



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA

**KAYOLANE COUTINHO DA COSTA**

ESTUDO DESCRITIVO DOS CASOS DE DIABETES *MELLITUS* E DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE QUILOMBOLA MÉDIO ITACURUÇÁ NO  
MUNICÍPIO DE ABAETETUBA-PA NO PERÍODO DE 2014 A 2018

BELÉM  
2019

**KAYOLANE COUTINHO DA COSTA**

ESTUDO DESCRITIVO DOS CASOS DE DIABETES *MELLITUS* E DE HIPERTENSÃO  
ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE QUILOMBOLA MÉDIO ITACURUÇÁ NO  
MUNICÍPIO DE ABAETETUBA-PA NO PERÍODO DE 2014 A 2018.

Trabalho de conclusão de curso apresentado a  
Faculdade de Medicina do Instituto de Ciências  
Saúde da Universidade Federal do Pará\_ UFPa,  
como requisito parcial para obtenção do título de  
bacharel em Medicina.

Orientadora: Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto  
Co-Orientadora: Carla Andréa Avelar Pires

BELÉM

2019

**KAYOLANE COUTINHO DA COSTA**

**ESTUDO DESCRITIVO DOS CASOS DE DIABETES *MELLITUS* E DE  
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA COMUNIDADE QUILOMBOLA MÉDIO  
ITACURUÇÁ NO MUNICÍPIO DE ABAETETUBA-PA NO PERÍODO DE 2014 A 2018.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a Faculdade de Medicina do Instituto de Ciências Saúde da Universidade Federal do Pará\_ UFPa, como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Medicina.

Orientadora: Izaura Maria Vieira Cayres Vallinoto  
Co-Orientadora: Carla Andréa Avelar Pires

Banca Examinadora:

\_\_\_\_\_

ORIENTADORA

\_\_\_\_\_

CO-ORIENTADORA

\_\_\_\_\_

NOME / INSTITUIÇÃO

\_\_\_\_\_

NOME / INSTITUIÇÃO

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Conceito: \_\_\_\_\_

*Dedico este trabalho a minha mãe, Ana Léa do Socorro Coutinho da Costa. Ao meu pai Roberto Carlos Baia da Costa. A minha avó Osvaldina dos Santos Quaresma (in memoriam).*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter iluminado meu caminho, e ter me dado força e coragem nos momentos de angústia. Sem Ele, este sonho não seria possível.

Aos meus pais, Ana Léa e Roberto, por sempre me apoiarem durante todos esses anos de estudo e por não medirem esforços para me ajudar nessa jornada acadêmica. Amo vocês!

À Universidade Federal Do Pará, pela implementação do Processo Seletivo Especial para Quilombolas, o qual foi a minha forma de ingresso no curso de medicina. Sem essa oportunidade, talvez nunca conseguisse realizar este sonho de ser Médica. Agradeço ainda, por toda política de bolsas voltada para permanência de quilombolas na universidade, foram essenciais!

À minha tia Antônia, por ter me ajudado durante o período de preparação para a prova do vestibular.

Ao meu tio Guilherme e sua esposa Regina, por terem me acolhido em sua residência durante o ano que tive que sair da minha comunidade para fazer o cursinho pré-vestibular.

À minha tia Ana Lúcia, por ter me acolhido em sua residência durante o primeiro ano de faculdade, que não tinha onde morar e não ganhava bolsa estudantil.

Às minhas orientadoras, professora Izaura e professora Carla, por todas as contribuições feitas, dicas e conselhos, que sem dúvidas enriqueceram este estudo.

Ao meu namorado, John, por todo o apoio e compreensão nos momentos em que precisei.

Aos funcionários e profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde Damiana Diogo de Carvalho Barreto, por todo carinho, por me ajudarem e me receberem tão bem. Em especial as ACS's, Izabel, Eliete e Simone, que muito me ajudaram na coleta dos dados.

Aos pacientes, que indiretamente, foram a base para a realização deste estudo.

## RESUMO

**Introdução:** Segundo a Política nacional de saúde integral da população negra, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial sistêmica estão entre as doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra. **Objetivo:** Descrever a real situação quantitativa e epidemiológica de casos diagnosticados de Diabetes *mellitus* e de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade quilombola Médio Itacuruçá, bem como, verificar fatores associados. **Métodos:** Foi realizado um estudo com abordagem descritivo-quantitativa, através da análise de 83 prontuários de pacientes cadastrados no programa Hiperdia, de um total de 1.320 moradores da comunidade, nos períodos de 2014 a 2018. Os dados analisados foram: sexo, idade, presença de hipertensão e/ou diabetes, escolaridade, ocupação, tipo de moradia, fonte de abastecimento de água, escoadouro do banheiro sanitário, destino do lixo, consumo de bebida alcoólica e tabagismo. **Resultados:** Do total de pacientes avaliados, o número de casos de hipertensão na comunidade foi de 5,7%, e de diabetes foi de 1,6%. A maioria do sexo feminino (67%), faixa etária de 61 a 70 anos (30,1%), nível de escolaridade fundamental incompleto (54,2%), aposentado (43,4%), não consome bebida alcoólica (54,2%), não fumante (51,8%), moram em casa de alvenaria (59%), utilizam a caixa d'água da comunidade como fonte de abastecimento de água (57,8%), tem fossa séptica fechada em suas residências (61,4%), entregam seu lixo na coleta seletiva (66,3%). **Conclusão:** O número de casos diagnosticados na comunidade entre o período de 2014 a 2018 foi baixo, tanto de hipertensão como de diabetes. Entretanto, são necessários mais estudos, com amostras maiores para confirmar esses dados.

Palavras-chaves: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes *mellitus*; Aspectos epidemiológicos; Fatores associados; Quilombolas.

## ABSTRACT

**Introduction:** According to the National Policy of Integral Health of the Black Population, diabetes mellitus and systemic arterial hypertension are among the most common genetic or hereditary diseases of the black population. **Objective:** To describe the actual quantitative and epidemiological situation of diagnosed cases of Diabetes mellitus and Systemic Arterial Hypertension in the middle Itacuruçá quilombola community, as well as to verify associated factors. **Methods:** A descriptive-quantitative study was carried out, through the analysis of 83 medical records of patients enrolled in the Hiperdia program, out of a total of 1,320 community residents, from 2014 to 2018. The data analyzed were: sex, age, presence of hypertension and / or diabetes, schooling, occupation, type of dwelling, source of water supply, sanitary toilet drain, garbage destination, alcohol consumption and smoking. **Results:** Of the total number of patients evaluated, the number of hypertension cases in the community was 5.7%, and diabetes was 1.6%. The majority of the female sex (67%), age group from 61 to 70 years old (30.1%), incomplete elementary schooling level (54.2%), retired (43.4%), did not consume alcoholic beverages (2%), non-smokers (51.8%), live in the masonry house (59%), use the community water source as a source of water supply (57.8%), have a septic tank closed in their residences (61.4%), deliver their garbage in the selective collection (66.3%). **Conclusion:** The number of diagnosed cases in the community between the period 2014 to 2018 was low, both for hypertension and diabetes. However, further studies are needed, with larger samples to confirm this data.

