



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CARLIANE VANESSA SOUZA VASCONCELOS

**AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE
CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA**

SOBRAL
2022

CARLIANE VANESSA SOUZA VASCONCELOS

AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE
CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará – UFC, Campus Sobral - CE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Camilla Araújo
Lopes Vieira

SOBRAL

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- V45 Vasconcelos, Carliane Vanessa Souza.
AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS
MENORES DE DOIS ANOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA / Carliane Vanessa
Souza Vasconcelos. – 2022.
50 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa
de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Camilla Araújo Lopes Vieira.
1. Educação em saúde. . 2. Estado nutricional. 3. Grupo com Ancestrais do Continente
Africano. 4. Saúde Pública. I. Título.

CDD 610

CARLIANE VANESSA SOUZA VASCONCELOS

AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE
CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará – UFC, Campus Sobral - CE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira

Aprovada em: 26 / 01 / 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira
(Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Eliany Nazaré Oliveira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Francisca Denise Silva Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Às pessoas que vivem na Comunidade Quilombola Córrego do Iús. Personalidades fortes que como Dandara, líder feminina negra que lutou contra o sistema escravocrata do século XVII, continuam a história em busca do ideal de liberdade

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha fortaleza e meu referencial. Gratidão pela oportunidade de ter um assento nesse Mestrado que eu tanto sonhei.

À minha família, por sempre me apoiar e torcer por mim. Em especial, à minha irmã Lizandra Vasconcelos que participou da escrita de alguns trabalhos junto comigo para publicação.

Ao meu filho Carlos Manoel, por ter chegado como surpresa no início da minha jornada no mestrado e somado energia positiva para concluir mais uma etapa da minha vida acadêmica.

Ao meu primo Júnior, com quem dividi apartamento. Em nome da sua mãe Dona Regina e sua família, por abrir as portas de sua casa e esse espaço ser minha morada e apoio sempre quando necessário em Pedrinhas, Sobral. Muito obrigada.

Ao pai do meu bebê, Francisco Vasconcelos, pelo apoio.

À minha orientadora Professora Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira, mulher que me enxergou para além do ensino acadêmico e me escutou, e me inspira a ser uma mulher mais forte.

Às minhas amigas Ingridh, Rita, Maria, por me acolherem e cuidarem de mim. Amo vocês.

Aos colegas do mestrado, por me ajudarem com as atividades em grupo, pelas conversas na cantina e nos corredores, pelos eventos que organizamos, pelos nossos momentos de convívio em sala de aula, presencialmente e on-line. Em especial à minha amiga Adriana, que tanto me ajudou nesse processo.

Ao meu amigo Felipe e à minha amiga Lyz, por ser ajuda adequada sempre que solicitei. Amo vocês.

Aos professores e professoras que compartilham o conhecimento e inspiram a sermos melhores sempre. Especialmente, às Professoras Eliany Oliveira e Denise Vasconcelos, membros da minha banca.

RESUMO

A vigilância epidemiológica em Alimentação e Nutrição é feita a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, que tem como objetivo fornecer informação contínua sobre o perfil alimentar e nutricional da população brasileira e os fatores que o influenciam. Logo, objetivou-se avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional de crianças de zero a 23 meses residentes na Comunidade Quilombola de Córrego dos lús. Trata-se de estudo do tipo pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. As entrevistas foram realizadas com a mãe, pai ou responsável pelos cuidados da criança, atuando como informante em fevereiro de 2021. Identificamos 11 crianças, menores de dois anos na comunidade. Devido às perdas, às recusas ou à ausência do responsável no domicílio, a amostra estudada foi composta por nove participantes. A coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares, utilizando-se de equipamentos antropométricos (infantômetro de madeira e balança eletrônica portátil), ficha de cadastro e formulário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. O estado nutricional foi classificado de acordo com o critério da Organização Mundial da Saúde, que preconiza os pontos de corte de IMC-para-idade para crianças de zero a dois anos. Os valores que estejam entre os $< \text{Escore-z-3}$ e $> \text{Escore } -z+3$ servem para identificar, respectivamente, os casos de déficit ou excesso de peso (BRASIL, 2011). Os dados de peso, altura, idade e sexo foram processados no aplicativo *DietSmart* para se obter os índices antropométricos (<https://www.dietsmartsystem.com/DietSmart/>). A partir dessas informações, produzimos os seguintes indicadores: estatura para idade, peso para idade, peso para estatura, IMC por idade (Escore Z, OMS). Em relação ao consumo alimentar, os dados foram avaliados de acordo com as orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar da Atenção Básica. Utilizamos os indicadores referentes às crianças menores de seis meses em aleitamento materno exclusivo, em crianças de seis a 23 meses que estavam, respectivamente, em aleitamento materno continuado, diversidade alimentar mínima, frequência mínima e consistência adequada, consumo de alimentos ultraprocessados, organizados segundo os blocos de questões que compõem o formulário de marcadores de consumo alimentar (BRASIL, 2015). A partir da avaliação antropométrica, verificamos que os agravos nutricionais mais importantes foram peso elevado para idade (44,4%), risco de sobrepeso para estatura e obesidade para estatura, respectivamente (11,1%), sobrepeso para IMC por idade (11,1%). Em relação ao consumo alimentar, 33% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo e 50% delas em aleitamento materno continuado. A inadequação no consumo de ferro foi observada em cerca de 84% das crianças. Porém, todas as crianças consumiam feijão (100%), mas apenas uma das crianças avaliadas consumia fígado (16%). O consumo de alimentos ultraprocessados apresentou 83%. Os achados sugerem que a população estudada estava passando por transição nutricional. É necessária a consolidação de políticas públicas para melhorar a saúde da comunidade estudada. Observamos riscos importantes do estado nutricional e de inadequações no consumo alimentar que estavam comprometendo a saúde das crianças quilombolas estudados.

Palavras-chave: Educação em saúde. Estado nutricional. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Saúde Pública.

ABSTRACT

Epidemiological surveillance in Food and Nutrition is based on the Food and Nutrition Surveillance System, which aims to provide continuous information on the food and nutrition profile of the Brazilian population and the factors that influence it. The objective of this study was to evaluate the food consumption and nutritional status of children aged 0 to 23 months who live in the Quilombola Community of Córrego dos lús. The methodological course is an exploratory, descriptive study, with a qualitative approach. The interviews were carried out with the mother, father or guardian of the child, acting as an informant in February 2021. We identified 11 children under two years of age in the community. Due to losses, refusals or the absence of the person responsible for the household, the studied sample consisted of 9 participants. Data collection took place through home visits, using anthropometric equipment (wooden infantometer and portable electronic scale), registration form and food consumption markers form of the Food and Nutrition Surveillance System. Nutritional status was classified according to the criteria of the World Health Organization, which recommends BMI-for-age cut-off points for children aged 0 to 2 years. Values that are between $< \text{Score} - z - 3$ and $> \text{Score} - z + 3$ to identify, respectively, cases of deficit or excess weight (BRASIL, 2011). Weight, height, age and sex data were processed in the DietSmart application to obtain anthropometric indices (<https://www.dietsmartsystem.com/DietSmart/>). From this information, we produced the following indicators: height for age, weight for age, weight for height, BMI for age (Z Score, WHO). In relation to food consumption, the data were evaluated according to the guidelines for the evaluation of food consumption markers in Primary Care. In which the indicators referring to children under six months of age on exclusive breastfeeding were used, in children aged between six and 23 months who are respectively in: continued breastfeeding, minimum food diversity, minimum frequency and adequate consistency, consumption of ultra-processed foods, organized according to the blocks of questions that make up the food consumption markers form (BRASIL, 2015). From the anthropometric assessment, we found that the most important nutritional problems were high weight for age (44.4%), risk of overweight for height and obesity for height presented respectively (11.1%), overweight for BMI by age (11.1%). Regarding food consumption, only 33% of the children were exclusively breastfed, and 50% of them were continuously breastfed. Inadequate iron intake was observed in about 84% of children. However, all children consumed beans (100%), but only one of the evaluated children consumed liver (16%). The consumption of ultra-processed foods presented 83%. The findings suggest that the population studied is undergoing a nutritional transition. It is necessary to consolidate public policies to improve the health of the studied community. We observed important risks of nutritional status and inadequacies in food consumption that; are compromising the health of the studied quilombola children.

Keywords: Health education. Nutritional status. African Continental Ancestry Group. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1:** Acesso aos alimentos pela Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córregos dos Íus – Acaraú, 2021.....
- Figura 2:** Equipamentos Sociais da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córregos dos Íus – Acaraú, 2021.....
- Quadro 1:** Aferição de peso e comprimento das crianças menores de dois anos.
- Quadro 2:** Técnica de comprimento, segundo o Plano de Frankfurt
- Tabela 1:** Estado nutricional de crianças menores de dois anos da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córrego dos Íus. Acaraú, 2021.....
- Tabela 2:** Consumo alimentar em crianças menores de dois anos da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córrego dos Íus. Acaraú, 2021.....

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AF	Anemia Falciforme
CRQ	Comunidades Remanescentes de Quilombo
EAN	Educação Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da Pessoa Negra
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
HA	Hipertensão Arterial
NHANES	<i>National Health and Nutrition Examination Survey</i>
IMC	Índice de Massa Corporal
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
UBS	Unidade Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitária de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. SAÚDE E CULTURA ALIMENTAR NO CENÁRIO DE UMA COMUNIDADE TRADICIONAL	10
1.1 Objeto de trabalho desenvolvido.....	15
1.2 Justificativa	162
1.3 Relevância.....	13
2. OBJETIVOS.....	14
2.1 Geral.....	14
2.1 específicos.....	14
3. PRÁTICAS ALIMENTARES E SAÚDE DAS CRIANÇAS QUILOMBOLAS.....	15
3.1 Quilombolas: um olhar com atenção nos ensina a ver, ouvir e sentir.....	16
4. METODOLOGIA.....	22
4.1 Tipo de estudo.....	22
4.2 Cenário do estudo.....	22
4.3 Participantes do estudo.....	23
4.4 Coleta de informações.....	23
4.5 Análise de Informações.....	25
4.6 Aspectos éticos.....	26
4.7 Análises crítica dos riscos e benefícios.....	26
5. SENTIR-SE COMUNIDADE: SAÚDE NUTRICIONAL DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS.....	27
6. CONSIDERAÇÕES, NOVOS CAMINHOS E OUTROS DESAFIOS	36
REFERÊNCIAS.....	39
ANEXOS	
Anexo A.....	44
Anexo B.....	45
APÊNDICES	
Apêndice A.....	47
Apêndice B.....	48

1. SAÚDE E CULTURA ALIMENTAR NO CENÁRIO DE UMA COMUNIDADE TRADICIONAL

A vigilância epidemiológica em Alimentação e Nutrição é feita a partir do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que tem como objetivo fornecer informação contínua sobre o perfil alimentar e nutricional da população brasileira e os fatores que o influenciam. Esta informação irá servir de base para tomada de decisões por políticas, planejamento e gerenciamento de programas para melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional em nível local, estadual e federal (BRASIL, 2015a).

