

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
FACULDADE DE NUTRIÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO



PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO EXCESSO DE PESO
EM MULHERES QUILOMBOLAS DO ESTADO DE ALAGOAS

ANTÔNIO SIMPLICIO MARINHO DE BARROS
CARLOS HENRIQUE DE LACERDA MALTA

MACEIÓ – AL
2022

ANTÔNIO SIMPLICIO MARINHO DE BARROS
CARLOS HENRIQUE DE LACERDA MALTA

**PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO EXCESSO DE PESO EM
MULHERES QUILOMBOLAS DO ESTADO DE ALAGOAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Nutrição da Universidade Federal
de Alagoas como requisito parcial à obtenção
do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Coorientadora: Profa. Ma. Tamara Rodrigues dos Santos

MACEIÓ - AL

2022

Catálogo na fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico
Bibliotecária: Taciana Sousa dos Santos – CRB-4 – 2062

B277p Barros, Antônio Simplicio Marinho de.
Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em mulheres quilombolas do estado de Alagoas / Antônio Simplicio Marinho de Barros, Carlos Henrique de Lacerda Malta. – 2022.
52 f. : il. color.

Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.
Coorientadora: Tamara Rodrigues dos Santos.
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Nutrição) –
Universidade Federal de Alagoas. Faculdade de Nutrição. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 34-41.
Apêndices: f. 42-51.
Anexo: f. 52.

1. Obesidade. 2. Mulheres – Sobrepeso. 3. Mulheres quilombolas – Alagoas. I. Malta, Carlos Henrique de Lacerda. II. Título.

CDU: 613.25-055.2 (813.5)

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer primeiramente a Deus, que nos deu força e saúde para superar todos os desafios encontrados no caminho.

Aos nossos pais e irmãos, que sempre se fizeram presentes, incentivaram e deram total apoio no caminho do curso.

À Universidade Federal de Alagoas e ao corpo docente da Faculdade de Nutrição por ter proporcionado uma formação abrangente e enriquecedora, contribuindo para nosso aprendizado e nos permitindo chegar hoje ao final desse ciclo com a certeza de que somos profissionais que olham para o ser humano de uma forma completa, enxergando-o como um ser biopsicossocial.

A todos(as) os(as) colegas de curso que se fizeram presentes no decorrer dessa caminhada. Sem eles(as), com certeza não teria sido possível chegar até aqui. Dividimos alegrias, tristezas, mágoas e muitos outros sentimentos, deixando o fardo mais leve.

Ao nosso orientador, Prof. Haroldo Ferreira, o qual foi fundamental para nosso crescimento acadêmico e nos conduziu da melhor forma para elaboração deste trabalho.

À nossa coorientadora, Profa. Tamara Rodrigues, pela paciência, disponibilidade e por todo conhecimento compartilhado, nos direcionando desde o início do desenvolvimento desse trabalho.

A todos os membros do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada, por toda experiência compartilhada durante nossa permanência.

Por fim, a todos os envolvidos, direta ou indiretamente, em nossa trajetória acadêmica, Nossos sinceros agradecimentos.

RESUMO

As mudanças no estilo de vida, sobretudo nos hábitos alimentares dos indivíduos, têm promovido alterações no estado nutricional das populações, observando-se diminuição da ocorrência da desnutrição e aumento da prevalência da obesidade. A compreensão do comportamento epidemiológico dessa condição em diferentes cenários é fundamental para sua prevenção e controle. Objetivou-se investigar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso em mulheres das comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) de Alagoas. Trata-se de um estudo transversal envolvendo amostra probabilística de 1.654 mulheres residentes em 50% (n=34) das CRQs alagoanas. Por meio de visitas domiciliares, foram aferidas as medidas antropométricas e a pressão arterial e obtidas as variáveis demográficas, socioeconômicas e relacionadas à saúde. A variável dependente foi o excesso de peso, definido por Índice de Massa Corporal $\geq 25 \text{ Kg/m}^2$. A medida de associação foi a razão de prevalência (RP) e respectivo intervalo com 95% de confiança (IC95%), calculados por regressão de Poisson com variância robusta, através de modelo teórico múltiplo e hierarquizado. A prevalência de excesso de peso foi 65,9%. As variáveis que se mantiveram independentemente associadas à prevalência do desfecho (RP e IC95%) após análise ajustada foram: idade ≥ 30 anos: 30-39 anos (RP=1,4; IC95%=1,25-1,57), 40-49 anos (RP=1,39; IC95%=1,22-1,58) e 50-59 anos (RP=1,28; IC95%=1,1-1,47); autodeclarar-se negra (RP=1,2; IC=1,03-1,39); possuir situação conjugal estável (RP=1,16; IC95%=1-1,34); ocorrência da menarca antes dos 12 anos (RP=1,14; IC95%=1,05-1,24); ter filhos 1 ou 2 filhos (RP=1,23; IC95% 1,03-1,45), ter 3 filhos ou mais (RP=1,25; IC95%=1,06-1,47) e apresentar nível pressórico elevado (RP=1,25; IC95%=1,16-1,34). A prevalência de excesso de peso foi elevada e apresentou-se independentemente associada a variáveis socioeconômicas e de saúde. Os dados aqui apresentados devem ser considerados para um melhor direcionamento e monitoramento das estratégias de atenção a essa morbidade, auxiliando na aplicação de políticas mais efetivas e específicas para essa população.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ABSTRACT

Changes in lifestyle, especially in individuals' eating habits, have promoted changes in the nutritional status of populations, with a decrease in the occurrence of malnutrition and an increase in the prevalence of obesity. Understanding the epidemiological behavior of this condition in different scenarios is essential for its prevention and control. The objective was to investigate the prevalence and factors associated with excess weight in women from the remaining communities of quilombos (CRQs) in Alagoas. This is a cross-sectional study involving a probabilistic sample of 1,654 women living in 50% (n=34) of the CRQs in Alagoas. Through home visits, anthropometric measurements and blood pressure were taken and demographic, socioeconomic and health-related variables were obtained. The dependent variable was overweight, defined as a Body Mass Index ≥ 25 kg/m². The measure of association was the prevalence ratio (PR) and respective 95% confidence interval (95% CI), calculated by Poisson regression with robust variance, using a multiple and hierarchical theoretical model. The prevalence of overweight was 65.9%. The variables that remained independently associated with the prevalence of the outcome (PR and 95% CI) after the adjusted analysis were: age ≥ 30 years: 30-39 years (PR=1.4; 95% CI=1.25-1.57), 40-49 years (PR=1.39; 95% CI=1.22-1.58) and 50-59 years (PR=1.28; 95% CI=1.1-1.47); self-declared black (PR=1.2; CI=1.03-1.39); having a stable marital status (PR=1.16; 95% CI=1-1.34); occurrence of menarche before 12 years of age (PR=1.14; 95% CI=1.05-1.24); having 1 or 2 children (PR=1.23; CI95% 1.03-1.45), having 3 or more children (PR=1.25; CI95%=1.06-1.47) and presenting a level high blood pressure (PR=1.25; 95% CI=1.16-1.34). The prevalence of overweight was high and was independently associated with socioeconomic and health variables. The data presented here should be considered for better targeting and monitoring of care strategies for this morbidity, helping to apply more effective and specific policies for this population.

Keywords: Overweight. Obesity. Group with Ancestors from the African Continent.

LISTA DE QUADROS E TABELAS

	Título	Página
Quadro 1	Relação das comunidades quilombolas com certificação oficial da Fundação Cultural Palmares que constituíram a base do estudo.	18
Quadro 2	Classificação da família quanto à situação de segurança (SAN) ou insegurança alimentar e nutricional (INSAN).	21
Tabela 1	Medidas de tendência central e de dispersão de variáveis demográfica, antropométricas, de composição corporal e pressão arterial de acordo com a presença ou ausência de excesso de peso. Estudo com mulheres quilombolas do estado de Alagoas, 2018.	24
Tabela 2	Caracterização da amostra segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida, estado nutricional e de saúde, conforme a ausência ou a presença de excesso de peso. Estudo com mulheres quilombolas do estado de Alagoas, 2018	25
Tabela 3	Associação entre o excesso de peso e as variáveis independentes, segundo modelo hierárquico. Estudo em mulheres quilombolas do estado de Alagoas, 2018.	26

SUMÁRIO

	Pág.	
1	INTRODUÇÃO	8
1.1	PROBLEMATIZAÇÃO.....	8
1.2	PROBLEMA.....	9
1.3	HIPÓTESE.....	10
1.4	JUSTIFICATIVA.....	10
1.5	OBJETIVOS.....	10
1.5.1	Objetivo Geral	10
1.5.2	Objetivos Específicos	11
2	REVISÃO DA LITERATURA	11
2.1	COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS (CRQs)	11
2.1.1	Definição, vulnerabilidade social e as crqs de alagoas	11
2.2	EXCESSO DE PESO	12
2.2.1	Definição e aspectos gerais	12
2.2.2	Fatores associados ao excesso de peso	14
2.2.2.1	Relação com a população afrodescendente.....	14
2.2.2.2	Aumento da idade.....	15
2.2.2.3	Estado civil (casada/viver sem companheiro)	15
2.2.2.4	Menarca precoce.....	15
3	MATERIAL E MÉTODOS	17
3.1	TIPO, LOCAL DE ESTUDO E PLANEJAMENTO AMOSTRAL	17
3.2	POPULAÇÃO ALVO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	19
3.3	EQUIPE DE CAMPO.....	19
3.4	COLETA DE DADOS.....	19
3.4.1	Variável dependente	19
3.4.2	Variáveis independentes	20
3.4.2.1	Demográficas e socioeconômicas e reprodutivas.....	20
3.4.2.2	Antropométrica e de composição corporal.....	21
3.4.2.3	Comportamentais.....	21
3.4.2.4	Relacionadas à saúde.....	22
3.5	PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	22
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	23
4	RESULTADOS	24
5	DISCUSSÃO	28
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
	REFERÊNCIAS	34
	APÊNDICES	42
	ANEXOS	52

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMATIZAÇÃO

A modernização da sociedade promoveu mudanças no processo saúde-doença, com aumento da prevalência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e declínio das doenças infectocontagiosas e carenciais (WHO, 2010). Esse panorama foi também influenciado por modificações no perfil demográfico da população. O excesso de peso predispõe o indivíduo a diversas DCNT (BORGES; CRUZ; MOURA, 2005) e, além disso, possui forte associação com alguns tipos de câncer, como o colorretal (BORGES; CRUZ; MOURA, 2005; OYEBODE et al., 2014).

No Brasil, a segunda metade do século XX foi caracterizada por um rápido processo de urbanização, com a população urbana superando a rural em 1970 (56% vs 44%). De acordo com o último censo demográfico (2010), a população urbana brasileira representa 84,4% do total brasileiros (BRITO, 2006; IBGE, 2012). Além disso, ocorreram mudanças relacionadas à fecundidade, de modo que as mulheres que, em 1960, tinham em média 6,3, passaram a ter 1,9 filhos conforme dados do último censo. A estimativa era que até 2020, a taxa de fecundidade caísse ainda mais, chegando a 1,76 filhos por mulher. Concomitantemente, houve diminuição da mortalidade infantil e aumento da expectativa de vida, a qual passou de 52,5 anos em 1960 para 77,2 anos em 2017 (FILHO; RUSSIN, 2003; IBGE, 2002,2018).

Em paralelo a essas alterações, vem ocorrendo também a transição nutricional, na qual se observam alterações no estado nutricional da população, particularmente diminuição da prevalência de desnutrição e aumento da prevalência de obesidade (FILHO; RUSSIN, 2003). A transição nutricional tem uma estreita relação com a modernização dos processos na sociedade, proporcionando forte influência sobre o padrão de consumo alimentar, com aumento da busca e acesso a alimentos ultraprocessados, os quais são mais práticos e palatáveis que os alimentos *in natura*. Contudo, possuem elevada densidade calórica, altas quantidades de gordura, açúcares e sódio, além de serem pobres em nutrientes (BARROS et al., 2021). Associado a essas mudanças no padrão alimentar, é frequente também haver redução do nível de atividade física e aumento do sedentarismo, favorecendo ainda mais o balanço energético positivo que está na gênese do acúmulo de gordura corporal (WHO, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a obesidade é caracterizada pelo acúmulo de gordura corporal em níveis que afetam a saúde do indivíduo, atuando como um fator de risco para DCNT, sendo um dos problemas de saúde mais graves a se enfrentar na atualidade (WHO, 1998). O acúmulo excessivo de gordura corporal apresenta-se como um

importante fator de risco para o desenvolvimento de DCNT, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. Estimativas da OMS apontam que as DCNT representam sete entre as dez principais causas de morte no mundo (WHO, 2020).

No Brasil, de acordo com dados da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), a prevalência de excesso de peso na população geral passou de 43% em 2006 para 57,2% em 2021, representando um aumento de aproximadamente 33%. Nesse período, a prevalência de obesidade quase dobrou, passando de 11,4% para 22,4% (SAÚDE, 2007, 2022). No estado de Alagoas, um estudo que avaliou a tendência temporal da prevalência de excesso de peso entre mães de crianças menores de 5 anos, entre os anos de 2005 e 2015, observou um incremento de 33,2% (42,8% vs 57,0%) na prevalência dessa condição (NAKANO et al., 2018).

Na população que reside em comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs), estudos apontam prevalências variadas de excesso de peso entre adultos, embora todas elevadas. Pesquisa conduzida em CRQs do médio São Francisco Baiano identificou uma prevalência de 27,7% (MUSSI; QUEIROZ; PETRÓSKI, 2018). Em outro estudo conduzido em comunidades da Bahia, a prevalência dessa condição foi de 42%, sendo superior entre as mulheres (SOARES; BARRETO, 2014). No Pará a prevalência entre quilombolas foi de 42,8% (GUERRERO; HURTADO, 2010). Em Alagoas, pesquisa realizada com a população de todas as comunidades quilombolas existentes em 2008 no estado (n=42), observou que 52,4% das mulheres apresentavam excesso de peso corporal.

