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. 7, p. 1487–1501, 2014.

LAUER, Jeremy A *et al.* World health system performance revisited: the impact of varying the relative importance of health system goals. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 19, 2004.

LEITE, Ilka Boaventura. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnografica**, [s. l.], n. vol. 4 (2), p. 333–354, 2000.

LEONE, Eugenia Troncoso; MAIA, Alexandre Gori; BALTAR, Paulo Eduardo. Mudanças na composição das famílias e impactos sobre a redução da pobreza no Brasil. **Economia e Sociedade**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 59–77, 2010.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; BARRETO, Sandhi; GIATTI, Luana. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 813–824, 2002.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. **Interface-Comunic., Saúde, Educ.**, V. 16, n 40, p. 121-134, Jan/mar. 2012.

LÓPEZ-JARAMILLO, Patricio *et al.* Consenso latino-americano de hipertensão em pacientes com diabetes tipo 2 e síndrome metabólica. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [s. l.], v. 58, n. 3, p. 205–225, 2014.

MACHADO, Cristiani Vieira. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 9, p. 2113–2126, 2007.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, n. 2, p. 327–338, 2016.

MALTA, Deborah Carvalho *et al.* Mortality due to noncommunicable diseases in Brazil, 1990 to 2015, according to estimates from the Global Burden of Disease study. **Sao Paulo Medical Journal**, [s. l.], v. 135, n. 3, p. 213–221, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; MORAIS NETO, Otaliba Libânio De; SILVA JUNIOR, Jarbas Barbosa Da. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 425–438, 2011.

MALTA, Deborah Carvalho; MOURA, Lenildo De; BERNAL, Regina Tomie Ivata. Differentials in risk factors for chronic non-communicable diseases from the race/color standpoint. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 3, p. 713–725, 2015.

MARQUES, Amaro Sérgio *et al.* Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, p. 365–371, 2014.

MEDRONHO, Roberto A *et al.* **Epidemiologia**. 2. ed. [S. l.]: Atheneu, 2009. Disponível em: [https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/5062663/mod\\_resource/content/3/Cap\\_Epidemiologia%20Medronho%20Sec.%202.pdf](https://edisiplinas.usp.br/pluginfile.php/5062663/mod_resource/content/3/Cap_Epidemiologia%20Medronho%20Sec.%202.pdf). Acesso em: 17 abr. 2024.

MELO, Maíra Fernanda Tavares de; SILVA, Hilton Pereira. DOENÇAS CRÔNICAS E OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO PARÁ, AMAZÔNIA, BRASIL. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [s. l.], v. 7, n. 16, p. 168–189, 2015.

MOREIRA, Jessica Pronestino De Lima; MORAES, José Rodrigo De; LUIZ, Ronir Raggio. Utilização de consulta médica e hipertensão arterial sistêmica nas áreas urbanas e rurais do Brasil, segundo dados da PNAD 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 9, p. 3781–3793, 2011.

MOUSINHO, Patrícia de Oliveira. Indicadores de desenvolvimento sustentável: modelos internacionais e especificidades do Brasil. [s. l.], 2001.

MUNANGA, Kabengele. Origem e histórico do quilombo na África. **Revista USP**, [s. l.], v. 0, n. 28, p. 56, 1996.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva, bucalidade e antropofagia. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 18–21, 2006.

NAVAS, Rafael *et al.* POLÍTICAS PÚBLICAS E COMUNIDADES TRADICIONAIS: UMA ANÁLISE DOS PROJETOS DE DESENVOLVIMENTO LOCAL SUSTENTÁVEL NA MATA ATLÂNTICA (Traditional communities and public policy: an analysis of local sustainable development projects in the Atlantic Forest). **REVISTA NERA**, [s. l.], n. 25, p. 147–161, 2014.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza; ANDRADE, Mônica Viegas. O Efeito da distribuição de renda sobre o estado de saúde individual no Brasil. <http://ppe.ipea.gov.br>, [s. l.], 2007. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/3743>. Acesso em: 18 abr. 2024.

NUNES, Everardo Duarte. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 251–264, 2000.

O'DWYER, Eliane Cantarino. **Quilombos: identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2002. Disponível em: <http://laced4.hospedagemdesites.ws/arquivos/ElianeOdwyer%20Introdu%C3%A7%C3%A3o%20Livro%20Quilombos.pdf>. Acesso em: 17 abr. 2024.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketllin Mendes *et al.* Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 20, n. 9, p. 2879–2890, 2015.

OLIVEIRA, Stéphaney Ketllin Mendes; CALDEIRA, Antônio Prates. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cadernos Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 420–427, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. Indicadores de Saúde: Elementos Básicos para Análise da Situação de Saúde. **Indicadores de Saúde: Elementos Básicos para Análise da Situação de Saúde**, [s. l.], v. 22, n. 4, 2001. Disponível em: [https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be\\_v22n4-indicadores.htm](https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be_v22n4-indicadores.htm). Acesso em: 18 abr. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 29, n. 10, p. 1927–1936, 2013.

PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PARÉ, Marilene Leal; OLIVEIRA, Luana Paré De; VELLOSO, Alessandra D'Aqui. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel dos Pretos em Restinga Seca (RS) e da Comunidade Kalunga de Engenho II (GO). **Cadernos CEDES**, [s. l.], v. 27, n. 72, p. 215–232, 2007.