O sistema informatizado do SISVAN permite o registro dos dados de alimentação e nutrição da população atendida na Atenção Básica, por meio de formulários para avaliação do estado nutricional e levantamento das práticas alimentares nos diversos ciclos de vida (BRASIL, 2015a).

O Brasil promove o ciclo de gestão e produção do cuidado para exercer a atitude de vigilância e organizar o processo de trabalho, mediante o diagnóstico da situação alimentar e nutricional. A Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) é uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), considerada essencial para atenção nutrição e monitoramento do estado nutricional e das práticas de consumo alimentar, possibilitando o reconhecimento de alimentos ou comportamentos que se relacionam à alimentação saudável e não saudável para fornecer subsídios para o planejamento e a organização do cuidado (BRASIL, 2013a).

O consumo alimentar saudável é um dos determinantes do estado nutricional e relaciona-se à saúde em todas as fases do curso da vida. Assim, pesquisamos por meio de formulários de consumo alimentar e dados antropométricos as crianças entre seis e 23 meses de uma comunidade de remanescentes quilombolas, entendendo que o acesso à saúde é direito de todos os povos (BRASIL, 2012).

Os Quilombos travam luta incessante para afastar os inúmeros entendimentos errôneos acerca de seu desenvolvimento inicial e da forma como figuram para sociedade. Na atualidade, as comunidades quilombolas destacam exemplos de superação e protagonismo, buscando desenvolvimento social, econômico e cultural (ALMEIDA; MIRANDA, 2019).

Contudo, para manter e propagar a própria cultura, enfrentam uma série de dificuldades, uma vez que apresentam características biológicas, sociais e histórico-

culturais próprias e que interagem permanentemente com diferentes culturas e modos de viver, necessitando buscar articulações com outras comunidades para preservação de tradições. Essa interação com outras culturas acaba por interferir e/ou até fragilizar os processos de formação de novos indivíduos, segundo a cultura, principalmente no que se refere às questões voltadas para educação e saúde destes povos (ALMEIDA; MIRANDA, 2019).

Não é possível reduzir a ideia de quilombo às definições históricas, às ideias de isolamento, fuga ou mesmo a uma suposta unicidade entre os quilombos, mas que devem ser considerados em especificidades, cada grupo com características próprias. Não é apenas uma tipologia de dimensões, atividades econômicas, localização geográfica, quantidade de membros e sítio de artefatos de importância histórica. É uma comunidade e, enquanto tal, passa a ser uma unidade viva, um *locus* de produção material e simbólica. Institui-se como sistema político, econômico, de parentesco e religioso que margeia ou pode ser alternativo à sociedade abrangente (MARQUES, 2009).

De acordo com o quadro geral de Comunidades Remanescentes de Quilombo (CRQ). Na última atualização realizada em fevereiro de 2020, existiam, no Brasil, 3.432 Comunidades Quilombolas; no Ceará, são 52, dentre elas, está a Comunidade Córrego dos Lús, na qual foi desenvolvida a pesquisa (BRASIL, 2020).

Esses indicadores se destinam respectivamente a refletir sobre a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias de idade que receberam leite materno no dia anterior à avaliação; indicador que apresenta a proporção de crianças que receberam seis grupos alimentares no dia anterior à avaliação.

O cenário nacional, de acordo com os dados dos relatórios consolidados de consumo alimentar do SISVAN-WEB de 2019, mostra que os povos quilombolas apresentam 100% de aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses do total de duas crianças acompanhadas. Em crianças de seis a 23 meses do total de seis crianças acompanhadas, 50% de aleitamento materno continuado (proporção de crianças que receberam leite materno no dia anterior à avaliação), diversidade alimentar mínima 67% (proporção de crianças que receberam seis grupos alimentares no dia anterior à avaliação), frequência mínima e consistência adequada 67% (crianças que receberam comida de sal com frequência e consistência adequadas para a idade no dia anterior à avaliação), consumo de alimentos ultraprocessados 67% (crianças que consumiram pelo menos um dos seguintes

alimentos: embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e outros) (BRASIL, 2015b).

Na Região Nordeste e no estado do Ceará, a consulta não gerou dados consolidados dos povos Quilombolas no SISVAN-WEB referente ao ano de 2019, nem tampouco para o município onde se realizou a pesquisa. Esses dados fazem refletir sobre como os povos quilombolas são pouco acompanhados. Como está o consumo alimentar e o estado nutricional de crianças de zero a 23 meses que residem em uma Comunidade Quilombola no interior do Ceará?

Diante do exposto, objetivamos avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional de crianças de zero a 23 meses que residiam na Comunidade Quilombola de Córrego dos Lús. Desta forma, começamos o processo de realização da pesquisa tentando entender a situação e o estado nutricional das crianças, especialmente averiguando a situação nutricional. Vinculamo-nos à comunidade a partir do contato com um ator social, que fez a ponte até a Agente de Comunitária de Saúde. A partir desse momento, identificamos as famílias que continham crianças com essa faixa etária e realizamos as visitas. Durante as visitas, aferimos peso, comprimento e aplicamos o questionário de consumo alimentar. O momento foi oportuno também para observar a produção, o preparo e acesso aos alimentos.

Em seguida, analisamos os indicadores. As crianças foram classificadas segundo o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza os pontos de corte de IMC-para-idade para crianças de zero a dois anos. Em relação ao consumo alimentar, os dados foram avaliados de acordo com as orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar da Atenção Básica.

1.1 Objeto de trabalho a ser desenvolvido

Avaliar o consumo alimentar e estado nutricional de crianças menores de dois anos da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córregos dos Lús, Acaraú, Ceará-Brasil.

1.2 Justificativa

Por meio da disciplina Cultura, Saúde e Doença, do Curso de Mestrado em Saúde da Família da UFC/Campus Sobral, cursada no primeiro semestre de 2019,

surgiu o interesse de buscar na literatura conhecimentos sobre as comunidades tradicionais. A disciplina teve como objetivos compreender saúde e doença como conceitos complexos que aproximam o biológico e o social e se inscrevem no contexto histórico de cada sociedade e na experiência concreta de cada sujeito; modelos explicativos das doenças; tratamento e cura: as alternativas de assistência à saúde; relação profissional de saúde e paciente.

Em uma das atividades propostas por essa disciplina, os mestrandos tiveram a possibilidade de fazer uma atividade de campo: com a livre escolha de visitar alguma comunidade indígena, unidade de saúde, povo quilombola, ciganos, sem-terra, de economia familiar, rezadeiras, _mães ou/e pais de santo, para pesquisar a relação que estabelecem entre saúde e doença. Antes da visita a campo, os mestrandos debruçaram-se sobre a literatura para posteriormente aliar teoria à prática.

A atividade veio ao meu encontro e, diante do perfil de Nutricionista Social, militante do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), ao ocupar esse espaço como mestranda, tivemos a oportunidade de conhecer uma Comunidade Quilombola na qual já havia tido contato com ator social dessa comunidade anteriormente. A partir da observação da realidade e da escuta dos sujeitos, notamos a necessidade de desenvolver atividades com as crianças menores de dois anos.

1.3 Relevância

As Comunidades Quilombolas são comunidades vulneráveis e apresentam dificuldades no acesso aos condicionantes de saúde. Neste sentido, a aplicação da proposta para a comunidade ajudará a identificar o estado nutricional, a prevalência de inadequação alimentar e a possível intervenção em ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para crianças menores de dois anos.

Logo, a aplicação da proposta para a comunidade ajudará a identificar o estado nutricional, a prevalência de inadequação alimentar e se serão necessárias ações de Educação Alimentar e Nutricional (EAN) para crianças menores de dois anos, posteriormente.

Pelos conhecimentos dos achados, poderemos subsidiar profissionais que atuam na Atenção Básica e os gestores em diferentes esferas de governo, na

implantação e implementação de estratégias para promoção de melhorias das condições de saúde relacionadas com a alimentação e nutrição.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional de crianças de zero a 23 meses da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córrego dos Lús, Acaraú, Ceará.

2.2 Específicos

- Averiguar a situação do estado nutricional de crianças de zero a 23 meses que residem na Comunidade de Remanescentes Quilombola de Córrego dos Lús;
- Analisar os indicadores de consumo alimentar de crianças de zero a 23 meses.

3. PRÁTICAS ALIMENTARES E SAÚDE DAS CRIANÇAS QUILOMBOLAS

De acordo com o Guia Alimentar para crianças menores de dois anos, a gestação e os dois primeiros anos de vida são importantes para o pleno crescimento e desenvolvimento da criança e a saúde destas, atual e futura. Sobretudo, o acesso à alimentação e as orientações para uma alimentação saudável deve ser um compromisso prioritário das famílias e sociedade, incluindo empresas, organizações e educadores (BRASIL, 2019). Para oferecer os melhores cuidados a essas crianças, estas precisam ser acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família, com monitoramento dos dados antropométricos e hábitos alimentares para, desta maneira, fazer as orientações necessárias em relação à alimentação e nutrição.

A alimentação é um fator de identidade de povos e grupos e diz respeito aos afetos, ao cuidado consigo, com os outros e o meio ambiente. Para serem consideradas escolhas alimentares saudáveis, estas precisam respeitar os hábitos e as culturas regionais, tanto da cidade como do campo, de qualquer região brasileira, como também de comunidade tradicionais, como povos indígenas e quilombolas (BRASIL, 2019).

Entende-se que, no plano individual ou biológico, o estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais. O estado nutricional pode ter três tipos de manifestação orgânica: Adequação Nutricional (Eutrofia): manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo em relação às necessidades nutricionais; Carência Nutricional: manifestações produzidas pela insuficiência quantitativa e/ou qualitativa do consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais; Distúrbio Nutricional: manifestações produzidas pelo excesso e/ ou desequilíbrio de consumo de nutrientes em relação às necessidades nutricionais (BRASIL, 2004a).

Um dos métodos amplamente utilizados na avaliação do estado nutricional em serviços de saúde é a antropometria que se baseia na medição das variações físicas e na composição corporal global. É aplicável em todas as fases do ciclo de vida e permite a classificação de indivíduos e grupos segundo o estado nutricional. Esse método tem como vantagens ser de baixo custo, simples, de fácil aplicação e padronização, além de pouco invasivo. Ademais, possibilita que os diagnósticos individuais sejam agrupados e analisados, de modo a fornecer o diagnóstico de coletivo, permitindo conhecer o perfil nutricional de determinado grupo (BRASIL, 2004a).