Os fatores associados ao excesso de peso envolvem variáveis modificáveis e não modificáveis, dentre as quais, citam-se: cor de pele/raça negra (BARBOSA et al., 2010; JACKSON et al., 2013; SRINISVAN et al., 1991), faixas etárias mais elevadas (BARRETO, 2014; MELO et al., 2015; OLIVEIRA et al., 2015;), relacionamento conjugal estável (ANDRADE et al., 2015; CORREIA et al., 2011; GONÇALVES et al., 2020; MOURA; SÁ, 2008;) e menarca precoce (CASTILHO et al., 2012; CORREIA et al., 2011).

1.2 PROBLEMA

Ao final deste estudo, que tem como foco as mulheres quilombolas de Alagoas, pretende-se responder às seguintes perguntas:

- Fatores socioeconômicos, de estilo de vida e de saúde estão associados ao aumento da prevalência de excesso de peso nas mulheres quilombolas?

1.3 HIPÓTESE

- A prevalência de excesso de peso entre mulheres quilombolas é elevada e apresentou associação com fatores socioeconômicos, reprodutivos e relacionados à saúde.

1.4 JUSTIFICATIVA

Segundo dados da OMS, a prevalência de excesso de peso vem aumentando no mundo de maneira exponencial nas últimas três décadas (OMS, 2015). No Brasil, uma revisão sistemática identificou um aumento de 33,5%, entre 1974-2020, na prevalência dessa condição entre adultos (KOIDARA et al., 2021).

Nos dias de hoje, as comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) caracterizam-se por grupos étnico-raciais formados predominantemente por descendentes de africanos escravizados, que apresentam histórico de resistência à opressão durante o período de escravidão no Brasil. Essa população está submetida a uma série de iniquidades sociais, segregação e exclusão étnica quando comparada a população geral, encontrando-se em uma situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2003; FREITAS et al., 2011).

Considerando a relevância do excesso de peso no âmbito da saúde pública e as especificidades epidemiológicas, socioeconômicas e culturais que caracterizam e diferenciam o povo quilombola em relação à população geral do país, a identificação da magnitude com que o excesso de peso acomete essa população e os fatores que se associam à sua ocorrência, são de particular relevância para o adequado planejamento e implementação de medidas de prevenção e controle, particularmente no estado de Alagoas, onde o último estudo de base populacional nesse cenário ocorreu em 2008. Com mais trabalhos analisando essa população e o poder público ciente desses estudos, políticas públicas específicas podem ser criadas a partir dessas análises, sendo essenciais para prevenir o excesso de peso e capacitar os profissionais que trabalharão com as CRQs.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo Geral

Investigar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso na população adulta feminina das comunidades quilombolas do estado de Alagoas.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população segundo aspectos demográficos, socioeconômicos, hábitos de vida e saúde;

- Identificar a prevalência de excesso de peso entre mulheres quilombolas;
- Determinar os fatores associados ao excesso de peso, conforme as categorias das variáveis investigadas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 COMUNIDADES REMANESCENTES DE QUILOMBOS (CRQs)

2.1.1 Definição, vulnerabilidade social e as CRQs de Alagoas

Os quilombos foram utilizados como abrigos para os escravos fugitivos, principalmente, no período colonial, sendo um ponto de resistência para esse contingente populacional, auxiliando na organização e luta desse povo contra a escravidão. Estrategicamente, os quilombos formaram-se em regiões de difícil acesso, tornando a população isolada das demais (INSTITUTO SOCIO AMBIENTAL, 1999).

Em consonância com a situação de maior vulnerabilidade socioeconômica, a população quilombola também é acometida por insegurança alimentar e nutricional (INSAN), situação definida como a falta de acesso adequado a alimentos em quantidade e qualidade satisfatórias e permanentes (SILVA et al., 2017).

Ao comparar quilombolas residentes de uma zona rural com a população não quilombola da mesma localidade, Silva et al. (2017) observaram maior prevalência de INSAN entre as famílias quilombolas (64,9% vs. 42%). Estudo envolvendo 169 CRQs brasileiras tituladas identificou que 85,6% das famílias quilombolas encontravam-se em situação de insegurança alimentar (GUBERT et al., 2016). Outra pesquisa realizada em Goiás com estudantes quilombolas e suas famílias mostrou que 75,2% das famílias quilombolas estavam em situação de INSAN, com maior frequência de excesso de peso em comparação à desnutrição (CORDEIRO; MARTINS; MONEGO, 2014).

Vale salientar que, embora historicamente a INSAN esteja relacionada com doenças carenciais e desnutrição, atualmente, ela passou a se associar também com a obesidade, em consonância com o processo de transição nutricional (SCHLUSSEL et al., 2013).

Atualmente, as CRQs estão localizadas em 24 estados da federação, com exceção para o estado do Acre e de Roraima. Alagoas, berço do maior quilombo do período colonial brasileiro, apresentava, em 2015, 68 comunidades remanescentes quilombolas certificadas pela Fundação Palmares, as quais encontram-se distribuídas em 35 municípios do estado (ALAGOAS, 2015).

Dados de 2014 da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) evidenciam a situação de vulnerabilidade econômica a qual as CRQs alagoanas estão submetidas. Do total de famílias cadastradas no Sistema de Monitoramento de Políticas de Promoção da Igualdade: 86,9% viviam em área rural com condições precárias de infraestrutura; 74,1% das famílias recebiam até R\$77,00 mensais *per capita* e 78,6% participavam do Programa Bolsa Família (BRASIL, 2014). Vale salientar que o salário mínimo da época era R\$ 724,00, apesar de o salário mínimo ser menor, o poder de compra seria maior. Quanto a população feminina, ao comparar mulheres quilombolas de Alagoas com mães de crianças menores de 5 anos da população geral do estado, Ferreira et al. (2013) observaram que as mulheres quilombolas estavam submetidas a maior vulnerabilidade socioeconômica quando comparadas às mães de crianças da população geral. A maioria das mulheres quilombolas pertencia às classes econômicas D e E (menor classe econômica: 91,9%) e apresentavam maior prevalência de baixa escolaridade (≤ 3 anos de educação formal) do que as não quilombolas (52,7% vs 33,2%; $p < 0,001$) (FERREIRA et al., 2013).

2.2 EXCESSO DE PESO

2.2.1 Definição e aspectos gerais

O excesso de peso engloba o sobrepeso e os diversos graus de obesidade, sendo identificado por um IMC ≥ 25 Kg/m² (WHO, 1998). É uma condição multifatorial, que atinge indivíduos de diversas faixas etárias e condições socioeconômicas, que está normalmente associada ao acúmulo de tecido adiposo, podendo vir a afetar negativamente a saúde desses indivíduos.

O acúmulo excessivo de gordura corporal configura-se como um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares, condições que estão relacionadas, de acordo com estimativas da OMS, com 58,5% de todas as mortes e 45,9% da prevalência de morbidade em adultos em todo o mundo (WHO/FAO, 2003). Além das consequências fisiológicas, foram observadas associações entre alterações no estado de humor como a baixa auto-estima, isolamento social e depressão relacionadas à obesidade (MENDONÇA et al, 2021; SALVE, 2006;)

Segundo dados da OMS, em 2016, 39% dos adultos no mundo estavam com sobrepeso, entre as mulheres, a prevalência era de 40%, e desde 1975 até 2016 a prevalência de obesidade no mundo havia triplicado, com 13% da população mundial sendo afetada, sendo observada maior prevalência entre as mulheres (15% vs. 11% em homens) (WHO, 2016, 2021). Caso o

problema não seja controlado, a OMS estima que, em 2025, 2,3 bilhões de adultos estarão com excesso de peso no mundo, dos quais 700 milhões serão obesos (OMS, 2018).

No Brasil, dados do VIGITEL de 2021 trouxeram uma prevalência de excesso de peso de 57,2% nas 27 capitais do país, com uma prevalência maior nos homens em relação às mulheres (59,9% vs 55%). Os resultados encontrados foram maiores em relação à edição de 2019, onde identificou-se prevalência de excesso de peso de 55,4% e, ao estratificar por sexo, os homens apresentaram 57,1% e as mulheres 53,9% de prevalência (BRASIL, 2020; 2022). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 mostraram que quase 1 a cada 4 pessoas com 18 anos ou mais estão obesas (20,8%), enquanto o excesso de peso atinge 60,3% da população (62,6% mulheres vs. 57,5% homens), o que equivale a 96 milhões de pessoas (BRASIL, 2020).

Material divulgado pela Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO) trouxe que a estimativa é que, em 2025, 2,3 bilhões de adultos ao redor do mundo estejam acima do peso, sendo que quase um terço dessas pessoas (30,4%) estarão com obesidade (ABESO, 2019).

A transição nutricional caracteriza-se pelo aumento no consumo de alimentos de maior densidade calórica e ultra processados em detrimento dos alimentos *in natura*. Associada a mudanças demográficas, socioeconômicas e de estilo de vida têm resultado em uma epidemia global de excesso de peso (FIGUEIREDO et al., 2011; KAC; MELENDEZ, 2003; LAMOUNIER, 2009). Sabe-se que esse processo também vem afetando as comunidades quilombolas (BARBOSA et al., 2015; BORGES et al., 2011; FERREIRA et al., 2017).

Em consonância com os dados globais e nacionais, estudos conduzidos em Alagoas também identificaram prevalências elevadas de excesso de peso. Pesquisa realizada em 2005 verificou uma prevalência de 44% de excesso de peso entre mulheres alagoanas (FERREIRA et al., 2013). Entre as mulheres da região semiárida do estado, a prevalência de excesso de peso foi de 43% e de obesidade de 16% (FERREIRA et al., 2009).

As altas prevalências identificadas no estado de Alagoas também têm sido observadas em suas CRQs, como observado por Ferreira et al. (2017), ao identificar que, já em 2008, mais da metade das mulheres quilombolas (52,4%) apresentavam excesso de peso. Cabe ressaltar que, nessa população, esse quadro tem sido agravado pelo deficitário acesso aos sistemas de saúde (FREITAS et al., 2011; GOMES et al., 2013; GOES; NASCIMENTO, 2013; SANTOS, 2016; SILVA, 2015).

Dessa forma, fica evidente que o excesso de peso se configura como um problema global de saúde pública, e deve ser tratado com seriedade pelos gestores mundiais, levando em consideração todas as possíveis realidades em que as diversas populações estão inseridas.

2.2.2 Fatores associados ao excesso de peso

Existem diversos fatores, modificáveis e não modificáveis, que podem estar relacionados ao excesso de peso, e pode haver uma interação entre estes, aumentando ou diminuindo o ganho ponderal do indivíduo. Dentre estes, existem fatores genéticos, relação entre gasto-consumo energético, prática de atividade física, fatores biológicos, socioeconômicos (FRANCISCHI et al., 2000).

Considerando as maiores prevalências de excesso de peso identificadas entre as mulheres, a presente revisão irá deter-se a abordar alguns dos principais fatores associados à esse desfecho nesse grupo.

2.2.2.1 Relação com a população afrodescendente

A literatura internacional e nacional tem demonstrado associação entre a cor da pele/raça negra e o excesso de peso, com altas prevalências dessa condição entre as mulheres negras. Esse panorama também tem sido observado entre as mulheres negras das CRQs brasileiras (JACKSON et al., 2013; MUSSI, QUEIROZ, PETRÓSKI, 2018; QUEIROZ et al., 2021; SANTOS et al., 2020; SOARES & BARRETO, 2014).

Estudo envolvendo 174.228 adultos norte-americanos, com dados obtidos da *National Health Interview Survey* de 1997 a 2008, a prevalência de excesso de peso foi 44% superior em mulheres negras em comparação às brancas, em todos os níveis de escolaridade, após ajuste para idade (JACKSON et al., 2013). Okafor e et al. (2016), em um estudo nigeriano, encontrou uma prevalência de obesidade de 49,5%, com uma prevalência maior no sexo feminino quando comparada ao sexo masculino (23% vs 13,4%). Adicionalmente, desde 1991, estudos têm observado que as mulheres negras apresentam obesidade central, ou seja, um acúmulo de gordura corporal na região central do corpo maior, quando comparada às mulheres brancas (SRINIVASAN et al. *apud* BARBOSA et al., 2010). Em consonância com esses dados, Barbosa et al. (2010), ao avaliarem uma população urbana no Brasil, mostraram que as mulheres de pele negra apresentaram maior prevalência de obesidade abdominal em comparação às brancas (39,2% vs 32,1%). Estudo conduzido no Vale do Ribeira (SP), com populações remanescentes de quilombos, que avaliou nove polimorfismos em oito genes que possivelmente apresentam correlação positiva com a prevalência de obesidade, observou-se que cinco polimorfismos mantiveram-se associados em algum nível ao aumento da predisposição ao sobrepeso e à obesidade nessa população (ANGELI, 2008).

Contudo, ainda são necessários mais estudos para identificar fatores associados em regiões específicas, visto que estes podem mudar de território para território em razão de diversas condições.

2.2.2.2 Aumento da idade

A associação positiva entre excesso de peso e idade tem sido reportada em estudos realizados com diferentes populações (MELO et al, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; SOARES; BARRETO, 2014). Soares e Barreto (2014), ao avaliarem mulheres de uma comunidade quilombola da Bahia, identificaram que a chance de sobrepeso foi cerca de duas vezes maior naquelas com idades entre 30 e 59 (classificadas em faixas etárias), quando comparadas às mulheres de 20 a 29 anos. Falar dos demais estudos que são citados no começo do parágrafo.

A maior prevalência de excesso de peso entre mulheres mais velhas é explicada devido ao declínio da taxa metabólica basal e diminuição da massa magra com o avançar da idade, que se agrava pela diminuição de exercícios físicos (PINHO et al., 2011)

2.2.2.3 Estado civil (relação conjugal)

O estado civil das mulheres tem sido apontado como um fator associado ao excesso de peso. Estudo realizado no semiárido do Brasil mostrou que, em comparação a categoria solteira, estar casada aumentou a prevalência de sobrepeso e de obesidade em 19% e 36%, respectivamente (CORREIA et al., 2011). Outra pesquisa realizada em duas unidades de Atenção Primária à Saúde, no município de Juiz de Fora, Minas Gerais, mostrou que mulheres em situação conjugal tinham uma maior prevalência de excesso de peso em relação àquelas que estavam solteiras (GONÇALVES, 2020), em consonância com dados de outros estudos realizados no país (ANDRADE et al., 2015; SÁ; MOURA, 2008).

