



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CAMPUS SENADOR HELVÍDEO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

AYLLA DE SOUSA SILVA

**PREVALÊNCIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UMA COMUNIDADE
QUILOMBOLA NO SERTÃO PIAUIENSE**

PICOS - PIAUÍ

2023

AYLLA DE SOUSA SILVA

**PREVALÊNCIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UMA COMUNIDADE
QUILOMBOLA NO SERTÃO PIAUIENSE**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Aline Raquel de Sousa Ibiapina.

PICOS - PIAUÍ

2023

FICHA CATALOGRÁFICA
Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

S586p Silva, Aylla de Sousa
Prevalência da doença renal crônica em uma comunidade quilombola no sertão piauiense [recurso eletrônico] / Aylla de Sousa Silva – 2023.
65f.

1 Arquivo em PDF
Indexado no catálogo *online* da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Bacharelado em Enfermagem, Picos, 2023.
“Orientadora : Dra. Aline Raquel de Sousa Ibiapina”

1. Doença renal crônica. 2. Comunidade quilombola. 3. Sertão piauiense. I. Ibiapina, Aline Raquel de Sousa. II. Título.

CDD 616.614

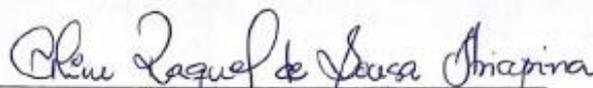
AYLLA DE SOUSA SILVA

**PREVALÊNCIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UMA COMUNIDADE
QUILOMBOLA NO SERTÃO PIAUIENSE**

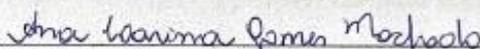
Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Data da aprovação: 28 / 03 / 2023

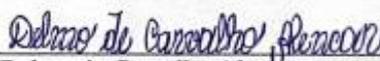
BANCA EXAMINADORA:



Dr^a. Aline Raquel de Sousa Ibiapina
Universidade Federal do Piauí
Presidente



Dr^a. Ana Larissa Gomes Machado
Universidade Federal do Piauí
1^o. Examinadora



Dr^o. Delmo de Carvalho Alencar
Universidade Regional do Cariri
2^o. Examinador

Dr^a. Ana Zaira da Silva
Universidade federal do Piauí
Suplente

PICOS – PI
2023

AGRADECIMENTOS

Há um trecho da bíblia que eu gosto muito: “Sob a sombra do altíssimo”, foi assim que me senti em todos esses anos, sob os cuidados e amparos de Deus. Em nenhum momento dessa minha caminhada me senti sozinha, sua presença estava nos pequenos detalhes e sua vontade se prevaleceu, sendo a mais perfeita e agradável na minha vida. Frente a isso, agradeço ao meu maravilhoso e querido **Deus** pelo dom da vida, pela força concedida todos os dias para lutar nessa batalha constante.

Não poderia deixar de enaltecer a **mim** mesma. As minhas guerras não cabem aqui, mas sinto muito orgulho de tudo conquistado e da mulher/profissional que estou me tornando. Especialmente, quero deixar um agradecimento aos meus amigos e seguidores do **Gaveteiroo**, que foram a minha alegria em vários momentos difíceis e foi através deles que consegui mudar a minha realidade.

À minha mãe drasta, Maria de Jesus (**Duis**), ao meu pai **Ancelmo**, aos meus amigos drastos **André e Lena**, pelas orações, suporte em tudo que fazia, por se doarem e vibrarem comigo a cada sonho alcançado. Aos meus avós, que tanto torcem por mim e foram suporte nessa jornada. Em especial **Vô Solimar** (*in memoriam*) que está vendo sua primeira neta formando do céu e **Vô Elvino** (*in memoriam*).

Ao meu namorado, **Ramon**, que foi um grande amigo e incentivador para buscar os meus sonhos. Aos **amigos que a UFPI** me deu, o P dos sem semestre: Maria Eduarda, Marcos Vinicius, Giovanna, Patrícia, Denise e Joyce, que tornaram a minha jornada acadêmica mais leve (ou não kkkk).

E por fim, mas não menos importante, as minhas professoras, orientadoras e inspiradoras **Dra. Ana Larissa e Dra. Aline Ibiapina**, pelas orientações, tantos ensinamentos, oportunidades de crescimento dentro do GPeSC e confiança em mim depositadas.

Saibam que todos vocês, à sua forma, tiveram uma parcela de contribuição significativa para a minha formação acadêmica e profissional. **Meu muito obrigado**. Deus os abençoe grandemente.

RESUMO

Introdução: As comunidades quilombolas são núcleos populacionais de afrodescendentes que, diante da condição de escravidão vivida, constituíram formas particulares de organização social e ocuparam espaços geográficos estratégicos no Brasil. No Piauí, as comunidades possuem um número expressivo, e mesmo com a formação de grandes comunidades, as desigualdades socioeconômicas, acesso aos bens e serviços aumentam a vulnerabilidade em saúde dos povos negros. Dessa forma, seja pela condição genética ou por fatores sociais os afrodescendentes tem três vez mais probabilidade de chegar à terapia renal substitutiva. **Objetivo:** Detectar a prevalência de DRC em uma população comunidade quilombola do sertão piauiense. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa de caráter exploratório, com população composta pelos adultos que residem na comunidade quilombola dos Potes obtendo uma amostra de 39 pessoas. As variáveis foram agrupadas em: sociodemográficas, clínicas e triagem para doença renal crônica. Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2021, por meio de um formulário de caracterização sociodemográfica, avaliação de condições de saúde e avaliação de saúde. Os dados foram analisados pelo software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão 26. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob parecer: 4.338.401. **Resultados:** Constatou-se que a maioria era do sexo feminino (66,7%), na faixa etária de 20-59 anos (76,9%), ensino fundamental incompleto (35,9%), raça negra (71,8) e na classe econômica C2 e D-E (71,8%). Apresentaram classificação do IMC com obesidade (35,9%) e a glicemia capilar com média de 143,69. Não houve associação significativa entre as variáveis risco de doença renal oculta e o perfil sociodemográfico, entretanto, houve associação estatística significativa entre glicemia capilar, primeira medida da pressão arterial, segunda medida da pressão arterial, hipertensão e se faz o uso de medicamentos. **Conclusão:** Todos estes fatores associados influenciam diretamente na diminuição da função renal, levando a perda progressiva dos rins e trazendo complicações irreversíveis para os indivíduos acometidos. Nesta perspectiva a taxa de prevalência para DRC na população comunidade quilombola do sertão piauiense foi de 30,8%.

Descritores: Doença Renal Crônica. Comunidade Quilombola. Condições de Saúde. Afrodescendentes.

ABSTRACT

Introduction: Quilombola communities are population centers of Afrodescendants who, to counter their condition as slaves in the past, constituted particular forms of social organization, and occupied strategic geographic spaces in Brazil. In Piauí, communities have a significant number, and even with the formation of large communities, socioeconomic inequalities, access to goods and services increase the health vulnerability of black people. Afrodescendants are three times more likely to reach renal replacement therapy, either due to genetic conditions or social factors. **Objective:** was to detect the prevalence of CKD in a quilombola community population in the countryside of Piauí. **Method:** This constitutes a cross-sectional study, with a quantitative approach of exploratory nature, concerning a population composed of adults residing in the quilombola community of Potes, obtaining a sample of 39 people. The variables were grouped into sociodemographic, clinical, and screening for chronic kidney disease. Data were collected from July to September of 2021, using a sociodemographic characterization form, an assessment of health conditions, and a health assessment. And the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 26 was used to perform the statistical analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Piauí, under the assessment number 4,338,401. **Results:** It was found that the majority of participants were female (66.7%), aged between 20-59 years (76.9%), had incomplete primary education (35.9%), identified as black (71.8%) and as part of economic classes C2 and D-E (71.8%). They presented an obesity BMI classification (35.9%), and capillary blood glucose with an average of 143.69. There was no significant association between the variables risk of latent kidney disease and sociodemographic profile; however, there was a statistically significant association between capillary blood glucose, first blood pressure measurement, second blood pressure measurement, hypertension, and medication use. **Conclusion:** It is concluded that all these associated factors directly influence the decrease in renal function, leading to progressive failure of the kidneys and bringing irreversible complications for the affected individuals. In this perspective, the prevalence rate for CKD in the Quilombola community population of the hinterland of Piauí was 30.8%.

Descriptors: Chronic Kidney Disease. Quilombola Community. Health conditions. Afrodescendants.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Pontos de cortes para a classificação do estado nutricional em adultos	21
Quadro 2 - Pontos de cortes para a classificação de risco para doenças cardiovasculares	21
Quadro 3 - Pontos de cortes para a classificação socioeconômica brasileira.....	22
Gráfico 1 - Caracterização do diagnóstico nutricional da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39	28
Gráfico 2 - Caracterização da prevalência do risco da doença renal oculta da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39	26
Tabela 2 - Caracterização da avaliação de Saúde da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39	27
Tabela 3 - Análise de normalidade das medidas antropométricas e clínicas da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39	29
Tabela 4 - Análise de associação entre o Risco de doença renal oculta e o perfil sociodemográfico da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39	30
Tabela 5 - Análise de associação entre o Risco de Doença renal oculta e avaliação de saúde da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AINE's	Anti-inflamatórios Não Esteroidais
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRC	Doença Renal Crônica
GPESC	Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
KDOQI	<i>Kidney Disease Outcome Quality Initiative</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAM	Pressão Arterial Média
PET	Programa de Educação Tutorial
PI	Piauí
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNPIR	Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SCORED	<i>Screening for Occult Renal Disease</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFG	Taxa de Filtração Glomerular
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Geral	12
2.2 Específicos.....	12
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	13
3.1 Contexto histórico do quilombo no Brasil.....	13
3.2 Políticas de saúde para comunidades quilombolas.....	14
3.3 Acesso de comunidades quilombolas aos serviços de saúde.....	16
3.4 Doença Renal Crônica: conceitos, aspectos epidemiológicos e tratamento.	17
4 MÉTODO.....	19
4.1 Tipo de Estudo.....	19
4.2 Local do Estudo.....	19
4.3 População e amostra do estudo.....	20
4.4 Variáveis do Estudo.....	20
4.5 Coleta de dados.....	22
4.6 Análise dos dados	23
4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa.....	24
5 RESULTADOS	26
6 DISCUSSÃO	33
6.1 Caracterização do perfil sociodemográfico da comunidade.....	33
6.2 Características da avaliação de saúde da comunidade quilombola	35
6.3 Caracterizações do diagnóstico nutricional e do risco para doença renal oculta.....	37
6.4 Análise de normalidade das medidas antropométricas e clínicas	38
6.5 Associação entre o Risco de Doença Renal Oculta e o perfil Sociodemográfico	39
6.6 Análise de associação entre o Risco de Doença renal oculta e avaliação de saúde	40
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
APÊNDICES.....	53
ANEXOS.....	60

1 INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas são núcleos populacionais de afrodescendentes que, diante da condição de escravidão vivida no passado, constituíram formas particulares de organização social e ocuparam espaços geográficos estratégicos no Brasil. Com o tempo, tornaram-se territórios de representação e pertencimento de parcela significativa do povo negro, tendo sua identidade definida por raízes históricas e marcada por processos de discriminação e exclusão que imprimem em sua realidade um quadro socioeconômico bastante excludente em relação à população brasileira de modo geral (PAULI, 2019).

Tradicionalmente, os quilombos eram regiões de grande concentração de escravos, afastados dos centros urbanos e em locais de difícil acesso. Embrenhados nas matas, selvas ou montanhas, esses núcleos se transformaram em aldeias. Esse isolamento fazia parte de uma estratégia que garantiu a sobrevivência de grupos organizados com tradições e relações territoriais próprias, formando, em suas especificidades, uma identidade étnica e cultural que deve ser respeitada e preservada (DE JESUS, 2019).

Atualmente, do número total apresentado no primeiro balanço parcial do Censo Demográfico 2022, apresentado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi de 386.750 pessoas se autodeclararam quilombolas. Até o momento os Estados com maior número de pessoas quilombolas contados são Bahia com 116.437 quilombolas, Maranhão com 77.683 e Pará com 42.439. Esses números correspondem a 61,15% do número total. O Nordeste é a região do Brasil que concentra o maior número de localidades quilombolas (IBGE, 2022).

No Piauí, as comunidades quilombolas possuem um número expressivo, esse índice pode ser entendido pelo fato do sertão ser uma região pouco conhecida/desbravada pelos europeus (DA FONCECA; GOMES, 2021). Nesse sentido, segundo informações da Base Territorial Censitária do IBGE, após o mapeamento, identificou-se que o estado do Piauí é composto por: 13 territórios quilombolas oficialmente delimitados e definidos em setores censitários, 90 agrupamentos quilombolas definidos em setores censitários e 112 localidades quilombolas (IBGE, 2019).

Mesmo com a formação de grandes comunidades, as desigualdades socioeconômicas, fatores relacionados ao acesso aos bens e serviços aumentam a vulnerabilidade em saúde dos povos negros (SANTOS, 2020). De acordo com a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) de 2013, as doenças crônicas, classificadas como hipertensão

arterial, diabetes mellitus, coronariopatias e insuficiência renal crônica estão entre as mais prevalentes na população negra (BRASIL, 2013).

Para Lima (2022), afrodescendentes tem três vez mais probabilidade de chegar à terapia renal substitutiva. As diferenças nas condições de saúde, cuidados e os desamparos em diversos aspectos, podem contribuir para este fato, porém não são inteiramente responsáveis pelas repercussões mais graves nas doenças renais, o que sugere mais uma vez um possível envolvimento de fatores genéticos. Dessa forma, pode-se entender que a progressão da Doença Renal Crônica (DRC) em negros é maior quando comparadas com caucasiano.

A definição de DRC é baseada em três componentes: um componente anatômico ou estrutural (marcadores de dano renal); um componente funcional (baseado na taxa de filtração glomerular - TFG) e um componente temporal. Com base nessa definição, seria portador de DRC qualquer indivíduo que, independentemente da causa, apresentasse $TFG < 60$ mL/min/1,73m² ou a $TFG > 60$ mL/min/1,73m (BASTOS, 2021).

Diversos fatores, além do estilo de vida, estão relacionados à ocorrência das doenças renais crônicas e seus agravos, condição que destaca a necessidade de um olhar mais amplo. Na literatura brasileira ainda são escassos os estudos voltados para a caracterização das condições de saúde das populações quilombolas, que permitam intervenções mais efetivas (GUIMARÃES; QUEIROZ, 2021). Nessa conjuntura, tem-se o seguinte questionamento: Qual é a prevalência da doença renal crônica em uma comunidade quilombola no sertão piauiense?

Como hipótese de pesquisa tem-se que, além do fator genético, as condições sociodemográficas, epidemiológicas e os aspectos socioeconômicos repercutem na probabilidade do desenvolvimento de DRC na comunidade quilombola.