Por meio dos relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN-WEB), foi possível verificar o quantitativo de atividades relacionadas à organização dos cuidados do processo de trabalho das equipes e as ações de saúde voltadas para população, realizadas pelos profissionais de saúde da Atenção Básica (BRASIL, 2020).

Ao fazer a busca de abrangência nacional no SISVAN-WEB, pelos relatórios do consumo alimentar dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice do ano de 2019 de crianças de ambos os sexos de povos quilombolas referentes ao aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses, o total de menores de seis meses acompanhados (as) foram dois, estes apresentaram 100% de aleitamento materno exclusivo. Quando observamos os demais indicadores como: aleitamento materno continuado, diversidade alimentar mínima, frequência mínima e consistência adequada, consumo de alimentos ultraprocessados, somente seis crianças de povos quilombolas foram acompanhadas no ano de 2019.

O Relatório de Cobertura do Consumo Alimentar dos indivíduos acompanhados por período, fase do ciclo da vida e índice menores de dois anos, mostra que, no Brasil, o número de crianças de todos os povos nessa faixa etária são de 5.685.610, destas, 123.518 foram acompanhadas. O Sistema apresentou cobertura no ano de 2019 de 2,17% (BRASIL, 2020). Esses dados motivam a compreensão de que é necessário intensificar as atividades de acompanhamento dessas crianças com o preenchimento das fichas de cadastro e consumo alimentar do SISVAN-WEB, principalmente por se tratar de crianças de comunidades tradicionais, em que é preciso ultrapassar barreiras geográficas para promover o cuidado da saúde, necessitando dos registros dos dados nesse sistema.

3.1 Quilombolas: um olhar com atenção nos ensina a ver, ouvir e sentir

Leite *et al.* (2013), em estudo desenvolvido em Alagoas para avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional das crianças das comunidades quilombolas, identificaram que as prevalências de anemia, déficit estatural e obesidade foram, respectivamente, significantes. As crianças com padrão alimentar monótono e considerável prevalência de inadequação na ingestão de zinco, folato, ferro e vitaminas A e C. Quanto às demais classes, as crianças da classe E apresentaram menores médias de consumo para energia, carboidrato, vitaminas A e C, folato, ferro, zinco e fósforo.

Moraes-Partelli e Cabral (2019) realizaram estudo em Santa Catarina para compreender a relação dos determinantes sociais na promoção da saúde. A promoção da saúde dessa população e a respectiva interface com o sistema social foram determinantes entendidos. A relação da espiritualidade é estratégia para a cura evidente nos relatos referentes a benzeduras e outras crenças religiosas. Racismo aparece para além da discriminação, mas como desdobramento, a questão das oportunidades de trabalho e acesso aos serviços de saúde de mulheres quilombolas.

Oliveira e Caldeira (2016), em amostra de comunidades quilombolas, evidenciou excesso de peso prevalente no sexo feminino de autorrelato de morbidades em pessoas > 40 anos, verificaram que excesso de peso e sedentarismo foram semelhantes para ambas as faixas etárias e a cor da pele autodeclarada supera a população brasileira.

Silva *et al.* (2016) objetivaram determinar a prevalência da Hipertensão Arterial (HA) e os fatores associados em comunidade quilombola na Bahia. A população estudada foi de 213 indivíduos maiores de 18 anos. A prevalência de HA foi de 38,5%. Após análise ajustada, permaneceram associados à HA: sexo feminino, idade, menor escolaridade, maior renda *per capita*, uso de medicamentos nos últimos 15 dias, obesidade e diabetes mellitus.

Chehuen Neto *et al.* (2015) investigaram, em Minas Gerais, o conhecimento acerca da Política Nacional de Saúde Integral da Pessoa Negra (PNSIPN), os potenciais benefícios e as dificuldades de acesso à saúde. O estudo mostrou população relativamente jovem, com mediana de 34 anos, cuja maioria era mulheres. O estudo constatou que 90% das pessoas relataram desconhecer a existência de uma PNSIPN, mas, apesar disso, aprovaram os objetivos, mesmo relatando a possibilidade de discriminação.

Meneses *et al.* (2015) objetivaram desenvolver intervenção educativa em saúde para comunidades quilombolas de Sergipe e observaram que a maior parte da amostra não possuía adequada compreensão sobre Anemia Falciforme (AF) e 95% não sabiam a forma de transmissão dela. A ocorrência familiar e o grau de parentesco da AF ou traço falciforme eram desconhecidos por 68,9% da amostra.

Segundo estudos de Bezerra *et al.* (2013), estimou-se a prevalência de HA em residentes das comunidades quilombolas e buscou avaliar possíveis fatores associados. A prevalência de hipertensão foi de 45,4%, o fator distal: segurança na

vizinhança; os fatores intermediários: idade, classe econômica, escolaridade e inatividade física; e o fator proximal: índice de massa corporal mostraram-se associados com a hipertensão. Observamos, assim, a necessidade da promoção da saúde, por meio de atenção inclusiva aos quilombolas, valendo-se de ações em níveis individual e populacional.

Os estudos foram publicados na Região Nordeste do Brasil (50%), sendo 25% na Bahia e 12,5% em Sergipe e Alagoas, respectivamente. Os demais estudos foram publicados no Sudeste (37,5%) e no Sul (12,5%). Observamos baixo número de publicações sobre ações de educação em saúde e estado nutricional em grupos com ancestrais do continente africano, demonstrando a necessidade de conduzir novos estudos voltados a essa temática e público.

Grande parte dos estudos utilizados para compor esta revisão denota abordagens relacionadas a Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), voltados às práticas de promoção da saúde. Dentre esses, somente dois estudos refletem sobre a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra e os determinantes sociais da saúde com recorte de gênero. Este achado, associado à baixa produtividade científica sobre o público, possibilita refletir sobre como a atenção em saúde vai ao encontro das comunidades quilombolas, ainda, de maneira incipiente e provida da lógica cartesiana, reducionista e patologicista do cuidado.

Ao buscar entender a relação dos determinantes sociais na promoção da saúde de mulheres quilombolas em Santa Catarina, estudiosos observaram temáticas relacionadas ao emprego, às condições de vida e trabalho, à religiosidade, à família, às redes sociais, aos costumes, ao empoderamento feminino, ao racismo e acesso aos serviços de saúde. Fato que aponta potencial correlação das relações raciais com a fragilidade assistencial, educacional, acesso às informações em saúde e o distanciamento de comunidades das práticas de cuidado holísticas e concernentes ao princípio da equidade (DURAND; HEIDEMAN, 2019).

Os achados se contrapõem aos princípios e às diretrizes do Sistema único de Saúde e à Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. Contudo, os resultados convergem com outro estudo realizado em Minas Gerais, em que a população negra se demonstrou insatisfeita com o acesso e a qualidade dos serviços prestados na rede pública de saúde, sobretudo, pela ocorrência de maior discriminação no atendimento associados aos usuários com baixa escolaridade e

situação socioeconômica, bem como pelo tempo de espera prolongado com o prosseguimento e a continuidade do tratamento (CHEHUEN-NETO *et al.*, 2015).

A situação socioeconômica e a baixa escolaridade, portanto, constituem fatores que interfere no acesso ao serviço de saúde para as comunidades quilombolas (LEITE *et al.*, 2013; CHEHUEN-NETO *et al.*, 2015; DURAND; HEIDEMAN, 2019). Ademais, o nível de instrução é uma particularidade a ser refletida nas estratégias e ferramentas adotadas pelos profissionais de saúde para planejamento e desenvolvimento das ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde (SILVA *et al.*, 2016).

No que se refere às condições socioeconômicas, estudo realizado em Alagoas apontou riscos importantes de inadequações no consumo alimentar de pré-escolares de comunidades quilombolas. Os pesquisadores concluíram o baixo poder aquisitivo, relacionou-se com maior risco de ingestas dietéticas inferiores às necessidades energéticas de carboidratos, lipídios, das vitaminas A, C e ácido fólico e dos minerais ferro, zinco e fósforo. Contudo, não houve déficit estatural ou obesidade prevalentemente divergente da população total de crianças alagoanas. Outro aspecto nutricional percebido neste estudo foi a prevalência de anemia não associada ao consumo inadequado de ferro, demandando novas investigações a respeito deste aspecto (LEITE *et al.*, 2013).

Além dos fatores socioeconômicos, sexo feminino, condições sanitárias insalubres e elevada prevalência de fatores de risco para DCNT resultam em iniquidades sociais e de saúde relacionadas à cor da pele e à exclusão histórica das comunidades quilombolas (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016; SILVA *et al.*, 2016). Os negros têm incidência mais alta de DCNT, como HAS, diabetes e dislipidemias, desta maneira, ressalta-se a importância de adotar medidas de prevenção contínuas no meio da vida adulta (HOWARD *et al.*, 2017).

A HAS está entre as DCNT que podem representar problema de saúde relevante em algumas comunidades quilombolas, principalmente em mulheres, e mostra-se associada a fatores distais (segurança na vizinhança); fatores intermediários (idade, classe econômica, escolaridade e inatividade física); e ao fator proximal (Índice de Massa Corporal – IMC) (BEZERRA *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2016).

Estudo transversal utilizou dados da *National Health and Nutrition Examination Survey* (NHANES) e apontou que as mulheres negras demonstraram

maior nível sistólico e diastólico no sangue, desta forma, mulheres negras expressaram 58% mais probabilidade de ter hipertensão em comparação com mulheres brancas (ANIKA; ROLAND, 2019).

Diante desse cenário, ressalta-se a importância de discutir e planejar ações inter e intrassetoriais acerca das iniquidades em saúde relacionadas à cor da pele, buscando restaurar os direitos e a dignidade da população negra, inclusive das comunidades quilombolas (OLIVEIRA; CALDEIRA, 2016). A realização de campanhas de promoção da saúde pode otimizar a assistência e contribuir na prevenção de fatores de risco e comorbidades, além do diagnóstico precoce e do tratamento, bem como na promoção da qualidade de vida (SILVA *et al.*, 2016).

Contrapondo as abordagens anteriores, neste estudo, uma das ações de promoção da saúde tratou-se de intervenção educativa em saúde, visando à orientação sobre o risco genético associado à anemia falciforme, as manifestações orais da doença, as noções gerais de autocuidado e o aconselhamento genético. O estudo aponta efetividade na estratégia, pois houve construção de conhecimento junto à população e enfatiza-se a relevância de estratégias educativas para a prática do autocuidado e manutenção da saúde (MENESES *et al.*, 2015).