Essa associação positiva entre estado civil e excesso de peso pode ser explicada devido ao menor interesse do casal em práticas que contribuem para o controle do peso, maior consumo de alimentos mais calóricos e menor desejo em praticar atividades físicas (JANGHORBANI et al., 2008)

2.2.2.4 Menarca precoce

A menarca também parece estar relacionada com excesso de peso. Em 2008 Kaplowitz trouxe que em alguns países europeus a idade da menarca diminuiu de 16-17 anos para aproximadamente 13 anos (KAPLOWITZ, 2008) . A princípio, essa antecipação da menarca se daria pela melhora no estado nutricional, entretanto hoje não se dá mais por esse motivo, mas

sim pelo aumento na prevalência de sobrepeso e obesidade, afetando o contexto hormonal do organismo (DUNGER et al, 2005; CASTILHO et al, 2012).

Um grupo de pesquisadores observou que a menarca precoce (< 12 anos) aumentou em 15% e 59%, nesta ordem, as prevalências de sobrepeso e obesidade (CORREIA et al.,2011). Essa relação inversa entre idade da menarca e prevalência de excesso de peso também foi observada em estudo conduzido com meninas de 7 a 18 anos por Castilho et al. (2012), no qual as meninas com excesso de peso apresentaram menarca mais cedo.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1 TIPO, LOCAL DE ESTUDO E PLANEJAMENTO AMOSTRAL

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, o qual faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Diagnóstico de Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional das famílias das comunidades remanescentes dos quilombos do Estado de Alagoas” (Diagnóstico Quilombola), que teve como foco a população das 68 comunidades alagoanas que possuem a certificação de autorreconhecimento como remanescentes de quilombos, segundo cadastro da Fundação Cultural Palmares.

O estado de Alagoas está localizado na região Nordeste do Brasil, segundo o IBGE possui área territorial de mais de 27 mil km² e, em 2021, sua população era de mais de 3 milhões habitantes, com densidade demográfica de 112,33 habitantes por km². Apresenta IDH de 0,631 e apresenta renda mensal domiciliar per capita de R\$ 777,00, o que representa cerca de 64% do salário-mínimo do ano (2021).

O processo de amostragem do Diagnóstico Quilombola previu a obtenção de uma amostra probabilística representativa das famílias das comunidades quilombolas do estado. Para isso, arbitrou-se que a população de 50% dessas comunidades seria elegível para o estudo. Assim, 34 dentre as 68 comunidades existentes foram selecionadas por meio de amostragem sistemática: (1) ordenação das comunidades por ordem alfabética. Seguindo a sequência, cada comunidade recebeu um número de 1 a 68; (2) determinação do pulo amostral através do cálculo do total de comunidades/número de comunidades a serem selecionadas ($68/34 = 2$); (3) sorteio da primeira comunidade para compor a amostra, definindo-se um número aleatório entre 1 e 2, o que foi realizado com o software Microsoft Excel® por meio do seguinte comando: =aleatório entre (1;2); (4) a partir do valor sorteado, somou-se sistematicamente o pulo amostral, definindo, assim, as demais comunidades incluídas no estudo. O Quadro 1 apresenta a lista de comunidades sorteadas, as quais estão distribuídas em 27 municípios alagoanos.

Quadro 1 - Relação das comunidades quilombolas com certificação oficial da Fundação Cultural Palmares que constituíram a base do estudo.

Nº	Município	Comunidades	Data de certificação	Nº de famílias
1	Água Branca	Lagoa das Pedras	19/11/09	50
2	Água Branca	Serra das Viúvas	19/11/09	50
3	Anadia	Jaqueira	02/02/15	35
4	Arapiraca	Carrasco	13/03/07	290
5	Batalha	Cajá dos Negros	19/04/05	86
6	Cacimbinhas	Guaxinim	13/12/06	90

Nº	Município	Comunidades	Data de certificação	Nº de famílias
7	Canapi	Sítio Alto de Negras	27/12/10	60
8	Carneiro	Sítio Lagoa do Algodão	27/12/10	50
9	Igreja Nova	Sapé	19/11/09	100
10	Igací	Sítio Serra Verde	27/12/10	200
11	Jacaré dos Homens	Povoado Ribeiras	07/02/11	30
12	Monteirópolis	Paus Pretos	25/05/05	200
13	Major Isidoro	Puxinanã	13/12/06	62
14	Olho D'Água das Flores	Aguazinha	19/11/09	30
15	Olho D'água das Flores	Gameleiro	10/04/08	65
16	Pariconha	Burnio	19/11/09	50
17	Pariconha	Malhada Vermelha	19/11/09	15
18	Passo do Camaragibe	Perpétua	27/12/10	28
19	Piaçabuçu	Pixaim	19/11/09	25
20	Pão de Açúcar	Poço do Sal	28/07/06	37
21	Penedo	Tabuleiro dos Negros	01/03/07	425
22	Poço das Trincheiras	Jacu	19/04/05	85
23	Poço das Trincheiras	Mocó	19/04/05	80
24	Palestina	Vila Santo Antônio	05/05/09	300
25	Santana do Mundaú	Filús	28/07/06	40
26	Santana do Mundaú	Mariana	19/11/09	35
27	São José da Tapera	Cacimba do Barro	19/11/09	35
28	Taquarana	Mameluco	13/12/06	160
29	Taquarana	Poços do Lunga	07/06/06	65
30	Teotônio Vilela	Abobreiras	19/11/09	30
31	Traipu	Uruçu	19/11/09	50
32	Traipu	Lagoa do Tabuleiro	27/12/10	30
33	Viçosa	Sabalangá	27/12/10	100
34	União dos Palmares	Muquém	19/04/05	120

Fonte: Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas – ITERAL. Disponível em: <http://www.iteral.al.gov.br/dtpaf/comunidades-quilombolas-de-alagoas/comunidades-quilombolas-de-alagoas>.

Para o presente estudo, foi calculado o erro amostral a *posteriori*. Em 2015, aproximadamente 6.465 famílias viviam nas comunidades quilombolas alagoanas e, assumindo-se que em cada família haveria ao menos uma mulher, o universo do presente estudo foi de 6.465 mulheres (ALAGOAS, 2015). Portanto, considerando a prevalência de excesso de identificada no presente estudo (65,9%), aplicando-se 1,5 para correção do efeito de delineamento complexo e um intervalo de confiança de 95% (IC95%), o erro amostral foi estimado em 2,55%. O cálculo foi realizado no *software* Epi Info 7.2 (CDC, Atlanta, EUA) através do módulo StatCalc.

3.2 POPULAÇÃO ALVO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Foram elegíveis para o estudo mulheres (≥ 19 a ≤ 59 anos) residentes em todos os domicílios pertencentes a cada uma das 34 comunidades quilombolas de Alagoas sorteadas para a pesquisa.

Constituíram-se critérios de exclusão: mulheres que fizeram a ingestão de bebida alcoólica no dia da entrevista, a presença de deficiência física ou genética e estar no puerpério.

3.3 EQUIPE DE CAMPO

A equipe que realizou a pesquisa era formada por graduandos ou pós-graduados de cursos da área da saúde, incluindo oito entrevistadores, dois auxiliares de laboratório, um supervisor de campo, dois antropometristas e um motorista.

Tal equipe recebeu um treinamento prévio, o qual ocorreu em três (3) fases: teórica, prática e estudo piloto. O projeto foi apresentado e discutido na primeira fase, juntamente com a leitura dos formulários e do Manual do Entrevistador, ambos elaborados por membros da equipe. Os entrevistadores foram treinados durante toda a fase prática para se habituar com os procedimentos e uso dos equipamentos. Na última fase, realizou-se o estudo piloto, uma simulação de todos os procedimentos na pesquisa em uma comunidade não incluída no estudo. Além da consolidação da capacitação da equipe, essa fase permite a identificação e correção de gargalos na condução do estudo.

3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu através de visitas domiciliares, no período de abril de 2017 a janeiro de 2018, utilizando-se formulários pré-testados em estudo piloto (Apêndice A) para obtenção das variáveis demográficas, socioeconômicas, relacionadas aos hábitos de vida e à saúde. Além disso, foram realizadas mensurações antropométricas, de composição corporal e aferição da pressão arterial.

3.4.1 Variável dependente

A variável dependente foi o excesso de peso, definido por um Índice de Massa corporal (IMC) ≥ 25 Kg/m² (WHO, 1998), calculado a partir da divisão da massa corporal em quilogramas (kg) pela altura, em metros (m), ao quadrado.

A aferição da massa corporal das voluntárias foi realizada em balanças digitais portáteis (Seca®, modelo 813), com capacidade para 200 Kg e subdivisões de 100g, devidamente aferidas, semanalmente, contra peso padrão. Para aferição da estatura utilizou-se estadiômetros Seca 213®, que apresenta faixa de medição de 20 a 205 cm e sensibilidade para 1 mm.

3.4.2 Variáveis independentes

3.4.2.1 DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E REPRODUTIVAS

As variáveis demográficas avaliadas foram: faixa etária (19-29, 30-39, 40-49, 50-59 anos); cor da pele/raça autorreferida (negra e outras), sendo categorizadas como “negra” as participantes que se autodeclararam pretas e pardas, enquanto na categoria “outras” ficaram as mulheres que se referiram como brancas, amarelas e indígenas.

No que diz respeito às variáveis socioeconômicas, foram observadas: estado civil(solteira, casada, outros), agrupando-se em “outros” as “divorciadas” e “viúvas”; nível de escolaridade (≤ 8 anos; > 8 anos); renda familiar estimada (≤ 1 salário mínimo; > 1 salário mínimo), considerando o salário mínimo de R\$937,00 a época da pesquisa; participação da família em Programas do Governo (não; sim); tipo de serviço de saúde utilizado (público, privado, outros), sendo “outros” referente às mulheres que relataram “tratar em casa”, “rezadeira” e “automedicação”.

A avaliação da situação de Segurança ou Insegurança Alimentar e Nutricional (SAN ou INSAN) foi procedida pela aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), cujo formulário consta de 14 perguntas fechadas, com respostas positivas ou negativas sobre a experiência da família com relação à alimentação nos últimos três meses, possibilitando, conforme o número de respostas positivas, discriminá-las em estratos que vão desde a preocupação de que a comida possa vir a faltar até a experiência de passar todo um dia sem comer (SEGALL-CORRÊA et al., 2014). Cada resposta afirmativa do formulário representa um ponto, sendo a classificação da escala baseada no somatório, variando em uma amplitude de 0 a 14 pontos nas residências com indivíduos menores de 18 anos e de 0 a 8 em residências que não possuam pessoas nessa faixa etária. O Quadro 2 apresenta a classificação da EBIA, conforme a pontuação obtida.

Nas variáveis reprodutivas, foram observadas: idade da menarca (< 12 anos; ≥ 12 anos); e números de filhos (nenhum; 1-2 filhos; ≥ 3 filhos).

Quadro 2 - Classificação da família quanto à situação de segurança (SAN) ou insegurança alimentar e nutricional (INSAN).

Classificação	Domicílios com pessoas com menos de 18 anos	Domicílios sem pessoas com menos de 18 anos
SAN	0	0
INSAN leve	1 – 5	1 - 3
INSAN moderada	6 – 10	4 – 6
INSAN grave	11 – 14	7 – 8

Fonte: Adaptado de Segall-Côrrea et al. (SEGALL-CORRÊA et al., 2014)

3.4.2.2 ANTROPOMÉTRICAS E DE COMPOSIÇÃO CORPORAL

O perímetro da cintura (CC) foi medido com fita métrica inextensível no ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca. As mulheres com CC ≥ 80 cm foram classificadas com obesidade abdominal (IDF, 2020).

O percentual de gordura corporal (%GC) foi obtido por aparelhos de bioimpedância (marca Omron, modelo HBF-306).

3.4.2.3 COMPORTAMENTAIS

Em relação às variáveis relacionadas ao estilo de vida, foram avaliadas: tabagismo (não; sim), consumo de bebida alcoólica (não; sim) e nível de atividade física (ativa; sedentária). O consumo de bebida alcoólica e de tabaco foi avaliado através do instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST). Trata-se de um formulário desenvolvido pela OMS e validado para a população brasileira, o qual contempla 18 questões relacionadas ao uso de álcool, tabaco e outras drogas (maconha, cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos) (HENRIQUE et al., 2004). Para este trabalho, foi levado em consideração apenas a utilização de álcool e/ou tabaco, classificando na categoria “sim”, as participantes que responderam ter utilizado essas substâncias diariamente nos últimos 3 meses.

A classificação do nível de atividade física foi procedida pela aplicação do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão 8 curta. O IPAQ avalia o tempo gasto em atividades físicas na última semana, classificando o indivíduo em 4 categorias: muito ativo,

ativo, insuficientemente ativo e sedentário (MATSUDO et al., 2001). Para o presente estudo, as categorias foram agrupadas em: insuficientemente ativa (que engloba as mulheres classificadas como insuficientemente ativas e as sedentárias) e ativa (muito ativas + ativas).

3.4.2.4 RELACIONADOS A SAÚDE

As variáveis relacionadas à saúde das mulheres investigadas foram: adoecimento nos últimos 15 dias prévios à entrevista (não; sim); presença de transtorno mental comum (TMC: não; sim); e hipertensão arterial sistêmica (HAS: não; sim). O TMC foi definido a partir da aplicação do instrumento de triagem *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), utilizando o ponto de corte ≥ 6 (LUDERMIR; MELO, 2002) para identificação dos possíveis casos. O SRQ-20 é composto por vinte questões fechadas com respostas dicotômicas (sim/não).

A aferição da pressão arterial foi realizada em duplicata, com a mulher sentada e após 15 minutos de repouso, utilizando-se aparelhos digitais da marca Omron HEM-742® (OMRON Corp., São Paulo, Brasil). Em caso de diferença superior a 20 mmHg entre as duas medidas, uma terceira aferição foi realizada. Para cálculo da média, a medida mais discrepante foi descartada. As aferições ocorreram de acordo com as recomendações propostas pela 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (MALACHIAS et al., 2016). Foram consideradas hipertensas as mulheres que apresentaram pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg e/ou relataram uso de medicamentos anti-hipertensivos (MALACHIAS et al., 2016).