A realização do presente estudo justifica-se por ressaltar a importância de saber a proporção e ocorrência da DRC, bem como, identificar as reais condições de saúde e sociais vivenciada pelos povos quilombolas. Tal pesquisa permitirá a implementação de ações de promoção e intervenção à saúde, assim como, informar a população e estimular um movimento que busquem melhorias para a assistência em saúde.

Nesse cenário, evidencia-se a comunidade quilombola como um grupo ideal para fazer o acompanhamento holístico sobre as condições de saúde. Além disso, ressalta-se a relevância desse estudo para esses grupos que ainda carecem de maior atenção e recursos humanos qualificados para assisti-los, visto que, em virtude do isolamento geográfico em que muitas vivem, são obrigadas a buscar pelo serviço de saúde em lugares mais distantes.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Detectar a prevalência de DRC em uma população comunidade quilombola do sertão piauiense.

2.2 Específicos

- Verificar as condições de saúde dos quilombolas através da avaliação de medidas antropométricas, parâmetros cardiovasculares e fatores de risco para o desenvolvimento de doença renal crônica.
- Traçar o perfil epidemiológico da comunidade quilombola do sertão piauiense.
- Analisar a associação das características sociodemográficas e condições de saúde com o risco de doença renal crônica na comunidade quilombolas.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para uma melhor organização das ideias, o capítulo está dividido em quatro subtópicos, a saber: Contexto histórico do quilombo no Brasil; Políticas de saúde para comunidades quilombolas; Acesso de comunidades quilombolas aos serviços de saúde; e, Doença Renal Crônica: conceitos, aspectos epidemiológicos e tratamento.

3.1 Contexto histórico do quilombo no Brasil

Na história do Brasil, os quilombos foram reconhecidos pela administração do período colonial por sua constituição a partir das formas de resistência dos africanos ao sistema escravocrata. Retirados de sua terra natal e trazidos à força para as terras brasileiras para o trabalho escravo em grandes fazendas, engenhos e garimpos, os africanos organizaram-se dos modos mais diversos, em rejeição ao sistema de escravidão a que foram submetidos (CARVALHO, 2013).

Com a Abolição da Escravidão, em 1888, restaram aos escravizados duas possibilidades: fixarem-se nas periferias urbanas, opção escolhida por muitos ex-escravos urbanos, ou refugiarem-se nas comunidades quilombolas, embrenhando-se na mata atrás de refúgio. Conseqüentemente, acabaram por se isolar em comunidades quilombolas distantes das cidades, tendo como justificativa o medo de que a Lei Áurea viesse a ser revogada e que o sistema escravocrata retornasse ao país (FURTADO *et al.*, 2014).

Os quilombos reafirmavam uma ruptura com a lógica vigente na escravidão, quando os negros ex-escravos se apossavam de pequenos pedaços de terra. A legislação da época excluía qualquer possibilidade de aquisição de terra que não fosse pela compra. Mesmo diante desses impedimentos legais, os negros quilombolas tomavam posse de pedaços de terras e estabeleciam moradia e trabalho. Nesse sentido, foram revogados por meio da luta, a legislação imposta pela classe dominante e colonizadora, que os excluía da condição de possuidores de terra (FURTADO *et al.*, 2014).

As menções oficiais a comunidades quilombolas foram esquecidas por 148 anos. Este foi o período entre a primeira menção a “quilombo” realizada pelo Conselho Ultramarino em 1740, em um Brasil colonial e escravocrata, que se referia ao quilombo como “toda habitação de negros fugidos, que passem de cinco, em parte despovoada, ainda que não tenham ranchos levantados e nem se achem pilões nele”. E a segunda e última menção, realizada no contexto

republicano e democrático trazido pela Constituição Brasileira de 1988, promulgando que aos “remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos” (VALENTIM; TRINDADE, 2011).

Durante os trabalhos da Assembleia Nacional Constituinte em 1987, os movimentos sociais organizados ganharam visibilidade, dentre eles as comunidades indígenas e quilombolas, que conseguiram colocar em pauta muitas de suas reivindicações em torno da ampliação de direitos sociais e civis como forma de reparação histórica das desigualdades e da opressão a que foram sujeitos no período escravocrata. Dentre essas várias reivindicações, destacam-se: a criminalização do racismo, as políticas públicas de ações afirmativas e valorização e resgate da cultura negra, e pelo reconhecimento da diversidade étnica e cultural que compõe a sociedade brasileira (LEITE, 2008).

Apesar desse reconhecimento adquirido com a Constituição, Valentim e Trindade (2011) ressaltam que permanecem até hoje as representações que associam quilombo a um contexto histórico específico, de fuga da escravidão e de formação de comunidades precárias, reunidas por frágeis laços institucionais em locais de difícil acesso. Além disso, continuam ainda as pendências fundiárias e a aquisição de uma identidade definitiva.

Onde houve escravidão existiu resistência, caracterizando o quilombo como um dos movimentos mais fortes de reação à escravidão. A presença de quilombolas no Brasil contemporâneo, contudo, não se resume como ruínas do passado pela pesquisa arqueológica, pois mesmo aqueles agrupamentos sempre abarcam indígenas, camponeses e outros sujeitos, o que torna a questão complexa (DA LUZ LEMOS; PEIXOTO, 2021).

O quilombo era um espaço em que os ex-escravos reafirmavam sua cultura, seu modo de vida comunal e coletivo, e também a sua religiosidade. As relações próximas, propiciadas pela vida no quilombo, reafirmam suas identidades pelo compartilhamento de símbolos, valores e costumes comuns. A possibilidade de assumir sua identidade permitia ao indivíduo colocar-se de forma diferente perante a sociedade, em uma posição ativa de resistência, luta e discordância com o tratamento de submissão e exclusão imposto aos escravos (FURTADO, *et al.*, 2014).

3.2 Políticas de saúde para comunidades quilombolas

As políticas públicas focadas nos quilombolas são norteadas por ações afirmativas específicas e somente a partir dos anos 2000 começaram a ser aplicadas no Brasil, por meio da Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial (PNPIR), Programa Brasil Quilombola e também da criação da Secretaria Especial de Políticas e Promoção para a Igualdade Racial (DA MORAIS, 2022).

No âmbito do Ministério da Saúde, houve a criação do Comitê Técnico de Saúde da População Negra, através da Portaria nº 1.678/2004, que tem a finalidade de promover a equidade e igualdade racial voltada ao acesso e à qualidade nos serviços de saúde, à redução da morbimortalidade, à produção de conhecimento e ao fortalecimento da consciência sanitária e da participação da população negra nas instâncias de controle social no SUS e, posteriormente, foi instituída a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, através da Portaria nº 992/2009 (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

De forma equivalente a política, é norteadada por diretrizes que preveem a inclusão dos temas racismo e saúde da população negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde; ampliação e fortalecimento da participação do movimento social negro nas instâncias de controle social; incentivo à produção do conhecimento científico e tecnológico em saúde para essa população; promoção do reconhecimento dos saberes e práticas populares de saúde; desenvolvimento de processos de informação, comunicação e educação, que desconstruam estigmas e preconceitos, fortaleçam uma identidade negra positiva e contribuam para a redução das vulnerabilidades; entre outros (DE SOUZA RISCADO, 2016).

Com objetivo de atingir um financiamento mais equitativo a Portaria do Ministério da Saúde (GM/MS nº 1.434/2004), estabeleceu um adicional de 50% no valor dos incentivos de Saúde da Família e Saúde Bucal para municípios com menos de 30.000 habitantes e com Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) menor ou igual a 0,7. Também foi implementado este diferencial no valor para as equipes que atuam em áreas de assentamentos rurais e de quilombolas em municípios que não se enquadram nos critérios anteriores (PEREIRA, 2016).

A Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), foi criada com o objetivo de promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, 2013).

Para a implementação da PNSIPCF, devem ser observados os seguintes princípios e diretrizes: saúde como direito universal e social; inclusão social, com garantia do acesso às ações e serviços do SUS, da promoção da integralidade da saúde e da atenção às especificidades de geração, raça/cor, gênero, etnia e orientação sexual das populações do campo e da floresta; transversalidade como estratégia política e a intersetorialidade como prática de gestão; formação e educação permanente em saúde; valorização de práticas e conhecimentos tradicionais; promoção de ambientes saudáveis; entre outros (BRASIL, 2013).

3.3 Acesso de comunidades quilombolas aos serviços de saúde

Mesmo com a existência de inúmeras políticas sociais e de saúde voltadas para a população negra e afrodescendentes residentes no Brasil, os quilombolas continuam sendo vítimas de preconceito, xenofobia, discriminação racial, iniquidades sociais e acesso aos serviços de saúde (DE JESUS PEREIRA; FERREIRA, 2016). Essas desigualdades estão ligadas a questões étnicas e raciais vivenciadas com mais frequência por negros, pardos e indígenas (FRANCHI *et al.*, 2018).

Um exemplo recente é a pandemia do novo Coronavírus, que atingiu essa população e demonstrou ainda mais as desigualdades no acesso à saúde, já que muitos remanescentes quilombolas foram infectados por falta de acesso à informação e por viverem em áreas isoladas, com condições sanitárias e infraestrutura precárias, e especialmente o acesso limitado aos serviços de saúde (FERREIRA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, em um estudo recente com adolescentes quilombolas e não quilombolas do semiárido baiano, Santana *et al.* (2021) mostraram que dificuldades de acesso aos serviços de saúde foram mencionadas em relação ao elevado tempo de espera por atendimento, à falta de prioridade para esse público, precária estrutura física e de conservação das UBS e baixa regularidade de oferta de atendimento nas comunidades, e que quando não atendidos na atenção primária, os adolescentes quilombolas e não quilombolas relataram diferentes estratégias na busca por cuidados em saúde, enquanto os quilombolas procuravam preferencialmente os hospitais públicos, os não quilombolas optavam por clínicas privadas. Isso evidencia os níveis de disparidade econômica e social dessas populações.

No Brasil, os afrodescendentes, incluindo os remanescentes de quilombos, têm menor acesso aos serviços de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, principalmente na atenção primária à saúde, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, reestruturado por meio da

Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável para o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e restauração da saúde (FRANCHI *et al.*, 2018). A atuação das Equipes de ESF (ESF) em comunidades quilombolas foi enfatizada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, para ampliar o acesso desse grupo aos serviços de saúde e garantir o acesso à saúde como direito fundamental (BRASIL, 2017).

Para a construção de um viver digno no quilombo é necessário que este tenha uma cultura fortalecida e respeitada, onde seu povo se reconheça no coletivo e na identidade quilombola, onde as pessoas tenham direito ao território e estejam inseridas numa sociedade antirracista. Só é possível falar de vida saudável se tivermos uma sustentabilidade, soberania e solidariedade consolidadas, pois essas são condições para a estruturação daquela (GOMES, 2022).

3.4 Doença Renal Crônica: conceitos, aspectos epidemiológicos e tratamento.

É de conhecimento geral que a função básica dos rins é limpar o plasma sanguíneo de substâncias indesejáveis ao organismo, O rim tem função de filtrar as toxinas do corpo e excretá-lo pela urina. Como consequência do declínio da função renal, o rim apresenta dificuldade de regulação e excreção dos produtos finais do metabolismo, fazendo com que os mesmos fiquem acumulados na corrente sanguínea, levando ao quadro conhecido como uremia (RIBEIRO, 2020).

Dessa forma, a doença renal crônica (DRC), definida como um grupo heterogêneo de doenças que afetam a estrutura e a função dos rins por mais de três meses, comumente associada a diabetes mellitus e hipertensão arterial e que pode progredir para uma fase mais severa, chamada de doença renal crônica terminal (DRCT) (AIRES, 2012). Devido a progressão silenciosa da doença até seus estágios mais avançados, quando o indivíduo procura cuidados em saúde já apresenta uma ou mais complicações e, ou morbidade associada à enfermidade (FERREIRA, 2020).

A DRC é dividida em cinco estágios segundo o grau de função renal do paciente, são eles: (1) fase de função renal normal sem lesão renal - inclui integrantes dos grupos de risco para o desenvolvimento da DRC; (2) fase de lesão com função renal normal - corresponde às fases iniciais de lesão renal com filtração glomerular preservada; (3A) fase de insuficiência renal funcional ou leve - ocorre no início da perda de função dos rins; (3B) fase de insuficiência

renal laboratorial ou moderada - embora os sinais e sintomas da uremia possam estar presentes de maneira discreta, o paciente mantém-se clinicamente bem. (4) fase de insuficiência renal clínica ou severa - o paciente já apresenta disfunção renal e apresenta sinais e sintomas marcados de uremia. (5) fase terminal de insuficiência renal crônica - faixa na qual os rins perderam o controle do meio interno, tornando-se este bastante alterado para ser compatível com a vida (LEVEY *et al.*, 2005).

De acordo com o censo de julho de 2021 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, o número total estimado de pacientes em diálise foi 148.363, as taxas estimadas de prevalência e incidência de pacientes por milhão da população (PMP) foram 696 e 224, respectivamente. Dos pacientes prevalentes, 94,2% estavam em hemodiálise (HD) (1,8% destes em hemodiafiltração), e 5,8% em diálise peritoneal (DP); 21% estavam na lista de espera para transplante (NERBASS, 2022).

Segundo Bastos e Kirsztajn (2011) os principais fatores de risco são para o desenvolvimento são: diabetes, hipertensão, idade avançada, obesidade, histórico de doença renal na família, tabagismo e uso de agentes nefrotóxicos. O diagnóstico vem através de laboratório com amostras de sangue e urina (hemograma, marcadores renais, sumário urinário, urina em 24 horas) (ABREU *et al.*, 2019).

Para o tratamento dos pacientes portadores da doença renal é preciso o entendimento dos fatores diversos, que se relacionam englobando a doença de base, o estágio da doença, a velocidade da diminuição da filtração glomerular (FG), identificação de complicações e comorbidades, principalmente as cardiovasculares. A hemodiálise é o tratamento terapêutico mais utilizados na DRC e é acompanhado de inúmeras restrições de vida tais como, restrições alimentares, de atividades diárias básicas, e sociais (MAIA, 2021).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa de caráter exploratório. Os estudos transversais consistem em uma ferramenta de grande utilidade para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. A expressiva popularidade deste tipo pode ser atribuída a diversos fatores, entre eles o baixo custo, a facilidade de realização, a rapidez com que é empregado e a objetividade na coleta de dados (BASTOS, 2007).

O método quantitativo busca a explicação do comportamento das coisas e, epistemologicamente, todos os métodos são dedutivos a priori (partindo de hipóteses) e indutivos a posteriori (partindo de dados coletados em campo, laboratório ou em registros da literatura), com o objetivo de estabelecimento matemático das relações causa-efeito (GIL, 2019). E de caráter exploratório pelo aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições (GIL, 2002).