Ainda na perspectiva de promoção da saúde, pesquisadores validaram uma história em quadrinho construída por adolescentes, a partir da identidade sociocultural e geográfica da comunidade. Para tanto, viabilizaram reflexões individuais, familiares e comunitárias sobre vivências e experimentação, ou não, com o consumo eventual ou continuado do álcool. Os autores valorizaram saberes, aspectos socioculturais e étnicos ao torná-los ativos e corresponsáveis nas questões de saúde pública, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (MORAES-PARTELLI; CABRAL, 2019).

Identificamos que as publicações relacionadas às práticas educativas e situação nutricional das comunidades quilombolas eram limitadas. Constatamos que o cuidado em saúde a este público-alvo perpassa por diversos desafios relacionados aos aspectos histórico-conceituais e socioculturais que interferem no acesso, na qualidade e efetividade da assistência em saúde.

Outro ponto considerado foram as produções que trazem, em maioria, foco no cuidado biologicista, contradizendo as bases elementares de cuidado holístico. Este fato revela a necessidade de planejar e promover ações de promoção da saúde,

considerando as peculiaridades e singularidades que cercam as comunidades quilombolas.

A presente pesquisa vem contribuir para o preenchimento dessa lacuna. Ao fazer a busca intercalando as palavras-chave Educação em saúde, Estado nutricional e Grupo com Ancestrais do Continente Africano, notamos poucos estudos com esse público-alvo. A sensação é de invisibilidade desses povos. Após esse levantamento bibliográfico, ficou ainda mais forte o desejo de aprofundar a temática, sobretudo, de iniciar com crianças menores de dois anos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

A pesquisa se caracteriza como pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. A pesquisa do tipo exploratória busca proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (GIL, 2007).

A pesquisa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

A investigação com abordagem qualitativa explora atitudes, opiniões e hábitos, que busca abranger o que ocorre em determinado meio de forma mais profunda, enfatizando a importância da fala, fundamental para aquisição das informações (LANDIM *et al.*, 2006).

Realizamos levantamento bibliográfico nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *United States National Library of Medicine* (PubMed) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), utilizando-se dos operadores booleanos “AND” e “OR” para associar os termos de busca: “Educação em Saúde”/“*Health Education*”, “Estado nutricional”/“*Nutritional Status*” e “Grupo com Ancestrais do Continente Africano”/“*African Continental Ancestry Group*”, que abordaram temáticas centrais, como educação em saúde, estado nutricional e grupo com ancestrais do continente africano. Ademais, envolveu famílias com crianças de zero a 23 meses da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córrego dos Lús, Acaraú, Ceará.

4.2 Cenário do estudo

O cenário de prática da atividade foi a Comunidade Quilombola de Córrego dos Lús, autodefinida e/ou reconhecida pela Fundação Cultural Palmares, localizada na zona rural do Distrito de Aranaú, entre os municípios de Acaraú e Cruz, no estado do Ceará-Brasil, com população de 60 famílias e dimensão da área a titular de 1.169,3178 hectares. Essa comunidade se localiza bem afastada da região central do município de Acaraú e vive da agricultura, principal fonte de renda.

4.3 Participantes do estudo

A amostra incluiu familiares responsáveis pelas crianças de zero a 23 meses residentes na Comunidade Quilombola de Córrego dos Lús. Foram excluídas famílias que não tinham crianças menores de dois anos e que não residiam na comunidade.

4.4 Coletas de Informações

A coleta ocorreu por meio de visitas domiciliares, em fevereiro de 2021, utilizando-se de equipamentos antropométricos, ficha de cadastro e formulário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). As entrevistas foram realizadas com a mãe, o pai ou responsável pelos cuidados da criança, atuando como informante. As informações foram obtidas pela própria pesquisadora. Para caracterização socioeconômica, foram coletadas informações sobre a escolaridade e a atividade econômica dos chefes de família.

Durante a realização da coleta de dados, o uso de máscara foi intermitente, lavagem das mãos com frequência com água e sabão ou álcool em gel e limpeza de todos os utensílios de aferição de peso e comprimento de uso coletivo e manutenção de distanciamento seguro, sempre que necessário, seguindo as recomendações de proteção contra a pandemia do novo coronavírus que a Organização Mundial da Saúde (OMS) dispõe.

A aferição do peso e comprimento das crianças menores de dois anos foi realizada pela própria pesquisadora, sendo utilizado infantômetro de madeira, com fita métrica inextensível graduada em milímetros. Para obter o peso, utilizamos balança eletrônica portátil (Marte PP 180), com capacidade de 180kg e sensibilidade de 100g (BRASIL, 2011).

As crianças foram pesadas completamente despidas e na presença da mãe ou responsável, estes auxiliaram na retirada da roupa da criança e na tomada da medida. Foram obedecidos os passos a seguir para aferição do peso (Quadro 1).

Quadro 1: Aferição de peso e comprimento das crianças menores de dois anos

1º passo	A balança deve estar ligada antes de a criança ser colocada sobre o equipamento. Esperar que a balança chegue ao zero.
2º passo	Despir totalmente a criança com o auxílio da mãe/responsável.

3º passo	Colocar a criança despida no centro do prato da balança, sentada ou deitada, de modo que o peso fique distribuído. Manter a criança parada nessa posição. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança, nem no equipamento.
4º passo	Aguardar que o valor do peso esteja fixado no visor e realizar a leitura.
5º passo	Anotar o peso.

Fonte: BRASIL, 2011.

A técnica de comprimento foi realizada segundo o Plano de Frankfurt, em que o comprimento é a distância que vai da sola (planta) dos pés descalços, ao topo da cabeça, comprimindo os cabelos, com a criança deitada em superfície horizontal, firme e lisa. Deve-se retirar os sapatos da criança. Deve-se, também, retirar toucas, fivelas ou enfeites de cabelo que possam interferir na tomada da medida, que seguirá os passos a seguir (Quadro 2).

Quadro 2: Técnica de comprimento segundo o Plano de Frankfurt

1º passo	Deitar a criança no centro do infantômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços.
2º passo	Manter, com a ajuda da mãe/ responsável: a cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito, no plano de Frankfurt (margem inferior da abertura do orbital e a margem superior do meatus auditivo externo deverão ficar em uma mesma linha horizontal); os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do infantômetro; os braços estendidos ao longo do corpo.
3º passo	As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apoia o infantômetro.
4º passo	Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levantar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado, para que não se mexam.
5º passo	Realizar a leitura do comprimento, quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.
6º passo	Anotar o resultado.

Fonte: BRASIL, 2011

Para conhecer o padrão alimentar, aplicamos as fichas de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Em crianças menores de seis meses, o formulário para essa faixa etária tem como objetivo identificar o tipo de alimentação que a criança recebe (aleitamento materno

exclusivo ou predominante, alimentação complementar ou não recebe leite materno). Enfatizamos que o período que está sendo avaliado corresponde à prática alimentar do dia anterior à data do inquérito.

Para crianças entre seis meses e até dois anos, o objetivo das questões para essa fase da vida é caracterizar a introdução de alimentos, que deve ocorrer a partir dos seis meses de idade e a adoção de comportamento de risco, tanto para a ocorrência de deficiência de nutrientes como para o desenvolvimento de excesso de peso. Novamente, destacamos que muitas questões se referem ao dia anterior à data do inquérito.

A amostra foi composta por crianças entre zero e 23 meses residentes na comunidade. As entrevistas foram realizadas com a mãe ou responsável pelos cuidados da criança, atuando como informante. As informações foram obtidas pela própria pesquisadora.

4.5 Análises de Informações

Após a coleta dos dados, as crianças foram classificadas segundo o critério da Organização Mundial da Saúde (OMS), que preconiza os pontos de corte de IMC-para-idade para crianças de zero a dois anos. Os valores que estejam entre os $< \text{Escore-z-3}$ e $> \text{Escore -z+3}$ para identificar, respectivamente, os casos de déficit ou excesso de peso (BRASIL, 2011).

Os dados de peso, altura, idade e sexo foram processados no aplicativo *DietSmart* para se obter os índices antropométricos (<https://www.dietsmartsystem.com/DietSmart/>). A partir dessas informações, produzimos os seguintes indicadores: estatura para idade, peso para idade, peso para estatura, IMC por idade (Escore Z, OMS).

Em relação ao consumo alimentar, os dados foram avaliados de acordo com as orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar da Atenção Básica, em que foram utilizados os indicadores referentes às crianças menores de seis meses em aleitamento materno exclusivo, em crianças de seis a 23 meses que estavam, respectivamente em: aleitamento materno continuado, diversidade alimentar mínima, frequência mínima e consistência adequada, consumo de alimentos ultraprocessados, organizados segundo os blocos de questões que compõem o formulário de marcadores de consumo alimentar (BRASIL, 2015).

4.6 Aspectos Éticos

Com o intuito de esclarecer aos participantes sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, as informações necessárias para realização estão no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelos pais das crianças ou cuidadores responsáveis, em que uma cópia ficou com o participante, e outra com o pesquisador. As evidências atenderam às diretrizes estabelecidas pela Resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Vale do Acaraú-UVA, conforme o número do parecer: 4.063.029, respeitando autonomia, justiça, e praticando a beneficência e não maleficência.

4.7 Análises Crítica dos Riscos e Benefícios

A pesquisa apresentou mínimos riscos aos participantes, não constando de procedimentos invasivos. Porém, devido à exposição de opinião, o indivíduo poderia vir a sentir-se constrangido ao responder ao questionário. Assim, buscou-se esclarecer o indivíduo sobre os objetivos do estudo, tentando deixá-los à vontade durante a participação, conscientizando-o de que as informações obtidas nesta pesquisa seriam mantidas em sigilo e a identidade não seria revelada.

A participação dos indivíduos na pesquisa contribuiu para conhecer o estado nutricional e hábito alimentar de crianças de zero a 23 meses de povos quilombolas. Esses dados poderão subsidiar a atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF) do território para o fortalecimento das ações de Segurança Alimentar e Nutricional desses povos quilombolas, gerando reflexões, e servir como base para outras pesquisas direcionadas a esse público-alvo.

5. SENTIR-SE COMUNIDADE: SAÚDE NUTRICIONAL DE CRIANÇAS QUILOMBOLAS

As crianças eram de famílias que possuíam ensino fundamental incompleto, completo ou ensino médio incompleto ou completo. A renda das famílias majoritariamente era proveniente da agricultura, com o cultivo de feijão, milho, macaxeira, mandioca (subprodutos: farinha de mandioca, goma) e criação de animais (galinha, suínos), plantio de hortas (cebolinha, coentro), árvore frutíferas e pesca (cará-tilápia). As mulheres também eram agricultoras e cuidavam da casa, das crianças e algumas vendiam porta a porta, por meio de revistas, insumos de beleza. Quatro das famílias avaliadas participavam de programas assistenciais do governo, como o Programa Bolsa Família.