Keywords: Systemic Arterial Hypertension; Diabetes mellitus; Epidemiological aspects; Associated factors; Quilombolas.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	9
1.1	OBJETIVOS.....	11
1.1.1	<b>Objetivo geral</b> .....	11
1.1.2	<b>Objetivos específicos</b> .....	11
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	11
2.1	DIABETES <i>MELLITUS</i> .....	11
2.1.1	<b>Conceito</b> .....	12
2.1.2	<b>Epidemiologia do Diabetes <i>mellitus</i></b> .....	12
2.1.3	<b>Classificação</b> .....	12
2.1.4	<b>Diagnóstico</b> .....	14
2.1.5	<b>Tratamento</b> .....	15
2.1.6	<b>Complicações</b> .....	16
2.2	HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.....	17
2.2.1	<b>Conceito</b> .....	17
2.2.2	<b>Epidemiologia</b> .....	17
2.2.3	<b>Classificação</b> .....	18
2.2.4	<b>Diagnóstico</b> .....	18
2.2.5	<b>Tratamento</b> .....	19
2.2.6	<b>Complicações</b> .....	20
2.3	QUILOMBOLAS.....	20
2.3.1	<b>Conceito</b> .....	20
2.3.2	<b>O rio Itacuruçá</b> .....	21
2.2.3	<b>A Comunidade Médio Itacuruçá</b> .....	23
<b>3</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODOS</b> .....	24
3.1	TIPO DE ESTUDO.....	24
3.2	AMBIENTE DA PESQUISA (LOCAL).....	24
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
3.4	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	26
3.5	COLETA DE DADOS.....	26

3.6	ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	26
3.7	QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS.....	26
3.8	RISCOS E BENEFÍCIOS.....	27
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>36</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são um problema de saúde global e uma ameaça à saúde e ao desenvolvimento humano. A carga dessas doenças recai, especialmente, sobre países de baixa e de média rendas (SCHMIDT, 2011). Em 2013, a pesquisa nacional de saúde mostrou que as DCNT constituíam o problema de saúde de maior magnitude relevante e respondiam por mais de 70% das causas de mortes no Brasil.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *mellitus* (DM) configuram importantes problemas de saúde coletiva no Brasil, pelas suas elevadas prevalências, e complicações agudas e crônicas. A HAS e o DM fazem parte da classe das DCNT, e suas situações têm sido agravadas pela transição demográfica acelerada, sendo os idosos considerados como grupo de risco (GERHARDT et al, 2016).

Segundo a Política nacional de saúde integral da população negra, Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica estão entre as doenças genéticas ou hereditárias mais comuns da população negra. (BRASIL, 2017).

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente se associa a distúrbios metabólicos, a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e Diabetes *mellitus* (MALACHIAS, 2016).

A proporção de indivíduos de 18 anos ou mais que referiram diagnóstico de hipertensão arterial no Brasil foi de 21,4% em 2013, o que correspondia a 31,3 milhões de pessoas (BRASIL, 2014). Segundo VIGITEL BRASIL (2018) a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%).

No Brasil, os desafios do controle e da prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta as

diversidades racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2009).

O diabetes *mellitus* (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Em 2017, a frequência do diagnóstico médico prévio de diabetes foi de 7,6%, sem diferença entre os sexos. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade (VIGITEL BRASIL, 2018).

O aumento da prevalência do diabetes está associado a diversos fatores, como: rápida urbanização, transição epidemiológica, transição nutricional, maior frequência de estilo de vida sedentário, maior frequência de excesso de peso, crescimento e envelhecimento populacional e, também, maior sobrevivência dos indivíduos com diabetes (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses pacientes, para os quais o resultado esperado, além do controle da glicemia, é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir a morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde (BRASIL, 2013).

A visão de vulnerabilidade social é, usualmente, referida nos quilombos em relação à saúde e à doença. A morbimortalidade, tanto de origem infectocontagiosa quanto crônico-degenerativa, compõe o repertório de reflexão desta rede de causalidade da insegurança. A importância do recorte étnico/racial na assistência e na atenção em saúde relativa às doenças e às condições de vida da população negra permite que sejam identificados contingentes populacionais mais suscetíveis a agravos à saúde (BRASIL, 2017).

Assim, estudos em populações quilombolas são importantes porque, estas, são populações social e economicamente vulneráveis e, possivelmente, se encontram em um processo de transição de um estilo de vida do mais tradicional para um mais urbanizado, o que permite definir, mais claramente, os efeitos de cada um dos fatores investigados na origem das doenças crônicas (BORGES, 2011).

Dentro do que foi exposto, deseja-se, com esse estudo, conhecer a quantidade de casos diagnosticados de Diabetes *mellitus* e de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade Médio Itacuruçá, pois, acredita-se que através do conhecimento da quantidade desses casos em uma área de abrangência específica, podem-se traçar políticas de acompanhamento, de controle das doenças, bem como, de prevenção de novos casos.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo geral:

Descrever a real situação quantitativa e epidemiológica de casos diagnosticados de Diabetes *mellitus* e de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade Médio Itacuruçá.

### 1.1.2 Objetivos Específicos:

- Identificar o número de casos diagnosticados de Diabetes *mellitus* e de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade Médio Itacuruçá.
- Descrever os aspectos epidemiológicos dos pacientes diagnosticados com Diabetes *mellitus* e Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade Médio Itacuruçá.
- Identificar tabagismo e alcoolismo associados aos pacientes com Diabetes *mellitus* e a Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade Médio Itacuruçá.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 DIABETES MELLITUS

### **2.1.1 Conceito:**

O diabetes *mellitus* (DM) consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

### **2.1.2 Epidemiologia do Diabetes *mellitus*:**

Uma epidemia de diabetes *mellitus* (DM) está em curso. Atualmente, estima-se que a população mundial com diabetes seja da ordem de 387 milhões e que alcance 471 milhões em 2035. Cerca de 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade e há crescente proporção de pessoas acometidas em grupos etários mais jovens, as quais coexistem com o problema que as doenças infecciosas ainda representam. O número de diabéticos está aumentando em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e de sedentarismo, bem como da maior sobrevivência de pacientes com DM. Quantificar o predomínio atual de DM e estimar o número de pessoas com diabetes no futuro é importante, pois possibilita planejar e alocar recursos de maneira racional (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

### **2.1.3 Classificação:**

- Diabetes *mellitus* tipo 1

O DM tipo 1 é caracterizado por destruição das células beta que levam a uma deficiência de insulina, sendo subdividido em tipos 1A e 1B. O diabetes *mellitus* tipo 1A ou Autoimune é o resultado da destruição imunomediada de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina. Os marcadores de autoimunidade são os autoanticorpos anti-

ilhota ou antígenos específicos da ilhota e incluem os anticorpos anti-insulina, antidescarboxilase do ácido glutâmico (GAD 65), antitirosina-fosfatases (IA2 e IA2B) e antitransportador de zinco (Znt).

O diabetes *mellitus* tipo 1B ou Idiopático, como o nome indica, não há uma etiologia conhecida para essa forma de DM. Corresponde à minoria dos casos de DM1 e caracteriza-se pela ausência de marcadores de autoimunidade contra as células beta e pela não associação a haplótipos do sistema HLA. Os indivíduos com esse tipo de DM podem desenvolver cetoacidose e apresentam graus variáveis de deficiência de insulina (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

- Diabetes *mellitus* tipo 2

O DM2 é a forma verificada em 90 a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e na secreção da insulina e na regulação da produção hepática de glicose. A resistência à insulina e o defeito na função das células beta estão presentes, precocemente, na fase pré-clínica da doença. É causada por uma interação de fatores genéticos e ambientais. Entre os fatores ambientais associados estão sedentarismo, dietas ricas em gorduras e envelhecimento. A maioria dos pacientes com esse tipo de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose, raramente, se desenvolve de modo espontâneo, ocorrendo quando associada a outras condições, como infecções (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

- Outros tipos específicos de diabetes *mellitus*

Pertencem a essa classificação formas menos comuns de DM cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é bastante variada e depende da alteração de base. Estão incluídos nessa categoria defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias e outras condições (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

- Diabetes *mellitus* gestacional

Trata-se de qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Entretanto, aquelas pacientes de alto risco e que na consulta

inicial de pré-natal, no primeiro trimestre de gestação, já preenchem os critérios para diabetes fora da gestação, serão classificadas não como diabetes gestacional, mas como diabetes *mellitus* tipo 2. Similar ao DM2, o DM gestacional associa-se tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

#### 2.1.4 Diagnóstico:

Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2017), a confirmação do diagnóstico de DM requer repetição dos exames alterados, idealmente o mesmo exame alterado em segunda amostra de sangue, na ausência de sintomas inequívocos de hiperglicemia. Pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, tais como poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento, devem ser submetidos à dosagem de glicemia ao acaso e independente do jejum, não havendo necessidade de confirmação por meio de segunda dosagem, caso se verifique glicemia aleatória  $\geq 200$  mg/dL.

Os valores de normalidade para os respectivos exames, bem como os critérios diagnósticos para pré-diabetes e DM mais aceitos e adotados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) encontram-se descritos no quadro a seguir:

**Quadro 1** - Critérios laboratoriais para diagnóstico de normoglicemia, pré-diabetes e DM adotados pela SBD.

<b>Categoria</b>	<b>Glicose em jejum (mg/dL)</b>	<b>Glicose 2 horas após sobrecarga com 75 g de glicose (mg/dL)</b>	<b>HbA1c (%)</b>	<b>Observações</b>
<b>Normoglicemia</b>	< 100	< 140	< 5,7	OMS emprega valor de corte de 110 mg/dL para normalidade da glicose em jejum. <sup>2</sup>
<b>Pré-diabetes ou risco aumentado para DM</b>	$\geq 100$ a < 126*	$\geq 140$ a < 200#	$\geq 5,7$ e < 6,5	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.