PEREIRA, Maurício Gomes. Epidemiologia: teoria e prática. In: EPIDEMIOLOGIA: TEORIA E PRÁTICA. [S. l.: s. n.], 2001. p. 596–596. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-622248>. Acesso em: 17 abr. 2024.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE (org.). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações**. 2a edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, Escritório Regional para as Américas da Organização Mundial da Saúde, 2008.

REMOR, Lourdes de Costa. INDICADORES DE SAÚDE COMO APOIO À GESTÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. [s. l.], 2010.

RIBEIRO, Manoel Carlos Sampaio De Almeida *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 1011–1022, 2006.

SAÚDE, Ministério da. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política para o sus**. [S. l.]: Ms, 2016.

SAÚDE, Departamento De Análise De Situação Em. **Saúde Brasil 2007: Uma Análise Da Situação De Saúde**. [S. l.]: Ms, 2008. (Série G: Estatística Em Saúde).

SAÚDE, Ministério da. **Saúde Brasil: 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. [S. l.]: Ms, 2012.

SCHMIDT, Maria Inês *et al.* Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet (London, England)**, [s. l.], v. 377, n. 9781, p. 1949–1961, 2011.

SCHMITT, Alessandra; TURATTI, Maria Cecília Manzoli; CARVALHO, Maria Celina Pereira de. A atualização do conceito de quilombo: identidade e território nas definições teóricas. **Ambiente & Sociedade**, [s. l.], p. 129–136, 2002.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 29–41, 2007.

SEPÚLVEDA, Bárbara. Raça, um delírio: racismo e sexismo na sociedade brasileira. Universidade Estadual de Montes Claros, Departamento de Política e Ciências Sociais, Curso de Serviço Social, Montes Claros, MG, Brasil. **Argum.**, Vitória, v. 16, n. 2, p. 71-86, maio/ago. 2024.

SEVALHO, Gil. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 22, n. 64, p. 177–188, 2017.

SILVA, Denise Oliveira E *et al.* A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, [s. l.], v. 21, n. suppl, p. 83s–87s, 2008.

SILVA, Alcione Ferreira. Concentração fundiária, quilombos e quilombolas: faces de uma abolição inacabada. **Revista Katálisis**, [s. l.], v. 24, p. 554–563, 2021.

SILVA, José Antonio Novaes Da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 111–124, 2007.

SILVA, Zilda Pereira Da *et al.* Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema



Único de Saúde (SUS), 2003– 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 16, n. 9, p. 3807–3816, 2011.

SILVA, Paulo Sergio da. Quilombos do Sul do Brasil: Movimento social emergente na sociedade contemporânea. **identidade!**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 51–64, 2010.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa da. **Cenário epidemiológico do Brasil em 2033: uma prospecção sobre as próximas duas décadas**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2015. Disponível em: [https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha\\_Texto0017\\_A4\\_07-01-2016.pdf](https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/17-PJSSaudeAmanha_Texto0017_A4_07-01-2016.pdf). Acesso em: 18 abr. 2024.

SILVA, Lissa Caron Sarraf e; KHAMIS, Renato Braz Mehanna. OS INDICADORES DE SAÚDE E SUA IMPORTÂNCIA PARA A ELABORAÇÃO E REVISÃO DE POLÍTICAS DE SAÚDE. , [s. l.], v. 7, n. 3, p. 342–368, 2018.

SINNOTT, Carol *et al.* GPs' perspectives on the management of patients with multimorbidity: systematic review and synthesis of qualitative research. **BMJ Open**, [s. l.], v. 3, n. 9, p. e003610, 2013.

SOUSA, Janayna Alves de; BRUSSIO, Josenildo. Racismo estrutural no Brasil: a luta por uma sensibilidade do mundo decolonial. **ODEERE**. ISSN 2525-4715. Vol 8, Nº 1, 2023, 264-284

SPOSITO, Maria Encarnação Beltrão. Capitalismo e Urbanização. [s. l.], 1997.

THORKILDSEN, Kjersti. Social-Ecological Changes in a Quilombola Community in the Atlantic Forest of Southeastern Brazil. **Human Ecology**, [s. l.], v. 42, n. 6, p. 913–927, 2014.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 20, n. suppl 2, p. S190–S198, 2004.

TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, Evangelina X. G. De; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 4, p. 975–986, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012.

VIACAVA, Francisco. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 7, n. 4, p. 607–621, 2002.

VICTORA, Cesar G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **The Lancet**, [s. l.], v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, 2011.

VIEIRA, Ana Beatriz Duarte; MONTEIRO, Pedro Sadi. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 37, p. 610–618, 2013.

VOLOCHKO, Anna; BATISTA, Luís Eduardo. Saúde nos Quilombos. *In: SAÚDE NOS QUILOMBOS*. [S. l.: s. n.], 2009. p. 303–303. Disponível em: <https://fi-admin.bvsalud.org/document/view/n7snq>. Acesso em: 19 abr. 2024.

ZULMAN, Donna M. *et al.* Quality of Care for Patients with Multiple Chronic Conditions: The Role of Comorbidity Interrelatedness. **Journal of General Internal Medicine**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 529–537, 2014.