Identificamos 11 crianças, menores de dois anos na comunidade. Devido às perdas, às recusas ou à ausência do responsável no domicílio, a amostra estudada foi composta por nove participantes.

As crianças estudadas tinham, respectivamente, três crianças de cinco meses e 29 dias; duas crianças de seis a oito meses e 29 dias; três crianças de 12 a 17 meses e 29 dias; uma criança de 18 a 23 meses e 29 dias. Dentre elas, cinco eram meninos (55%) e quatro eram meninas (45%).

A partir da avaliação antropométrica, verificamos que os agravos nutricionais mais importantes foram peso elevado para idade (44.4%), risco de sobrepeso para estatura e obesidade para estatura apresentaram, respectivamente (11,1%), sobrepeso para IMC por idade (11,1%), conforme Tabela 1.

Tabela 1: Estado nutricional de crianças menores de dois anos da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córrego dos Lús. Acaraú, 2021.

Índice	Classificações	N	%
Estatura para idade	Estatura adequada para idade	9	100
Peso para idade	Peso adequado para idade	5	55,5
	Peso elevado para idade	4	44,4
Peso para estatura	Eutrofia	7	77,7
	Risco de sobrepeso	1	11,1
	Obesidade	1	11,1
IMC por idade	Eutrofia	8	88,8
	Sobrepeso	1	11,1
Score Z – OMS			

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

Guimarães e Silva (2015) investigaram o estado nutricional de 48 crianças de zero a cinco anos de idade em quilombos no Pará. Os índices P/E e IMC/I, evidenciaram casos de sobrepeso e obesidade (29,9%). Porém, considerando a E/I, 31,1% das crianças estavam abaixo do escore-Z -2, verificando déficit estatural, problema ainda presente em muitas crianças nos quilombos. Nos quilombolas, ainda, é precária a assistência infantil, não sendo território totalmente favorável ao adequado crescimento e desenvolvimento desse público (BRASIL, 2008).

Lira *et al.* (2017) avaliaram o estado nutricional de crianças menores de cinco anos em cidades alagoanas. Com risco de sobrepeso, foram encontradas de 16% a 20%. O sobrepeso foi aproximadamente 13% e a obesidade entre 7,6% a 12,8%. Apesar de não ser números tão elevados, se fazem presentes, servindo de alerta para possíveis intervenções, a fim de não elevar os casos.

Guimarães, Silva e Ramos (2018) estudaram o crescimento de crianças de 22 comunidades remanescentes de quilombos em distintas localidades do Pará e a relação com as condições socioecológicas familiares. A amostra foi constituída por 110 crianças e 87 adultos. As comunidades investigadas não tinham saneamento básico e conseguiam água através de poços abertos. A antropometria diagnosticou índices de baixo peso (6,8%) e déficit estatural (23,4%), além de excesso de peso em algumas crianças (11,1%).

Avaliamos, ainda, o consumo alimentar das crianças para os indicadores em quatro faixas etárias distintas: crianças de cinco meses e 29 dias; crianças de seis a oito meses e 29 dias; crianças de 12 a 17 meses e 29 dias; criança de 18 a 23 meses e 29 dias. Podemos conhecer melhor esses achados ao observar a Tabela 2.

Tabela 2: Consumo alimentar em crianças menores de dois anos da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córrego dos Lús. Acaraú, 2021.

Indicadores	Descrições	N	%
Aleitamento materno exclusivo em menores de seis meses	Esse indicador tem o objetivo de estimar a proporção de crianças até cinco meses e 29 dias que receberam exclusivamente leite materno no dia anterior à entrevista	3	33
Aleitamento materno continuado	Esse indicador se destina a definir a proporção de crianças de seis a oito meses e 29 dias que receberam leite materno no dia anterior à entrevista.	6	50

Indicadores	Descrições	N	%
Introdução de alimentos	Indicador que reflete a proporção de crianças de seis a oito meses e 29 dias que receberam alimentos na frequência recomendada para a idade no dia anterior à entrevista.	2	50%
Diversidade alimentar mínima	Indicador que apresenta a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que receberam seis grupos alimentares no dia anterior à entrevista.	6	83%
Frequência mínima e consistência adequada	É utilizado para avaliar a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que receberam comida de sal com frequência e consistência adequada para a idade no dia anterior à entrevista.	6	66%
Consumo de alimentos ricos em ferro	Indicador que reflete a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que receberam alimentos ricos em ferro (carnes e ovos, fígado e feijão), no dia anterior à entrevista.	6	16%
Consumo de alimentos ricos em vitamina A	Esse indicador tem como objetivo de definir a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que receberam alimentos ricos em vitamina A (vegetal ou fruta da cor alaranjadas ou folhas verde-escuras) no dia anterior à entrevista.	6	83%
Consumo de alimentos ultraprocessados	Indicador que tem por objetivo apresentar a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que consumiram alimentos ultraprocessados no dia anterior à entrevista	6	83%
Consumo de hambúrguer e/ou embutidos	Esse indicador define a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que consumiram hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) no dia anterior à entrevista	6	33%
Consumo de bebida adoçada	Indicador que estima a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que consumiram bebidas adoçadas no dia anterior à entrevista	6	83%
Consumo de biscoito recheado, doces ou guloseimas	Indicador que apresenta a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que consumiram biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina) no dia anterior à entrevista	6	66%
Consumo de macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	Avalia a proporção de crianças de seis a 23 meses e 29 dias que consumiram macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados no dia anterior à entrevista.	6	83%

Indicadores	Descrições	N	%
Consumo de feijão	Reflete a proporção de pessoas que consumiram feijão no dia anterior à entrevista.	6	100%
Consumo de fruta	Indicador que consiste na proporção de pessoas que consumiram fruta no dia anterior à entrevista.	6	100%
Consumo de verduras e legumes	Define a proporção de pessoas que consumiram verduras e legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará, inhame), no dia anterior à entrevista	6	83%

Fonte: Elaborada pela autora, 2021.

A partir dos resultados do estudo, observamos riscos importantes do estado nutricional e de inadequações no consumo alimentar que comprometem a saúde das crianças quilombolas estudados.

A inadequação no consumo de ferro foi observada em cerca de 84% das crianças. Nenhuma das crianças avaliadas consumiam vegetais verde-escuros, o que compromete o aporte de nutrientes e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança. Porém, todas consumiam feijão (100%), mas apenas uma das crianças avaliadas consumia fígado (16%).

Sousa *et al.* (2019) promoveram comparação entre os hábitos alimentares de quilombolas e não quilombolas de dez a 19 anos de idade, na zona rural da Bahia, e verificaram que em relação ao feijão, os quilombolas tiveram consumo de feijão maior (RP = 1,11), porém a ingestão de hortaliças (RP = 0,73), frutas (RP = 0,67) e leite (RP = 0,68) foi menor do que os não quilombolas. Alguns levantamentos realizados em relação aos hábitos alimentares de comunidades quilombolas identificaram que eles consideram o feijão como alimento forte, como algo que de fato alimenta, sustenta, coincidindo com achado aqui referido (SÁ, 2010; MOTA; PENA, 2014).

Desde o período pré-natal, a deficiência de ferro pode impactar negativamente no desenvolvimento de atividades cognitivas, comportamentais, linguagem e ações motoras das crianças (JAUREGUI-LOBERA, 2014; SHAFIR *et al.*, 2008).

Na alimentação, podemos classificar o ferro em duas categorias: o ferro heme, de origem animal, sendo mais disponível a absorção em nosso organismo; e o ferro não heme, que vêm dos vegetais, porém necessita ser consumido junto com algum alimento rico em vitamina C e A para melhor absorção, como as hortaliças,

visto que os vegetais folhosos verdes-escuros são fontes razoáveis de ferro (BRASIL, 2013b).

Ao considerar a grande deficiência mundial de ferro, tornando-se problema de saúde pública, a OMS obrigou a fortificação da farinha de trigo, atuando em conjunto com governantes, a indústria e o consumidor (WHO, 2001). Assim, Vieira *et al.* (2016) verificaram que através disso, de 2003 a 2008, houve aumento da ingestão de ferro e, conseqüentemente, redução da anemia nas diversas faixas etárias, exceto de mulheres em idade reprodutiva. Contudo, o Brasil atualizou, em 2014, o Programa Nacional de Suplementação de ferro, destinado às crianças menores de dois anos de idade. Além disso, em 2015, lançou o Programa NutriSUS, adicionando micronutrientes em pó na merenda escolar (BRASIL 2014; BRASIL, 2015).

No estudo de Ferreira *et al.* (2020), identificaram-se fatores relacionados à anemia em comunidades quilombolas de Alagoas, em crianças de seis a 59 meses e respectivas mães, em que a anemia prevaleceu em 38,1% do público infantil. As características sociodemográficas que mais se relacionaram à anemia infantil foram sexo masculino, idade <24 meses, maior número de residentes em casa (> 4).

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, junto à Universidade do Rio de Janeiro, verificou que a anemia independentemente do tipo reduziu de 20,9%, em 2006, para 10%, em 2019, com maior redução na Região Sudeste (14,7%). No caso da anemia ferropriva, a prevalência em crianças de até cinco anos foi de 3,6%, no Brasil, afetando, principalmente, o público de seis a 23 meses (8%) (BRASIL, 2020).

Os dados consolidados nesta pesquisa demonstraram que o consumo de alimentos ultraprocessados esteve alarmante, em que 83% das crianças entre seis e 23 meses já consumiram algum tipo de alimento ultraprocessado. Ademais, constatamos consumo de alimentos como biscoito recheado (66%), macarrão instantâneo (83%), hambúrguer ou embutidos (33%), bebidas adoçadas (83%).

Os primeiros anos de vida são extremamente importantes, nesta fase que os hábitos alimentares estão sendo formados, cabendo incentivar e orientar as crianças para a ingestão de boa alimentação, para preservar a saúde (BRASIL, 2019).

No entanto, casos de anemia, deficiência de vitamina A ainda existem, seja pela dificuldade na aquisição de alimentos, ou até mesmo pelo consumo inadequado. A ingestão errada, muitas vezes, inverte essa situação, que a cada ano se agrava mais com a elevada prevalência do sobrepeso e obesidade, visto o alto consumo de produtos ultraprocessados, decorrente da falta de tempo, para que a

família prepare o alimento para a criança, ou muitas vezes pela própria perda do hábito de cozinhar, o que acaba incentivando a uma alimentação desequilibrada (BRASIL, 2019).