<b>Diabetes Estabelecido</b>	$\geq 126$	$\geq 200$ com sintomas inequívocos de hiperglicemia	$\geq 6,5$	Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de DM. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.
------------------------------	------------	--	------------	--

OMS: Organização Mundial da Saúde; HbA1c: hemoglobina glicada; DM: diabetes *mellitus*.

\* Categoria também conhecida como glicemia de jejum alterada.

# Categoria também conhecida como intolerância oral à glicose.

### 2.1.5 Tratamento:

A terapêutica do DM1, historicamente, segue a tríade composta por insulina, alimentação e atividade física. Contudo, com os avanços tecnológicos e terapêuticos e os novos conhecimentos dos fatores psicológicos e sociais que envolvem o DM, poder-se-ia dizer que a tríade deveria mudar para insulina, monitorização e educação, incluindo-se, nesta última, a alimentação, a atividade física e a orientação para os pacientes e suas famílias.

Como o DM1 se caracteriza por produção insuficiente de insulina, o tratamento medicamentoso depende da reposição desse hormônio, utilizando-se de esquemas e de preparações variados e estabelecendo-se “alvos glicêmicos” pré e pós-prandiais para serem alcançados. Em todas as faixas etárias, a reposição da insulina deve tentar atingir o perfil mais próximo possível do fisiológico (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Para pacientes com diagnóstico de diabetes tipo 2, as Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015/2016) recomenda modificações do estilo de vida associadas ao tratamento farmacológico. A mudança de estilo de vida se fundamenta, principalmente, na alimentação adequada e na prática de exercícios físicos. A escolha do medicamento deve levar em consideração: o estado geral do paciente e as comorbidades presentes (complicações do diabetes ou outras complicações), os valores das glicemias de jejum pós-prandial e da HbA1c, o

peso e a idade do paciente, as possíveis interações com outros medicamentos, as reações adversas e as contraindicações.

Com finalidade prática, os antidiabéticos são classificados em quatro categorias, de acordo com as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015/2016):

- Os que aumentam a secreção de insulina (hipoglicemiantes, classe das Sulfonilureias e Metiglinidas).
- Os que não a aumentam (anti-hiperglicemiantes, classe de Inibidores da Alfa-glicosidase, Biguanidas e Glitazonas).
- Os que aumentam a secreção de insulina de maneira dependente de glicose, além de promover a supressão do glucagon (classe das Gliptinas/inibidores da DPP-4 e Mimético e análogos do GLP-1).
- Os que promovem glicosúria (sem relação com a secreção de insulina, Inibidores da SGLT-2).

### **2.1.6 Complicações:**

O diabetes *mellitus* (DM) não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Estudos epidemiológicos sustentam a hipótese de uma relação direta e independente entre os níveis sanguíneos de glicose e a doença cardiovascular. Também está associado ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares, bem como de neuropatias. Desta forma, o DM é considerado causa de cegueira, de insuficiência renal e de amputações de membros, sendo responsável por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida (SCHMIDT et al., 2010).

Por isso, a detecção de retinopatia, de nefropatia, de neuropatia e de pé diabético deve ser realizada em tempo oportuno, com definição de responsabilidades compartilhadas entre a atenção básica e os demais níveis de atenção, para acompanhamento e seguimento do

caso. As complicações do DM podem ser classificadas em complicações agudas (hipoglicemia, cetoacidose e coma hiperosmolar) e crônicas, como a retinopatia, a nefropatia, e a neuropatia diabéticas (BRASIL, 2013).

## 2.2 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA

### 2.2.1 Conceito:

Hipertensão arterial (HA) é condição clínica multifatorial caracterizada por elevação sustentada dos níveis pressóricos  $\geq 140$  e/ou 90 mmHg. Frequentemente, se associa a distúrbios metabólicos, a alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo, sendo agravada pela presença de outros fatores de risco (FR), como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose e diabetes *mellitus* (DM). Mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal (MALACHIAS, 2016).

### 2.2.2 Epidemiologia:

A prevalência de HA, no Brasil, varia de acordo com a população estudada e o método de avaliação. Dados de VIGITEL BRASIL (2018) indicaram que a frequência de adultos que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial variou entre 16,1% em Palmas e 30,7% no Rio de Janeiro. No sexo masculino, as maiores frequências foram observadas em Maceió (26,3%), Natal (26,2%) e Rio de Janeiro (26,0%), e as menores, no Distrito Federal (13,9%), Palmas (14,8%) e Fortaleza (15,4%). Entre mulheres, as maiores frequências foram observadas no Rio de Janeiro (34,7%), Recife (30,0%) e Salvador (28,7%) e as menores, em Palmas e São Luís (17,3%) e Macapá (19,5%). A frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,3%, sendo maior em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%).

### 2.2.3 Classificação:

Segundo a 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial, os limites de pressão arterial (PA) considerados normais são arbitrários. Entretanto, valores que classificam o comportamento da PA, em adultos, por meio de medidas casuais ou de consultório estão expressos no Quadro 2.

**Quadro 2** – Classificação da PA de acordo com a medição casual ou no consultório a partir de 18 anos de idade.

Classificação	PAS (mm Hg)	PAD(mmHg)
Normal	≤ 120	≤ 80
Pré-hipertensão	121-139	81-89
Hipertensão estágio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensão estágio 2	160 – 179	100 - 109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Quando a PAS e a PAD situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da PA.		

PAS (Pressão artéria sistólica); PAD (Pressão arterial diastólica). Considera-se hipertensão sistólica isolada PAS ≥140 mmHg e PAD < 90 mmHg, devendo a mesma ser classificada em 1, 2 e 3.

### 2.2.4 Diagnóstico:

O diagnóstico da hipertensão é feito a partir da medida da PA e deve ser realizado em toda avaliação por médicos de qualquer especialidade e demais profissionais da saúde devidamente capacitados.

Recomenda-se, pelo menos, a medição da PA a cada dois anos para os adultos com PA ≤ 120/80 mmHg, e anualmente para aqueles com PA > 120/80 mmHg e < 140/90 mmHg. A medição da PA pode ser feita com esfigmomanômetros manuais, semi-automáticos ou

automáticos. Esses equipamentos devem ser validados e sua calibração deve ser verificada anualmente, de acordo com as orientações do INMETRO. A PA deve ser medida no braço, devendo-se utilizar manguito adequado à sua circunferência. Na suspeita de HA secundária à coartação da aorta, a medição deverá ser realizada nos membros inferiores, utilizando-se manguitos apropriados.

A PA fora do consultório pode ser obtida através da medição residencial da pressão arterial (MRPA), com protocolo específico ou da monitorização ambulatorial da PA (MAPA) de 24 horas. Ambas fornecem informações semelhantes às da PA, porém só a MAPA avalia a PA durante o sono. Ambas, entretanto, estimam o risco cardiovascular (CV), devendo ser consideradas aplicáveis para a avaliação da PA fora do consultório, respeitando-se as suas indicações e limitações (MALACHIAS, 2016).

### **2.2.5 Tratamento:**

O tratamento da hipertensão arterial associa o não medicamentoso ao medicamentoso. O tratamento não medicamentoso (TNM) da HA envolve controle ponderal, medidas nutricionais, prática de atividades físicas, cessação do tabagismo, controle de estresse, entre outros. Desde que exista indicação de tratamento com medicamentos, o paciente deverá ser orientado sobre a importância do uso contínuo, da eventual necessidade de ajuste de doses, da troca ou associação de medicamentos e, ainda, do eventual aparecimento de efeitos adversos (MALACHIAS, 2016).