4.2 Local do Estudo

No presente estudo, a comunidade pesquisada recebe o nome de “Quilombo dos Potes” e está localizada na cidade de São João da Varjota, na região centro-sul do Piauí, a 287 km de Teresina, capital do Estado. Teve sua emancipação política em meados do ano de 1994 na cidade de Oeiras-PI. A comunidade dos Potes é uma das quatro comunidades remanescentes do quilombo presente no município e está localizada as margens da PI-130.

A comunidade é mantida através de artesanatos locais produzidos com o barro, possuindo em média cerca de 40 famílias associadas ao projeto quilombola que tem como o seu principal objetivo o reconhecimento dos direitos básicos dos povos remanescentes. A comunidade mantém viva as culturas e tradições que entrelaçam as gerações de suas famílias, o quilombo dos potes preserva práticas culturais e religiosas como dança, capoeira, artesanato, rituais religiosos, exercem também agricultura e pecuária de subsistência.

4.3 População e amostra do estudo

A população do estudo foi composta pelos adultos que residem na comunidade quilombola dos Potes. Atualmente correspondendo a um total de 70 pessoas segundo a líder comunitária.

Dessa forma, o estudo foi conduzido com toda a população, tendo em vista o número ser inferior a duzentos indivíduos. Para constituir a amostra do estudo, foram aplicados critérios de elegibilidade. Desses, foram critérios de inclusão: adultos com idade igual ou superior a 18 anos e que estivessem localizados no período da coleta de dados de acordo com os endereços fornecidos pelo líder comunitário.

Foram excluídos do estudo crianças e adolescentes com idades inferiores a 18 anos e adultos que apresentem sintomas respiratórios (febre, tosse e falta de ar) considerando a pandemia da Covid-19 ou adultos acamados.

Assim, a amostra final foi de 39 participantes usando os critérios de inclusão. Ocorreu perda na quantidade de entrevistados em relação à amostra originalmente prevista devido a não localização das famílias ou recusa.

4.4 Variáveis do Estudo

As variáveis abordadas estão agrupadas em: sociodemográficas, clínicas e triagem para Doença Renal Crônica.

4.4.1 Clínicas

Foram coletados os dados antropométricos e clínicos, avaliação das condições de saúde, anamnese e diagnóstico nutricional.

Peso Corporal (kg) e Estatura (cm): A antropometria (peso corporal e estatura) foi realizada por uma equipe de avaliadores treinados, composta por integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC).

IMC: A partir da obtenção das medidas de peso e altura foi calculado o Índice de Massa Corporal (IMC) definido como a razão entre o peso (kg) e o quadrado da altura (m). A classificação do estado nutricional foi realizada segundo parâmetros estabelecidos para adultos (quadro 1).

Quadro 1 - Pontos de cortes para a classificação do estado nutricional em adultos

CLASSIFICAÇÃO	PARÂMETROS
Risco de desnutrição	< 18,5kg/m ²
Eutrófico	18,5 – 24,9kg/m ²
Risco de sobrepeso	25,0 – 29,9kg/m ²
Obesidade	>30,0kg/m ²

Fonte: Organização Mundial da Saúde

RCQ: a relação cintura-quadril (RCQ) é o cálculo que se faz a partir das medidas da cintura e do quadril, dividindo o tamanho da cintura pelo tamanho do quadril. Ajuda a identificar o risco de desenvolver doenças cardiovasculares, como diabetes ou hipertensão (quadro 2).

Quadro 2 - Pontos de cortes para a classificação de risco para doenças cardiovasculares

CLASSIFICAÇÃO	PARÂMETROS
sem risco	Homens <0,9cm
	Mulheres <0,85cm
com risco	Homens >0,90cm
	Mulheres > 0,85cm

Fonte: Physical Test, 2004.

PA: Foi realizada com esfigmomanômetros aneroides da marca "Tycos" e manguitos da marca "Welch Allyn". A pressão foi verificada em dois momentos PA1 e PA2 para evitar erros na leitura, e após isso, foi calculado a Pressão Arterial Média (PAM) baseando-se nas pressões sistólica e diastólica, usando a fórmula $PAM = (2(PAD) + PAS)/3$.

Glicemia Capilar: Foi realizado com o glicosímetro da marca "Accu-Chek" e fitas compatíveis com o aparelho, que mede o nível de açúcar que circula no sangue num determinado momento. A glicemia foi computada em miligramas de glicose por decilitro de sangue (mg/dL).

4.4.2 Sociodemográfica

Foi utilizado o instrumento de caracterização sociodemográfica adaptado da Associação Nacional de Empresas e Pesquisas (2019) (ANEXO A), que contempla variáveis sociodemográficas, seguido de perguntas relativas quantidade de determinados itens que possui em casa, grau de instrução do chefe da família e serviços públicos disponíveis em casa, o que gera uma pontuação que posteriormente é utilizada para identificar a classe social no qual o participante está inserido. Foram abordados os seguintes itens:

Idade: computou-se em anos.

Escolaridade: computou-se em anos ou série.

Situação conjugal: foram consideradas as seguintes opções: solteiro (a), viúvo (a), separado (a), casado(a), estável, divorciado(a).

Moradia: foram consideradas as seguintes opções: pais, companheiro(a), amigo (a) ou outros.

Renda familiar: considerou-se o valor bruto dos vencimentos mensais da família do pesquisado em reais.

A classificação da Associação Nacional de Empresas e Pesquisas divide a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2 e DE (quadro 3).

Quadro 3 - Pontos de cortes para a classificação socioeconômica brasileira

Classe	Pontos
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

Fonte: ANEP, 2019.

4.4.3 Triagem para Doença Renal Crônica

Foi idealizado um questionário denominado *Screening for Occult Renal Disease* (SCORED), que rastreia e alerta sobre um risco aumentado de DRC em fase inicial, com a vantagem de apenas utilizar variáveis facilmente entendidas por leigos, sem necessidade de exames laboratoriais (MAGACHO, 2012).

O SCORED é constituído por 11 perguntas com respostas “sim” ou “não” referentes a dados demográficos (idade e gênero) e clínicos (presença e ocorrência de morbidades). As respostas “sim” geram pontuação diferenciada de acordo com cada pergunta. A pontuação final varia de 0 a 12, e se ela for maior ou igual a 4, trata-se de alerta para risco de DRC (DA SILVA LIMA *et al.*, 2020).

4.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de julho a setembro de 2021, pelos entrevistadores capacitados do Programa de Educação Tutorial – PET Cidade, Saúde e Justiça, juntamente com

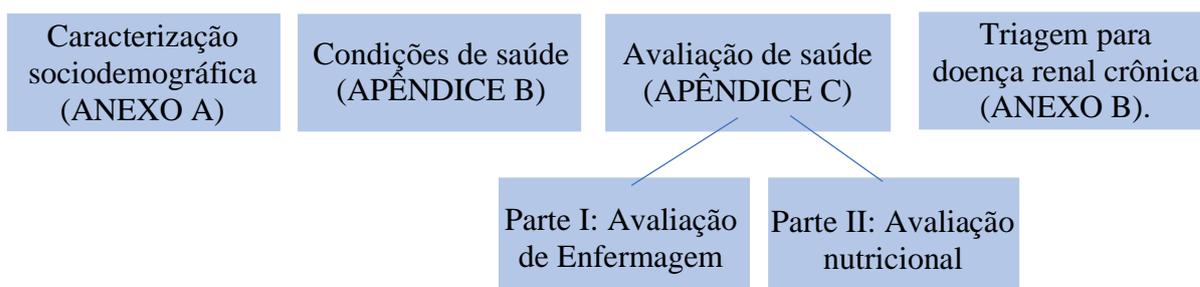
integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde Coletiva (GPeSC), linha de pesquisa em Saúde do Adulto e Idoso e Tecnologias Educativas em Saúde, vinculados à UFPI/CSHNB e ao MEC.

Foram discutidos com os integrantes instruções acerca do objetivo do estudo, metodologia científica e utilização dos instrumentos de coleta de dados. Tendo em vista o antigo cenário da epidemia da COVID-19 no país, foram adotando medidas como o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), a exemplo de aventais, luvas, máscaras, álcool gel e álcool 70%, e o controle do distanciamento entre os participantes, evitando aglomeração e diminuindo as chances de transmissão e contaminação da doença.

A coleta foi realizada em dois estágios: (1) busca voluntária da comunidade quilombola aos postos de coleta da pesquisa; (2) seleção aleatória dos domicílios com residentes acima de 18 anos que tivessem interesse em participar. Ambos os estágios foram previamente avisados à comunidade dias antes para que, aqueles que gostariam de contribuir pudessem se preparar para receber os pesquisadores.

Após isso, foi realizado a coleta de dados pessoais através de formulários individuais e estruturados conforme é apresentado no fluxograma 1.

Fluxograma 1 - Formulários para coleta de dados



O instrumento de avaliação de condições de saúde (APÊNDICE B), avalia se o participante tem acesso a serviços de saúde, o tipo de serviço e como ele classifica o mesmo, bem como, a classificação de seu estado de saúde atual, qualidade do sono, disposição para as atividades diárias, prática de atividade física e histórico de tratamento de doenças crônicas não transmissíveis pessoal ou familiar.

4.6 Análise dos dados

Para tabular e organizar os dados foi utilizado *Microsoft Excel* 2016. Para o realizar as análises estatísticas foi usado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 26. A priori foi realizado a análise descritiva exploratória, sendo para as variáveis qualitativas ou

categóricas a frequência era absoluta e relativa, para as variáveis quantitativas ou numéricas utilizaram a medidas de posição média e desvio padrão. O intervalo de confiança foi aplicado tanto para frequência de relativas, que são os percentuais, quanto para média.

A análise inferencial ficou por conta do Teste Exato de Fisher que foi usado para examinar a significância da associação entre as variáveis qualitativas e quantitativas; do teste de *Mann-Whitney* (U) que testa a igualdade das medianas; e da Regressão Logística medindo a razão de chances ou razão de possibilidades. Para viabilizar a amostra, foi utilizado o cálculo quando as probabilidades de um evento em cada um dos grupos forem p (primeiro grupo) e q (segundo grupo), então a razão de chances:

$$\frac{p/(1-p)}{q/(1-q)} = \frac{p(1-q)}{q(1-p)}.$$

Uma razão de chances de 1 indica que a condição ou evento sob estudo é igualmente provável de ocorrer nos dois grupos. Uma razão de chances maior do que 1 indica que a condição ou evento tem maior probabilidade de ocorrer no primeiro grupo. Finalmente, uma razão de chances menor do que 1 indica que a probabilidade é menor no primeiro grupo do que no segundo.

4.7 Aspectos éticos e legais da pesquisa

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob número do parecer: 4.338.401 (ANEXO C) e foi conduzido em sua totalidade seguindo os preceitos éticos e legais acerca do desenvolvimento de pesquisas com seres humanos, conforme propostos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Os participantes que concordaram em participar da pesquisa receberam o TCLE para leitura e assinatura, bem como foram assegurados do direito de sigilo de identificação, ausência de custos, da liberdade de poder retirar-se da pesquisa a qualquer momento do andamento do estudo. Na oportunidade, foram informados sobre os riscos da pesquisa, caracterizados como mínimos, podendo ser o possível constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados e o tempo despendido para isto. Para minimizá-los, os participantes preencheram em local reservado em tempo que consideraram necessário. Além disso, durante a leitura do material puderam tecer comentários, conversar ou sanar dúvidas com o pesquisador.

Os benefícios da participação no estudo consistem na produção e divulgação de relatórios técnico-científicos acerca das ações históricas, religiosas e culturais da comunidade quilombola participante, bem como de aspectos relacionados à saúde, qualidade de vida e obtenção de conhecimento, pois espera-se que a divulgação favoreça discussões, aprimoramento e elaboração de novas estratégias para o acompanhamento da comunidade.

5 RESULTADOS

Dos 39 participantes que compuseram a amostra, houve um predomínio de participantes do sexo feminino (66,7%), na faixa etária de 20-59 anos (76,9%), com média de idade de 43,15 anos e desvio padrão de 17,95. A renda familiar média de R\$ 1040,72 e o desvio padrão de 697,15. A maioria era do ensino fundamental incompleto (35,9%), raça negra (89,7%), morando com o companheiro (a) (61,5%), com convivem 1-5 pessoas na mesma residência(94,9%), casado (71,8), trabalho remunerado (56,4%), que estão na classe econômica C2 e D-E (71,8%), conforme mostra a tabela 1.

Tabela 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39

	N(%)	IC-95% ¹	Média (IC-95%) ²	Dp*
Perfil Sociodemográfico				
Sexo				
Feminino	26(66,7)	(51,1-79,9)		
Masculino	13(33,3)	(20,1-48,9)		
Faixa Etária				
0-19 anos	3(7,7)	(2,2-19,1)	43,15(37,34-48,97)	17,95
20-59 anos	30(76,9)	(62,1-87,9)		
≥60 anos	6(15,4)	(6,7-29,0)		
Escolaridade				
Alfabetizado	3(7,7)	(2,2-19,1)		
Ens. Fundamental Incompleto	14(35,9)	(22,3-51,5)		
Ens. Fundamental Completo	1(2,6)	(0,3-11,4)		
Ens. Médio Incompleto	7(17,9)	(8,4-32,0)		
Ensino Médio Completo	5(12,8)	(5,1-25,8)		
Superior Incompleto	3(7,7)	(2,2-19,1)		
Superior Completo	2(5,1)	(1,1-15,4)		
Analfabeto	4(10,3)	(3,6-22,6)		
Raça				
Negra	35(89,7)	(77,4-96,4)		
Amarela	1(2,6)	(0,3-11,4)		
Parda	3(7,7)	(2,2-19,1)		
Com quem mora				
Pais	4(10,3)	(3,6-22,6)		
Companheiro	24(61,5)	(45,9-75,5)		
Outros	11(28,2)	(16,0-43,5)		
Quantas pessoas residem no seu domicílio (incluindo você)				
1-5 pessoas	37(94,9)	(84,6-98,9)		
5-10 pessoas	2(5,1)	(1,1-15,4)		
Situação conjugal				
Solteiro	7(17,9)	(8,4-32,0)		
Casado	28(71,8)	(56,5-84,0)		
Separado	1(2,6)	(0,3-11,4)		
Viúvo	3(7,7)	(2,2-19,1)		
Ocupação nos últimos 12 meses				
Trabalho remunerado	22(56,4)	(40,9-71,1)		
Trabalho não remunerado	8(20,5)	(10,2-35,0)		
Estágio não remunerado	1(2,6)	(0,3-11,4)		
Só estuda	4(10,3)	(3,6-22,6)		
Aposentado	4(10,3)	(3,6-22,6)		

Continua.