3.5 PROCESSAMENTO DOS DADOS E ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram digitados em dupla entrada independentes em formulário gerado no software Epi-info®, versão 3.5.4. A normalidade da distribuição das variáveis contínuas (idade, massa corporal, altura, IMC, CC, %GC, PAS e PAD) foi examinada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Assim, as comparações das médias dessas variáveis segundo a presença e a ausência de excesso de peso foram realizadas com os testes t de Student ou Mann-Whitney, conforme aderência ou não aos pressupostos paramétricos, respectivamente. Para comparar as frequências de excesso de peso conforme as categorias das variáveis independentes, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Como medida de associação, utilizou-se a razão de prevalência (RP) e os seus intervalos com 95% de confiança (IC95%), calculados por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância. As associações com nível de significância de até 20% ($p \leq 0,2$) na análise bruta foram submetidas à análise hierárquica, conforme modelo conceitual adaptado de Mussi et al. (2018), no qual, o nível distal (nível 1) foi composto pelas variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas; o nível intermediário (nível 2) pelas

variáveis referentes ao estilo de vida e, por fim, o nível proximal (nível 3), com as variáveis relacionadas à saúde. Destaca-se que, em virtude da alta correlação positiva entre o desfecho (avaliado pelo IMC) e as variáveis CC e %GC, essas não foram utilizadas na análise de associação, a fim de evitar problemas de multicolinearidade. Em cada um dos níveis de análise houve a eliminação sucessiva das variáveis não significantes (*backward stepwise elimination*), permanecendo ao final do processo apenas aquelas com $p < 0,05$. Assim, foram mantidas no modelo final todas as variáveis que, em seu respectivo nível, atingiram $p < 0,05$, ainda que no nível seguinte perdesse significância estatística ($p > 0,05$). Todos os cálculos foram precedidos com auxílio do software Stata 12.0.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas - UFAL (CAAE: 33527214.9.0000.5013) (Anexo I).

O trabalho ocorreu em parceria com as prefeituras dos municípios onde se situam as comunidades quilombolas, bem como com as lideranças comunitárias das respectivas localidades. Todas as mulheres elegíveis para a pesquisa foram devidamente inteiradas sobre os objetivos do estudo, seus riscos e benefícios, bem como de todas as demais informações de praxe constantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B). Investigaram-se apenas aquelas que atestaram sua concordância assinando o referido documento. As informações obtidas no inquérito domiciliar serão tratadas no conjunto, de modo que não possibilitará a vinculação de qualquer dado com qualquer sujeito da pesquisa.

4. RESULTADOS

Foram identificadas 1.779 mulheres, sendo excluídas 87 (4,9%) por terem ingerido bebida alcoólica nas 24 horas antecedentes à entrevista, 25 (1,4%) por apresentarem alterações físicas ou genéticas e 13 (0,7%) por estarem no puerpério. Desta forma, a amostra analisada foi constituída por 1.654 mulheres (37,4 ± 11,0 anos). A prevalência de excesso de peso foi de 65,9%. As mulheres com excesso de peso apresentaram médias significativamente ($p < 0,05$) superiores de idade, massa corporal, perímetro da cintura, percentual de gordura corporal e medidas de pressão arterial sistólica e diastólica. Ambos os grupos apresentaram altura média inferior à mediana de referência, mas não diferiram entre si (Tabela 1).

Tabela 1 - Medidas de tendência central e de dispersão de variáveis demográfica, antropométricas, de composição corporal e pressão arterial, segundo a condição ou não de excesso de peso. Estudo com mulheres quilombolas do estado de Alagoas, 2018.

Variáveis	Total Média±dp Mediana (P25-P75)	Excesso de peso (IMC > 25 kg/m ²)		Valor p
		Não	Sim	
		Média±dp Mediana (P25-P75)	Média±dp Mediana (P25-P75)	
Idade	37,4±11,0 36,0 (29,0-46,0)	34,3±11,8 32,0 (24,0-43,0)	38,9±10,2 38,0 (31,0-47,0)	<0,001*
Massa corporal (Kg)	67,2±14,3 65,9 (56,8-75,8)	53,4±6,3 53,7 (49,2-57,7)	74,3±11,9 72,6 (65,8-80,2)	<0,001*
Altura (cm)	155,9±5,9 155,8 (151,7-159,8)	156,1±6,2 156,2 (151,7-160,0)	155,8±5,8 155,6 (151,7-159,5)	0,272 [#]
Perímetro da cintura (cm)	86,0±12,7 85,2 (76,1-94,5)	73,5±6,1 73,3 (69,7-77,5)	92,5±10,2 91,4 (85,0-98,5)	<0,001*
Percentual de gordura (%)	31,81±7,80 32,9 (26,8-37,3)	24,2±6,2 24,5 (20,3-28,4)	35,7±5,3 35,7 (32,4 - 39,3)	<0,001*
Pressão arterial sistólica (mmHg)	124,4±18,4 121,0 (112,0-132,0)	119,4±17,5 116,0 (108,0-127,5)	127,0±18,4 123,5 (114,5-135,0)	<0,001*
Pressão arterial diastólica (mmHg)	78,3±10,9 78,0 (70,5-84,5)	74,8±10,8 74,5 (67,0-81,5)	80,2±10,5 80,0 (73,0-86,5)	<0,001*

Diferença estatisticamente significante: *teste t de Student; [#]teste de Mann-Whitney.

As mulheres majoritariamente se autodeclararam negras (90,7%), apresentaram escolaridade ≤ 8 anos (73,7%) e referiram participação da família em Programa do Governo (72,1%). Mais da metade apresentou renda familiar estimada ≤ 1 salário mínimo (63,9%) e mais de um terço (38,7%) pertencia à família em situação de INSAN. A Tabela 2 apresenta a caracterização da amostra segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida e de saúde, conforme ausência ou presença de excesso de peso.

Tabela 2 - Caracterização da amostra segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida, estado nutricional e de saúde, conforme a ausência ou a presença de excesso de peso. Estudo com mulheres quilombolas do estado de Alagoas, 2018.

Variáveis	Excesso de peso			RP bruta (IC95%)	Valor de p
	Total N (%)	Ausência N (%)	Presença N (%)		
Idade					
19 a 29 anos	466 (28,2)	242 (51,9)	224 (48,1)	1	-
30 a 39 anos	515 (31,1)	145 (28,2)	370 (71,8)	1,49 (1,34-1,67)	<0,001
40 a 49 anos	391 (23,6)	94 (24,0)	297 (76,0)	1,58 (1,42-1,76)	<0,001
50 a 59 anos	282 (17,1)	83 (29,4)	199 (70,6)	1,47 (1,30-1,66)	<0,001
Cor da pele/raça autorreferida					
Negra	1.495 (90,6)	498 (33,3)	997 (66,7)	1,15 (0,99-1,31)	0,05
Outras ¹	155 (9,4)	65 (41,9)	90 (58,1)	1	-
Estado civil					
Solteira	232 (14,0)	116 (50,0)	116 (50,0)	1	-
Casada	1.278 (77,4)	394 (30,8)	884 (69,2)	1,38 (1,21-1,58)	<0,001
Outros ²	142 (8,6)	53 (37,3)	89 (62,7)	1,25 (1,05-1,50)	0,014
Escolaridade					
≤ 8 anos	1.215 (73,7)	379 (31,2)	836 (68,8)	1,19 (1,09-1,30)	<0,001
> 8 anos	433 (26,3)	183 (42,3)	250 (57,7)	1	-
Renda familiar estimada					
≤ 1 SM†	1.056 (63,9)	348 (32,1)	708 (67,1)	1,05 (0,98-1,30)	0,198
> 1 SM	598 (36,1)	216 (32,1)	382 (63,9)	1	-
Participação da família em programa do Governo					
Não	462 (27,9)	160 (34,6)	302 (65,4)	1	-
Sim	1.192 (72,1)	404 (33,9)	788 (66,1)	1,01 (0,94-1,09)	0,777
Tipo de serviço de saúde					
Público	1580 (95,6)	537 (34,0)	1.043 (66,0)	1	-
Privado	21 (1,3)	9 (42,9)	12 (57,1)	0,87 (0,60-1,26)	0,447
Outros ³	51 (3,1)	17 (33,3)	34 (66,7)	1,00 (0,83-1,23)	0,922
Insegurança alimentar e nutricional (INSAN)					
Não	993 (61,3)	365 (36,8)	628 (63,2)	1	-
Sim	627 (38,7)	188 (30,0)	439 (70,0)	1,11 (1,03-1,19)	0,004
Menarca					
< 12 anos	264 (17,4)	66 (25,0)	198 (75,0)	1,16 (1,07-1,26)	<0,001
≥ 12 anos	1.251 (82,6)	441 (35,2)	810 (64,8)	1	-
Paridade					
Nenhum	188 (11,4)	99 (52,7)	89 (47,3)	1	-
1-2 filhos	619 (37,4)	228 (36,8)	391 (66,2)	1,33 (1,13-1,57)	<0,001
≥ 3 filhos	846 (51,2)	236 (27,9)	610 (72,1)	1,52 (1,30-1,78)	<0,001
Tabagismo nos últimos 3 meses					
Não	1.309 (79,8)	453 (34,6)	856 (65,4)	1	-
Sim	331 (20,2)	106 (32,0)	225 (68,0)	1,04 (0,96-1,13)	0,365
Consumo de bebida alcoólica nos últimos 3 meses					
Não	1.078 (65,7)	364 (33,8)	714 (66,2)	1	-
Sim	562 (34,3)	195 (34,7)	367 (65,3)	0,99 (0,92-1,06)	0,707
Nível de atividade física					
Sedentário	674 (40,9)	250 (37,1)	424 (62,9)	0,92 (0,86-0,99)	0,030
Ativo	973 (59,1)	310 (31,9)	663 (68,1)	1	-

Continua

Continuação

Variáveis	Excesso de peso			RP bruta (IC95%)	Valor de p
	Total	Ausência	Total		
	N (%)	N (%)	N (%)		
Adoeceu nos últimos 15 dias					
Não	1.124 (68,0)	399 (35,5)	725 (64,5)	1	-
Sim	529 (32,0)	165 (31,2)	364 (68,8)	1,07 (0,99-1,15)	0,078
Transtorno mental comum					
Não	737 (44,7)	255 (34,6)	482 (65,4)	1	-
Sim	913 (55,3)	307 (33,6)	606 (66,4)	1,01 (0,95-1,09)	0,678
Hipertensão arterial sistêmica					
Não	1.137 (70,4)	462 (40,6)	675 (59,4)	1	-
Sim	479 (29,6)	95 (19,8)	384 (80,2)	1,35 (1,26-1,44)	<0,001

RP= Razão de prevalência. IC95%= intervalo de confiança de 95%. SM= Salário mínimo (R\$934,00).

*Valores amostrais diferentes entre as variáveis devido à ausência de dados.

¹Mulheres que se autodeclararam brancas, amarelas ou indígenas foram agrupadas na categoria "Outros".

²Divorciadas e viúvas.

³Trata em casa, rezadeira ou automedicação

Na análise bruta (Tabela 1), algumas variáveis estiveram associadas ao excesso de peso ao nível definido para entrar na análise múltipla ($0,05 < P < 0,20$), mas não apresentaram significância estatística durante a análise ajustada: Renda familiar ≤ 1 SM (RP=1,05; IC95%=0,98-1,30) e ter adoecido nos últimos 15 dias (RP=1,07; IC95%=0,99-1,15).

Na análise múltipla, os fatores significativamente associados ao excesso de peso, no nível distal foram: idade ≥ 30 anos: 30-39 anos (RP=1,4; IC95%=1,25-1,57), 40-49 anos (RP=1,39; IC95%=1,22-1,58) e 50-59 anos (RP=1,28; IC95%=1,1-1,47); autodeclarar-se negra (RP=1,2; IC=1,03-1,39); ser casada ou viver com o companheiro (RP=1,16; IC95%=1-1,34); ter apresentado a menarca antes dos 12 anos (RP=1,14; IC95%=1,05-1,24); e ter filhos: 1-2 filhos (RP=1,23; IC95% 1,03-1,45), 3 filhos ou mais (RP=1,25; IC95%=1,06-1,47). Quanto aos determinantes intermediários, nenhuma variável se apresentou associada ao desfecho, mas no nível proximal, a presença de hipertensão (RP=1,25; IC95%=1,16-1,34) associou-se ao excesso de peso (Tabela 3).

Tabela 3 - Associação entre o excesso de peso e as variáveis independentes, segundo modelo hierárquico. Estudo em mulheres quilombolas do estado de Alagoas, 2018.

Variáveis	Nível distal		Nível intermediário		Nível proximal	
	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
Idade						
19 a 29 anos	1	-	1	-	1	-
30 a 39 anos	1,45 (1,3 – 1,63)	<0,001	1,44 (1,29 – 1,62)	<0,001	1,4 (1,25 – 1,57)	<0,001
40 a 49 anos	1,52 (1,35 – 1,72)	<0,001	1,51 (1,34 – 1,71)	<0,001	1,39 (1,22 – 1,58)	<0,001
50 a 59 anos	1,45 (1,27 – 1,66)	<0,001	1,45 (1,27 – 1,66)	<0,001	1,28 (1,1 – 1,47)	<0,001

Continua

Continuação

Variáveis	Nível distal		Nível intermediário		Nível proximal	
	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p	RP (IC 95%)	Valor p
Cor da pele/raça autorreferida						
Negra	1,19 (1,03 – 1,37)	0,014	1,19 (1,03 – 1,38)	0,013	1,2 (1,03 – 1,39)	0,013
Outras ¹	1	-	1	-	1	-
Estado Civil						
Solteira	1	-	1	-	1	-
Casada	1,15 (1,00 – 1,32)	0,045	1,15 (1,00 – 1,33)	0,045	1,16 (1,0 – 1,34)	0,037
Outros ²	1,0 (0,83 – 1,20)	0,966	1,00 (0,83 – 1,2)	0,990	0,99 (0,83 – 1,2)	0,954
Escolaridade						
≤ 8 anos	0,99 (0,91 – 1,1)	0,987	-	-	-	-
> 8 anos	1	-	-	-	-	-
Renda familiar estimada						
≤ 1 SM*	1,04 (0,97 – 1,12)	0,231	-	-	-	-
> 1 SM	1	-	-	-	-	-
Insegurança alimentar e nutricional						
Não	1	-	-	-	-	-
Sim	1,06 (0,99 – 1,14)	0,071	-	-	-	-
Menarca						
<12 anos	1,18 (1,09 – 1,28)	<0,001	1,19 (1,1 – 1,29)	<0,001	1,14 (1,05 – 1,24)	0,001
≥ 12 anos	1	-	1	-	1	-
Paridade						
Nenhum	1	-	1	-	1	-
1-2 filhos	1,22 (1,03 – 1,45)	0,017	1,21 (1,02 – 1,43)	0,023	1,23 (1,03 – 1,45)	0,016
≥ 3 filhos	1,23 (1,04 – 1,46)	0,013	1,22 (1,03 – 1,44)	0,018	1,25 (1,06 – 1,47)	0,009
Nível de atividade física						
Sedentário	-	-	1	-	-	-
Ativo	-	-	0,95 (0,88 – 1,02)	0,194	-	-
Adoeceu nos últimos 15 dias						
Não	-	-	-	-	1	-
Sim	-	-	-	-	1,02 (0,95 – 1,10)	0,450
Hipertensão arterial sistêmica						
Não	-	-	-	-	1	-
Sim	-	-	-	-	1,25 (1,16 – 1,34)	<0,001

¹ Mulheres que se autodeclararam brancas, amarelas ou indígenas foram agrupadas na categoria “Outros”.