Todos os medicamentos anti-hipertensivos disponíveis podem ser utilizados desde que sejam observadas as indicações e as contraindicações específicas. A preferência inicial será sempre por aqueles em que haja comprovação de diminuição de eventos CV, ficando os demais reservados a casos especiais em que haja a necessidade da associação de múltiplos medicamentos para que sejam atingidas as metas da PA. No quadro a seguir, os anti-hipertensivos disponíveis:

### Quadro 3 – Anti-hipertensivos disponíveis

Diuréticos
Inibidores adrenérgicos
Ação central – agonistas alfa-2 centrais
BB – bloqueadores beta-adrenérgicos
Alfabloqueadores – bloqueadores alfa-1 adrenérgicos
Vasodilatadores diretos
Bloqueadores dos canais de cálcio
Inibidores da enzima conversora da angiotensina
Bloqueadores dos receptores da angiotensina
Inibidor direto da renina

Fonte: 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial

#### 2.2.6 Complicações:

Segundo a 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial, a HAS mantém associação independente com eventos como morte súbita, acidente vascular encefálico (AVE), infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca (IC), doença arterial periférica (DAP) e doença renal crônica (DRC), fatal e não fatal. Dados norte-americanos de 2015 revelaram que HA estava presente em 69% dos pacientes com primeiro episódio de IAM, 77% de AVE, 75% com IC e 60% com DAP.<sup>5</sup> A HA é responsável por 45% das mortes cardíacas e 51% das mortes decorrentes de AVE.

No Brasil, HA atinge 32,5% (36 milhões) de indivíduos adultos, mais de 60% dos idosos, contribuindo, direta ou indiretamente, para 50% das mortes por doença cardiovascular (DCV). Junto com DM, suas complicações (cardíacas, renais e AVE) têm impacto elevado na perda da produtividade do trabalho e da renda familiar.

## 2.3 QUILOMBOLAS

### 2.3.1 Conceito:

A palavra quilombo é proveniente do bantu e significa “acampamento guerreiro na floresta”, foi popularizada pelo governo colonial do Brasil para se referir às unidades de apoio mútuo criadas por rebeldes ao sistema escravista e às suas organizações e lutas pelo fim da escravidão no país. Consiste em um grupo minoritário dentro da população negra, distribuído por todo o território nacional, ligado a trabalhos rurais e de subsistência, com muitos membros dependendo de programas de transferência de renda (FREITAS et al, 2011).

No âmbito da sociodiversidade que compõe o cenário antropológico da Amazônia e considerando o Decreto 6040 de 07/02/2007, quilombolas são comunidades tradicionais que comumente habitam o meio rural. De acordo com esse Decreto, povos e comunidades tradicionais são entendidos como “grupos culturalmente diferenciados e que se reconhecem como tais, que possuem formas próprias de organização social”, que ocupam e fazem uso dos territórios e de recursos naturais como “condição para suas reproduções cultural, social, religiosa, ancestral e econômica, utilizando conhecimentos, inovações e práticas gerados e transmitidos pela tradição” (BRASIL, 2008<sup>a</sup>. p. 2).

Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2007).

### **2.3.2 O rio Itacuruçá**

Os quilombos no Brasil, existentes desde o século XVI, são uma demonstração de resistência sócio-política e cultural. A maioria das comunidades está situada em área rural de difícil acesso, muitas, ainda, sem energia elétrica e água tratada ou acesso às políticas públicas básicas como educação, saúde, transporte, segurança.

Habitar e cultivar a terra nos interiores de todas as regiões do Brasil foi uma das estratégias de sobrevivência dos povos quilombolas. Viver em territórios longe dos centros políticos administrativos, “capital”, “província”, de modo a dar continuidade à sua existência.

No Rio Itacuruçá, a situação não difere tanto no campo das políticas públicas. As famílias convivem com a insegurança todos os dias, tem posto de saúde, mas às vezes faltam remédios, não têm todos os equipamentos necessários para um atendimento multiprofissional. Entretanto, a energia elétrica já é uma realidade e a educação existe até o ensino médio completo.

As famílias remanescentes de quilombos do rio Itacuruçá fizeram parte da luta pela demarcação e pela titulação das terras remanescentes de quilombos das Ilhas de Abaetetuba-PA. E a Instrução Normativa nº 49, de 29 de setembro de 2008 (INSTRUÇÃO, 2008), regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintração, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que tratam o Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição Federal de 1988 e o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Nos artigos 3º, 4º e 5º conceituam-se remanescentes das comunidades quilombolas, seu território, bem como atribui ao INCRA a regularização fundiária de tais comunidades:

Art. 3º. Consideram-se remanescentes das comunidades dos quilombos os grupos étnico raciais, segundo critérios de auto definição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida.

Art. 4º. Consideram-se terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos toda a terra utilizada para a garantia de sua reprodução física, social, econômica e cultural.

#### **COMPETÊNCIA**

Art. 5º. Compete ao Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária - INCRA a identificação, o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a desintração, a titulação e o registro imobiliário das terras ocupadas pelos remanescentes das comunidades dos quilombos, sem prejuízo da competência comum e concorrente dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

#### **CERTIFICAÇÃO**

Art. 6º. A caracterização dos remanescentes das comunidades de quilombos será atestada mediante auto definição da comunidade.

Parágrafo único. A auto definição da comunidade será certificada pela Fundação Cultural Palmares, mediante Certidão de Registro no Cadastro Geral de Remanescentes de Comunidades de Quilombos do referido órgão, nos termos do § 4º, do art. 3º, do Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003.

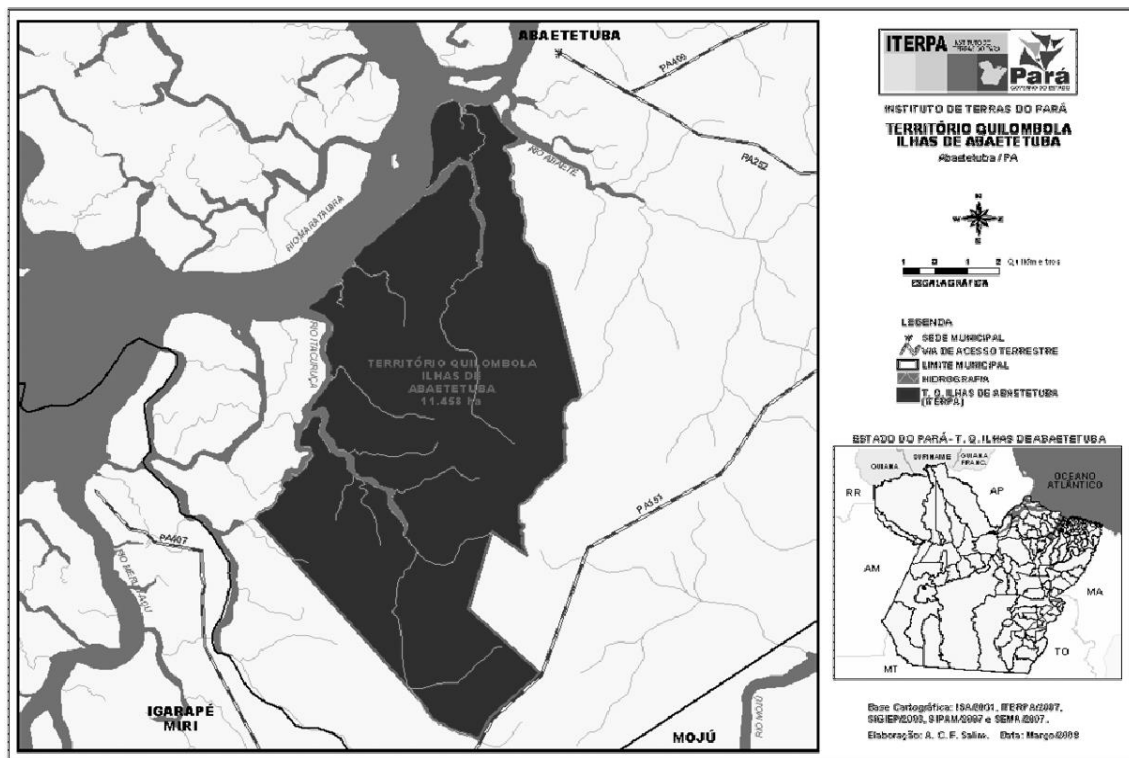
A titulação coletiva, segundo o memorial descritivo da área, veio em 2002, quando o governo do estado do Pará, através do Instituto de Terras do Pará (ITERPA),

reconhece o domínio de uma área de terras com ocupação e uso por famílias remanescentes de quilombos das comunidades ALTO E BAIXO ITACURUÇÁ,

CAMPOPEMA, JENIPAÚBA, ACARAQUI, IGARAPÉ SÃO JOÃO, ARAPAPU E RIO TAUERÁ-AÇU, no município de ABAETETUBA, expedindo TÍTULO DE DOMÍNIO COLETIVO, gravado com CLÁUSULA DE INALIENABILIDADE, em nome da ARQUIA - ASSOCIAÇÃO DAS COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS DAS ILHAS DE ABETETUBA. (O GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2002).