	N(%)	IC-95% ¹	Média (IC-95%) ²	Dp*
Perfil Sociodemográfico				
Renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família)			1040,72(814,73-1266,71)	697,15
Classe econômica				
A/ 45-100 pontos	0(0,0)			
B1/ 38-44 pontos	1(2,6)	(0,3-11,4)		
B2/ 29-37 pontos	1(2,6)	(0,3-11,4)		
C1/ 23-28 pontos	9(23,1)	(12,1-37,9)		
C2/ 17-22 pontos	13(33,3)	(20,1-48,9)		
D-E/ 0-16 pontos	15(38,5)	(24,5-54,1)		

Fonte: Autor. *dp: desvio padrão; ¹Intervalo de confiança para a proporção ao nível 95%, ao nível de 5%; ² Intervalo de confiança para a média ao nível 95%, ao nível de 5%.

No que diz respeito às características da avaliação de saúde da comunidade quilombola, a maioria apresentou a classificação do IMC com obesidade (35,9%) e um desvio padrão de 5,27. A frequência cardíaca mostrou uma média de 79,90, a frequência respiratória foi de 19,16 e a glicemia capilar de 143,69. A classificação da PAM se mostrou normal (89,7%), pressão arterial diastólica e sistólica com média de 124,35 mmHg na primeira aferição e com 125,05 mmHg na segunda (Tabela 2).

Ainda em relação a avaliação de saúde, 94,9% não fazem uso de insulina, 74,4% não tem diagnóstico de hipertensão, 92,3% sem histórico de doença crônica familiar, 94,9% não fazem hemodiálise, 52,6% sem problemas circulatórios, 66, % não fazem uso de medicamento e 59,0%, não fazem uso de cigarro ou álcool, conforme é apresentado na tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização da avaliação de Saúde da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39

	N(%)	IC-95%	Média (IC-95%)	Dp
Avaliação de Saúde				
Peso			72,33(67,13-77,54)	16,05
Altura			1,61(1,58-1,65)	0,11
Índice de Massa Corporal			27,85(26,14-29,56)	5,27
Classificação do IMC				
Risco de desnutrição	2(5,1)	(1,1-15,4)		
Eutrófico	10(25,6)	(14,0-40,7)		
Risco de sobrepeso	13(33,3)	(20,1-48,9)		
Obesidade	14(35,9)	(22,3-51,5)		
Frequência cardíaca			79,90(76,14-83,65)	11,58
Frequência respiratória			19,16(18,26-20,05)	2,73
Glicemia Capilar			143,69(118,32-169,06)	70,37
Primeira medida da pressão arterial			124,35(118,48-130,22)	18,12
Segunda medida da pressão arterial			125,05(118,60-131,50)	19,90
Pressão arterial média			111,61(105,13-118,08)	19,98
Classificação da PAM				
Normal	35(89,7)	(77,4-96,4)		
Hipertensão grau 1	2(5,1)	(1,1-15,4)		
Hipertensão grau 2	2(5,1)	(1,1-15,4)		
Utiliza insulina?				
Sim	2(5,1)	(1,1-15,4)		
Não	37(94,9)	(84,6-98,9)		

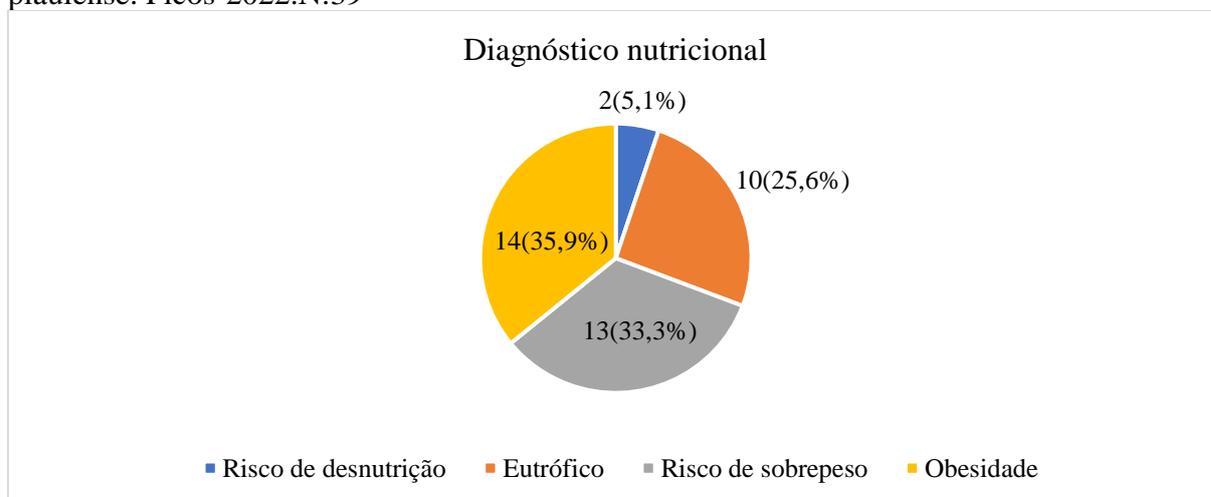
Continua.

	N(%)	IC-95%	Média (IC-95%)	Dp
Avaliação de Saúde				
Você é hipertenso?				
Sim	10(25,6)	(14,0-40,7)		
Não	29(74,4)	(59,3-86,0)		
Histórico de doença renal crônica na família?				
Sim	3(7,7)	(2,2-19,1)		
Não	36(92,3)	(80,9-97,8)		
Faz tratamento de hemodiálise?				
Sim	2(5,1)	(1,1-15,4)		
Não	37(94,9)	(84,6-98,9)		
Histórico de doença no aparelho circulatório?				
Não	18(47,4)	(32,2-62,9)		
Sim	20(52,6)	(37,1-67,8)		
Faz o uso de medicamentos?				
Sim	13(33,3)	(20,1-48,9)		
Não	26(66,7)	(51,1-79,9)		
Faz o uso de cigarro ou álcool. Se sim, com qual frequência?				
Não	23(59,0)	(43,4-73,3)		
Pouco	4(10,3)	(3,6-22,6)		
Moderado	9(23,1)	(12,1-37,9)		
Muito	3(7,7)	(2,2-19,1)		

Fonte: Autor. ¹Intervalo de confiança para a proporção ao nível 95%, ao nível de 5%; ² Intervalo de confiança para a média ao nível 95%, ao nível de 5%; Dp- Desvio Padrão

Com relação à caracterização do diagnóstico nutricional (gráfico 1), a obesidade foi a comorbidade que teve maior representatividade, visto que 35,9% apresentaram. Outros, 33,3% apresentaram risco de sobrepeso, 25,6% eram eutróficos e 5,1% mostraram risco de desnutrição.

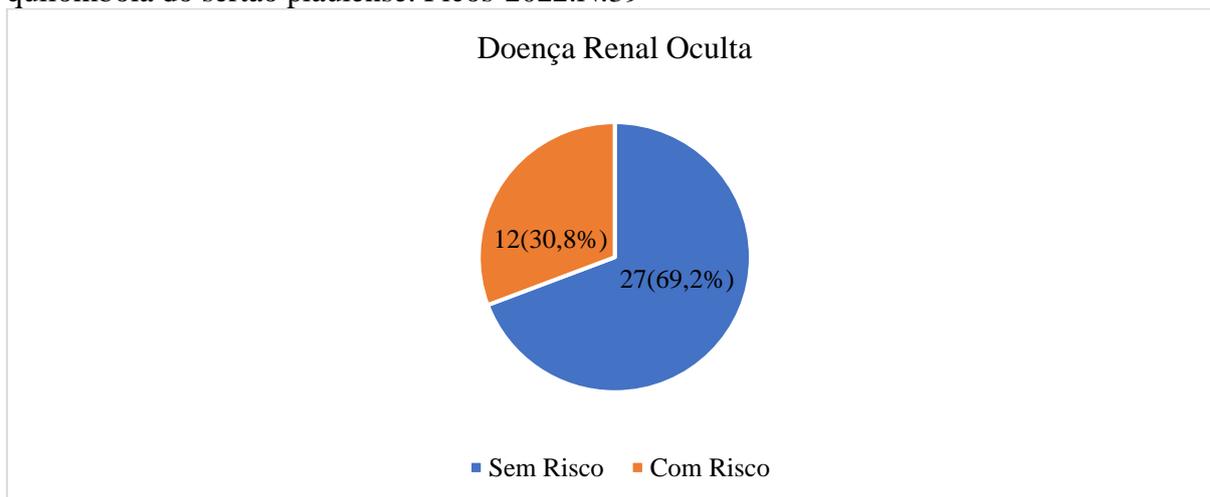
Gráfico 1 - Caracterização do diagnóstico nutricional da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39



Fonte: Autor

Concernente a caracterização da prevalência do risco para doença renal oculta, 69,2% foram classificados sem risco e 30,8% da amostra apresentaram riscos para o desenvolvimento de doença renal (gráfico 2).

Gráfico 2 - Caracterização da prevalência do risco da doença renal oculta da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39



Fonte: Autor

Na mensuração da análise de normalidade das medidas antropométricas e clínicas (tabela 3), percebe-se que somente as variáveis de glicemia capilar ($p=0,000$), primeira medida da pressão arterial ($p<0,005$) e segunda medida da pressão arterial ($p=0,000$) apresentaram assimetria com base no teste *Shapiro-Wilk*. No entanto, as variáveis de peso, altura, índice de massa corporal, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial média não apresentaram resultados estatisticamente significativos.

Tabela 3 - Análise de normalidade das medidas antropométricas e clínicas da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	P-valor
Peso	0,965	31	0,382
Altura	0,947	31	0,126
Índice de Massa Corporal	0,965	31	0,402
Frequência cardíaca	0,975	31	0,662
Frequência respiratória	0,980	31	0,802
Glicemia Capilar	0,541	31	0,000
Primeira medida da pressão arterial	0,895	31	0,005
Segunda medida da pressão arterial	0,805	31	0,000
Pressão arterial média	0,949	31	0,148

Fonte: Autor

Concernente à análise da associação entre as variáveis risco de doença renal oculta e o perfil sociodemográfico da amostra estudada (tabela 4), observou-se que houve predominância tanto na faixa etária ($p>0,009$) como na ocupação nos últimos 12 meses ($p<0,002$). Entretanto, quando se observou a razão de chance entre os momentos, pessoas de 0 a 19 anos não apresentaram razão de chance válida (7,4%), ou seja, não apresentaram diferença em relação

aos idosos (3,7%). E o fato de ter 20 a 59 anos não aumenta, e sim, diminui o risco de desenvolver doença renal crônica.

Observou-se ainda que mesmo com a variável de ocupação nos últimos 12 meses presente associação significativa, não foi possível fazer a análise da regressão, devido não existir razão de chance. Dessa forma, não houve associação significativa entre as variáveis risco de doença renal oculta e o perfil sociodemográfico.

Tabela 4 - Análise de associação entre o Risco de doença renal oculta e o perfil sociodemográfico da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39

	Doença Renal Oculta				P-valor ¹	OR _{bruta} ²
	Sem Risco		Com Risco			
	N(%)	Média±Dp	N(%)	Média±Dp		
Perfil Sociodemográfico						
Sexo					0,462	
Feminino	17(63,0)		9(75,0)			
Masculino	10(37,0)		3(25,0)			
Faixa Etária		38,81±13,1 ₃		52,92±23,5 ₆	0,009	
0-19 anos	2(7,4)		1(8,3)			0,100(0,004-2,504)
20-59 anos	24(88,9)		6(50,0)			0,050(0,005-0,512)
≥60 anos	1(3,7)		5(41,7)			b
Escolaridade					0,085	
Alfabetizado	1(3,7)		2(16,7)			
Ens. Fundamental Incompleto	11(40,7)		3(25,0)			
Ens. Fundamental Completo	1(3,7)		0(0,0)			
Ens. Médio Incompleto	7(25,9)		0(0,0)			
Ensino Médio Completo	2(7,4)		3(25,0)			
Superior Incompleto	2(7,4)		1(8,3)			
Superior Completo	2(7,4)		0(0,0)			
Analfabeto	1(3,7)		3(25,0)			
Raça					0,794	
Negra	24(88,9)		11(91,7)			
Amarela	1(3,7)		0(0,0)			
Parda	2(7,4)		1(8,3)			
Com quem mora					0,499	
Pais	3(11,1)		1(8,3)			
Companheiro	15(55,6)		9(75,0)			
Outros	9(33,3)		2(16,7)			
Quantas pessoas residem no seu domicílio (incluindo você)					0,333	
1-5 pessoas	25(92,6)		12(100,0)			
5-10 pessoas	2(7,4)		0(0,0)			
Situação conjugal					0,365	
Solteiro	6(22,2)		1(8,3)			
Casado	19(70,4)		9(75,0)			
Separado	1(3,7)		0(0,0)			

Continua.

	Doença Renal Oculta				P-valor ¹	OR _{bruta} ²
	Sem Risco		Com Risco			
	N(%)	Média±Dp	N(%)	Média±Dp		
Perfil Sociodemográfico						
Viúvo	1(3,7)		2(16,7)			
Ocupação nos últimos 12 meses				0,002		
Trabalho remunerado	20(74,1)		2(16,7)		-	
Trabalho não remunerado	5(18,5)		3(25,0)		-	
Estágio não remunerado	0(0,0)		1(8,3)		-	
Só estuda	2(7,4)		2(16,7)		-	
Aposentado	0(0,0)		4(33,3)		b	
Renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família)						
Classe econômica				0,167		
A/ 45-100 pontos	0(0,0)		0(0,0)			
B1/ 38-44 pontos	0(0,0)		1(8,3)			
B2/ 29-37 pontos	0(0,0)		1(8,3)			
C1/ 23-28 pontos	5(18,5)		4(33,3)			
C2/ 17-22 pontos	10(37,0)		3(25,0)			
D-E/ 0-16 pontos	12(44,4)		3(25,0)			

Fonte: Autor. ¹Teste de associação Exato de Fisher, ao nível de 5%; ² Razão de chance bruta, ao nível 95%, ao nível de 5%.

A tabela 5 evidencia a análise da associação entre as variáveis do Risco de Doença Renal Oculta e avaliação de saúde. Percebe-se que quando questionados sobre o histórico de doença renal crônica na família, 96,3% correspondente a maioria respondeu que não, dentre eles, mais da metade 51,9% relataram ter histórico de doença no aparelho circulatório.

Houve associação estatística significativa entre glicemia capilar ($p < 0,001$), primeira medida da pressão arterial ($p = 0,005$), segunda medida da pressão arterial ($p = 0,001$), hipertensão ($p = 0,002$) e se faz o uso de medicamentos ($p = 0,027$). Dessa forma, de acordo com a tabela (OR_{bruta}²), pode se dizer que a glicemia capilar alterada aumenta 1,055 vez as chances de desenvolver doença renal crônica, a hipertensão 11,200 e o uso de medicamentos 4,900 vezes de chance.