Trabalho realizado por Navas *et al.* (2015) identificou, em comunidade quilombola de São Paulo, que família que atuava na agricultura apresentava alimentação mais equilibrada e diversa, comparada àqueles com atividades pesqueiras, que ingeriam maior quantidade de alimentos industrializados, passando por transição alimentar, deixando de lado insumos *in natura*.

Levantamento realizado no Rio Grande do Sul buscou analisar a alimentação e estado nutricional de crianças menores de três anos, concluindo que das 79 crianças avaliadas, 13 apresentaram sobrepeso, seis obesidades, 11 pesos elevado para a idade. Diante da alimentação, aqueles menores de seis meses, 43% receberam gelatina, 12,7% suco de caixinha. Entre 6-24 meses, 96,2% receberam biscoito recheado e 91,1% salgadinho, iniciando alimentos industrializados recentemente (NEVES; MADRUGA, 2019). A dieta seguida na contemporaneidade segue elevada ingestão de calorias, repleto de açúcares, gorduras, sódio e conservantes, reduzindo o consumo de fibras e nutrientes (BRASIL, 2006).

Por outro lado, 83% das crianças consomem alimentos ricos em vitamina A. Em crianças em idade pré-escolar, a deficiência poderá acarretar elevação do risco de mortalidade, morbidade e até deixá-las cegas (BLOEM; DE PESS; DANTON-HILL, 1998). A mesma pesquisa do Ministério da Saúde e UFRJ que avaliou a prevalência de anemia, investigou a deficiência de vitamina A, aparecendo em 6% do levantamento realizado, representando redução de 65,5% se comparado a 2006 (17,4%), mas com maior prevalência na Região Centro-oeste (9,5%) e menor no Sudeste (4,3%). Não houve diferenças significativas entre crianças de seis a 23 meses (6,4%) e de dois a cinco anos (5,9%) (BRASIL, 2020).

Percebemos baixo índice de aleitamento materno exclusivo na comunidade investigada, apenas 33%. Quanto ao aleitamento materno continuado, esse percentual atingiu 50%, cuja orientação dos especialistas é que seja continuado até os dois anos e que se evitem os alimentos industrializados, seguindo a recomendação do Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos (BRASIL, 2019).

O aleitamento materno de quilombolas explica que mitos e costumes culturais interferem no aleitamento materno. Mesmo com o acesso a outras informações,

algumas mães seguem os ensinamentos patriarcais, inserindo a farinha para saciar a fome e engordar as crianças. Um dos benefícios mais relevantes da amamentação é a redução da morbimortalidade infantil, evitando, aproximadamente, 820.000 mortes de crianças menores de cinco anos em âmbito mundial (VICTORA *et al.*, 2016).

Estudo do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome verificou que 28,7% das crianças quilombolas receberam amamentação exclusiva até os seis primeiros meses de vida. Comunidades vulneráveis, geralmente, possuem maior tendência em não amamentar as crianças de forma exclusiva, ofertando precocemente papinhas, acreditando fortificar a alimentação (BRASIL, 2014).

Na Paraíba, das 63 crianças menores de dois anos, 71% interromperam o aleitamento materno precocemente. Quanto à alimentação, observou-se que o leite de vaca e os derivados lácteos foram os alimentos mais utilizados, com 79% e 71% respectivamente, além de alimentos doces (70%), açúcar refinado (68%) e sopas/macarrões instantâneos (63%) (FERREIRA, 2015). Esses tipos de insumos favorecem a alta densidade calórica na dieta, índice glicêmico elevado, além de não fornecer nutrientes adequados ao bom desenvolvimento infantil, induzindo a criança à aquisição de maus hábitos alimentares e o risco de agravos à saúde (DIAS, 2013; HEITOR; RODRIGUES; SANTIAGO, 2011).

A identificação desses marcadores mostra a caracterização da introdução de alimentos de qualidade no tempo adequado e se esses alimentos podem ocasionar deficiência de micronutrientes e excesso de peso.

Questões relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) de quilombolas ainda são recentes. A SAN surgiu para enfatizar a importância do direito à alimentação com qualidade e quantidade suficiente, os estudos neste âmbito começaram a se intensificar (BRASIL, 2006; AFONSO *et al.*, 2020).

A pesquisa de Gubert *et al.* (2017) identificou os fatores associados à insegurança alimentar em comunidades quilombolas no Brasil, aproximadamente, 47,8% viviam com insegurança alimentar grave, principalmente no Norte e Nordeste do país, com famílias de baixa escolaridade, sem saneamento básico, abastecimento de água e renda precária. Já as famílias que tinham acesso a um programa de abastecimento de água para regiões secas e a um programa de subsídio à safra tinham menos chance de insegurança alimentar moderada e grave.

E as famílias que não tinham acesso ao Programa Saúde da Família tinham maior chance de sofrer de insegurança alimentar moderada ou grave.

Durante as visitas realizadas à Comunidade de Córrego dos Íús, observamos como acontecia o acesso e a forma de preparo dos alimentos pelas famílias. Notamos algumas maneiras tradicionais para acessar os alimentos diretamente da natureza, como a pesca, o cultivo do próprio alimento, por meio da plantação de árvores frutíferas, canteiro (plantio de temperos como cebolinha, coentro, tomate, pimentão, pimenta), agricultura com o plantio de mandioca, macaxeira, milho e feijão. Também, havia criação de animais, como aves e suínos, conforme Figura 1.

Figura 1: Acesso aos alimentos pela Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córregos dos Íús – Acaráu, 2021.



Fonte: Banco de dados da autora, 2021.

As famílias mantinham algumas tradições ao preparar os alimentos. Na casa de farinha da comunidade, eram produzidos, de maneira comunitária, os subprodutos da safra da mandioca, como a farinha de mandioca, goma fresca (tapioca), beiju, tapioca de forno, carraspanha, lencinho e grolado. Utilizavam de fogão a lenha, giral, panelas que passavam de geração no preparo do feijão, muitas vezes, com toucinho de porco para cozinhar junto e engrossar o caldo, com o perfume dos temperos verdes do canteiro.

Percebemos que as questões culturais, sociais e ambientais são determinantes do processo saúde-doença. A comunidade contava com poucos

equipamentos sociais, dentre eles, existia a Associação Comunitária, sob liderança de Everaldo, representante da comunidade em eventos e na tomada de decisões.

A religiosidade era manifestada de inúmeras maneiras, desde a presença de imagens nas casas, até a realização de momentos festivos. Havia duas igrejas localizadas na comunidade, uma delas era católica que tinha como padroeira Nossa Senhora de Fátima. Recebia a presença de um padre, como também eram realizados, pelos próprios moradores, cultos aos domingos e em datas especiais. Grande parte dos moradores se assumia como católica, mas se observou um sincretismo religioso.

As famílias participantes da pesquisa não possuíam plano de saúde, utilizando em totalidade o Sistema Único de Saúde (SUS). Quando as pessoas ficavam doentes, buscavam cuidado na Unidade Básica de Saúde, hospital e rezadeiras. As famílias residiam em casas feitas de tijolos, porém não totalmente acabadas, pois não tinha revestimento em grande maioria. Durante séculos, as comunidades negras rurais constituíram processos que possibilitaram a construção de significativa rede de relações socioculturais, econômicas e políticas, a formação de quilombos estava no cerne destes acontecimentos (SILVA, 2010).

As pessoas dessa comunidade eram organizadas em Associação Comunitária, vivem da agricultura, canteiro no quintal para temperar a panela (cultivo: coco, milho, feijão, cajucultura, mandioca, macaxeira), criação de animais (galinha, patos) e pesca. Na comunidade, existiam projetos sociais desenvolvidos, como Zumbi, cozinha comunitária para produção de bolos que posteriormente eram vendidos porta a porta ou participavam de editais para o Programa Nacional de Alimentação Escolar e Programa de Aquisição de Alimentos. E o Projeto São José para criação de aves. Além de venda de produtos (lingerie, bazar). Algumas das famílias recebiam benefício de programas sociais, como Bolsa Família.

Em relação às manifestações culturais, citamos reisado, forró dos idosos, festa da padroeira de Nossa Senhora de Fátima. A comunidade tinha poucos equipamentos sociais, dentre esses, existia desde julho de 2011 a Associação da Comunitária dos Remanescentes de Quilombo Córrego dos Lús.

A comunidade não contava com saneamento básico. O destino das fezes e urina era por meio de fossa no quintal. O tratamento de água para consumo era cloração, e o lixo era queimado ou enterrado. O acesso à água era precário, retiravam água de poço, chafariz, que ele não alcançava toda a comunidade, e

através de cisterna (água armazenada da chuva). O rio chamado de Lagamar era o coração da Comunidade Quilombola de Córrego dos Iús em Acaraú, utilizado como local de pesca e, sobretudo, como lazer nos fins de semana. A escola com duas salas de aula, construída no ano de 1993, funcionou de 1994 a 2010, sendo desativada desde 2011.

Os serviços de saúde eram ofertados pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de Carrapateiras à 6 km de distância da comunidade. Havia a atuação de uma Agente Comunitária de Saúde (ACS), uma senhora moradora da comunidade, responsável pelo acompanhamento do estado de saúde de todas as famílias, comprometida também com o agendamento das consultas médicas e a distribuição de medicamentos. As famílias não tiveram até o momento acesso à consulta nutricional. Podemos observar na Figura 2 os Equipamentos Sociais de Saúde da Comunidade.

Figura 2: Equipamentos Sociais da Comunidade de Remanescentes Quilombolas de Córregos dos Iús – Acaraú, 2021.



Fonte: Banco de dados da autora, 2021.

No trabalho de Bertoncelo (2019), sobre classe social e alimentação, padrões de consumo alimentar no Brasil contemporâneo, é destacado que os regimes alimentares são marcados por dificuldades elevadas no acesso ao consumo alimentar, principalmente, pela necessidade material de indivíduos e famílias

fragilizadas em termos de dotação de capitais, inserção regional (Norte e Nordeste), territorial (rural) e da cor (pardos e pretos).

A conclusão do autor supracitado vai de encontro com o observado nesta pesquisa. O consumo e os hábitos alimentares vão para além de uma questão de escolha individual. A comunidade está localizada no Nordeste, em ambiente rural, cujas famílias negras são de baixo poder econômico. O consumo de alimentos ultraprocessados e a dificuldade de manter a cultura alimentar local constituem marcas da influência dessa modernidade que tem como vestígio principal a pobreza e a desigualdade.

6 CONSIDERAÇÕES, NOVOS CAMINHOS E OUTROS DESAFIOS

Os achados sugerem que a população estudada estava passando por transição nutricional. A pesquisa permitiu perceber que as crianças pertenciam às famílias de baixo poder econômico.