De acordo com o memorial a “área de terra objeto deste reconhecimento, foi apurada na demarcação administrativa através do processo nº 2001/274.554, localizada no município de Abaetetuba-PA, com área total de 11458,53 HA” (O GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2002). Tal como representada no mapa abaixo:

**Figura 1-** Mapa do município de Abaetetuba-PA, em destaque a região quilombola.



Fonte: TERRITÓRIOS quilombolas (2017).

### 2.3.3 A Comunidade Médio Itacuruçá

A comunidade do Médio Itacuruçá, também chamada de Igarapé São João, pertence como já mencionada no gráfico acima, às comunidades remanescentes de quilombos das Ilhas de

Abaetetuba-PA, Atualmente, o número de famílias da comunidade é de 330, somando um total geral 1.320 moradores, os quais vivem da lavoura, da produção de telha e de tijolos, a partir das 05 olarias que, ainda, existem na região e do manejo e extração do açai.

Ainda assim, a comunidade em questão luta para que se concretize o plano municipal de desenvolvimento sustentável para as comunidades remanescentes de quilombos, por entender que, através dele, as famílias possam ser incluídas em projetos que valorizem a agricultura familiar, a criação de animal e o acesso aos recursos naturais que, tradicionalmente, utilizam para suas reproduções física, cultural e econômica.

### **3 CASUÍSTICA E MÉTODOS:**

#### **3.1 TIPO DE ESTUDO:**

Para a realização do estudo optou-se por uma abordagem descritivo-quantitativa, documental, a qual permitiu identificar de forma objetiva os elementos a serem investigados. Acredita-se que tais dados podem servir de instrumentos fundamentais para o planejamento de ações em saúde visando melhores abordagens preventiva e assistencial; bem como, servir de base para futuras pesquisas.

#### **3.2 AMBIENTE DA PESQUISA (LOCAL):**

O estudo foi realizado nas dependências físicas da Unidade Básica de Saúde Damiana Diogo de Carvalho Barreto, localizada no Ramal Santo Expedito na comunidade do Médio Itacuruçá, no município de Abaetetuba-PA, a qual está atrelada à Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA), situada na Rua Barão do Rio Branco nº 1360, bairro Centro, Abaetetuba-PA. Nesse local foi feito o levantamento numérico de casos notificados de diabetes *mellitus* e de hipertensão arterial sistêmica na comunidade Médio Itacuruçá.

**Figura 2.** Foto da Unidade Básica de Saúde Damiana Diogo de Carvalho Barreto.



Fonte: Autora, 2019.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA:

A população pesquisada englobou moradores da comunidade Médio Itacuruçá cadastrados no programa Hiperdia, o qual destina-se ao cadastramento e ao acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde – SUS.

A análise se deu por meio de prontuários de pacientes atendidos na Unidade Básica de saúde, os quais segundo os critérios das Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes (2015-2016) e da 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial foram diagnosticados com diabetes *mellitus* e com hipertensão arterial sistêmica, respectivamente, durante o período dos anos de 2014 a 2018. Para o estudo foi obtida uma amostra de 83 pacientes, de 1.320 da população total da comunidade.

### 3.4 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram excluídos da pesquisa pacientes não diagnosticados com diabetes *mellitus* e com hipertensão arterial sistêmica, e diagnosticados fora do período de 2014 a 2018.

### 3.5 COLETA DE DADOS:

As informações necessárias para este estudo foram coletadas por meio de prontuários da Unidade Básica de saúde Damiana Diogo de Carvalho Barreto, no município de Abaetetuba-PA, para se estabelecer um parâmetro quantitativo dos casos de diabetes *mellitus* e de hipertensão arterial sistêmica na comunidade Médio Itacuruçá. Bem como, estabelecer um perfil epidemiológico destes pacientes de acordo com as seguintes variáveis específicas: ano de diagnóstico, idade do paciente, sexo, escolaridade, ocupação, tipo de propriedade de casa, principal fonte de abastecimento de água, escoadouro de banheiro ou sanitária, principal destino do lixo, consumo de bebida alcoólica e tabagismo.

### 3.5 ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS:

Após a coleta dos dados, as informações foram apresentadas em forma de gráficos e de tabelas, bem como, feita a devida descrição de cada uma das variáveis pesquisadas. Tais tabulações foram condensadas por meio do programa Microsoft Office/ Excel 2015, e fundamentadas com dados obtidos a partir de registros no prontuário, estabelecendo todas as variáveis propostas.

### 3.6 QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS:

O estudo obedeceu todos os aspectos éticos de pesquisa desenvolvida com seres humanos, exigidas pela Comissão Nacional de Pesquisa (CONEP), contidos na Resolução 466/12.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética de pesquisa local; bem como, submetido à Plataforma Brasil para apreciação e posterior autorização para a realização do estudo. Foram respeitados os princípios de beneficência, de não maleficência, de justiça, de equidade e de autonomia ao sujeito da pesquisa.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido não foi aplicado devido o trabalho ser realizado através da análise de prontuários. Foi solicitado ao comitê de Ética em pesquisa a isenção do mesmo.

### 3.7 RISCOS E BENEFÍCIOS:

O trabalho não trouxe riscos, visto que foi realizado no setor administrativo, com a utilização de prontuários, ficando o pesquisador isento da exposição ocupacional a vírus ou bactérias patogênicas.

Os benefícios da pesquisa encontram-se na vertente de que o mesmo pode servir de instrumento fundamental para outros estudos posteriores; bem como, para o planejamento de ações em saúde visando uma melhor abordagem preventiva no ramo do diabetes *mellitus* e da hipertensão arterial sistêmica.

## 4 RESULTADOS

Foram analisados prontuários de 83 pacientes, de um total de 1.320 moradores da comunidade, destes, a maioria foram mulheres (67,5%). A faixa etária com maior número de casos foi de 61 a 70 anos, com 30,1%. Em relação à escolaridade, 54,2% tinha fundamental incompleto, seguida pelo analfabetismo com 18,1% e dez indivíduos com fundamental completo. A ocupação mais frequente nessa parcela da comunidade de Médio Itacuruçá foi aposentado, com 43,4% dos pacientes, seguida por lavrador com 38,6%, serventes com 6,0% e professora com 3,6% (Tabela 1).

**Tabela 1-** Distribuição dos pacientes de estudo de acordo com as variáveis sócio-demográficas, comunidade quilombola Médio Itacuruçá, Abaetetuba/PA.

<b>Variável</b>	<b>Freq N = 83</b>	<b>Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (%)</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	27	32,5
Feminino	56	67,5
<b>Idade (anos)</b>		
Até 30	1	1,2
31 a 40	9	10,8
41 a 50	15	18,1
51 a 60	14	16,9
61 a 70	25	30,1
71 a 80	14	16,9
Acima de 80	5	6,0
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeto	15	18,1
Fundamental incompleto	45	54,2
Fundamental completo	10	12,0
Médio Incompleto	1	1,2
Médio Completo	7	8,4
Superior Completo	5	6,0
<b>Ocupação</b>		
Aposentado	36	43,4
Lavrador	32	38,6
Servente	5	6,0
Professora	3	3,6
Vigia	2	2,4
ACS	1	1,2
Do Lar	1	1,2
Pedreiro	1	1,2
Diretora Escolar	1	1,2

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2019.

Dentre os 83 pacientes, 54,2% não consumiam bebida alcoólica, 34,9% dos indivíduos eram ex-etilistas, e 10,8% consumiam bebida alcoólica. Em relação ao tabagismo, 51,8% não fumavam, 37,3% eram ex-tabagistas e 10,8% fumam (Tabela 2)

A moradia de 59% dos pacientes era de alvenaria, 41% de madeira. A principal fonte de abastecimento de água é a caixa d'água da comunidade com 57,8% das casas em geral. O poço artesiano ou nascente representam 42,2% dos abastecimentos dos pacientes (Tabela 2).