Tabela 5 - Análise de associação entre o Risco de Doença renal oculta e avaliação de saúde da comunidade quilombola do sertão piauiense. Picos-2022.N:39

	Doença Renal Oculta				P-valor ¹	OR _{bruta} ²
	Sem Risco		Com Risco			
	N(%)	Média±Dp	N(%)	Média±Dp		
Avaliação de Saúde						
Peso		72,86±17,21		71,14±13,71	0,382	
Altura		1,62±0,11		1,59±0,09	0,126	
Índice de Massa Corporal		27,78±5,69		27,99±4,42	0,402	
Classificação do IMC					0,406	
Risco de desnutrição	2(7,4)		0(0,0)			
Eutrófico	8(29,6)		2(16,7)			
Risco de sobrepeso	7(25,9)		6(50,0)			

Continua.

	Doença Renal Oculta				P-valor ¹	OR _{bruta} ²
	Sem Risco		Com Risco			
	N(%)	Média±Dp	N(%)	Média±Dp		
Avaliação de Saúde						
Obesidade	10(37,0)		4(33,3)			
Frequência cardíaca		80,19±11,43		79,25±12,40	0,662*	
Frequência respiratória		19,67±2,87		17,91±1,92	0,802*	
Glicemia Capilar		118,48±20,06		191,82±103,27	<0,001*	1,055(1,004-1,108)
Primeira medida da pressão arterial		124,48±17,35		124,06±20,55	0,005*	-
Segunda medida da pressão arterial		125,10±20,32		124,96±19,80	<0,001*	-
Pressão arterial média		109,02±16,74		117,43±25,74	0,148*	
Classificação da PAM					0,072*	
Normal	26(96,3)		9(75,0)			
Hipertensão grau 1	1(3,7)		1(8,3)			
Hipertensão grau 2	0(0,0)		2(16,7)			
Você é hipertenso?					0,002	
Sim	3(11,1)		7(58,3)			11,200(2,128-58,940)
Não	24(88,9)		5(41,7)			b
Histórico de doença renal crônica na família?					0,161	
Sim	1(3,7)		2(16,7)			
Não	26(96,3)		10(83,3)			
Faz tratamento de hemodiálise?					0,545	
Sim	1(3,7)		1(8,3)			
Não	26(96,3)		11(91,7)			
Histórico de doença no aparelho circulatório?					0,880	
Não	13(48,1)		5(45,5)			
Sim	14(51,9)		6(54,5)			
Faz o uso de medicamentos?					0,027	
Sim	6(22,2)		7(58,3)			4,900(1,135-21,162)
Não	21(77,8)		5(41,7)			b
Faz o uso de cigarro ou álcool. Se sim, com qual frequência?					0,907	
Não	15(55,6)		8(66,7)			
Pouco	3(11,1)		1(8,3)			
Moderado	7(25,9)		2(16,7)			
Muito	2(7,4)		1(8,3)			
Diagnóstico nutricional					0,406	
Risco De Desnutrição	2(7,4)		0(0,0)			
Eutrófico	8(29,6)		2(16,7)			
Risco De Sobrepeso	7(25,9)		6(50,0)			
Obesidade	10(37,0)		4(33,3)			

Fonte: Autor. ¹Teste de associação Exato de Fisher, ao nível de 5%; * Teste U-Mann-Whitney, ao nível de 5%; ² Razão de chance bruta, ao nível de 5%.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização do perfil sociodemográfico da comunidade

Investigar o perfil sociodemográfico dos participantes em uma pesquisa é fundamental para compreender melhor os dados encontrados. No presente estudo, revelou-se que a maioria era do sexo feminino, adultas jovens, com média de idade de 43 anos, corroborando com estudos de populações quilombolas localizados em outros estados do Brasil (RODRIGUES, 2020; MUSSI, 2019; DE SOUZA CHEROL *et al.*, 2021).

Com a mudança do comportamento demográfico, com os processos de transição epidemiológica, a variação dos níveis de natalidade e de mortalidade além dos movimentos migratórios, a população modifica a participação dos três grupos etários, tornando-se mais envelhecida ou jovem (OLIVEIRA, 2019).

Sobre a predominância do sexo feminino, pode estar atrelado ao estereótipo da percepção masculina, que os serviços públicos costumam ser um espaço mais feminino. Os homens podem não adotar comportamentos preventivos, tampouco buscar os serviços de saúde. Esse senso de masculinidade dificulta a adoção de hábitos e convicções mais saudáveis e leva o homem a acreditar numa ilusão de que ele não adoece (CARNEIRO *et al.*, 2019).

De acordo com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) (2021), o número de mulheres no Brasil é superior ao de homens. A população brasileira é composta por 48,9% de homens e 51,1% de mulheres. Esse quantitativo vem aumentando ao longo dos anos. Mostrando indícios da saída dos homens das comunidades para outras regiões em busca de trabalho que garanta e auxilie na manutenção econômica das famílias garantindo melhores condições de vida daqueles que lá ainda residem (ARRUDA, 2018).

Em relação a renda, a maioria apresentou uma média inferior a um salário mínimo (R\$ 1040,72), em um estudo realizado na comunidade quilombola “Pombal”, localizado na zona rural do município de Santa Rita do Novo Destino, foi constatado que a renda mensal dos moradores gira em torno de até 1 salário mínimo, dada similaridade ao encontrado no presente estudo (MOURA, 2021).

No que respeita a escolaridade, a maioria tinha apenas o ensino fundamental incompleto. Nas comunidades quilombolas a baixa escolarização ainda apresenta índices preocupantes, especialmente entre os adultos. Um estudo realizado com os quilombos da região de Guanambi, constatada baixa escolaridade na população adulta, com cerca de 20% de analfabetismo e aproximadamente 40% de adultos que atingiram a conclusão do Ensino Fundamental I (MUSSEI *et al.*, 2020).

A predominância de renda familiar de até um salário mínimo evidencia que a baixa escolaridade pode ser um dos fatores de influência na busca por empregos de baixa remuneração e que, conseqüentemente, interfere no rendimento familiar. Destaca-se que o percentual de pessoas sem atividade econômica e o reduzido quantitativo de famílias em que duas ou três pessoas trabalham, indica que a renda de apenas um salário mínimo seja insuficiente para sustentar uma família (FREITAS *et al.*, 2018).

Salienta-se que 74,73% das famílias quilombolas estão abaixo da linha da extrema pobreza e está baixa remuneração é um fator de influência na saúde da população, devido limitar o acesso aos serviços e ao uso da terra, a qual é uma característica essencial aos quilombolas (FERNANDES *et al.*, 2019).

No quesito cor e raça, refere-se um alto percentual (89,7%) das pessoas que se autodeclararam negras. Comparando-se com outras comunidades este percentual pode ser considerado alto: em Caxias o estudo apontou que apenas 5,8% se identificava como de cor preta e 93,7%, como pardos (LIMA *et al.*, 2021), o estudo de Bezerra (2018) mostrou o predomínio de pessoas negras (39,1%) e pardas (44,7%).

Relativo as condições de moradia, a maioria morava com o cônjuge, o que também foi observado no estudo de Silva (2020) no qual, 76,5% apresentava-se maritalmente vivendo com companheiro. O mesmo aconteceu com os estudos de Freitas *et al.* (2018), realizado em uma comunidade quilombola rural, no estado do Pará, evidenciou que 98,46% dos entrevistados possuíam casa própria, com o número de moradores por residência variando entre 1 e 5 pessoas (78,46%).

A elevada proporção de vítimas oriundas de camadas econômicas mais baixas é uma característica central dessa pesquisa, predominaram neste estudo as classes econômicas C2 e D-E (71,8%). Semelhante ao encontrado no estudo de Santos *et al.* (2019), cujo objetivo foi avaliar a prevalência da hipertensão arterial sistêmica e sua associação a fatores de risco

cardiovasculares na população quilombola do Estado de Sergipe, Brasil. Assim como, no estudo de Vieira (2019), que a partir do questionário socioeconômico se enquadra predominantemente as classes sociais, D-E da ABEP.

6.2 Características da avaliação de saúde da comunidade quilombola

No presente estudo, a maioria apresentou a classificação do IMC com obesidade (35,9%). A obesidade é acentuada como um acúmulo de tecido adiposo advindo de um desequilíbrio calórico de longa data, no qual a ingesta calórica é maior que o gasto energético (LOPES *et al.*, 2022). E acredita-se que os determinantes do excesso de peso compõem um complexo conjunto de fatores biológicos, comportamentais, ambientais, sociais e econômicos. Além de ser considerada uma doença, a obesidade é também um importante fator de risco para o desenvolvimento de inúmeras condições adversas à saúde (TORRES *et al.*, 2022).

Na pesquisa de Amorim Junior (2019) também houve alta prevalência de excesso de peso encontrada entre as adolescentes quilombolas segundo o índice de massa corporal. Para Santos *et al.* (2020), é possível indicar que a prevalência de obesidade em quilombolas é maior que em outras populações, além disso, evidencia que o sexo feminino e estar casado/viúvo aumentam significativamente a probabilidade para a ocorrência da obesidade.

Estudo conduzido em comunidades quilombolas do Nordeste brasileiro, classificou o estado dos indivíduos em sobrepeso e obesidade (KOCHERGIN, 2014). Nos estudos realizados por Mussi *et al.* (2018) o aumento do IMC entre os quilombolas se associou com sexo feminino, autoavaliação negativa de saúde e maiores níveis pressóricos médios. Nesse sentido, é importante reconhecer que o conceito de saúde (e também de doença) reflete a conjuntura social, histórica, econômica, política e cultural. Dessa forma, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá de diversos aspectos como época, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas, filosóficas, dentre outros (CHAGAS *et al.*, 2020).

No tocante da glicemia capilar, a média se mostrou levemente elevada, ao passo que um ótimo controle glicêmico é importante para a prevenção de neuropatia bem como para evitar sua progressão (BRASIL, 2013), a disglucemia constitui-se um fator de risco ao desenvolvimento de úlceras e amputações (SBD, 2019). Estudo de Rocha *et al.* (2021) constatou que dos 76 quilombolas avaliados, 38 apresentavam taxas de glicose capilar alteradas.

A pressão arterial média se apresentou normal e a maioria da amostra da população não tinha diagnóstico de hipertensão, o qual distingue dos estudos de Santos *et al.* (2019), em que foram avaliados 390 indivíduos, sendo 72,3% mulheres, com média de idade de 44,7 anos. A prevalência de hipertensão foi de 26% (intervalo de confiança de 95% [IC 95%]: 22 a 30), sem diferença significativa quanto ao sexo.

Entretendo, um estudo transversal realizado em uma comunidade quilombola localizada na região centro-sul do Estado do Piauí, 50% da amostra afirmou não possuir HAS, 12,2% relatou não saber se possuíam e 37,8% autorreferiram a presença da doença (destes 22,9% eram mulheres e 14,9% em homens). No que se refere à PA, 39,2% apresentaram valores pressóricos normais (ARAÚJO *et al.*, 2021).

A prevalência da hipertensão arterial sistêmica (HAS) nas comunidades quilombolas tem variado entre 38,4% e 45,4%, representando um índice percentual maior que o da população geral do Brasil. Os fatores de risco para desenvolvimento e agravamento da hipertensão arterial são doenças como dislipidemia, obesidade abdominal, intolerância à glicose, diabetes, além de fatores modificáveis como os determinantes socioeconômicos e o acesso inadequado aos cuidados de saúde. A HAS pode ocasionar danos permanentes aos indivíduos mediante o desencadeamento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais (SANTOS, 2019).

As doenças crônicas como hipertensão e diabetes são tratadas como graves problemas de saúde no Brasil, correspondendo a um elevado número de mortes prematuras e perda de qualidade de vida (DA SILVA *et al.*, 2021). O quadro de distribuição das doenças de maior prevalência em afrodescendentes revela que características de ordem genética influenciam no padrão de adoecimento, mas são os fatores sociais como discriminação racial, péssimas condições de trabalho, baixa escolaridade, grande probabilidade de pobreza e restrições no acesso aos serviços de saúde que mais incidem no processo saúde-doença da população negra (DO CARMO *et al.*, 2021).

Uma pesquisa realizada em Caxias do Maranhão com o objetivo de analisar a ocorrência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em mulheres de área quilombola no povoado Nazaré do Bruno, observou que 44 (77,2%) das mulheres afirmaram ter algum familiar acometido por doença cardiovascular (SILVA *et al.*, 2020). O que difere do presente estudo, pois quase a totalidade dos participantes correspondente a (92,3%) afirmaram não ter histórico de doença crônica familiar.

A medida subjetiva de autopercepção da saúde é de grande valia por se apresentar como um método rápido e efetivo de avaliação das condições de saúde contemplando fatores físicos, psicológicos e sociais e seu reflexo na qualidade de vida do grupo em estudo (MOREIRA, 2016). No presente estudo a maioria relatou não fazem hemodiálise, não apresenta problemas circulatórios, não fazem uso de medicamento e não fazem uso de cigarro ou álcool.

No estudo de Santos *et al.* (2020), realizado na Comunidade Quilombola Mangueiras, situada no município de Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará, a respeito dos aspectos relacionados à saúde, 52,30% dos habitantes auto avaliaram seu estado de saúde como regular, apenas 36,45% procuraram atendimento médico e 81,31% utiliza remédio caseiro. Dentre aqueles que buscaram atendimento médico, 79,49% procuraram o serviço público de saúde e 92,50% receberam atendimento, adquirindo o medicamento no posto de saúde.

O número de portadores de patologias provavelmente é maior do que o referido no estudo visto que apenas foram coletados dados com diagnósticos médicos já existentes, podendo haver assim, um número de residentes portadores de doença sem diagnóstico evidenciando a precária assistência e dificuldade de acesso a saúde (AMORIM, 2013).

A ampliação da Política de Atenção Básica nos territórios quilombolas não é a garantia que o direito à saúde desta população esteja assegurado, já que esta política, por vezes, instaura-se de forma precária: sem o quadro de profissionais necessários, com falta de infraestrutura para funcionamento e com práticas de saúde que atuam alheias a realidade local (FERNANDES, 2019). Este cenário de precariedade é confirmado na comunidade do presente estudo, que apesar de ter a infraestrutura ideal para seu funcionamento, apresenta escassez de profissionais para o atendimento e falta de projetos específicos para as demandas da população negra.

6.3 Caracterizações do diagnóstico nutricional e do risco para doença renal oculta

No presente estudo a maioria apresentou obesidade ou risco de desenvolver obesidade. Tal fato ocasiona a maior probabilidade de desenvolver outras comorbidades como, por exemplo, dislipidemia, doença hepática gordurosa não alcoólica, hipertensão, diabetes mellitus e depressão (RIBEIRO *et al.*, 2023). O excesso de peso foi mais prevalente em mulheres e idosos mais jovens no estudo de Silva *et al.*, (2022). Foi a presença de hábitos alimentares negativos, com uma dieta de alto valor calórico e baixo valor nutricional, favorecendo o sobrepeso nessa população (MUSSI *et al.*, 2018; LUISI *et al.*, 2019).