² Divorciadas e viúvas. *Salário mínimo (R\$934,00).

A prevalência de excesso de peso foi elevada e apresentou-se independentemente associada a variáveis socioeconômicas e de saúde. Os dados aqui apresentados devem ser considerados para um melhor direcionamento e monitoramento das estratégias de atenção a essa morbidade, auxiliando na aplicação de políticas mais efetivas e específicas para essa população.

5 DISCUSSÃO

Os resultados ora apresentados demonstram elevada prevalência de excesso de peso em mulheres quilombolas alagoanas, sendo este desfecho associado à faixa etária, cor da pele preta/parda, apresentar relação conjugal estável, menarca <12 anos, ter filhos e ser hipertensa.

Essa prevalência supera a identificada em mulheres brasileiras pela Pesquisa Nacional de Saúde (58,9%), último inquérito nacional a avaliar essa condição (IBGE, 2014). Em âmbito estadual, estudo conduzido com mães de crianças menores de cinco, da população geral de Alagoas também observou prevalência inferior de excesso de peso (57%) à das mulheres quilombolas (NAKANO et al., 2018).

Em relação à população quilombola, pesquisa realizada em uma CRQ localizada na região do médio São Francisco baiano identificou prevalência de excesso de peso de 27,7% entre os adultos quilombolas, apontando o sexo feminino como um dos fatores associados ao desfecho (MUSSI et al., 2018). Entretanto, a ausência da prevalência de excesso de peso estratificada por sexo no referido trabalho limita a comparação com a prevalência aqui identificada. Outro estudo, também na Bahia, em CRQs do município de Vitória da Conquista, identificou uma prevalência mais elevada de excesso de peso (52,5%) nas mulheres (SOARES; BARRETO, 2014).

A prevalência de excesso de peso entre as mulheres quilombolas alagoanas é extremamente preocupante, não apenas pela sua magnitude, mas, por essa condição constituir-se em um importante fator de risco para o desenvolvimento de DCNT, foi identificado excesso de peso pelo $IMC \geq 25\text{kg/m}^2$ (JOINT WHO/FAO, 2003). Não permite identificar a composição corporal e distribuição da gordura corporal, entretanto, o maior aporte energético da dieta e redução da prática de atividades físicas gera um acúmulo de adiposidade corporal, principalmente na região abdominal, conforme evidenciado pelas médias elevadas do %GC (35,7%) e da CC (92,5 cm), sendo esse último um importante marcador de risco para doenças cardiovasculares (ANJOS, 2006; LIN et al., 2002; LUZ et al., 2020; WHO, 2003).

Em relação aos fatores associados ao excesso de peso, observou-se aumento significativo na sua prevalência com o aumento da idade. A associação positiva entre excesso de peso e idade tem sido reportada em estudos realizados com diferentes populações (MELO et al, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; SOARES; BARRETO, 2014). Em CRQs, outros estudos também corroboram com esse resultado. Soares e Barreto (2014), ao avaliarem mulheres de uma comunidade quilombola da Bahia, identificaram

que a chance de sobrepeso foi cerca de duas vezes maior naquelas com idades entre 30 e 59 (classificadas em faixas etárias), quando comparadas às mulheres de 20 a 29 anos.. Em CRQs de Minas Gerais, Queiroz et al. (2021) identificaram uma prevalência de obesidade abdominal de 56,6%, sendo maior em mulheres (71,9%) do que nos homens (32,4%), ao estratificar o sexo feminino por idade, vê-se uma associação significativa nas mulheres com obesidade abdominal e faixa etária de 50 - 59 anos (RP=1,25 - IC95% 1,01;1,54).

A influência da progressão da faixa etária no excesso de peso encontra-se bem descrita na literatura, e parece ser por: declínio da taxa metabólica basal devido à perda de massa muscular, acompanhada pelo processo fisiológico de envelhecimento do indivíduo e diminuição da prática de atividades físicas de pessoas com idade mais avançada (FRANCISCHI et al., 2000; GRUNDY, 1998; PINHO et al., 2011).

No presente estudo, ser negra aumentou a prevalência de excesso de peso em 20% quando comparada às mulheres de outras raças. A relação entre raça e estado nutricional (sobrepeso e obesidade) foi avaliada em um estudo sobre disparidades étnicas envolvendo 174.228 adultos norte-americanos, através de dados da *National Health Interview Survey* de 1997 a 2008, no qual a prevalência de excesso de peso foi 44% superior em mulheres negras em comparação às brancas, em todos os níveis de escolaridade, após ajuste para idade (JACKSON et al., 2013). Outro estudo que envolveu uma amostra de 80.702 adultos, sendo destes 42.311 mulheres, identificou que o risco de uma mulher negra ou parda ser obesa em relação às brancas foi de 1,49 e 1,17 vezes, respectivamente (ARAUJO et al., 2018).

Reforçando esse achado, a associação positiva entre uma maior ancestralidade africana e excesso de peso foi constatada por Ferreira e colaboradores (2013), em um estudo realizado em Alagoas, onde houve comparação entre as mulheres do estado e mulheres quilombolas, como resultado, foi identificada maior prevalência de sobrepeso e obesidade nas mulheres quilombolas (50,1% vs 44,2%). Diferentes condições podem estar relacionadas com a maior prevalência de excesso de peso em populações negras, dentre elas o estresse gerado pela discriminação social, que pode causar distúrbios fisiológicos e psicológicos, afetando a composição corporal do indivíduo (GEE et al., 2008; JACKSON; NEIGHBORS; WILLIAMS, 2003; PARADIES, 2006). Sugere-se que esse estresse gerado pelo preconceito desencadearia processos fisiológicos, como alterações hormonais, que aumentam o acúmulo de gordura, o apetite, dificulta o sistema relacionado à saciedade em funcionar de maneira eficiente, além da tentativa de

se adequar em uma cultura que pratica a discriminação que pode levar ao aumento do consumo alimentar de alimentos mais calóricos (BJÖRNTORP, 2001; DALLMAN et al., 2004; ROSMOND, 2005; ROSMOND; DALLMAN, BJÖRNTORP 1998; WOMBLE et al., 2001; YANOVSKI, 1993) Além disso, é importante ressaltar que essa população está submetida a um pior acesso a serviços básicos como saneamento básico, coleta de lixo e aos serviços de saúde, o que pode contribuir para um pior perfil de nutrição e saúde (FERREIRA et al, 2010; GOMES et al., 2013; GUIMARÃES; FRANÇA, 2014; SANTOS; SILVA, 2014)

Quanto ao estado civil, mulheres casadas ou que viviam com companheiro apresentaram prevalência de excesso de peso 15% superior às solteiras. Em consonância com esse resultado, estudo com mulheres da região semiárida do Brasil observou que, em comparação a categoria solteira, estar casada aumentou a prevalência de sobrepeso e a de obesidade em 19% e 36%, respectivamente (CORREIA et al., 2011). Outro estudo conduzido na cidade de São Leopoldo no estado do Rio Grande do Sul, com 1.358 mulheres, identificou que mulheres casadas ou com união estável tinham uma maior prevalência de pré-obesidade (44,5%) (TEICHMANN et al., 2006), já estudo com dados do National Longitudinal Study of Youth, mostrou que o estado civil afeta o peso das pessoas, de modo que indivíduos casados estavam mais “pesados” do que os não casados (TEACHMAN, 2016).

Estudos de abrangência nacional também mostraram uma associação entre excesso de peso e estado conjugal, trabalho que utilizou dados do sistema da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), realizado em 2006, mostrou que mulheres que estão em um relacionamento conjugal estável estão mais propensas em apresentar excesso de peso quando comparadas com aquelas que não estão em um relacionamento conjugal estável, a mesma associação também foi constatada com dados do VIGITEL de 2008 (GIGANTE et al., 2008; SÁ; MOURA, 2011).

Possíveis explicações para essa relação positiva entre estado conjugal estável e excesso de peso, envolvem o fato das pessoas em uma situação conjugal estável envolvem: maior probabilidade de realizar refeições em companhia, ter o hábito de comer com mais frequência alimentos mais calóricos e uma menor preocupação com o peso, pois não procuram um parceiro (AVERRETI; SIKORA; ARGYS, 2008).

No que diz respeito às variáveis reprodutivas, tanto a menarca quanto a paridade apresentaram-se associadas ao excesso de peso. A menarca precoce aumentou a

prevalência de excesso de peso em 18%. No mesmo sentido, Correia et al. (2011), utilizando o mesmo ponto de corte para a menarca que o adotado no presente estudo, observaram que a menarca precoce aumentou em 15% e 59%, nesta ordem, as prevalências de sobrepeso e obesidade. A relação inversa entre idade da menarca e prevalência de excesso de peso também foi observada em estudo conduzido com meninas de 7 a 18 anos por Castilho et al. (2012), no qual as meninas com excesso de peso apresentaram menarca mais cedo, achado que também foi identificado por Feng et al (2008). Utilizando um ponto de corte diferente (menarca < 13 anos), observou-se uma prevalência 37% maior de excesso de peso nas mulheres com menarca antes dos 13 anos quando comparadas às que apresentaram menarca posterior e essa idade (PINHEIRO et al., 2016)

A inferência biológica para essa associação sugere que antecipação do primeiro episódio menstrual ocorre por meio de mecanismos hormonais relacionados ao excesso de tecido adiposo (BUBACH et al., 2016; LOURENÇO; QUEIROZ, 2010). Vale salientar que esta associação deve ser avaliada com atenção, pois se estima que a cada década a idade da menarca diminua entre três e quatro meses, fazendo com que o excesso de peso fique mais prevalente com o passar dos anos (CORREIA et al., 2011; MARSHALL; TANNER, 1969).

A associação entre paridade e excesso de peso aqui observada também foi evidenciada em outros estudos (NAKANO et al, 2018; TEICHMAN et al., 2006). Contudo, os dados divergem quanto ao número de filhos que estaria associado a essa condição. Enquanto no presente estudo a associação foi evidenciada em mulheres com pelo menos um filho em relação às nulíparas, Nakano et al. (2018) observaram maior prevalência de excesso de peso entre mulheres que tinham três filhos ou mais em comparação às que tinham um ou dois filhos (pesquisa realizada com mães de crianças). Teichman et al. (2006), por sua vez, observaram que nas mulheres com sobrepeso a associação só ocorreu quando o número de filhos foi maior igual a três, enquanto que nas obesas, ter um ou dois filhos já aumentou a prevalência de obesidade em duas vezes.

Outro grande trabalho realizado com 11.961 mulheres brasileiras de 20 a 49 anos, mostrou uma associação significativa entre a paridade, poder aquisitivo e obesidade. Assim, uma prevalência de obesidade foi observada entre mulheres com dois ou mais filhos em todas as classes de poder aquisitivo, sendo a classe D a que mostrou maior prevalência (15,7%) (FERREIRA; BENICIO, 2015).

Uma das possíveis explicações dessa associação é a cobertura insuficiente das ações de saúde para o ganho adequado de peso das gestantes. Vale salientar que o *Institute of medicine* (IOM) recomenda que ações para controlar o excesso de peso em gestante devem ser realizadas desde o período pré-gestacional até o período pós-gestacional. (INSTITUTE OF MEDICINE, 2009; VITOLO; BUENO; GAMA, 2011).

Sabe-se que o excesso de peso se configura como um fator de risco para o desenvolvimento de DCNT, dentre elas, a hipertensão (WHO/FAO, 2003). No presente estudo, mulheres com hipertensão apresentaram prevalência de excesso de peso 25% superior em relação às sem HAS. Obviamente, pelo desenho transversal desse estudo, não permite inferir qualquer relação de causa e efeito. Hartman et al. (2007), em um estudo também transversal, mas que avaliou os fatores associados à hipertensão arterial em uma cidade do Rio Grande do Sul, observaram que as mulheres com sobrepeso apresentaram prevalência de HAS quase duas vezes superior às de peso normal/baixo peso, entre as obesas, esse aumento foi de quase quatro vezes. (FLOR et al., 2015; MELLO et al., 2016; MARINHO et al., 2013).

No que se refere às limitações do estudo, devido ao delineamento transversal adotado, tornou-se impossível estabelecer uma relação temporal entre as variáveis independentes e o desfecho, dificultando analisar o desenvolvimento do excesso nas comunidades quilombolas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prevalência de excesso de peso entre as mulheres quilombolas de Alagoas foi elevada, atingindo cerca de duas a cada três mulheres, e se apresentou associada ao aumento da idade, cor da pele/raça negra, estado civil (casada/viver com companheiro), menarca precoce (<12 anos), ter filho (≥ 1 filho) e ser hipertensa.