A partir da avaliação antropométrica, notamos que os agravos nutricionais mais importantes foram peso elevado para idade, risco de sobrepeso para estatura e obesidade para estatura. As crianças avaliadas apresentaram sobrepeso para IMC por idade.

Os dados consolidados nesta pesquisa demonstraram baixo índice de aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno continuado. Por outro lado, o consumo de alimentos ultraprocessados esteve alarmante entre crianças de seis e 23 meses. Os achados demonstraram que as crianças nessa faixa etária já consumiram algum tipo de alimento ultraprocessado.

Havia inadequação no consumo de ferro das crianças. Nenhuma das crianças avaliadas consumiam vegetais verde-escuros, o que compromete o aporte de nutrientes e, conseqüentemente, o desenvolvimento da criança. Porém, todas consumiam feijão, mas apenas uma das crianças avaliadas consumia fígado, o que representa baixa diversidade alimentar.

Percebemos que a comunidade quilombola de Córrego dos Lús, mesmo estando geograficamente mais afastada, estava em transição alimentar. As famílias estavam deixando de produzir os próprios alimentos, ao mesmo tempo que adquiriam itens em prateleiras de pequenas vendas que existiam na comunidade de alimentos processados ou ultraprocessados.

Diante dos resultados apresentados, sugerimos a realização de Educação Alimentar e Nutricional para as famílias da comunidade, com intuito de valorizar as práticas de ancestralidade da comida desde a produção na agricultura e pesca, até o preparo desses alimentos no fogão a lenha e panelas de barro até o ato de comer no chão com a família sentada ao redor da refeição posta.

É necessária a consolidação de políticas públicas para melhorar a saúde da comunidade estudada, compreendendo que a saúde não é somente ausência de doença. Ao observar os equipamentos sociais de saúde presentes na comunidade, muitas coisas podem ser melhoradas, como o acesso à água, educação e ao lazer. Recomendamos o acompanhamento dessas famílias a partir do que é exigido pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Com isso, será possível monitorar os indicadores de consumo alimentar nos ciclos da vida, já que as famílias são prioridade.

Compreendemos as dificuldades enfrentadas para oferecer saúde, mas algo precisa ser feito rapidamente para a prevenção e o cuidado integral dos agravos relacionados à alimentação e nutrição, sobretudo, a consolidação, nesse cenário estudado, das políticas públicas já existentes, como a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) e a Vigilância Alimentar e Nutricional.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, L. F. C. *et al.* Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil: uma revisão da literatura indexada. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 27, p. e020003-e020003, 2020.
- ALMEIDA, E. S.; MIRANDA, C. A. S. Questões de saúde na comunidade quilombola de Tijuacu, Senhor do Bonfim (BA). *In*: COSTA, E. M. (org.). **Bases Conceituais da Saúde**. Ponta Grossa (PR): Atena, 2019. p. 203-2017. Disponível em: <https://www.atenaeditora.com.br/arquivos/ebooks/bases-conceituais-da-saude>. Acesso em: 14 dez. 2021.
- ANIKA, L. H.; ROLAND, J. T. Abstract 002: Racial Disparities in Hypertension Among Young, Black and White Women, 1999-2014 National Health and Nutrition Examination Surveys. **Hypertension** [Internet], v. 74, suppl. 1, 2019. Disponível em: https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/hyp.74.suppl_1.002. Acesso em: 14 dez. 2021.
- BERTONCELO, E. Classe social e alimentação: padrões de consumo alimentar no brasil contemporâneo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 34, n. 100, e3410005, 2019. Doi: <https://doi.org/10.1590/3410005/2019>
- BEZERRA, V. M. *et al.* Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 9, p. 1889-1902, set. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00164912>. Acesso em: 14 dez. 2021.
- BLOEM, M. W.; DE PEE, S.; DANTON-HILL, I. D. New issues in developing effective approaches for the prevention and control of vitamin A deficiency. **Food Nut. Bull** v. 19, p 37-48. 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - SISVAN**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2011. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTI4MQ==>. Acesso em: 27 fev. 2020.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas**. Brasília (DF): Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68 p. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf. Acesso em: 27 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**, 2013a. 84 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em 27 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013**. Institui a política Nacional de Educação Popular em Saúde. Diário Oficial da União. Brasília (DF): 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em 03 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica**. Brasília (DF): 2015a. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTMyMw==>. Acesso em 03 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Secretaria de Atenção à Saúde. 2 ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015b. 184 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_ca_b23.pdf. Acesso em 03 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de dois anos**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2019. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf. Acesso em: 23 set. 2019.

BRASIL. **Portaria nº 36 de 21 de fevereiro de 2021**. Diário Oficial da União. p. 36, seção 1, Diário Oficial da União, 21 de fevereiro de 2020.

BRASIL. PORTARIA Nº 1.977, DE 12 DE SETEMBRO DE 2014. Atualiza as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) da **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1977_12_09_2014.html. Acesso em 15 de dezembro de 2021.

BRASIL. **Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Marco de Referência para a população Brasileira. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para as políticas públicas. Brasília (DF), 2012.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. v. 9, 142 p. 2008.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção básica. Cadernos de atenção básica: obesidade. **Ministério da Saúde**. Brasília (DF), 110 p. 2006.

CHEHUEN-NETO, J. A. *et al.* Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1909-1916, 2015. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.17212014>. Acesso em: 23 set. 2021.

DIAS, A.R. Alimentação Complementar De Crianças Menores De Dois Anos Residentes Na Vila Planalto, Brasília – DF. 38f. 2013. **Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – Universidade de Brasília**, Brasília, 2013.

DURAND, M. K.; HEIDEMAN, I. T. S. B. Social determinants of a Quilombola Community and its interface with Health Promotion. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 53, e03451, p. 1-8, 2019. Acesso em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018007703451>. Acesso em: 23 set. 2021.

FERREIRA, H.S. *et al.* Factors associated with childhood anaemia in Afro-descendant communities in Alagoas, Brazil. **Public Health Nutrition**, p. 1-11. 2020.

FERREIRA, F.S. Consumo de alimentos impróprios por crianças menores de dois anos e suas possíveis consequências. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 13, n. 1, p. 87-98, 2015.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: **Atlas**, 2007.

GUBERT, M. B. *et al.* Household food insecurity in black-slaves descendant communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended?. **Public health nutrition**, v. 20, n. 8, p. 1513-1522, 2017.

GUIMARÃES, R. C. R.; DA SILVA, H. P.; RAMOS, E.M. L. S. Condições socioecológicas familiares nos primeiros dois anos de vida de crianças quilombolas no Pará: um estudo de base populacional. **Ciência & Saúde**, v. 11, n. 2, p. 90-99, 2018.

GUIMARÃES, R. C. R.; SILVA, H. P. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do estado do Pará. Amazônica. **Revista de Antropologia**, v. 7, n. 1, p. 186-209, 2015.

HEITOR, S.F.D; RODRIGUES, L.R; SANTIAGO, L.B. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais. **Cienc. Cuid. Saúde**, Campinas, v. 10, n. 3, p. 430-436, 2011.

HOWARD, G. *et al.* Racial Differences in the Incidence of Cardiovascular Risk Factors in Older Black and White Adults. **J Am Geriatr Soc**, v. 65, n. 1, p. 83-90, 2017. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.14472>. Acesso em: 13 dez. 2021.

JÁUREGUI-LOBERA I. Iron deficiency and cognitive functions. **Neuropsychiatr Dis Treat.** v. 10, p. 2087-95, 2014.

LANDIM, F. L. P. *et al.* Uma reflexão sobre as abordagens em pesquisa com ênfase na integração qualitativo-quantitativa. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v.19, n.1, 2006. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819110>. Acesso em: 13 dez. 2021.

LEITE, F. M. B. *et al.* Food intake and nutritional status of preschool from maroon communities of the state Alagoas, Brazil. **Rev paul pediatr.** v. 31, n. 4, p. 444-51, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822013000400005>. Acesso em: 13 dez. 2021.

MARQUES, C. E. De Quilombos a quilombolas: nota sobre um processo histórico-etnográfico. **Revista de Antropologia.** v. 52, n. 1, p. 344-345, 2009.

LIRA, M. C. S. L. *et al.* Estado nutricional de crianças segundo critérios do SISVAN em municípios do estado de Alagoas. **Mundo saúde**, p. 68-76, 2016.

MARTINS, L. A. *et al.* Prática do aleitamento materno em comunidades quilombolas à luz da teoria transcultural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 4, 2020.

MENESES, R. C. T. *et al.* Health promotion in a northeastern quilombola population - analysis of an educational intervention. **Esc Anna Nery** [Internet]. v. 19, n. 1, p. 132-139, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150018>. Acesso em: 13 dez. 2021.

MORAES-PARTELLI, A. N.; CABRAL, I. E. Images of alcohol in the adolescents' life of one quilombola community. **Rev Bras Enferm** [Internet]. v. 72, n. 2, p. 468-75, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0264>. Acesso em: 13 dez. 2021.

MOTA, S. E. C.; PENA, P. G. L. Significados socioculturais da alimentação em uma comunidade de marisqueiras no Recôncavo Baiano. In: FREITAS, M. C. S.; OLIVEIRA E SILVA D., organizadores. *Narrativas sobre o comer no mundo da vida*. Salvador: **EDUFBA**; p. 125-143, 2014.

NAVAS, R. *et al.* Transição alimentar em comunidade quilombola no litoral sul de São Paulo/Brasil (Dietary transition in maroon community in the south coast of São Paulo/Brazil). **Revista Nera**, n. 27, p. 138-155, 2015.

NEVES, A. M.; MADRUGA, S. W. Alimentação complementar, consumo de alimentos industrializados e estado nutricional de crianças menores de 3 anos em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2016: um estudo descritivo. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, p. e2017507, 2019.

OLIVEIRA, S. K. M.; CALDEIRA, A. P. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. **Cad saúde**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 420-427, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600040093>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SÁ, M. L. B. Saberes e práticas alimentares em uma comunidade quilombola no Ceará [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2010.

SHAFIR, T. *et al.* Iron deficiency and infant motor development. **Early Hum Dev.** v. 84, n. 7, p. 479–85, 2008.

SILVA, P. S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Rev. Identidade**, v.15, n. 1, p. 51-64, 2010. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/article/view/25>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SILVA, T. S. S., *et al.* Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. **Cad saúde colet**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 376-383, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201600030068>. Acesso em: 13 dez. 2021.

SILVA, J. S. *et al.* Trabalhar é viver e ter saúde! Concepções de Quilombolas do Recôncavo da Bahia. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, v. 12, n. 31, p. 410-427, fev. 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/339514352_TRABALHAR_E_VIVER_E_TER_SAUDE_CONCEPCOES_DE_QUILOMBOLAS_DO_RECONCAVO_DA_BAHIA. Acesso em: 13 dez. 2021.

SOUSA, B. C. *et al.* Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 419-430, 2019.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: **Atlas**, 1987.

VICTORA, C. G. *et al.* Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. **The Lancet**, v. 387, n. 10017, p. 475-490, 2016.

VIEIRA, D. A. S. *et al.* Brazilians' experiences with iron fortification: evidence of effectiveness for reducing inadequate iron intakes with fortified flour policy. **Public health nutrition**, v. 20, n. 2, p. 363-370, 2017.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control a guide for programme managers. **Geneva**: WHO; 2001.

ANEXO A: MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR	DIGITADO POR:	DATA:
		CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
_____	_____	_____	_____	____/____/____

CNS DO CIDADÃO:* _____

Nome do Cidadão:* _____

Data de nascimento:* ____/____/____ Sexo:* Feminino Masculino Local de Atendimento: _____

CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Mingau	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Água/chá	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Leite de vaca	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fórmula infantil	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Suco de fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fruta	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Outros alimentos/bebidas	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, quantas vezes?	<input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe
	Se sim, essa comida foi oferecida:	<input type="radio"/> Em pedaços <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>	
	Outro leite que não o leite do peito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Mingau com leite	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Iogurte	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bortalha, espinafre, mostarda)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verdura de folha (alface, acelga, repolho)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Fígado	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe	
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS**	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem, você consumiu:</i>	
	Feijão	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe

Legenda: Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

*Campo obrigatório

**Todas as questões do bloco devem ser respondidas


Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)
08 - Instituição/Abriço 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

Versão 3.0

Fonte: SISVAN-WEB (versão 3.0)

<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>

ANEXO B: FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN

 <p>SISVAN</p> <p>FICHA DE CADASTRO E ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL DO SISVAN</p>	DIGITADO POR:	DATA: / /
	CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:

Nº DO CARTÃO SUS DO PROFISSIONAL: _____	CBO: _____	CÓD. CNES UNIDADE: * _____	CÓD. EQUIPE (INE): _____	MICROÁREA: ____
ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:		LOCAL DE ATENDIMENTO: ⁽¹⁾ _____	DATA: * / /	

CADASTRO DO INDIVÍDUO	
Nº CARTÃO SUS: * _____	Data de Nascimento: * / /
NIS (Nº Identificação Social): _____	
Nome completo: * _____	
Nome completo da mãe: * _____	
<input type="checkbox"/> Desconhecido	
Sexo: * <input type="radio"/> 1. Masculino <input type="radio"/> 2. Feminino	Raça / Cor: * <input type="radio"/> 1. Branca <input type="radio"/> 2. Preta <input type="radio"/> 3. Parda <input type="radio"/> 4. Amarela <input type="radio"/> 5. Indígena
Povo / Comunidade tradicional: ⁽²⁾	
Nacionalidade: <input type="radio"/> Brasileira <input type="radio"/> Estrangeira	Pais de Nascimento:
UF Nascimento: *	Município Nascimento: *
Frequenta ou frequentou escola ou creche? * <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Qual é o curso mais elevado que frequenta ou frequentou?	
<input type="radio"/> Creche <input type="radio"/> Pré-escola (exceto CA) <input type="radio"/> Classe de Alfabetização - CA <input type="radio"/> Ensino Fundamental 1ª a 4ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental 5ª a 8ª séries <input type="radio"/> Ensino Fundamental Completo	<input type="radio"/> Ensino Fundamental Especial <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries iniciais (Supletivo 1ª a 4ª) <input type="radio"/> Ensino Fundamental EJA - séries finais (Supletivo 5ª a 8ª) <input type="radio"/> Ensino Médio, Médio 2º Ciclo (Científico, Técnico e etc) <input type="radio"/> Ensino Médio Especial
	<input type="radio"/> Ensino Médio EJA (Supletivo) <input type="radio"/> Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, Doutorado <input type="radio"/> Alfabetização para Adultos (Mobral, etc) <input type="radio"/> Nenhum <input type="radio"/> Sem informação

PROGRAMAS VINCULADOS	
<input type="checkbox"/> Programa Bolsa Família	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> SISVAN	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> PSE	<input type="checkbox"/> _____

CADASTRO DE DOMICÍLIO	
Endereço completo (tipo de logradouro, nome do logradouro, número, complemento):	
Bairro:	CEP: DDD: Telefone:

ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL	
Criança < 10 anos (peso em kg): *	Altura (em cm): * Peso ao nascer (em gramas):
Adolescente ≥ 10 e < 20 anos (peso em kg): *	Altura (em cm): *
Adulto ≥ 20 e < 60 anos (peso em kg): *	Altura (em cm): * Perímetro da cintura (em cm):
Idoso ≥ 60 anos (peso em kg): *	Altura (em cm): * Perímetro da panturrilha (em cm):
Gestante (peso em kg): *	Altura (em cm): * Peso pré-gestacional (em kg): DUM: * / /
Doenças * <input type="checkbox"/> Anemia falciforme <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Doenças cardiovasculares <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial Sistêmica	Deficiências e/ou intercorrências * <input type="checkbox"/> Anemia ferropriva <input type="checkbox"/> DDI (Distúrbio por Deficiência de Iodo) <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Infecções intestinais virais
<input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Outras doenças <input type="checkbox"/> Sem doenças	<input type="checkbox"/> IRA (Infecção Respiratória Aguda) <input type="checkbox"/> Hipovitaminose A <input type="checkbox"/> Outras deficiências e/ou intercorrências <input type="checkbox"/> Sem deficiências e/ou intercorrências
Tipo de Acompanhamento * <input type="radio"/> Atendimento na Atenção Básica <input type="radio"/> Chamada Nutricional <input type="radio"/> Saúde na Escola	Grupos <input type="checkbox"/> Hipertensos <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Diabéticos <input type="checkbox"/> _____

* Campo Obrigatório.
** Campo obrigatório apenas para crianças menores de 2 anos.

Legendas:

Opção múltipla de escolha Opção única de escolha (**marcar X na opção desejada**)

(1) Local de atendimento:

1. UBS
2. Unidade Móvel
3. Rua
4. Domicílio
5. Escola/Creche
6. Outros
7. Polo (Academia da Saúde)
8. Instituição / Abrigo
9. Unidade prisional ou congêneres
10. Unidade socioeducativa

(2) Povo / Comunidade tradicional:

- | | |
|--|------------------------------------|
| 1. Povos quilombolas | 12. Pescadores artesanais |
| 2. Agroextrativistas | 13. Pomeranos |
| 3. Caatingueiros | 14. Povos ciganos |
| 4. Caiçaras | 15. Povos de terreiro |
| 5. Comunidades de fundo e fecho de pasto | 16. Quebradeiras de coco-de-babaçu |
| 6. Comunidades do cerrado | 17. Retireiros |
| 7. Extrativistas | 18. Ribeirinhos |
| 8. Faxinalenses | 19. Seringueiros |
| 9. Geraizeiros | 20. Vazanteiros |
| 10. Marisqueiros | 21. Outros |
| 11. Pantaneiros | |

Versão 3.0

Fonte: SISVAN-WEB<http://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>

APÊNDICES

APENDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma.

Título do Projeto: Avaliação do Consumo Alimentar e Estado Nutricional de crianças menores de dois anos de comunidades quilombolas.

Pesquisadora responsável: Carliane Vanessa Souza Vasconcelos

Consentimento da participação: Concordo em participar do estudo “**Avaliação do Consumo Alimentar e Estado Nutricional de crianças menores de dois anos de uma comunidade quilombola**”, referente a coleta de dados de peso e comprimento das crianças, como também responder aos questionários de consumo alimentar direcionados aos hábitos alimentares das crianças, desenvolvido pela mestranda Carliane Vanessa Souza Vasconcelos e orientado pela Professora Camilla Araújo Lopes Vieira. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade. Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Carliane Vanessa Souza Vasconcelos. A qualquer momento poderá manter contato através (88) 9 9981-9304 Endereço: Rua Miguel Inácio, 439, Centro, Cruz/CE. CEP: 62595000 E-mail: carlianep prata@hotmail.com. Professora Orientadora Dra. Camilla A. L. Vieira E-mail: tgd.camilla@gmail.com. Caso possua alguma reclamação, dúvida ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo poderá entrar em contato com o Comitê de Ética da Universidade Vale do Acaraú (Avenida comandante mauro celio rocha pontes, 150- Campus Derby-Telefone (88) 3677-4255Responsável Maristela Inês Osawa Chagas E-mail: cep@uvanet.br.

Enfim, tendo sido orientado ao teor de todo aqui mencionado e compreendido a natureza e objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar desse estudo. Recebi uma cópia desse termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer minhas dúvidas.

Assinatura do Sujeito da Pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável: Carliane Vanessa Souza Vasconcelos

Assinatura do pesquisador orientador responsável: Dra. Camilla A. L. Vieira

Agradecemos antecipadamente sua participação e nos colocamos a inteira disposição
Sobral _____ de _____ de 2020

APÊNDICE B: CARTA DE ANUÊNCIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC MESTRADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Prezada Secretária de Saúde

Liduína Fátima Freitas dos Santos.

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "CONSUMO ALIMENTAR E ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0 A 23 MESES DA COMUNIDADE DE REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE CÔRREGOS DOS IÚS, ACARAÚ-CE" a qual envolve entrevista com formulário de marcadores de consumo alimentar de crianças de 0 a 23 meses, e Ficha de Cadastro e Acompanhamento Nutricional do SISVAN. Serão público alvo dessa pesquisa usuários do Sus cuidadores de crianças de 0 a 23 meses que responderão a 2 questionários em um total de 1 hora como também será aferido peso e comprimento das crianças por meio de visitas domiciliares junto a Agente Comunitária de Saúde. Esse estudo é essencial para conhecer o estado nutricional e hábito alimentar de crianças de 0 a 23 meses de povos quilombolas.

Os participantes serão convidados por meio de conversas. Somente participarão da pesquisa, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados da pesquisa será iniciada de julho a setembro de 2020, sendo conduzida pelo pesquisador(a) responsável.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação (ou Direção), agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Sobral, 18 de março de 2020.

Mestranda. Carliane Vanessa Souza Vasconcelos

Professora Orientadora: Camilla A. L. Vieira

Mestrado em Saúde da Família
Universidade Federal do Ceará-UFC Campus Sobral


Liduína Fátima Freitas dos Santos
Secretaria Municipal de Saúde
Acaraú - CE