De acordo com a pesquisa de Lima *et al.* (2022), a insegurança alimentar estava presente em 75,2% (n=160) das famílias quilombolas e também destacaram a necessidade de estudos adicionais para compreender esse fenômeno. Relataram que a deficiência de micronutrientes entre as famílias que vivem em comunidades quilombolas estava frequentemente relacionada ao consumo de alimentos ultraprocessados (ARAÚJO, 2017)

A Doença Renal Crônica (DRC) é um problema de saúde pública mundial, sendo considerada uma epidemia de crescimento alarmante (BIALESKI, 2022). Observou-se que a maioria dos participantes não apresentavam risco para o desenvolvimento de doença renal crônica, mas ainda sim, uma porcentagem expressiva apresentara riscos. Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Souza (2022), no qual demonstrou que a maior parte da população (89%) apresentava a TGF maior ou igual a 90 mL/min/1,73 m², possuindo, assim, valores normais. Apenas 4 pessoas (10,25%) apresentaram um TFG entre 60-90 mL/min/1,73 m², caracterizando função renal levemente reduzida.

Uma pesquisa com o objetivo de descrever as hospitalizações na rede pública por doença renal crônica (DRC) na população negra do Estado do Rio Grande do Sul (RS), mostrou que a etnia negra possui repercussões mais graves nas doenças renais. As taxas de DRC é maior na população negra quando comparada à população branca, sugerindo a importância da etnia como fator de risco relacionado à doença. Sendo assim, é importante a avaliação desse parâmetro nas comunidades quilombolas (GIUDICELLI, 2022).

6.4 Análise de normalidade das medidas antropométricas e clínicas

Medidas antropométricas têm passado por um processo de transformação a nível global para um melhor entendimento do processo de crescimento e desenvolvimento do corpo humano, sendo um método importante para avaliação do estado nutricional de indivíduos e populações (ROCHA, 2020). Este estudo apresentou resultados estatisticamente significativos em três variáveis, glicemia capilar, primeira medida da pressão arterial e segunda medida da pressão arterial.

Convergindo com estudo de Silva *et al.* (2022), observou-se pequena variabilidade das medidas antropométricas. Segundo o sexo, ocorreram diferenças estatisticamente significantes nas medidas de peso, estatura, perímetro da cintura, do quadril e da panturrilha esquerda. Homens apresentaram maiores valores de peso (p=0,001), estatura (p=0,001) e PPE (p=0,002)

e as mulheres de PC ($p=0,049$) e PQ ($p=0,006$). Embora as mulheres tivessem maior prevalência de excesso de peso e menor de baixo peso não houve diferença significativa em relação aos homens ($p=0,188$).

6.5 Associação entre o Risco de Doença Renal Oculta e o perfil Sociodemográfico

É evidenciado a natureza multifatorial e de interrelação entre diversos mecanismos que contribuem para a progressão da doença renal, na análise do presente estudo, não apresentou associação significativa entre as variáveis para o risco de doença renal oculta e o perfil sociodemográfico. No tocante à caracterização de pessoas com DRC, estudos mostram perfis variáveis.

Em relação às faixas etárias dos usuários deste estudo, percebe-se que não houve razão de chance nos momentos. Isto é, não houve correlação estatística entre a ocorrência da DRC e uma faixa de idade específica. Uma coorte retrospectiva dinâmica de 20 anos realizada com uma amostra de 422 pacientes prevalentes e incidentes com doença renal, a análise univariada mostrou, entre as variáveis sociodemográficas, há diferença significativa ($p<0,20$) na idade (< 60 anos e ≥ 60 anos), ocupação e estado civil (FERREIRA, 2020).

Em um estudo descritivo, transversal, realizado com 21 pacientes portadores de doença renal crônica submetidos à hemodiálise, mostrou que os mais acometidos pela doença são homens ($p = 0,078$); solteiros ($p = 0,006$); que ganham entre 1 -3 salários mínimos ($p = 0,011$); aposentados ($p = 0,011$) e católicos ($p = 0,003$) (SILVA, 2021).

Com o avançar da idade ocorre o aumento das doenças crônicas, dentre elas as doenças cardiovasculares, o câncer, o diabetes mellitus, e as doenças respiratórias crônicas, que atuam de forma evolutiva, justifica-se que a DRC também acometa mais adultos e idosos. Assim, considerando o envelhecimento populacional, é de se esperar que o número de doentes com DRC aumente, justificando ações de promoção, diagnóstico precoce e tratamento adequado (BALDIN, 2021).

Referente a escolaridade, não houve significância estatísticas apresentando correlação com a doença renal crônica, em contrapartida, um estudo observacional do tipo transversal realizado com 80 pacientes com DRCT em TRS em centro de referência de nefrologia do

Sistema Único de Saúde de um município do Centro Oeste de Minas Gerais, evidenciou que há uma maior relação entre os usuários e a baixa escolaridade (OTONI *et al.*, 2019).

Para Oliveira Júnior *et al.* (2020), o grau de escolaridade dos participantes é um fator preocupante, já que a falta de escolaridade pode afetar o nível de compreensão do paciente sobre a doença e tratamento afetando sua qualidade de vida e condução das orientações de saúde. A baixa escolaridade pode colaborar para maior exposição do paciente a comportamentos de risco e ainda limitar o acesso à informação.

Corroborando com a predominância da ocupação deste estudo, uma pesquisa transversal realizada com pacientes em hemodiálise mostrou que um dos maiores comprometimentos era “Situação de trabalho”. A maioria deixa de ter um trabalho remunerado devido a doença, aposentando-se precocemente e diminuindo drasticamente a renda familiar. Esses acontecimentos demandam diversas modificações na rotina destas pessoas, levando certo tempo até se adaptarem, o que pode ser uma das explicações para a correlação entre melhores resultados do domínio “Situação de Trabalho” e maior tempo de diagnóstico. A manutenção da vida laboral pode trazer sentido e significado à vida dos indivíduos (BALDIN, 2021).

6.6 Análise de associação entre o Risco de Doença renal oculta e avaliação de saúde

Na análise do presente estudo foi possível observar uma associação estatística significativa entre a glicemia capilar e o risco em desenvolver doença renal crônica. O mesmo acontece com os estudos de Amaral *et al.* (2019), com o objetivo de verificar a prevalência de doença renal crônica e os fatores a ela associados em idosos, mostrou que o diabetes, dentre as morbidades avaliadas, obteve maior associação com a DRC.

De forma semelhante, um estudo transversal realizado com 417 idosos, encontrou diferenças significativas na glicemia capilar ($p = 0,033$). Todavia, este método de medição da glicemia não é capaz de testar se a hiperglicemia é uma condição constante e provavelmente patológica se apenas uma medida isolada for analisada, uma vez que indica o nível de glicemia no momento do exame. A hiperglicemia tem sido associada a maior risco de nefropatia diabética e desenvolvimento e progressão de DRC (NUNES FILHO *et al.*, 2022).

As consequências desse evento incluem prejuízo à síntese endotelial do óxido nítrico, redução da capacidade vasodilatadora, da atividade do sistema complemento, além de prejuízo

à quimiotaxia de neutrófilos e à fagocitose, aumento dos níveis plasmáticos de citocinas pró-inflamatórias, como fator de necrose tumoral alfa (TNF- α), interleucinas (IL) 1-beta e 8. Portanto, o aumento na resposta inflamatória, e de lesão em certos órgãos como em rins (COTRIM *et al.*, 2021).

O aumento da glicemia faz com que os rins filtrem muito sangue, sobrecarregando os órgãos e causando danos aos vasos, podendo levar a uma Doença Renal Crônica (DRC), que é caracterizada como a perda permanente e irreversível das funções fisiológicas dos rins (SILVA CORBETTE *et al.*, 2022). Pinheiro *et al.* (2021), observam que a diabetes não é uma doença agressiva no início de sua manifestação, mas que demanda muitas interações com o sistema de saúde para o seu controle.

Outros resultados encontrados nesse estudo incluem associação entre a hipertensão arterial e a doença renal crônica. A hipertensão arterial também esteve associada de forma positiva com a DRC nos estudos de Amaral *et al.* (2019) e Leite *et al.* (2020), a presença concomitante da hipertensão arterial sistêmica (HAS) aumenta expressivamente esse risco, pois acelera a progressão da lesão renal.

De forma semelhante, o estudo de Amaral *et al.* (2021), com o objetivo de verificar a prevalência de DRC e os fatores a ela associados em adultos jovens (18-59 anos) de Rio Branco, Acre, mostrou significância associada ao sexo e às morbidades HAS e diabetes. Também foi observada associação da HAS com a DRC, em outros estudos de base populacional, como os da população rural no sul da Índia (ANUPAMA *et al.*, 2017) e em León, Nicarágua (LEBOV *et al.*, 2015).

Leite *et al.* (2020), ainda afirma que a HAS afeta aproximadamente 30% da população geral no mundo industrializado e é uma das principais causas de doença renal crônica (DRC) e da sua progressão para o estágio terminal da doença renal (DRCT), juntamente com o diabetes. O adequado controle pressórico é fundamental para diminuir a progressão da lesão renal e reduzir o risco de morbidade e mortalidade.

Uma pesquisa realizada por Azevedo *et al.* (2020), com o objetivo de analisar os possíveis prejuízos causados pelos anti-inflamatórios não esteroidais (AINE's), mostrou que apesar dos benefícios em sanar os sintomas, prejuízos irreversíveis são desencadeados. Um destaque maior foi dado à insuficiência renal em que se observou a redução da permeabilidade nos capilares glomerulares desencadeando inicialmente uma falência renal aguda que no

decorrer do tempo torna-se crônica. Os achados da pesquisa de Azevedo corroboram com os encontrados neste estudo, pois o uso de medicamentos aumenta 4,900 vezes de chance de desenvolver doença renal crônica na comunidade.

Para Proença *et al.* (2020), o uso de inibidores da bomba de prótons está associado à instalação da DRC bem como à progressão e até à evolução para estágios terminais de DRC. O risco é muito preocupante quando se considera que existe uma população envelhecida em todo o mundo que traz com as estatísticas uma incidência crescente de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e, conseqüentemente, um aumento constante no número de medicamentos utilizados pela população, muitas vezes atingindo a polifarmácia (uso de cinco ou mais drogas).

De forma semelhante ao presente estudo, Carmo *et al.* (2021), encontrou associação significativa com o desfecho: os dados mostram que 90,2% das pessoas que têm alguma DCNT fazem uso de medicamentos. Este achado corrobora um estudo sobre uso de medicamentos por comunidades quilombolas, que encontrou associação positiva e significativa entre tendência de aumento da frequência do uso de medicamentos com a piora do indicador da condição de saúde (MEDEIROS *et al.*, 2013).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os quilombos são populações de características culturais, históricas e geográficas particulares. A presente pesquisa permitiu investigar a realidade vivenciada pela população Quilombola, assim como classificar os riscos sociais e as condições de saúde. Os resultados na comunidade Quilombo dos Potes, caracterizou-se quanto à condição sociodemográfica e epidemiológica, identificando os aspectos socioeconômicos que repercutem na sua condição de saúde, como a baixa escolaridade e a baixa renda familiar.

Também foi observado uma tendência ao sobrepeso/obesidade e perfil glicêmico aumentado. Todos esses fatores associados influenciam diretamente na diminuição da função renal, levando a perda progressiva dos rins e trazendo complicações irreversíveis para os indivíduos acometidos.

Nesta perspectiva a taxa de prevalência para DRC na população comunidade quilombola do sertão piauiense foi de 30,8%. Estudos representativos, com emprego de ferramentas diagnósticas, são necessários para melhor estimar a prevalência da doença renal crônica na região.

Frente ao exposto, a educação em saúde é imprescindível, constituindo-se a principal ferramenta de superar a barreira da falta de orientação, porém não é suficiente para alcançar bons resultados. Deve-se considerar aspectos sociais, raciais e econômicos ao elaborar um plano de intervenção. Dessa forma, é importante aumentar a conscientização da comunidade sobre os cuidados com a saúde para reduzir a incidência de complicações.

Esse estudo traz suas contribuições para comunidade, ao permitir a filtragem das condições de saúde e para que ações possam serem tomadas em prol de melhorias na qualidade de vida desses indivíduos. Além disso, permitirá o planejamento e implementação de ações educativas, visando a aquisição e aperfeiçoamento de condutas voltadas ao bem-estar do público estudado nessa investigação.

Como limitações, aponta-se o fato de o delineamento transversal investigar apenas um período de tempo curto, dificultando o estabelecimento de relações causais a partir de dados oriundos da pesquisa. Além disso, cita-se a distância da localização geográfica, dificultando o deslocamento até a comunidade. Para tanto, recomenda-se que sejam desenvolvidos mais estudos relacionados à temática, nas outras comunidades do país, a fim de identificar o conhecimento e traçar o perfil das comunidades.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 2.436 de 21 de Setembro de 2017. Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, Estabelecendo uma Revisão de Diretrizes para a Organização da Atenção, no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); Brasília, Brasil: 2017. Disponível online:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

_____. Ministério da Saúde. Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. **Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**, 2012.

ABREU, Luana Almeida et al. Importância do diagnóstico precoce da Doença Renal Crônica: uma revisão de literatura: uma revisão de literatura. **Revista Atenas Higeia**, v. 1, n. 2, p. 19-23, 2019.

Aires M. M. (2012) Fisiologia(*), 4ª ed., **Ed. Guanabara Koogan/ GEN**, Rio de Janeiro, RJ. ISBN: 9788527721004.

AMARAL, Thatiana Lameira Maciel et al. Doença renal crônica em adultos de Rio Branco, Acre: inquérito de base populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 339-350, 2021.

AMARAL, Thatiana Lameira Maciel et al. Prevalência e fatores associados à doença renal crônica em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 53, 2019.

AMORIM JUNIOR, Fernando. EXCESSO DE PESO E FATORES ASSOCIADOS EM ADOLESCENTES QUILOMBOLAS DO SEXO FEMININO DE DOIS MUNICÍPIOS MARANHENSES. 2019.

AMORIM, Maise Mendonça et al. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Bioscience journal**, v. 29, n. 4, 2013.

ANUPAMA, Y. J. et al. Hypertension is an important risk determinant for chronic kidney disease: results from a cross-sectional, observational study from a rural population in South India. **Journal of human hypertension**, v. 31, n. 5, p. 327-332, 2017.

ARAÚJO, Dinah Alencar Melo et al. Fatores associados ao desenvolvimento de hipertensão arterial em uma comunidade quilombola. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. e33-e33, 2021.

ARAÚJO, Rayane Larissa Santos de. **Avaliação do consumo alimentar de estudantes da comunidade quilombola Negros do Riacho no município de Currais Novos, no Rio Grande do Norte, Brasil**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

ARRUDA NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cad. Saúde Pública**, 2018; 34(6):e00213816.