Em decorrência da elevada prevalência e multiplicidade dos fatores associados a essa condição entre as mulheres quilombolas alagoanas, o que é inerente a sua natureza multifatorial dessa condição nutricional, se reforça a necessidade de implementação de estratégias intersetoriais para sua prevenção e controle, haja vista que o excesso de peso é fator de risco para uma diversidade de importantes comorbidades.

Os dados apresentados no presente estudo evidenciam o problema de saúde pública que o excesso de peso tem se tornado, podendo-se dizer que há uma pandemia dessa enfermidade. Nesse contexto, os dados aqui apresentados devem ser considerados para um melhor planejamento e avaliação das estratégias de atenção a essa problemática, de modo a proporcionar políticas mais efetivas e específicas para essa população, como ações de educação alimentar e nutricional com adultos e crianças baseadas na realidade da população, essas ações devem se pautar nos aspectos culturais específicos das comunidades, visando a promoção, prevenção e tratamento do excesso de peso.

Além disso, outros estudos podem ser realizados nas CRQs, envolvendo uma análise de tendência temporal, podendo estabelecer uma relação entre as variáveis independentes e o excesso de peso, ou um trabalho focado no consumo alimentar da população quilombola, com o objetivo de relacionar a alimentação e o estado nutricional das comunidades.

REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E SÍNDROME METABÓLICA - ABESO. **Mapa da Obesidade**. São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://abeso.org.br/obesidade-e-sindrome-metabolica/mapa-da-obesidade/>>. Acesso em: 18 dez. 2022.
- ANDRADE, R. G. DE et al. Overweight in men and women among urban area residents: individual factors and socioeconomic context. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. suppl 1, p. 148–158, nov. 2015.
- ARAÚJO, M. C. et al. The association between obesity and race among Brazilian adults is dependent on sex and socio-economic status. **Public Health Nutrition**, v. 21, n. 11, p. 2096–2102, ago. 2018.
- AVERETT, S. L.; SIKORA, A.; ARGYS, L. M. For better or worse: Relationship status and body mass index. **Economics & Human Biology**, v. 6, n. 3, p. 330–349, dez. 2008.
- BARBOSA, M. DO C. L. et al. Dyslipidemia and cardiovascular risk in Afro-descendants: a study of the Quilombola communities in Maranhão, Brazil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 10, n. 36, 30 set. 2015.
- BARBOSA, P. J. B. et al. Influência da cor de pele auto-referida na prevalência da síndrome metabólica numa população urbana do Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 94, n. 1, p. 34–40, jan. 2010.
- BARROS, D. DE M. et al. A influência da transição alimentar e nutricional sobre o aumento da prevalência de doenças crônicas não transmissíveis. **Brazilian Journals of Development**, v. 7, n. 7, 21 out. 2021.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. suppl 1, p. S181–S191, 2003.
- BJORNTORP, P. Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? **Obesity Reviews**, v. 2, n. 2, p. 73–86, maio 2001.
- BORGES, H. P.; CRUZ, N. DO C.; MOURA, E. C. Associação entre hipertensão arterial e excesso de peso em adultos, Belém, Pará, 2005. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 91, n. 2, ago. 2008.
- BORGES, W.D. **Prevalência da hipertensão arterial sistêmica e seus determinantes bioantropológicos em populações quilombolas da Amazônia**. Tese (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia). Universidade Federal do Pará. Pará, 2011.
- BRITO, F. O deslocamento da população brasileira para as metrópoles. **Estudos Avançados**, v. 20, n. 57, p. 221–236, ago. 2006.
- BUBACH, S. et al. Impact of the age at menarche on body composition in adulthood: results from two birth cohort studies. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1007, dez. 2016.

- CARDOSO, F. H. Fernando Henrique Cardoso. **Língua e Literatura**, v. 13, p. 158, 11 dez. 1984.
- CASTILHO, S. D. et al. Tendência secular da idade da menarca avaliada em relação ao índice de massa corporal. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, v. 56, n. 3, p. 195–200, abr. 2012.
- CORDEIRO, M. DE M.; MONEGO, E. T.; MARTINS, K. A. Overweight in Goiás' quilombola students and food insecurity in their families. **Revista de Nutrição**, v. 27, n. 4, p. 405–412, ago. 2014.
- CORREIA, L. L. et al. Prevalência e determinantes de obesidade e sobrepeso em mulheres em idade reprodutiva residentes na região semiárida do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 133–145, jan. 2011.
- DALLMAN, M. F. et al. Minireview: Glucocorticoids—Food Intake, Abdominal Obesity, and Wealthy Nations in 2004. **Endocrinology**, v. 145, n. 6, p. 2633–2638, jun. 2004.
- DUNGER, D. B.; LYNN AHMED, M.; ONG, K. K. Effects of obesity on growth and puberty. **Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism, Childhood Obesity**. v. 19, n. 3, p. 375–390, 1 set. 2005.
- FENG, Y. et al. Effects of age at menarche, reproductive years, and menopause on metabolic risk factors for cardiovascular diseases. **Atherosclerosis**, v. 196, n. 2, p. 590–597, 1 fev. 2008.
- FERREIRA, H. DA S. et al. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. **Revista de Nutrição**, v. 26, n. 5, p. 539–549, out. 2013.
- FERREIRA, H. S. et al. Short stature is associated with overweight but not with high energy intake in low-income quilombola women. **Food and Nutrition Bulletin**, v. 38, p. 216 – 225, jun. 2017.
- FERREIRA, H. S. et al. Short stature of mothers from an area endemic for undernutrition is associated with obesity, hypertension and stunted children: a population-based study in the semi-arid region of Alagoas, Northeast Brazil. **British Journal of Nutrition**, v. 101, n. 8, p. 1239–1245, 18 nov. 2008.
- FERREIRA, R. A. B. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Rev Panam Salud Publica**, 2015.
- FERREIRA, V. A. et al. Desigualdade, pobreza e obesidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. suppl 1, p. 1423–1432, jun. 2010.
- FLOR, L. S. et al. Diabetes burden in Brazil: fraction attributable to overweight, obesity, and excess weight. **Revista de Saúde Pública**, v. 49, n. 0, 2015.

FRANCISCHI, R. P. P. DE et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição**, v. 13, n. 1, p. 17–28, abr. 2000.

FREITAS, D. A. et al. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937–943, 20 maio 2011.

GIGANTE, D. P.; MOURA, E. C. DE; SARDINHA, L. M. V. Prevalência de excesso de peso e obesidade e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl 2, p. 83–89, nov. 2009.

GOES, E. F.; NASCIMENTO, E. R. DO. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde em Debate**, v. 37, n. 99, p. 571–579, dez. 2013.

GOMES, K. DE O. et al. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1829–1842, set. 2013.

GONÇALVES, D. F. et al. Fatores reprodutivos associados ao excesso de peso em mulheres adultas atendidas pela Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3009–3016, ago. 2020.

GROUP, I. E. T. F. C. International Diabetes Federation : The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. http://www.idf.org/webdata/docs/Metabolic_syndrome_def.pdf, 2005.

GRUNDY, S. M. Multifactorial causation of obesity: implications for prevention. **The American Journal of Clinical Nutrition**, v. 67, n. 3, p. 563S-572S, 1 mar. 1998.

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, jun. 2017.

GUERRERO, A.F.H. **Situação nutricional de populações remanescentes de quilombos do município de Santarém – Pará, Brasil**. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2010.

GUNDERSON, E. P. Childbearing and Obesity in Women: Weight Before, During, and After Pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics**, v. 36, n. 2, p. 317–332, 1 jun. 2009.

HENRIQUE, I. F. S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199–206, abr. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico, 2000**. Fecundidade e Mortalidade Infantil. Conceito e Definições. Preliminares. 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (ED.). **Projeções da população: Brasil e unidades da Federação, revisão 2018**. 2ª edição ed. Rio de Janeiro: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2018.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Documentos do ISA n. 5 - Direitos Territoriais das Comunidades Negras Rurais** : Aspectos Jurídicos e Antropológicos., p. 11–18, 1999.

JACKSON, C. L. et al. Black-White Disparities in Overweight and Obesity Trends by Educational Attainment in the United States, 1997–2008. **Journal of Obesity**, v. 2013, p. 140743, 2013.

JANGHORBANI, M. et al. Association of body mass index and abdominal obesity with marital status in adults. **Archives of Iranian Medicine**, v. 11, n. 3, p. 274–281, maio 2008.

KAC, G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, n. suppl 1, p. S4–S5, 2003.

KAPLOWITZ, P. B. Link Between Body Fat and the Timing of Puberty. **Pediatrics**, v. 121, n. Supplement_3, p. S208–S217, 1 fev. 2008.

KODAIRA, K. et al. Time-trend in excess weight in Brazilian adults: A systematic review and meta-analysis. **PLOS ONE**, v. 16, n. 9, p. e0257755, 28 set. 2021.

LAMOUNIER, J. A. Transição epidemiológica nutricional em crianças e adolescentes argentinos de áreas carentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 27, p. 124–126, jun. 2009.

LIN, W.-Y. et al. Optimal cut-off values for obesity: using simple anthropometric indices to predict cardiovascular risk factors in Taiwan. **International Journal of Obesity**, v. 26, n. 9, p. 1232–1238, set. 2002.

LOURENÇO, B.; QUEIROZ, L. B. Crescimento e desenvolvimento puberal na adolescência. **Revista de Medicina**, v. 89, n. 2, p. 70–75, 19 jun. 2010.

LUDERMIR, A. B.; MELO FILHO, D. A. DE. Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 213–221, abr. 2002.

LUZ, T. C. DA et al. Fatores de risco cardiovascular em uma população rural brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3921–3932, 28 set. 2020.

LYRIO, A. O. et al. Prevalence of overweight and obesity and associated factors among women of childbearing age in Brazil. **Public Health Nutrition**, v. 24, n. 16, p. 5481–5490, nov. 2021.

MARINHO, N. B. P. et al. Risco para diabetes mellitus tipo 2 e fatores associados. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 26, p. 569–574, dez. 2013.

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M. Variations in pattern of pubertal changes in girls. **Archives of Disease in Childhood**, v. 44, n. 235, p. 291–303, jun. 1969.

MATSUDO, S. et al. Questionário internacional de atividade física(IPAQ): estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Rev. bras. ativ. fís. saúde**, p. 05–18, 2001.

MENDONÇA, R. G. DE et al. Sintomas depressivos em adolescentes com excesso de peso. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e48910918185–e48910918185, 31 jul. 2021.

MUSSI, R. F. DE F.; QUEIROZ, B. M. DE; PETRÓSKI, E. L. Excesso de peso e fatores associados em quilomboras do médio São Francisco baiano, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1193–1200, abr. 2018.

MALACHIAS, M.V.B et al. **7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, Rio de Janeiro, v. 107, n. 3, supl. 3, p. 1-104, set. 2016.

NAKANO, R.P. **Prevalência e tendência temporal do excesso de peso em mães de crianças menores de cinco anos no Estado de Alagoas**. Tese (Mestrado em Nutrição) – Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2017.

NAKANO, R. P. et al. Prevalence, temporal trend and associated factors with excess body weight in mothers of children under five years. **Revista de Nutrição**, v. 31, p. 159–173, abr. 2018.

OKAFOR, C. I. et al. Performance of waist circumference and proposed cutoff levels for defining overweight and obesity in Nigerians. **Annals of African Medicine**, v. 15, n. 4, p. 185–193, 2016.

OLIVEIRA, G. F. et al. Prevalence of Obesity and Overweight in an Indigenous Population in Central Brazil: A Population-Based Cross-Sectional Study. **Obesity Facts**, v. 8, n. 5, p. 302–310, 2015.

OLIVEIRA, M. V.; GUIMARÃES, M. D. C.; FRANÇA, E. B. Fatores associados a não realização de Papanicolau em mulheres quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4535–4544, nov. 2014.

OYEBODE, O. et al. Fruit and vegetable consumption and all-cause, cancer and CVD mortality: analysis of Health Survey for England data. **J Epidemiol Community Health**, v. 68, n. 9, p. 856–862, 1 set. 2014.

PEREIRA DA SILVA DE CARVALHO MELO, S.; BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. Excesso de peso de adultos residentes em um aglomerado urbano subnormal. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 28, n. 1, p. 257–265, 30 jun. 2015.

PINHEIRO, M. DE M. et al. Prevalência do excesso de peso e fatores associados em mulheres em idade reprodutiva no Nordeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, v. 29, p. 679–689, out. 2016.

PINHO, C. P. S. et al. Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 12, p. 2340–2350, dez. 2011.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS et al. Estudo de base populacional sobre excesso de peso e diabetes mellitus em idosos na região metropolitana de Goiânia, Goiás. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 10, n. 3, p. 151–157, set. 2016.

QUEIROZ, P. DE S. F. et al. Obesidade abdominal e fatores associados em comunidades quilombolas do Norte de Minas Gerais, 2019. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 23 ago. 2021.

RICARDO, F.; INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (BRAZIL) (EDS.). **Terras indígenas & unidades de conservação da natureza: o desafio das sobreposições**. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2004.

ROSMOND, R. Role of stress in the pathogenesis of the metabolic syndrome. **Psychoneuroendocrinology**, v. 30, n. 1, p. 1–10, 1 jan. 2005.

ROSMOND, R.; DALLMAN, M. F.; BJÖRNTORP, P. Stress-Related Cortisol Secretion in Men: Relationships with Abdominal Obesity and Endocrine, Metabolic and Hemodynamic Abnormalities¹. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 83, n. 6, p. 1853–1859, 1 jun. 1998.

SÁ, N. N. B. DE; MOURA, E. C. DE. Excesso de peso: determinantes sociodemográficos e comportamentais em adultos, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1380–1392, jul. 2011.

SANTOS, R. C. DOS; SILVA, M. S. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. **Saúde e Sociedade**, v. 23, p. 1049–1063, set. 2014.

SALVE, M.G.C. Obesidade e peso corporal: riscos e consequências. **Movimento & Percepção**, v. 6, n. 8, p. 29-48, 2006.

SCHLÜSSEL, M. M. et al. Household food insecurity and excess weight/obesity among Brazilian women and children: a life-course approach. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 219–226, fev. 2013.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Refinement of the Brazilian Household Food Insecurity Measurement Scale: Recommendation for a 14-item EBIA. **Revista de Nutrição**, v. 27, p. 241–251, abr. 2014.