O escoadouro do banheiro da casa da maioria dos indivíduos pesquisados foi fossa séptica fechada com 61,4% e céu aberto com 38,6%. O principal destino do lixo foi a coleta seletiva realizada pela prefeitura (66,3%), seguido pela queima (32,5%) e, apenas, uma pessoa tem seus lixos despejados a céu aberto (Tabela 2).

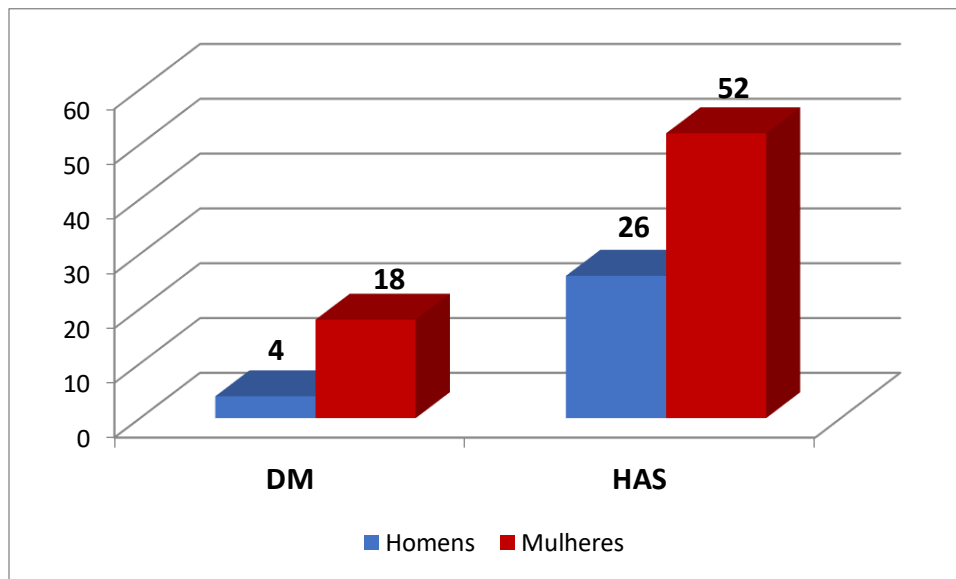
**Tabela 2** - Distribuição dos pacientes de estudo de acordo com as variáveis de estilo de vida, comunidade quilombola Médio Itacuruçá, Abaetetuba/PA.

<b>Variável</b>	<b>Freq N = 83</b>	<b>Hipertensão arterial e/ou Diabetes Mellitus (%)</b>
<b>Fumo</b>		
Não fuma	43	51,8
Ex-tabagista	31	37,3
Fuma	9	10,8
<b>Álcool</b>		
Não consome	45	54,2
Ex-Etilista	29	34,9
Consome bebida alcoólica	9	10,8
<b>Tipo de Moradia</b>		
Alvenaria	49	59
Madeira	34	41
<b>Principal fonte de abastecimento de água</b>		
Caixa d'água da comunidade	48	57,8
Poço/Nascente	35	42,2
<b>Escoadouro do banheiro</b>		
Fossa séptica fechada	51	61,4
Céu Aberto	32	38,6
<b>Destino do lixo</b>		
Coleta Seletiva	55	66,3
Queimado	27	32,5
Céu aberto	1	1,2

Fonte: Protocolo de pesquisa, 2019.

Percebe-se um número maior de mulheres diagnosticadas, tanto com hipertensão quanto com diabetes. Dentre o total de pacientes, 4 homens foram diagnosticados com diabetes e 26 com hipertensão. Já no sexo feminino, 18 mulheres foram diagnosticadas com diabetes e 52 com hipertensão (Figura 3).

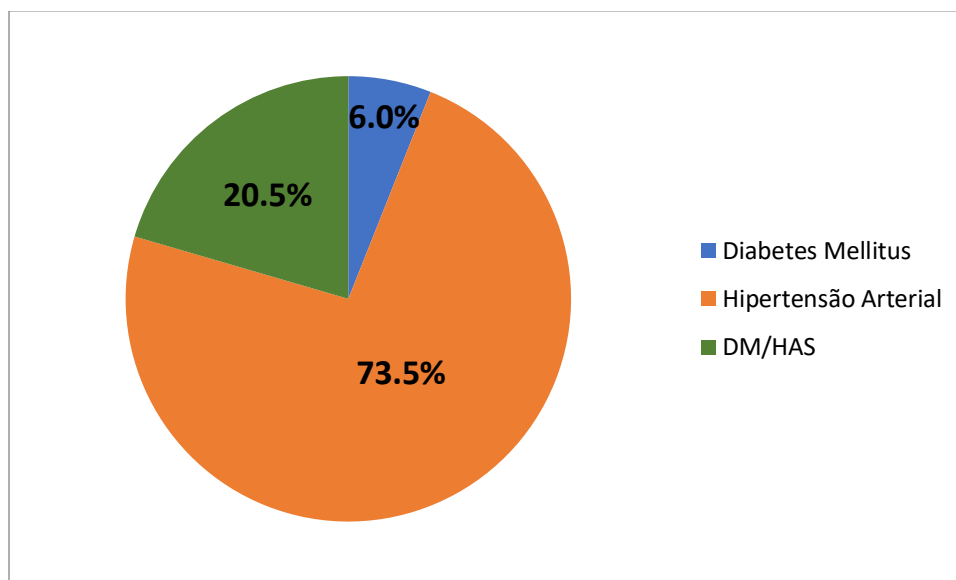
**Figura 3** - Número de pacientes diagnosticados com Hipertensão e Diabetes *Mellitus* de acordo com o sexo.



Fonte: Protocolo de pesquisa, 2019.

Da população pesquisada, 73,5% eram hipertensos, 20,5% tinham diabetes *mellitus* e hipertensão arterial, e 6,0% com diabetes *Mellitus* (Gráfico 4).

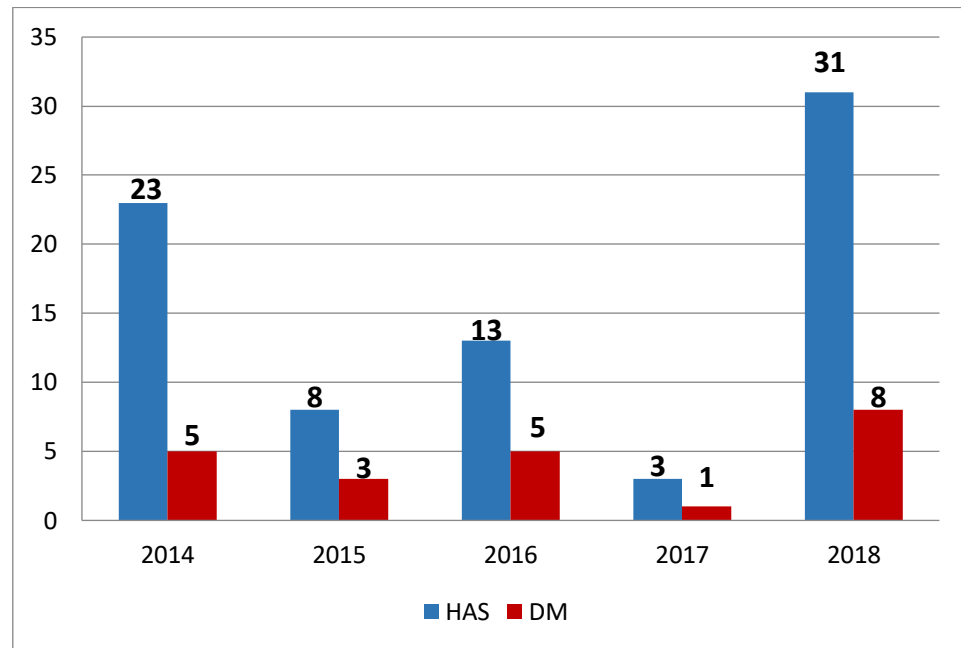
**Figura 4** - Pacientes diagnosticados com Hipertensão, Diabetes, Hipertensão e diabetes.



Fonte: Protocolo de pesquisa, 2019.

Em relação ao ano do diagnóstico, o ano com mais casos diagnosticados foi o de 2018, com 8 diagnósticos de diabetes e 31 de hipertensão, totalizando 39% dos casos (Figura 5).