AZEVEDO, Renata Cristina Taveira et al. O uso contínuo de anti-inflamatórios não esteroidais em idosos e a insuficiência renal aguda: levantamento bibliográfico. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, p. 71751-71760, 2020.

BALDIN, Juliana Elisa et al. Qualidade de vida, aspectos clínicos e sociodemográficos de indivíduos com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 2, 2021.

BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.

BASTOS, Marcus Gomes; KIRSZTAJN, Gianna Mastroianni. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 33, p. 93-108, 2011.

BASTOS, Marcus Gomes. Medidas preventivas na doença renal crônica. **Revista Científica UNIFAGOC-Saúde**, v. 5, n. 1, p. 49-58, 2021.

BEZERRA, V. M. et al.. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. Ciênc. saúde coletiva, 2014 19(6), p. 1835–1847, jun. 2014.

BIALESKI, Andreia Batista; LOPES, Cyntia Michielin; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Fatores relacionados aos desfechos clínicos e ao tempo de sobrevida em doentes renais crônicos em hemodiálise. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 30, p. 115-126, 2022.

Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de saúde integral da população negra: uma política do SUS**. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: **Estratégias para o cuidado da pessoa com doenças crônicas-Diabetes**. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.866/2011**. Política nacional de saúde integral das populações do campo e da floresta. Brasília: MS [online], 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2021.

CARNEIRO, Viviane Santos Mendes; ADJUTO, Raphael Neiva Praça; ALVES, Kelly Aparecida Palma. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019.

CARVALHO, Roberta Monique Amâncio; DA COSTA LIMA, Gustavo Ferreira. Comunidades quilombolas, territorialidade e legislação no Brasil: uma análise histórica. **Política & Trabalho**, n. 39, 2013.

CHAGAS, Dênia Rodrigues; SANTOS, Júlio Edstron S. O Direito Fundamental à saúde no Brasil e a pandemia do Novo Coronavírus: errou quem previu que “pior que tá não fica”. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 8, p. 58529-58552, 2020.

COTRIM, Thayná Silva et al. Fatores de risco associados à soroconversão após vacinação contra Hepatite B em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 1, p. e4934-e4934, 2021.

DA LUZ LEMOS, Sara Alves; PEIXOTO, Ana Cristina Santos. Concepções da educação escolar quilombola da construção do referencial curricular municipal. **Atâtôt-Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos da UEG**, v. 2, n. 3, p. 7-23, 2021.

DA FONSECA, Ronnyel Nunes; GOMES, Edilene Batista. A Educação Escolar na Comunidade Quilombola Brejão dos Aipins Piauí. **Ensino em Perspectivas**, v. 2, n. 3, p. 1-11, 2021.

DA SILVA ALMEIDA, Ingrid Laíla et al. Estilo de vida, morbidades e multimorbidade em Quilombolas adultos. **ABCS Health Sciences**, v. 45, p. 1325-1325, 2020.

DA SILVA CORBETTE, Joana dos Santos et al. AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE EM PACIENTES PORTADORES DE DIABETES MELLITUS E DOENÇA RENAL CRÔNICA. **Anais do Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão**, v. 3, n. 14, 2022.

DA SILVA LIMA, Franciele et al. UTILIDADE DO INSTRUMENTO SCREENING FOR OCCULT RENAL DISEASE (SCORED) NO RASTREIO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 1, n. 3, p. 88-88, 2020.

DA SILVA, Adriana Conceição Borges et al. A polifarmácia entre pacientes hipertensos e diabéticos em uma unidade de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 8, p. e8006-e8006, 2021.

DA SILVA, Rivane Sousa et al. Cardiovascular Diseases: Modified Risk Factors for in Women Quilombolas. **Rev Enferm UFPI**, v. 9, n. 1, 2020.

DA SILVA, Silas Alves et al. Qualidade de vida e aspectos sociodemográficos de doentes renais crônicos. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e5475-e5475, 2021.

DE JESUS PEREIRA, Chirlene Oliveira; FERREIRA, Silvia Lúcia. Experiências de mulheres quilombolas com planejamento reprodutivo e assistência no período gravídico-puerperal. **Revista Feminismos**, v. 4, n. 2/3, 2016.

DE JESUS, Paulo Protásio et al. PERCEPÇÃO SOCIOECONÔMICA DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA DO MUNICÍPIO DE BEQUIMÃO-MA, BRASIL PERCEPCIÓN SOCIOECONÓMICA DE UNA COMUNIDAD DE QUILOMBO EN LA CIUDAD DE BEQUIMÃO-MA, BRASIL SOCIOECONOMIC PERCEPTION OF A QUILOMBOLA COMMUNITY.

DE OLIVEIRA JÚNIOR, José Santos; RIBEIRO, Carolina Maria; ALVES, Josilene Dália. Perfil Clínico-Epidemiológico e Parâmetros Bioquímicos em Pacientes com Doença Renal

Crônica Submetidos a Tratamento Hemodialítico na Região do Médio Araguaia-MT. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 19, n. 1, 2021.

DE SOUZA CHEROL, Camilla Christine; FERREIRA, Aline Alves; SALLES-COSTA, Rosana. Governmental programmes associated with food insecurity among communities of descendants of enslaved blacks in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 24, n. 10, p. 3136-3146, 2021.

DE SOUZA RISCADO, Jorge Luís. A perspectiva das iniquidades da saúde, do racismo e do racismo institucional: experiências na construção e implementação de disciplinas eletivas acadêmicas na graduação e programa “stricto sensu”, na Faculdade de medicina da Universidade Federal de Alagoas. **Laplace em Revista**, v. 2, n. 3, p. 113-121, 2016.

DE VALENTIM, Renata Patricia Forain; TRINDADE, Zeidi Araújo. Modernidade e comunidades tradicionais: memória, identidade e transmissão em território quilombola. **Revista Psicologia Política**, v. 11, n. 22, p. 295-308, 2011.

DO CARMO, Thiara Neres Bispo Vitorio et al. Fatores associados a doenças crônicas não transmissíveis autorrelatadas em quilombolas do semiárido baiano. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 45, n. 1, p. 54-75, 2021.

DOS SANTOS, Regiane Padilha et al. Condições habitacionais e de saúde da comunidade remanescente de Quilombo Mangueiras, Ilha do Marajó, Pará, Brasil. **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 10, n. 1, p. 43-59, 2020.

FAVARO, PR de A. et al. Influência da mídia na automedicação. In: **Anais do 11º Congresso Nacional do Conhecimento e 11º Congresso Nacional dos Estudantes de Saúde**. 2017. p. 7-10.

FERNANDES, Saulo Luders; SANTOS, Alessandro de Oliveira dos. Itinerários terapêuticos e formas de cuidado em um quilombo do agreste alagoano. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019.

FERNANDES, Saulo Luders; SANTOS, Alessandro de Oliveira dos. Itinerários terapêuticos e formas de cuidado em um quilombo do agreste alagoano. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, 2019.

FERREIRA, Adriana et al. Desafios e estratégias de comunidades quilombolas frente a COVID-19. **Superintendência de Inclusão, políticas afirmativas e diversidade**, 2020.

FERREIRA, Emily de Souza. A progressão da Doença Renal Terminal no desenvolvimento de complicações e na sobrevida de pacientes submetidos à Terapia Renal Substitutiva: uma coorte de 20 anos. 2020.

FERREIRA, Emily de Souza. A progressão da Doença Renal Terminal no desenvolvimento de complicações e na sobrevida de pacientes submetidos à Terapia Renal Substitutiva: uma coorte de 20 anos. 2020.

FRANCHI, Eliane Patricia Lino Pereira et al. A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

FRANCHI, Eliane Patricia Lino Pereira et al. A formação de profissionais de saúde no cuidado às comunidades quilombolas: um relato de experiência. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n. 40, p. 1-11, 2018.

FREITAS, I.A.; RODRIGUES, I.L.A.; SILVA, I.F.S.; NOGUEIRA, L.M.V. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Revista Cuidarte**, v. 9, n. 2, p. 2187-2200, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>

FURTADO, Marcella Brasil; PEDROZA, Regina Lúcia Sucupira; ALVES, Cândida Beatriz. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. **Psicologia & Sociedade**, v. 26, p. 106-115, 2014.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p. **Como elaborar projetos de pesquisa**, v. 4, 2019.

GIL, Antonio Carlos; *et al.* **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GIUDICELLI, Giovanna Câmara. Internações na rede pública por doença renal crônica na população negra no Rio Grande do Sul no período de 2017 a 2020. 2022.

GUIMARÃES, Anuska; QUEIROZ, Paula. Determinantes sociais da saúde e adesão do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico. **Health Residencies Journal-HRJ**, v. 2, n. 9, p. 112-124, 2021.

GOMES, Wanessa da Silva; GURGEL, Idê Gomes Dantas; FERNANDES, Saulo Luders. Determinação social da saúde numa comunidade quilombola: análise com a matriz de processos críticos. **Serviço Social & Sociedade**, p. 140-161, 2022.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. Base territorial, censos e povos e comunidades tradicionais. Rio de Janeiro: IBGE, 2022.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Quantidade de homens e mulheres**. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18320-quantidade-de-homens-e-mulheres.html>. Acesso em: 09 de março de 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologiasdo-territorio/27480-base-de-informacoes-sobre-os-povos-indigenas-equilombolas.html?edicao=27481&t=o-que-e>. Acesso em: 27 fev. 2023.

K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification and stratification. **Am J Kidney Dis** 2002; 39:(Suppl 2):S1-S246.

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**, v. 30, p. 1487-1501, 2014.

LEBOV, Jill F. et al. A population-based study of prevalence and risk factors of chronic kidney disease in León, Nicaragua. **Canadian journal of kidney health and disease**, v. 2, p. 41, 2015.

LEITE, Ilka Boaventura. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Revista Estudos Feministas**, v. 16, p. 965-977, 2008.

LEITE, Larissa Parada et al. Hipertensão na doença renal crônica em tratamento conservador. **Rev Bras Hipertens**, v. 27, n. 4, p. 115-21, 2020.

LEVEY, Andrew S. et al. Definition and classification of chronic kidney disease: a position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). **Kidney international**, v. 67, n. 6, p. 2089-2100, 2005.

LIMA, L. P. et al.. Scientific evidence on malnutrition in children in Brazilian Quilombola: an integrative review. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 68, n. Rev. Assoc. Med. Bras., 2022 68(5), p. 702–707, maio 2022.

LIMA, Luciana Batista et al. O território quilombola, em comunidades no interior do nordeste do Brasil: caracterização socioeconômica e estrutural preliminar. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e452101320899-e452101320899, 2021.

LIMA, Ana Julia do Nascimento; GOMES, Claudia Priscila Gallego; FORNAROLIS, Stephanie. **A atuação da equipe de enfermagem na hemodiálise**. 2022.

LOPES, Isabela Carvalho et al. Predisposição Genética a Obesidade Genetic Predisposition to Obesity. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 578-585, 2022.

LUISI, Caio et al. Prevalence of and factors associated with metabolic syndrome in afro-descendant communities in a situation of vulnerability in Northern Brazil: a cross-sectional study. **Metabolic syndrome and related disorders**, v. 17, n. 4, p. 204-209, 2019.

MAGACHO, Edson José de Carvalho et al. Tradução, adaptação cultural e validação do questionário Rastreamento da Doença Renal Oculta (Screening For Occult Renal Disease-SCORED) para o português brasileiro. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 34, p. 251-258, 2012.

MAIA, Sayonnara Ferreira et al. Cuidados de enfermagem ao paciente renal crônico em hemodiálise em uso de cateter duplo lúmen. **Rev. Pesqui.(Univ. Fed. Estado Rio J., Online)**, p. 410-414, 2021.

MEDEIROS, Danielle Souto de et al. Medication use by the “quilombola” population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 905-913, 2013.

MORAIS, Mariana Ramos de. “Povos e comunidades tradicionais de matriz africana” no combate ao “racismo religioso”: a presença afro-religiosa na Política Nacional de Promoção da Igualdade Racial. **Religião & Sociedade**, v. 41, p. 51-74, 2022.

MOREIRA, Tiago Ricardo et al. Autoavaliação de saúde por pacientes em hemodiálise no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

MOURA, Samara Aline. PROCESSO SAÚDE-DOENÇA: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA. 2021.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; PETRÓSKI, Edio Luiz. Síndrome metabólica e fatores associados em quilombolas baianos, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2481-2490, 2019.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; QUEIROZ, Bruno Morbeck de; PETRÓSKI, Edio Luiz. Excesso de peso e fatores associados em quilomboras do médio São Francisco baiano, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1193-1200, 2018.

NERBASS, Fabiana B. et al. Censo Brasileiro de Diálise 2020. **Brazilian Journal of Nephrology**, v. 44, p. 349-357, 2022.

NUNES FILHO, Júlio César Chaves et al. Campanha de prevenção de doença renal crônica: relação entre proteinúria e idosos. **Brazilian Journal of Nephrology**, 2022.

OLIVEIRA, Anderson Silva. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia-Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 15, n. 32, p. 69-79, 2019.

OLIVEIRA, Fátima et al. Saúde da população negra. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 114, 2003.

OTONI, Alba et al. Domínios de qualidade de vida mais prevalentes entre pacientes em hemodiálise e diálise peritoneal. **Ciência ET Praxis**, v. 12, n. 24, p. 13-22, 2019.

PAULI, Sílvia; *et al.* Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 3293-3303, 2019.

PEREIRA, Lucélia Luiz. Repercussões do programa mais médicos em comunidades rurais e quilombolas. 2016.

PINHEIRO, Pedro Cisalpino et al. Diferenças entre medidas autorreferidas e laboratoriais de diabetes, doença renal crônica e hipercolesterolemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1207-1219, 2021.

PROENÇA, Aryell David et al. Associação entre o uso de inibidores de bomba de prótons e a doença renal crônica: uma revisão sistemática. **Ciência ET Praxis**, v. 13, n. 25, p. 07-20, 2020.

RIBEIRO, Ana Cristina; POLI, Priscila; UEHARA, Silvia Carla da Silva André. Aumento do risco de mortalidade por COVID-19 em pessoas com obesidade. **Rev Rene**, p. 2, 2023.

RIBEIRO, Wanderson Alves et al. Encadeamentos da Doença Renal Crônica e o impacto na qualidade de vida de pacientes em hemodiálise. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 11, n. 2, p. 111-120, 2020.

ROCHA, Jade Pereira. A IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS PARA AVALIAR A NUTRIÇÃO E OS HÁBITOS DE VIDA DAS CRIANÇAS DA ESCOLA LIONS, EM MACEIÓ. **Semana de Pesquisa do Centro Universitário Tiradentes-SEMPESq-Alagoas**, n. 7, 2020.

ROCHA, Sebastião et al. Projeto cuidadores em saúde: um relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 15, p. e09101522639-e09101522639, 2021.

RODRIGUES, Deyvis Nascimento et al. Determinantes sociodemográficos associados ao nível de atividade física de quilombolas baianos, inquérito de 2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, 2020.