SILVA, E. K. P. DA et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00005716, 1 jun. 2017.

SILVA, M. H. P. **Assistência à saúde em comunidades quilombolas: revisão sistemática**. 10 dez. 2015.

SOARES, D. A.; BARRETO, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. 341–354, fev. 2014.

SRINIVASAN, S. R. et al. Race and gender differences in serum lipoproteins of children, adolescents, and young adults—Emergence of an adverse lipoprotein pattern in white males: The Bogalusa Heart Study. **Preventive Medicine**, v. 20, n. 6, p. 671–684, 1 nov. 1991.

TEACHMAN, J. Body Weight, Marital Status, and Changes in Marital Status. **Journal of Family Issues**, v. 37, n. 1, p. 74–96, 1 jan. 2016.

TEICHMANN, L. et al. Fatores de risco associados ao sobrepeso e a obesidade em mulheres de São Leopoldo, RS. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 9, n. 3, p. 360–373, set. 2006.

VÍTOLO, M. R.; BUENO, M. S. F.; GAMA, C. M. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 33, p. 13–19, jan. 2011.

WELTGESUNDHEITSORGANISATION; FAO (EDS.). **Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a WHO-FAO Expert Consultation ; [Joint WHO-FAO Expert Consultation on Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases, 2002, Geneva, Switzerland]**. Geneva: World Health Organization, 2003.

WOMBLE, L. G. et al. Psychosocial variables associated with binge eating in obese males and females. **International Journal of Eating Disorders**, v. 30, n. 2, p. 217–221, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. Report of a WHO Consultation on Obesity Geneva: WHO; 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**, World Health Organization, 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>>. Acesso em: 20 de nov. de 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (ED.). **Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation**. Geneva: World Health Organization, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, Joint; CONSULTATION, FAO Expert. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. World Health Organ Tech Rep Ser, v. 916, p. 1-149, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global recommendations on physical activity for health. **Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé**, p. 58, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The top 10 causes of death**. World Health Organization, 2020. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>>. Acesso em: 10 dez. 2022.

YANOVSKI, S. Z. Binge eating disorder: current knowledge and future directions. **Obesity Research**, v. 1, n. 4, p. 306–324, jul. 1993.

APÊNDICES

Apêndice A - Conjunto de formulários para utilização na coleta de dados do projeto

**NUTRIÇÃO E SAÚDE MATERNO-INFANTIL DAS COMUNIDADES
REMANESCENTES DOS QUILOMBOS DO ESTADO DE ALAGOAS**

FORMULÁRIO Nº 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO: _____		cad_quest:	
COMUNIDADE: _____ [] []		[] [] - [] [] []	
(Comunidade – número de ordem dos domicílios em cada uma das comunidades)			
1. Data da entrevista	dataentrevista __ _ / __ _ / __ _		
__ _ _ _ _ _			
2. Quantas pessoas residem nesta casa?	npessoascasa __ _ _		
3. Dessas N pessoas, tem alguma que por questão de trabalho, estudo, tratamento de saúde ou qualquer outro motivo, fica muitas vezes por mais de 5 dias da semana fora de casa? Sim (1) Não (0) foracasa			
__			
SE SIM , como é nome dessa pessoa (ou pessoas se mais de uma)			
_____ , _____ , _____ , _____			
4. Algum morador tem telefone celular? Qual o número para contato? _____			
5. Entrevistador:		6. Supervisor de campo:	

PONTO DE REFERÊNCIA / OBSERVAÇÕES

RECIBO DO TCLE

Tendo eu, entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, conforme consta no TCLE que me foi fornecido e encontra-se sob meu poder, concordo em dele participar e DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura ou digitais do voluntário

FORMULÁRIO Nº 2 – CADASTRO FAMILIAR E AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Nº de Ordem	1. NOME	2. relação	3. sexo [1] m [2] f	7. idade em anos	8. elegível	9. cor da pele (auto-referida)	10. condição do trabalho	11. renda mensal* (salário, pensão, aposentadoria)	12. estimativa da renda	VARIÁVEIS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL							
										13. peso (kg)	14. altura (cm)	15. bioimpedância (% gordura)	Perímetros (cm)			19. hemoglobina (Hb)	
													16. cabeça	17. pescoço	18. cintura		
01		Chefe															
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	

☞ Se mais de 9 moradores, usar formulário adicional

Considerando todas essas pessoas que moram nesta casa, poderia me informar se existe:

☞ 4. Alguma gestante? (1) Sim (0) Não Se **SIM**, quem é a pessoa (marque 1 em **Elegível**)

☞ 5. Tem algum morador que apresente deficiência física, visual, auditiva, mental ou de qualquer outro tipo? (1) Sim (0) Não Se **SIM** quem é a pessoa (marque 8 em **Elegível**).

☞ 6. No domicílio mora alguém que tenha albinismo, anemia falciforme ou qualquer outro tipo de alteração genética? (1) Sim (0) Não Se **SIM**, quem é a pessoa? (marque 9 em **Elegível**)

12. ESTIMATIVA DA RENDA (salário mínimo; R\$): ≤ ½: 468,50 [1] > ½ a 1: 468,51 a 937,00 [2] > 1 a 2: 937,01 a 1.874,00 [3] > 2: 1.874,01 OU MAIOR [4] → incluir todas e quaisquer fontes de renda.

2. RELAÇÃO COM O CHEFE	8. ELEGÍVEL	9. COR DA PELE	10. CONDIÇÃO DO TRABALHO (> 18 anos)	13 a 19. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL
1. Pessoa referida como chefe 2. Cônjuge 3. Filho(a) 4. Filho Adotivo 5. Outro Parente: _____ / _____ 6. Agregado/Pensionista 7. Empregado Doméstico	(1) = Gestante; (2) = Criança < 2 anos. (3) = Criança 2-5 anos (4) = Escolar (5,1 a 10 anos) (5) = Adolescente (>10 a 19 a) (6) = Mulheres (>19 a < 60) (7) = Idoso (≥ 60 anos) (8) = Pessoa com deficiência (9) = Pessoa com alteração genética (10) = Homem (>19 a <60 anos)	1-Branca 2-Preta 3-Parda (morena) 4-Amarela 5-Indígena	0- Não trabalha 1- Empregado com carteira 2-Funcionário público 3-Empregado sem carteira 4-Desempregado 5-Biscateiro	☞ Peso e altura: Todos os indivíduos; ☞ BIA: Mulher índice (6), Adolescentes (5) e Homens (10) ☞ Os 3 perímetros: Mulher índice (6); ☞ Perímetro cefálico: Criança índice < 2 anos (2) e/ou de 2 a 5 anos (3); ☞ Hemoglobina: Gestantes (1), Criança índice < 2 anos* (2) e/ou Criança índice de 2 a 5 anos (3) * Não fazer Hb em menores de 6 meses.

FORMULÁRIO Nº 3 – CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E AMBIENTAL

1. Tipo de moradia (material predominante): (1) Alvenaria (2) Taipa (3) Madeira (4) Palha/Papelão/Lona/ Plástico											casa				
2. Regime de ocupação: (1) Própria (2) Financiada (3) Cedida (4) Alugada (5) Ocupada/Invasão											ocup				
3. Número TOTAL de cômodos na casa? _____ cômodos											cmdtotal				
4. De onde vem a ÁGUA usada para BEBER, HOJE, em sua casa? (1) Rede geral de distribuição (2) Cisterna 3) Poço, cacimba ou nascente (4) Água Mineral (5) Carro/caminhão pipa (6) Outro. Qual? _____											aguabebe				
5. Onde é colocado o lixo de sua casa? (1) Coleta pública (2) Queima (3) Terreno baldio (4) Enterrado (5) Outro meio: _____											lixo				
6. Alguém da família é beneficiário de algum programa do governo (Bolsa Família, BPC/LOAS, ProJovem, PETI, PRONATEC, Programa do leite, etc)? (1) Sim, (2) Não											complem				
7. SE SIM, qual/quais (só considerar aqueles que geram renda regular mensalmente)? (1) Bolsa Família (2) BPC/LOAS (3) Projovem (4) PETI (5) PRONATEC (6) Programa do leite (8) Não é beneficiário (7) Outros: _____											nomeproggov1				
											nomeproggov2				
											nomeproggov3				
											nomeproggov4				
8. No total, quanto a família recebe de recursos/benefícios do governo? (em R\$/mês) Preencha 8.888,88 se NÃO na questão 6.											rendasocial				
9. Alguém da família tem cadastro da Assistência Social (CRAS/ Cadastro Unico)? (1) Sim, (2) Não											cadunico				
10. Nesta casa é possível ter acesso à internet (considerar sim ainda que por celular)? (1) Sim (2) Não											netcasa				
11. Em algum lugar desta comunidade é possível ter acesso à internet (mesmo que por celular)? (1) Sim (2) Não											netarea				
Códigos	12. Até que série <NOME da pessoa referida como CHEFE – linha 1 do form 2> completou os estudos? (anos completos)*											*escolachefe			
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
	0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

☞ Agora, irei fazer perguntas sobre o que tem em sua casa e a quantidade...

PERGUNTA: A senhora tem <item listado abaixo> aqui, em sua casa? (Se SIM, quantos?)

BENS DE CONSUMO	Quantidade que possui (circule)					Códigos de pontuação
	0	1	2	3	4+	
13. Quantidade de AUTOMÓVEIS de passeio, exclusivamente, para uso particular	0	3	5	8	11	carro
14. Quantidade de EMPREGADOS mensalistas (trabalham, pelo menos, 5 dias/semana)	0	3	7	10	13	empregad
15. Quantidade de MÁQUINAS DE LAVAR ROUPA, excluindo tanquinho	0	2	4	6	6	maqlav
16. Quantidade de BANHEIROS	0	3	7	10	14	banheiro
17. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de carro	0	1	3	4	6	dvd
18. Quantidade de GELADEIRAS	0	2	3	5	5	gelad
19. Quantidade de FREEZERS, independentes ou parte da geladeira duplex	0	2	4	6	6	freezer
20. Quantidade de MICROCOMPUTADORES, considerando PC de mesa, laptops, not/netbooks e DESCONSIDERANDO tablets, palms ou smartphones	0	3	6	8	11	microcmp
21. Quantidade de LAVADORA DE LOUÇAS	0	3	6	6	6	lavalou
22. Quantidade de FORNOS DE MICRO-ONDAS	0	2	4	4	4	microon
23. Quantidade de MOTOCICLETAS, desconsiderando as usadas, exclusivamente, para uso profissional	0	1	3	3	3	motoc
24. Quantidade de MÁQUINAS SECADORA DE ROUPAS, considerando lava e seca	0	2	2	2	2	secroupa
25. A água utilizada nesta casa é proveniente da: (4) Rede geral de distribuição (0) Poço, cisterna ou qualquer outro meio						aguacasa
26. O trecho da rua onde fica o domicílio é: (2) Asfaltado/Pavimentado (0) Terra/Cascalho						rua
27. Dentre os moradores dessa casa, qual o que mais recebe dinheiro por mês? Nome: # _____ O código ao lado corresponderá ao número de ordem no cadastro da família (conferir no form 2).						chefe_renda
						NÃO SOMAR

☞ Caso a pessoa detentora da maior renda na família (chefe pelo critério renda) seja a mesma referida pelo entrevistado como chefe da família (linha 1 do form 2), não aplicar as questões 28 e 29. Codifique com base na resposta 12 deste formulário. Adicionalmente use os códigos ABEP (**) para a questão 29.

Códigos	28. Até que série <# nome do chefe_renda> completou os estudos? ☞ o código será o número de anos de estudo, conforme constar na linha *											*escolacheferenda		NÃO SOMAR	
	29. Codifique a escolaridade do chefe anotando a respectiva pontuação indicada na linha **											**escolachefeabep			
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
	0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99
**	0			1			2			4			7		0

30. PONTUAÇÃO ABEP (utilizando a calculadora, qual o somatório das questões 13 a 26 mais a 29)	abep	
--	------	--

FORMULÁRIO Nº 4 – ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)

Agora, vou ler para a senhora algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa.
Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que a senhora responda todas elas.

As perguntas 1, 2 e 3 deverão ser feitas em TODOS os domicílios							
1	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar ou conseguir mais comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder						ebia1 ____
2	Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que o(a) senhor(a) tivesse dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder						ebia2 ____
3	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder						ebia3 ____
Esta pergunta (4) só será aplicada se houver menor de 18 anos. Caso contrário use código 8							
4	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar sua(s) criança(s)/adolescente(s) porque o dinheiro acabou? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia4 ____
INFORMAÇÃO: Se em todas as perguntas anteriores, for assinalada a resposta NÃO e/ou NÃO SABE , ENCERRE O FORMULÁRIO. Havendo, pelo menos, um SIM , vá para a próxima pergunta.							
5	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeição, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia5 ____
6	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia6 ____
7	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia7 ____
8	Nos últimos 3 meses o(a) senhor(a) perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia8 ____
9	Nos últimos 3 meses o(a) senhor(a) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia9 ____
As questões abaixo devem ser perguntadas apenas em domicílios que têm moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes). Se não houver, encerre este formulário. USE código 8							
10	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) não pode oferecer a(s) sua(s) criança(s)/adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia10 ____
11	Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s)/adolescente(s) não comeu(comeram) quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia11 ____
12	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua(s) criança(s)/adolescente(s), porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia12 ____
13	Nos últimos 3 meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia13 ____
14	Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) teve(tiveram) fome, mas o(a) senhor(a) simplesmente não podia comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia14 ____
15	Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder						ebia15 ____
CONDIÇÃO		Total de SIM	Classificação (códigos)				classe_ebia
			SAN (0)	INSAN LEVE (1)	INSAN MOD (2)	INSAN GRAVE (3)	
Família TEM criança/adolescente			0	1-5	6-10	11 - 15	
Família NÃO TEM criança/adolescente			0	1-3	4-6	7-9	

FORMULÁRIO Nº 5 – SAÚDE DA MULHER

INFORMAÇÃO: Aplicar à mulher sorteada entre todas do domicílio com idade entre > 19 a < 60 anos

Comunidade: _____	cad_quest: []-[] []-[] [] [] []
1. Nome da mulher: _____	Nomemlhr _____
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpess [] [] []

ATENÇÃO: CASO ESTA MULHER SEJA A CHEFE, NÃO PERGUNTAR: REPRODUZA DA QUESTÃO 12, DO FORM 3

Códigos	3. Até que série a senhora completou os estudos? (anos completos)*											*escolam [] [] []			
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
		0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

4. Qual destas condições corresponde ao seu estado civil: (1) Solteira (2) Casada/Vive com companheiro (3) Viúva (4) Separada (5) Outra: _____	estadocivil [] []
--	-------------------------

5. A senhora já ficou grávida alguma vez ou está grávida agora? (1) Sim (2) Está grávida atualmente (0) Não	maenatcr [] []
---	----------------------

AVISO: Se 2 (gestante), pare este e aplique o Form 8; Se 0 (NAO), pule para a questão 13 (preencha de 6 a 12 com 88).