**Figura 5-** Distribuição dos pacientes de estudo de acordo com o ano de diagnóstico de diabetes *mellitus* e hipertensão.



Fonte: Protocolo de pesquisa, 2019.

## 5 DISCUSSÃO

Os dados obtidos no presente trabalho, com relação à distribuição de sexo da amostra, estão de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) realizada em 2013, na qual se constatou que Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), como diabetes e hipertensão, têm uma proporção maior em mulheres do que em homens (BRASIL, 2014).

Em um estudo, realizado em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia (Brasil) também identificou maior prevalência de hipertensão em indivíduos do sexo feminino (Bezerra et al, 2013), enquanto que o estudo na população quilombola do norte de

Minas Gerais não identificou diferenças significantes entre os sexos, tanto para hipertensão, quanto para diabetes (Oliveira & Caldeira, 2016).

No presente trabalho foi evidente que as duas doenças crônicas aqui pesquisadas tiveram aumento do número de casos com a idade. A faixa etária com maior número de casos foi a de 61 a 70 anos, muito semelhante com a pesquisa por inquérito telefônico (VIGITEL BRASIL, 2018), que mostrou que, para ambos os sexos, as prevalências de hipertensão arterial e de diabetes aumentaram com o avanço da idade, com maior aumento a partir dos 35 anos de idade para hipertensão e a partir dos 45 anos para diabetes.

A rápida transição demográfica observada no Brasil apresentará impactos importantes na saúde da população e trará forte repercussão no Sistema Único de Saúde (SUS), em decorrência do aumento da carga das doenças crônicas não transmissíveis, mais frequentes com o aumento da idade mediana da população (BRASIL, 2016).

O crescimento da população e a melhoria da longevidade estão levando a números e a proporções crescentes de pessoas idosas em muitas partes do mundo. À medida que as populações envelhecem, as mortes anuais por DCNT são projetadas para aumentar, substancialmente, para 52 milhões em 2030. Aproximadamente 42% de todas as mortes por DCNT no mundo ocorreram antes da idade de 70 anos, 48% das mortes por DCNT em países de baixa e de média rendas e 28% em países de alta renda estavam em indivíduos com idade inferior a 70 anos (WHO; 2014). Assim, o rastreamento de doenças crônicas não transmissíveis são de suma importância, principalmente, em população adulta e idosa, a fim de traçar metas para tratamento, controle e evitar mortes prematuras por complicações.

Na comunidade quilombola do Médio Itacuruçá, o número de casos de hipertensão foi de 5,7%. Em estudos em comunidades quilombolas descreveram números altos, como o de Mata Cavalo-Mato Grosso (SANTOS et al, 2015), no qual a prevalência foi de 52,5%; em Vitória da conquista-Bahia 45,4% (BEZERRA et al, 2013); no estado da Paraíba 31,1% (SILVA, 2015). Se compararmos com a estimativa nacional brasileira, também está abaixo, já que a frequência de diagnóstico médico de hipertensão arterial foi de 24,3%, segundo VIGITEL BRASIL (2018), sendo maior em mulheres (26,4%) do que em homens (21,7%).

Com relação ao número de diagnósticos de hipertensão, foi evidenciado nesta pesquisa, predomínio do sexo feminino em relação ao masculino. O estudo em Mata Cavalos-Mato Grosso (SANTOS et al, 2015) também encontrou prevalência maior em mulheres (57%).

Em relação ao diabetes *mellitus*, o número de casos encontrados foi de 1,6% na comunidade do Médio Itacuruçá, igualmente, com predomínio no sexo feminino em relação ao masculino. Quando se compara com a prevalência na população brasileira geral, no estudo de VIGITEL BRASIL (2018), não há diferença entre os sexos, e a frequência de diagnóstico é de 7,6%. Estudo realizado com 83 pessoas da comunidade quilombola do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul-Brasil (FIGUEIREDO et al, 2011) mostrou que, das pessoas entrevistadas, 15,66% responderam que em sua residência existia um diabético. Os estudos relacionados ao diabetes, ainda, são bastante escassos em comunidades quilombolas.

Quanto aos dados sociais, dos 83 pacientes desta pesquisa, identificou-se que o nível de escolaridade, mais frequente, é ensino fundamental incompleto, seguido pelo analfabetismo e ensino fundamental completo. A pesquisa nacional de saúde, realizada em 2013, evidenciou que a proporção de diagnóstico de hipertensão e de diabetes se reduzia quanto maior era a escolaridade, sendo que das pessoas sem instrução ou com fundamental incompleto, 31,1% referiram diagnóstico de hipertensão e 9,6% de diabetes.

As ocupações mais prevalentes foram a de aposentado e a de lavrador, dados que prevalecem devido ao maior número de casos estar na faixa etária de idosos. No estudo em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, a principal ocupação relatada foi a de lavrador, que resultou na maior prevalência dos casos de hipertensão (BEZERRA et al, 2013).

Em relação ao tipo de moradia, a maioria reside em casas de alvenaria, tem como principal fonte de abastecimento de água a caixa d'água da comunidade e tem fossa séptica fechada. Já os quilombolas do norte de Minas Gerais têm como principal fonte de abastecimento de água poço ou nascente (61,9%) e esgotamento sanitário, também, é a fossa séptica (Oliveira & Caldeira, 2016).

O principal destino do lixo usado pelos pacientes é a coleta seletiva realizada pela prefeitura municipal, o que pode ser considerado um ponto positivo nessa comunidade, já que,

em muitas comunidades quilombolas, essa é uma realidade distante, deixando a população mais exposta a doenças, o que complicaria o seu quadro de comorbidades, como diabetes e hipertensão. Silva (2015) evidenciou em seu estudo que em três comunidades quilombolas da Paraíba, não há coleta de lixo, sendo os resíduos queimados/enterrados na maioria dos domicílios, com, ainda, um bom percentual de detritos sólidos deixados a céu aberto.

No que diz respeito aos hábitos de vida, a maioria da amostra não consome bebida alcoólica, assim como não faz uso do tabagismo. Estudo realizado na comunidade Quilombola Boqueirão (SILVA et al, 2016) evidenciou dados similares, dos indivíduos hipertensos, 36,4% relataram que nunca fumaram, 41,5% que fumavam ou já tinham fumado, 39,6% não consumia bebida alcoólica, 30,4% bebia pelo menos uma vez por semana.

Segundo a 7ª diretriz brasileira de hipertensão arterial, a ingestão de álcool é um fator de risco para hipertensão arterial, pois o consumo crônico e elevado de bebidas alcoólicas aumenta a PA de forma consistente. Estima-se que um aumento de 10 g/dia na ingestão de álcool eleve a PA em 1 mmHg, sendo que a diminuição nesse consumo reduz a PA. Portanto, recomenda-se, para os que, embora minoria, faça uso, moderação no consumo de álcool. O hábito de fumar também é apontado como fator negativo no controle de hipertensos, no desconhecimento da HAS e na interrupção do uso de medicamentos anti-hipertensivos. Assim, se recomenda, também, a cessação do tabagismo, para a minoria da amostra, que ainda faz uso.

As mesmas precauções direcionadas à população em geral sobre o consumo de álcool aplicam-se aos indivíduos com diabetes. Bebidas alcoólicas consumidas durante uma refeição, incluindo carboidratos, podem levar, inicialmente, a maiores níveis glicêmicos e insulinêmicos em pacientes com DM2. Dependendo da natureza dos carboidratos na refeição, ou em período de jejum, poderá ocorrer hipoglicemia reativa. O álcool afeta a alimentação e a glicemia, prejudicando o controle do DM2. Como interfere na ação da insulina, dos secretagogos de insulina e do glucagon, aumenta o risco de hipoglicemia em indivíduos que fazem uso dessas substâncias (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

O tabagismo é considerado, atualmente, um importante fator de risco modificável para o desenvolvimento de diabetes tipo 2. Segundo estimativa, em âmbito mundial, 10% de todos os casos de diabetes tipo 2 podem ser diretamente atribuídos ao tabagismo. Desse modo,

apesar de diabetes ser uma doença de etiologia multifatorial, o controle do tabagismo, também, pode contribuir, substancialmente, para a redução do número de casos da doença. Estudos menores, também, sugerem que o tabagismo em diabéticos cursa com riscos aumentados para desenvolvimento de neuropatia periférica, de pé diabético e, mesmo, de insuficiência renal (DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2017).

Dessa forma, mesmo o presente estudo mostrando que a maioria da amostra não faz uso de bebida alcoólica e de tabagismo, vê-se a necessidade de campanhas de esclarecimento sobre o consumo de álcool e de tabagismo e seus pontos negativos no tratamento de pacientes hipertensos e diabéticos, visto que ambos os fatores são considerados de risco para o mau controle das duas doenças, a fim de diminuir essa porcentagem, mesmo que baixa, de pacientes que ainda fumam e consomem bebida alcoólica na comunidade de Médio Itacuruçá.

Em relação ao ano de diagnóstico, não houve aumento do número de casos com o decorrer dos anos. O ano com maior número de diagnósticos foi 2018, tanto para hipertensão como para o diabetes. Pesquisa por inquérito telefônico de 2017 (VIGITEL BRASIL, 2018) mostrou que entre os anos de 2006 a 2017, a maior porcentagem de diagnósticos médicos de diabetes foi no ano de 2017 (8,9%). Já para a hipertensão, entre 2012 a 2016, o ano de 2016 teve a maior porcentagem de diagnósticos médicos (25,7%) (VIGITEL BRASIL, 2017). Ambas as pesquisas não mostraram aumento crescente de casos com o decorrer dos anos, houve variações, assim como no resultado desta pesquisa.

Este estudo permite sugerir uma associação qualitativa de hipertensão e de diabetes aos seguintes fatores: sexo feminino (67%), faixa etária de 61 a 70 anos (30,1%), nível de escolaridade fundamental incompleto (54,2%), aposentado (43,4%), não consome bebida alcoólica (54,2%), não fumante (51,8%).

Em 2013, a pesquisa nacional de saúde também evidenciou dados parecidos a esta pesquisa, que entre os indivíduos que referiram o diagnóstico de hipertensão a proporção foi maior em mulheres (24,2%), que aumentava de acordo com a idade, sendo maior dentre aqueles com 75 anos ou mais (55%), e com nível de escolaridade sem instrução e fundamental incompleto (31,1%). No diabetes, observou-se o mesmo perfil, o maior percentual de

diagnósticos foi em mulheres (7,0%), na faixa etária de 65 a 74 anos (19,9%) e sem instrução e fundamental incompleto (9,6%) (BRASIL, 2014).

A pesquisa em comunidades quilombolas de Vitória da conquista (BEZERRA et al, 2013) também encontrou resultados similares ao desta, mas, apenas, para o diagnóstico de hipertensão, que foi maior em mulheres (46,1%), em indivíduos de 60 anos ou mais (80,7%), nunca estudou (66%), em lavrador (54,3%), não consumiam bebida alcoólica (46,7%), em ex-fumantes (56,7%).

O conceito de saúde reflete as conjunturas social, econômica, política e cultural. Ou seja: saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças. O conhecimento e o respeito às noções de saúde que cada comunidade possui são necessários, uma vez que, muitas vezes, estas não concordam com os paradigmas da medicina ocidental, mas regem a vida das comunidades e possuem sua própria eficácia. Ao agir com esta consciência, a nação verá, de fato, o controle social do SUS e, conseqüentemente, um melhor resultado em suas abordagens do aspecto inclusivo (FREITAS et al, 2011).

## **6 CONCLUSÃO**

Não foram encontrados muitos estudos sobre descrição de casos de diabetes e de hipertensão arterial em populações quilombolas no Brasil, bem como a condição de saúde de quilombolas, refletindo a pouca atenção à saúde dos povos remanescentes de quilombos, assim como a grande necessidade de aprimoramento das políticas públicas para esse segmento da população brasileira.

Embora os números de casos, tanto de hipertensão quanto de diabetes, tenham sido relativamente baixos, ações de educação em saúde podem ser disponibilizadas e trabalhadas com a comunidade quilombola de Médio Itacuruçá na medida em que estes casos estão, presumidamente, associados à baixa escolaridade;

De igual forma, atenção deve ser dispensada aos moradores da comunidade quilombola de Médio Itacuruçá, em especial ao sexo feminino de mais idade, aposentada, considerando o papel cultural da mulher no cenário doméstico da comunidade, particularmente no que tange a orientação dos hábitos de vida dos demais membros da comunidade;

Embora a presente amostra não tenha mostrado associação aferida com etilismo e tabagismo, sugere-se investigação acerca dos hábitos alimentares da comunidade, pois, estes, podem estar envolvidos com a emergência e a manutenção dessas doenças crônicas na comunidade, considerando que casos novos têm sido registrados nos dois últimos anos;

Diante do que foi exposto, evidencia-se que doenças crônicas são uma realidade em comunidades quilombolas, e que se faz necessário políticas públicas de orientação, de prevenção e de tratamento dessas doenças, a fim de evitar complicações e promover o bem estar, também, destes indivíduos.

## REFERÊNCIAS

BEZERRA VM, ANDRADE ACS, CÉSAR CC, CAIAFFA WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad Saude Publica**. 2013;29(9):1889-902. PMID:24068233. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013001300027>>. Acesso em: 25 Mar. 2019.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (2015-2016) / Adolfo Milech...[et. al.]; organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio - São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2017-2018 / Organização José Egidio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.

BORGES, William Dias. **Prevalência da hipertensão arterial e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia**. – Belém: UFPA, 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia). Universidade Federal do Pará.

BRASIL. Conselho Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério do Meio Ambiente. **Política nacional de desenvolvimento sustentável dos povos e comunidades tradicionais** (Decreto 6040, de 7/2/07). Brasília: CONSEA, jul. 2008a. 26 Slides.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde: PNS 2016-2019**. Brasília; s.n; 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra : uma política para o SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social**. – 3. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Diretoria de Pesquisas Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças Crônicas. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

FIGUEIREDO, M. C. et al. **Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil.** RFO, Passo Fundo, v. 16, n. 2, p. 130-135, maio/ago. 2011.

FREITAS et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev. CEFAC. 2011 Set-Out; 13(5): 937-943.

GERHARDT et al. **Tendência das internações por diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica em idosos.** Cogitare Enferm. 2016 Out/dez; 21(4): 01-10.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Serviço de Saúde Comunitária. Apoio Técnico em Monitoramento e Avaliação em Ações de Saúde. Doenças e agravos não transmissíveis. Ação programática para reorganização da atenção a pessoas com hipertensão, Diabetes *mellitus* e outros fatores de risco para doenças cardiovasculares no SSC-GHC. Porto Alegre: [s.n.], 2009. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/unidades/saudecomunitaria>>. Acesso em: 10 out. 2017. Versão 2.

INSTRUÇÃO Normativa nº 49 de 29 de setembro de 2008. Disponível em: <[http://incra.gov.br/institucional/legislacao--/atos-internos/instrucoes/file/231-instrucao\\_normativa-n-49-29092008](http://incra.gov.br/institucional/legislacao--/atos-internos/instrucoes/file/231-instrucao_normativa-n-49-29092008)>. Acesso em: 10 ago. 2017.

MALACHIAS MVB, Souza WKS, Plavnik FL, Rodrigues CIS, Brandão AA, Neves MFT, et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. Arq Bras Cardiol 2016; 107(3Supl.3):1-83.

O GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ, 2002. Disponível em: < <http://www.iter-pa.pa.gov.br/quilombolas>>. Acesso em: 25 ago. 2017.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais.** Cad. Saúde Colet., 2016, Rio de Janeiro, 24 (4): 420-427.

SANTOS, E. C.; SCALA, L. C. N.; SILVA, A. C. **Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil.** Rev Bras Hipertens vol. 22 (3):100-5, 2015.

SILVA, J. A. N. **Condições de moradia e de saúde em três comunidades quilombolas do estado da Paraíba.** João Pessoa: Cadernos Imbondeiro, v.4, n.1, out.2015.

SILVA, T. S. S. et al. **Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil.** Rio de Janeiro: Cad. Saúde Colet, 24 (3): 376-383, 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco. In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, London, 9 maio 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60135-9.

TERRITÓRIOS quilombolas. Disponível em: <[www.iterpa.pa.gov.br](http://www.iterpa.pa.gov.br)>. Acesso: em 25 ago. 2017.

VIGITEL BRASIL 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

VIGITEL BRASIL 2017: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2017 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: WHO; 2014.