SANTANA, Katuscy Carneiro et al. Utilização de serviços de saúde por adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do semiárido baiano, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2807-2817, 2021.

SANTOS, Aline Gomes et al. Fatores associados à obesidade em adultos quilombolas baianos. **RBONE-Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v. 14, n. 85, p. 230-240, 2020.

SANTOS, Marcos Affonso Matos. **Influência de fatores socioeconômicos no acesso a serviços de saúde em comunidades remanescente de quilombo da Bahia**: uma revisão de literatura. 2020.

SANTOS, Deyse Mirelle Souza et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em comunidades quilombolas do estado de Sergipe, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 383-390, 2019.

SANTOS, Deyse Mirelle Souza et al. Prevalência da hipertensão arterial sistêmica em comunidades quilombolas do estado de Sergipe, Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, p. 383-390, 2019.

SILVA, Thalita Costa da et al. Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 219-230, 2022.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Neuropatia diabética**. 2019.

SOUZA, Cristiane da Silva. **Promoção da saúde: a epidemiologia como instrumento de ação do profissional enfermeiro**. 2011.

SOUZA, Kamila Isabella Andrade de. **O perfil bioquímico de duas populações quilombolas do Rio Grande do Norte**. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

TORRES, Gabrielle Guidoni et al. Consumo de bebidas alcoólicas e obesidade abdominal: resultados da linha de base do ELSA-Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, p. 737-746, 2022.

VIEIRA, Valquíria Kulig et al. Prevalência e preditores do excesso de peso e do risco cardiovascular em mulheres quilombola de Palmas, PR/Prevalence and predictors of overweight and cardiovascular risk in quilombola women of Palmas, PR. **Brazilian Journal of Development**, v. 5, n. 12, p. 32277-32299, 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS - CSHNB
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: SER QUILOMBOLA: Cultura, Economia e Saúde na comunidade quilombola.

Pesquisadora responsável: Ana Larissa Gomes Machado

Instituição\Departamento: Universidade Federal do Piauí/Campus Senador Helvídio Nunes de Barros.

Telefone para Contato: (85) 999258736. **E-mail:** alineraquel8@ufpi.edu.br

Pesquisadores participantes:

Alice Melo Silva. Telefone: (87) 9 9172-2044. E-mail: alicemellosil@outlook.com.

Ângela Laís Santana de Almeida. Telefone: (74) 9 8832-9551. E-mail: angelais02@hotmail.com.

Jessica Anjos Ramos de Carvalho. Telefone: (89) 9 9433-0417. E-mail: jessicarvs98@gmail.com.

Luana Moura Santos. Telefone: (89) 9 8819-3600. E-mail: lu.ana.moura.lm85@gmail.com.

Marcelo Victor Luz Soares. Telefone: (89) 9 8811-5528. E-mail: marcelovictorluzsoares@gmail.com.

João Rafael da Silva Fonseca. Telefone: (87) 9 9120-4403. E-mail: joaorafaeldasilvafonseca@gmail.com.

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Você deverá decidir se quer participar ou não. Tome a decisão com calma, após ler esse documento. Leia com atenção os textos abaixo e tire qualquer dúvida possível com o responsável pelo estudo a qualquer momento. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma. O objetivo da pesquisa é realizar atividades de pesquisa e avaliação de aspectos que dizem respeito às questões de saúde, administrativas, históricas e religiosas de comunidades quilombolas localizados na macrorregião da cidade de Picos, no estado do Piauí.

Caso aceite o convite, você deverá participar da pesquisa através de um questionário individual e de uma entrevista não estruturada, sobre aspectos culturais, econômicos e de saúde da comunidade quilombola.

Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada. Vale ressaltar, que sua participação é voluntária e o(a) Sr(a) poderá a qualquer momento deixar de participar desta, sem qualquer prejuízo ou danos. Comprometendo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

No momento da avaliação de saúde será realizado o exame de glicemia capilar, que consiste na coleta de sangue do dedo indicador para avaliar a taxa de açúcar no sangue, e você poderá sentir dor, mas serão utilizados materiais esterilizados e os pesquisadores tomarão todos os cuidados de higiene necessários para evitar infecção no local.

Você também terá seu peso medido e responderá questões acerca da sua saúde, e de aspectos administrativos, históricos e religiosos da comunidade. Para evitar o risco de constrangimento as entrevistas serão realizadas em local reservado exclusivamente para essa função, bem como os pesquisadores estarão à disposição para esclarecer qualquer dúvida ou questionamento.

Os benefícios do estudo consistem na produção e divulgação de relatórios técnico-científicos acerca das ações históricas, religiosas e culturais da comunidade quilombola participante, bem como de aspectos relacionados à saúde e qualidade de vida nessa comunidade.

Consentimento da participação da pessoa como sujeito da pesquisa:

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“SER QUILOMBOLA: Cultura, Economia e Saúde na comunidade quilombola”** Fui devidamente esclarecido (a) quanto aos propósitos do estudo, e à garantia de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes, bem como a isenção de eventuais despesas por ocasião dessa participação. Concordo voluntariamente em participar do presente estudo, ciente de que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento sem sofrer penalidades, prejuízos ou perda de qualquer benefício adquirido ou da assistência recebida neste serviço.

Declaro ainda que recebi uma via desse Termo de Consentimento. Poderei consultar o pesquisador responsável sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação.

Os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Picos, __ / __ / 21.

Assinatura do Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

Picos, _____ de _____ de 2021.

Pesquisadora responsável

Observações complementares:

Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI – Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Rua Cícero Duarte, 905. Bairro: Junco. – CEP: 64.600-000 – Picos – PI. Tel.: (89) 3422-3003

– email: cep-picos@ufpi.edu.br. _Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 08:00 às 12:00 h e das 14:00 às 18:00 h.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE.

1. Sua família tem acesso a serviços de saúde?
() Sim () Não
2. Se a resposta for sim, qual o tipo de serviço?
() Público () Privado
3. Como você classifica o serviço de saúde da sua localidade?
() Excelente() Bom() Regular() Ruim() Muito ruim
4. Quais os serviços de saúde disponíveis na comunidade?
() Unidade básica de saúde () Hospital () Outros (especificar) _____
5. Como você acha que está sua saúde atualmente?
() Excelente() Bom() Regular() Ruim() Muito ruim
6. Como você classifica a qualidade do seu sono?
() Excelente() Bom() Regular() Ruim() Muito ruim
7. Qual a duração média do seu sono?
() Mais de 8 horas () 7-8 horas () 6-7 horas () 5-6 horas () Menos de 5 horas
8. Como você classifica sua disposição para realizar as atividades do dia-a-dia?
() Excelente () Bom () Regular () Ruim () Muito ruim
9. Você pratica exercícios físicos regularmente?
() Muito frequentemente () Frequentemente () Às vezes () Raramente () Nunca
10. Qual o tipo de atividade que pratica? _____
11. Se pratica exercícios, com que frequência semanal?
() menos de 3 vezes na semana () 3 vezes na semana () mais de 3 vezes na semana
12. Você faz ou já fez tratamento para qual (is) das seguintes doenças ao longo de sua vida?
() Diabetes () Pressão alta () Doença renal () Anemia () Hepatite () Câncer () Cirrose () Doença do aparelho circulatório () Outras
13. Há algum caso na família com alguma das seguintes doenças?
() Diabetes () Pressão alta () Doença renal () Anemia () Hepatite () Câncer em geral () Cirrose () Doença do aparelho circulatório () Outras
14. Qual o grau de parentesco com o familiar: _____

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE SAÚDE.

Parte I – Avaliação de enfermagem

Dados antropométricos e clínicos

Idade: _____

Peso: _____

Altura: _____

IMC: _____ () IMC >30kg/m²?

Frequência Cardíaca (FC): _____

Frequência Respiratória (FR): _____

Glicemia Capilar: _____

Pressão Arterial (PA): PA 1 _____ PA 2 _____ PAM (Pressão Arterial Média) _____

Fatores de risco para doença renal crônica

1. Você é diabético(a)? Se sim, assinale o tipo:

() DM1 () DM2 () Não sei

2. Utiliza insulina?

() Sim () Não

3. Você é hipertenso(a)?

() Sim () Não

4. Você possui histórico de Doença Renal Crônica (DRC) na família?

() Sim () Não

5. Você ou um familiar faz tratamento de hemodiálise?

() Sim () Não

6. Você possui histórico familiar de doença no aparelho circulatório? Se sim, qual? (Ex: doença coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência cardíaca).

7. Você faz uso de algum medicamento?(Ex: medicamentos nefrotóxicos)

() Sim () Não

Se sim, qual(is)?

8. Você faz uso de álcool ou cigarro?

() Sim () Não

Se sim, com qual frequência?

Parte II – Avaliação nutricional

Anamnese

Idade: _____

Peso: _____

Circunferência da cintura: _____

Altura: _____

Circunferência do quadril: _____

Funcionamento do intestino: _____

Patologia: _____

Diagnóstico nutricional

IMC: _____

CLASSIFICAÇÃO	PARÂMETROS
() Risco de desnutrição	< 18,5kg/m ²
() Eutrófico	18,5 – 24,9kg/m ²
() Risco de sobrepeso	25,0 – 29,9kg/m ²
() Obesidade	>30,0kg/m ²

RCQ: _____

CLASSIFICAÇÃO	PARÂMETROS
() sem risco	Homens <0,9cm
	Mulheres <0,85cm
() com risco	Homens >0,90cm
	Mulheres > 0,85cm

ANEXOS

ANEXO A – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA.

Associação Nacional de Empresas e Pesquisas (2019) Adaptado

Nº _____ Data: _____

1. Nome: _____
2. Escola/ano: _____
3. Telefone/celular: _____
4. Sexo: 1 () feminino 2 () masculino.
5. Idade (anos): _____ Data de nascimento: ____/____/____
6. Escolaridade (anos): _____ Série/ano: _____
7. Cor (auto referida): 1 () branca; 2 () negra; 3 () amarela; 4 () parda; 5 () Indígena
8. Com quem mora: 1 () Pais; 2 () Companheiro; 3 () Amigos; 4 () Outros
9. Quantas pessoas residem no seu domicílio (incluindo você)? _____
10. Situação conjugal: 1 () solteiro; 2 () casado; 3 () união estável; 4 () separado; 5 () viúvo
11. Ocupação nos últimos 12 meses: 1 () trabalho remunerado; 2 () trabalho não remunerado; 3 () estágio remunerado; 4 () estágio não remunerado; 5 () só estuda
12. Qual a renda familiar (somatório mensal dos rendimentos da família) R\$: _____

ITENS	Quantidade de itens				
	0	1	2	3	≥ 4
Produtos/serviços	0	1	2	3	≥ 4
Banheiro	0	3	7	10	14
Empregado doméstico	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora de roupa	0	2	2	2	2
PONTUAÇÃO	Total=				
Grau de instrução do chefe Ou Responsável pela família	Analfabeto/ Fundamental 1 Incompleto (0) Fundamental 1 Completo/ Fundamental 2 Incompleto (1) Fundamental 2 Completo / Médio Incompleto (2) Médio completo/ Superior Incompleto (4) Superior Completo (7)				
PONTUAÇÃO	Total=				
Serviços públicos		Sim		Não	
	Água encanada	4		0	
	Rua pavimentada	2		0	
PONTUAÇÃO	Total=				
PONTUAÇÃO FINAL	Total final=				

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas (2019).

13. Classe econômica:

Classe	Pontos
A	45-100
B1	38-44
B2	29-37
C1	23-28
C2	17-22
D-E	0-16

Fonte: Associação Nacional de Empresas e Pesquisas (2019).

ANEXO B – TRIAGEM PARA DOENÇA RENAL OCULTA.

Scored (MAGACHO *et al.*, 2012), adaptado

Você tem doença renal? Faça esse teste e descubra sua pontuação. Descubra se você possui doença renal crônica silenciosa. Verifique cada afirmativa que é verdadeira para você, se uma afirmativa não é verdadeira ou você não tem certeza, coloque zero. A seguir, some todos os pontos para o total.

1. Eu tenho entre 50 e 59 anos de idade () Sim (2 pontos)
2. Eu tenho entre 60 e 69 anos de idade () Sim (3 pontos)
3. Eu tenho 70 anos de idade ou mais () Sim (4 pontos)
4. Eu sou mulher() Sim (1 ponto)
5. Eu tive/tenho anemia() Sim (1 ponto)
6. Eu tenho pressão alta() Sim (1 ponto)
7. Eu sou diabético() Sim (1 ponto)
8. Eu tive um ataque cardíaco (infarto) ou derrame/AVC/ AVE() Sim (1 ponto)
9. Eu tenho insuficiência cardíaca congestiva ou insuficiência cardíaca() Sim (1 ponto)
10. Eu tenho problema de circulação/doença circulatória em minhas pernas ..() Sim (1 ponto)
11. Meu exame mostrou que eu tenho perda de proteína na minha urina() Sim (1 ponto)

Total _____

Se você marcou 4 ou mais pontos:

Você tem 1 chance em 5 de ter doença renal crônica.

Na sua próxima visita a um médico, um simples exame de sangue deve ser pedido. Somente um profissional de saúde pode determinar com certeza se você tem doença renal.

Se você marcou 0-3 pontos:

Você, provavelmente, não tem uma doença renal agora, mas, pelo menos uma vez por ano, você deve fazer esta pesquisa.

ANEXO C - PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES
DE BARROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SER QUILOMBOLA: Cultura, Economia e Saúde na comunidade quilombola

Pesquisador: Ana Larissa Gomes Machado

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37365420.0.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.338.401

Apresentação do Projeto:

Título: projeto: SER QUILOMBOLA: Cultura, Economia e Saúde na comunidade quilombola.

Hipótese:

A saúde dos residentes na comunidade quilombola é precária refletindo em indicadores de saúde inadequados.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos no estudo adultos com idade igual ou superior a 18 anos e que sejam localizados no período da coleta de dados de acordo com os endereços fornecidos pelo líder comunitário.

Critério de Exclusão:

Serão excluídos do estudo os adultos que apresentem sintomas respiratórios (febre, tosse e falta de ar) considerando a pandemia de Covid-19.

Metodologia

O tipo de Pesquisa fundamenta-se na abordagem mista, quantitativa e qualitativa, de caráter exploratório. Os participantes da pesquisa são adultos com idade igual ou superior a 18 ano que residem na comunidade quilombola dos Potes na cidade de São João da Vajota, correspondendo a um total de 70 pessoas. Tem como instrumentos de coleta de dados: formulário individual



**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
“JOSÉ ALBANO DE MACEDO”**

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
- () Dissertação
- (X) Monografia
- () Artigo

Eu, Aylla de Sousa Silva, autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação **PREVALÊNCIA DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA NO SERTÃO PIAUIENSE**, de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 19 de abril de 2023.

Aylla de Sousa Silva

Assinatura

Aylla de Sousa Silva

Assinatura