6. Quantos filhos a senhora já teve? _____ filhos (88) NSA	npartos [] [] []
--	---------------------------

7. Com que idade ficou grávida pela primeira vez? _____ anos (88) NSA	idigrav1 [] [] []
---	----------------------------

8. A senhora já perdeu algum filho por aborto? (1) Sim (0) Não (88) NSA	aborto [] [] []
---	--------------------------

9. Se sim, teve quantos abortos? _____ abortos (88) NSA	nabortos [] [] []
---	----------------------------

10. A senhora já perdeu algum filho por falecimento? (1) Sim (0) Não (88) NSA	mortefilho [] [] []
---	------------------------------

11. Se sim, quantos foram? _____ filhos (88) NSA	nmortefilho [] [] []
--	-------------------------------

12. A senhora tem algum filho com menos de 5 anos? (1) Sim (0) Não (88) NSA	temfilho5a [] [] []
---	------------------------------

Se esta mulher foi incluída por sorteio e tem filho < 5 anos, este fica, automaticamente, sorteado. Se tem 2 ou mais, sortear um deles.

13. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____ anos (99) IGN	menarcac [] [] []
--	----------------------------

14. A senhora teve algum problema de saúde, nos últimos 15 dias? (1) Sim (0) Não	prob15sa [] [] []
--	----------------------------

AVISO: Se NÃO, pule para a questão 16

15. Qual foi o problema? (1) Gripe / resfriado / Virose / Infecção respiratória (2) Diarreia (3) Infecção do Trato Urinário (4) D.S.T. (5) Outra: _____ (8) NSA	qualprob [] []
---	----------------------

16. Quando a senhora está doente e precisa muito de atendimento de saúde, para onde vai? (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Rezadeira (4) Trata em casa (5) Nunca precisou (6) Vai na farmácia (7) Outro: _____ (9) IGN	servuso [] []
---	---------------------

17. De ontem para cá, a senhora tomou alguma bebida alcoólica? (1) Sim (0) Não	bebeuhj [] [] []
--	---------------------------

18. Atualmente, a senhora está tomando algum tipo de medicamento? (1) Sim (0) Não	remeuso [] [] []
---	---------------------------

19. Se SIM, Qual(is) o(s) medicamento(s)? (solicitar vê-los para anotar o nome da medicação abaixo). (88) NSA	
remeuso 1 _____	remeuso 4 _____
remeuso 2 _____	remeuso 5 _____
remeuso 3 _____	remeuso 6 _____

20. Pressão arterial (Pressão Arterial Sistólica x Pressão Arterial Diastólica)	
---	--

1ª MEDIDA	pas1	_____	pad1	_____
-----------	------	-------	------	-------

2ª MEDIDA	pas2	_____	pad2	_____
-----------	------	-------	------	-------

3ª MEDIDA	pas3	_____	pad3	_____
-----------	------	-------	------	-------

FORMULÁRIO N° 14 – SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)

Aplicar em MULHERES de > 19 a < 60 anos

↳ ou menor de 19 anos se mulher for mãe ◁

As próximas perguntas são a respeito de certas dores ou problemas que a senhora pode ter tido nos **últimos 30 dias**. Se a senhora acha que a pergunta corresponde ao que a senhora vem sentindo nos últimos 30 dias responda **SIM**, mas se achar que não corresponde, responda **NÃO**. Por favor, **não discuta** as perguntas enquanto estiver respondendo. Se não tiver certeza sobre algumas delas, responda **SIM** ou **NÃO** como lhe parecer melhor. Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

1. Nome (nompsrq)	cad_quest: [] - [] [] - [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpsrq / ___

CÓDIGOS: (1) Sim (0) Não		Variável	Código
1.	A senhora tem dores de cabeça frequentemente?	srq1	
2.	Tem falta de apetite?	srq2	
3.	Dorme mal?	srq3	
4.	Assusta-se com facilidade?	srq4	
5.	Tem tremores nas mãos?	srq5	
6.	Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	srq6	
7.	Tem má digestão?	srq7	
8.	Tem dificuldade de pensar com clareza?	srq8	
9.	Tem se sentido triste ultimamente?	srq9	
10.	Tem chorado mais do que de costume?	srq10	
11.	Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades do dia-a-dia?	srq11	
12.	Tem dificuldade em tomar decisões?	srq12	
13.	Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	srq13	
14.	É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	srq14	
15.	Tem perdido o interesse pelas coisas?	srq15	
16.	A senhora se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	srq16	
17.	Tem tido a ideia de acabar com a própria vida?	srq17	
18.	Sente-se cansada o tempo todo?	srq18	
19.	Tem sensações desagradáveis no estômago?	srq19	
20.	A senhora se cansa com facilidade?	srq20	
SOMATÓRIO (TOTAL DE RESPOSTAS POSITIVAS)		Somasrq	
SOMATÓRIO DO SUPERVISOR		Srqsuper	

FORMULÁRIO Nº 18 – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DA MULHER (IPAQ - VERSÃO CURTA)

INFORMAÇÃO: Esse formulário deve ser aplicado às MULHERES > 19 anos e < 60 anos

As perguntas estão relacionadas ao tempo gasto realizando atividade física na **ÚLTIMA semana**. As perguntas incluem as atividades praticadas no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa, no quintal ou roçado.

Entrevistador, lembre-se:

Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que necessitam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.

Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que necessitam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

1. Nome _____	nompipaq _____	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)		ncadpipaq /__/_/___

AVISO: considerar SOMENTE atividades que são realizadas por, PELO MENOS, 10 minutos contínuos, de cada vez.

1. Em quantos dias da última semana (semana passada), você CAMINHOU por, pelo menos, 10 minutos contínuos (sem parar), como forma de transporte para ir de um lugar para outro (escola, comércio, casa de algum parente, por exemplo), por lazer ou como forma de exercício? _____ dias (888) NSA (999) IGN	diacamin _ _ _ _
2. Nos dias em que você caminhou por, pelo menos, 10 minutos contínuos (sem parar), quanto tempo, no total, você gastou caminhando, por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	tempcam _ _ _ _
3. Em quantos dias da última semana (semana passada), você realizou atividades MODERADAS por, pelo menos, 10 minutos contínuos (sem parar), como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, carregar pesos leves, colher frutas ou vegetais, plantar, faxina (varrer ou lavar o chão de casa) ou qualquer atividade que fez aumentar, moderadamente, sua respiração ou batimentos do coração (NÃO INCLUA CAMINHADA). _____ dias (888) NSA (999) IGN	diamod _ _ _ _
4. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos (sem parar), quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	tempmod _ _ _ _
5. Em quantos dias, na última semana (semana passada), você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos (sem parar), como por exemplo correr, pedalar rápido na bicicleta, cortar lenha ou tronco, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. _____ dias (888) NSA (999) IGN	diavigor _ _ _ _
6. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos (sem parar), quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	tempvig _ _ _ _
7. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão. (Não incluir deslocamento em transportes como carro e ônibus) Quanto tempo por dia você fica sentado em um dia de semana? _____ horas _____ minutos (888) NSA (999) IGN Total minutos: _____ minutos	sentsem _ _ _ _
8. Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana (sábado ou domingo)? _____ horas _____ minutos (888) NSA (999) IGN Total minutos: _____ minutos	sentfds _ _ _ _

CLASSIFICAÇÃO IPAQ		CRITÉRIOS PARA A CLASSIFICAÇÃO		
		ATIVIDADE	TEMPO / FREQUÊNCIA	
MUITO ATIVO	4	Atividade vigorosa	≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão	classatv
		Atividade vigorosa + atividade moderada e/ou caminhada	≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão + ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão	
ATIVO	3	Atividade vigorosa	≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão;	
		Atividade moderada ou caminhada	≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão	
		Qualquer atividade somada	≥ 5 dias na semana e ≥ 150 minutos na semana caminhada + atividade moderada + atividade vigorosa).	
INSUFICIENTEMENTE ATIVO	2	10 min de atividade física contínua, seguindo pelo menos um dos critérios	5 dias na semana (soma das atividades vigorosa, moderada e caminhada) ou duração de 150 minutos de atividade física na semana (soma das atividades vigorosa, moderada e caminhada).	
		Realiza 10 min de atividade física contínua durante a semana	Não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.	
SEDENTÁRIO	0	Não realiza nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana		

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (T.C.L.E)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Resolução CNS nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, assim como os menores de idade sob minha responsabilidade, _____.

tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS: ESTUDO MULTICÊNTRICO**, recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo, a ser realizado durante o ano de 2016, se destina a avaliar a disponibilidade e utilização de serviços de saúde, bem como as condições de saúde e a qualidade de vida de mulheres, crianças, adolescentes e de idosos de comunidades quilombolas em diferentes regiões do Brasil;
- Que os principais resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Conhecer o estado nutricional da população; Saber quais as principais doenças que acometem essas pessoas; Investigar se as mães sofrem de pressão alta; Caracterizar a população em relação às condições socioeconômicas, educacionais, de habitação, se tem água tratada em casa e qual o destino do lixo e dejetos; Conhecer a população quanto à utilização de serviços de saúde (atenção pré e perinatal, posse e utilização do cartão da criança, atualização do calendário de vacinas, assistência médica), se estão recebendo remédio para tratar a anemia e a hipovitaminose A, bem como a participação em programas de segurança alimentar;
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão minha residência para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças e gestantes para exame de anemia; Adicionalmente, as mulheres serão pesquisadas em relação à quantidade de gordura que tem no corpo. Isto será feito utilizando-se um equipamento chamado de bioimpedância. Para isso, basta que a pessoa examinada o segure o equipamento com as duas mãos que, em 5 segundos, se saberá o resultado.
- Que responder essas perguntas, furar o dedo para tirar sangue e se submeter aos demais exames informados acima serão os incômodos que poderei sentir com a minha participação/autorização; Portanto, existe o risco de que eu venha a sentir medo da furada e de me sentir envergonhada por estar sendo examinada por pessoas estranhas;
- Que a pesquisa será acompanhada por membros da equipe do PSF. Os casos de hipertensão, desnutrição (déficit ponderal e/ou estatural), obesidade, distúrbios psicológicos e anemias serão cadastrados para acompanhamento pela referida equipe. Os casos mais graves serão comunicados ao gestor de saúde municipal para as providências necessárias.
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou problema;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, nem de qualquer membro da minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo. Essas informações serão registradas em formulários de papel para posterior digitação em um computador de uso exclusivo da pesquisa. Todo esse

material ficará arquivado durante 5 anos no Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas, sob guarda e responsabilidade do Prof. Haroldo Ferreira. Caso esse compromisso não seja cumprido e, de alguma forma, eu me sinta prejudicado, terei a garantia de que, na forma da lei, receberei dos pesquisadores a devida indenização. Com exceção desta situação, não está prevista qualquer outra forma de indenização ou ressarcimento, haja vista que a pesquisa se refere a um estudo observacional, sem uso de métodos agressivos, experimentais ou que, de alguma forma, coloquem em risco a integridade física e mental dos participantes, nem tampouco causará a esses voluntários qualquer tipo de despesa;

- Que os benefícios da minha participação é propiciar a produção de informações que contribuirão para que as autoridades responsáveis pela implementação das políticas públicas possam ter um maior embasamento para planejar ações que promovam a saúde da população.
- Que toda participação tem caráter voluntário e que não haverá qualquer forma de pagamento aos indivíduos da pesquisa.
- Que o coordenador deste trabalho garante, nos termos da Lei, providenciar com recursos próprios (pessoais) a devida indenização aos voluntários que, porventura, vierem a sofrer quaisquer danos decorrentes da pesquisa.
- Que eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento, chamado de TCLE.

Finalmente, tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu **DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.**

Endereço do(a) voluntário(a): _____

Contato de urgência: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira. Telefone: 0(xx)82-98853-8243.

Endereço do responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas
Br 101 Norte, S/nº, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió. Telefones: 3214-1160

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041.

Maceió, ____ de _____ de 2017

	 <p>Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira Coordenador do LNBA / FANUT / UFAL Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq SIAPE 1120877</p>
Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió-AL, 11/09/2014

Senhor(a) Pesquisador(a), Haroldo da Silva Ferreira
Bernardo Lessa Horta
Leonor Maria Pacheco Santos
Mônica Lopes de Assunção
Telma Maria de Menezes Toledo Florêncio

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em Reunião Plenária de 04/09/2014 e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 33527214.9.0000.5013, sob o título **NUTRIÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL DAS COMUNIDADES REMANESCENTES DOS QUILOMBOS DO ESTADO DE ALAGOAS**, comunicar a **APROVAÇÃO** do processo acima citado, com base no artigo X, parágrafo X.2, alínea 5.a, da Resolução CNS nº 466/12.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12, item V.3).

É papel do(a) pesquisador(a) assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

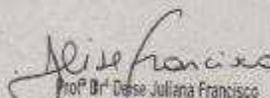
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem incluídas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item IV. 2.e).

Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Resolução CNS 466/12.

Na eventualidade de esclarecimentos adicionais, este Comitê coloca-se a disposição dos interessados para o acompanhamento da pesquisa em seus dilemas éticos e exigências contidas nas Resoluções supra-referidas.

Esta aprovação não é válida para subprojetos oriundos do protocolo de pesquisa acima referido.

(*) Áreas temáticas especiais


Prof. Dr.ª Dese Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL