

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DOUTORADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**



**VULNERABILIDADE SOCIAL E CONDIÇÕES DE NUTRIÇÃO E SAÚDE DE
MULHERES E CRIANÇAS: DIFERENCIAIS ENTRE A POPULAÇÃO
QUILOMBOLA E A POPULAÇÃO GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS**

TAMARA RODRIGUES DOS SANTOS

MACEIÓ-AL

2022

TAMARA RODRIGUES DOS SANTOS

**VULNERABILIDADE SOCIAL E CONDIÇÕES DE NUTRIÇÃO E SAÚDE DE
MULHERES E CRIANÇAS: DIFERENCIAIS ENTRE A POPULAÇÃO
QUILOMBOLA E A POPULAÇÃO GERAL DO ESTADO DE ALAGOAS**

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

Orientador: Prof. Dr. Haroldo da Silva
Ferreira

MACEIÓ-AL

2022

Catálogo na Fonte
Universidade Federal de Alagoas
Biblioteca Central
Divisão de Tratamento Técnico

Bibliotecário: Marcelino de Carvalho Freitas Neto – CRB-4 – 1767

S237v Santos, Tamara Rodrigues dos.
Vulnerabilidade social e condições de nutrição e saúde de mulheres e crianças: diferenciais entre a população quilombola e a população geral do estado de Alagoas / Tamara Rodrigues dos Santos. – 2022.
171 f.: il., grafs., tabs. color.

Orientador: Haroldo da Silva Ferreira.

Tese (doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Alagoas. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. Maceió, 2022.

Bibliografia: f. 141-148.

Apêndices: f. 150-168.

Anexos: f. 170-171.

1. Negros. 2. Disparidade em saúde, minorias e populações vulneráveis. 3. Determinantes sociais da saúde. 4. Doenças não transmissíveis. I. Título.

CDU: 612.39-055.2


Folha de Aprovação

TAMARA RODRIGUES DOS SANTOS


Vulnerabilidade social e condições de nutrição e saúde de mulheres e crianças: diferenciais entre a população quilombola e a população geral do estado de Alagoas

Tese submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Alagoas e aprovada em 22 de dezembro de 2022.


Banca Examinadora

Documento assinado digitalmente
 HAROLDO DA SILVA FERREIRA
Data: 10/01/2023 10:46:40-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>


Prof. Dr. HAROLDO DA SILVA FERREIRA - Orientador

Documento assinado digitalmente
 MYRTIS KATILLE DE ASSUNCAO BEZERRA
Data: 30/12/2022 11:29:24-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>


Prof.^a Dr.^a MYRTIS KATILLE DE ASSUNÇÃO BEZERRA – UFAL

Documento assinado digitalmente
 THATIANA REGINA FAVARO
Data: 27/12/2022 10:10:29-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof.^a Dr.^a THATIANA REGINA FAVARO – UFAL

Documento assinado digitalmente
 MARLY AUGUSTO CARDOSO
Data: 08/01/2023 17:59:02-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof.^a Dr.^a MARLY AUGUSTO CARDOSO – USP

Documento assinado digitalmente
 REGINA COELI DA SILVA VIEIRA
Data: 07/01/2023 10:39:48-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Prof.^a Dr.^a REGINA COELI DA SILVA VIEIRA – UFAM

Dedico este trabalho e a conclusão de mais uma importante etapa da minha vida aos meus pais, Cezário e Angela, e às minhas irmãs, Thayná e Thalyta. O amor e apoio incondicionais de vocês permitiram-me chegar até aqui!

Também dedico a todas as mulheres e crianças, quilombolas e não quilombolas, que participaram das pesquisas que compõem a presente tese e sem as quais este trabalho não existiria. Obrigada!!

AGRADECIMENTOS

À **Deus**, por ter guiado meus passos e me dado a força e a resiliência necessárias para que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, **Cezário e Angela**, pelo amor incondicional, por sempre apoiarem meus sonhos e minhas escolhas, por priorizarem o meu bem-estar e a minha educação desde que me entendo por gente, por entenderem as minhas ausências e por acreditarem em mim, quando eu mesma duvidava. Sem vocês, eu nada seria.

As minhas irmãs, **Thayná e Thalyta**, por me verem melhor do que sou e me inspirarem a buscar o meu melhor. Nós completamo-nos nas nossas diferenças e isso me faz aprender todos os dias com vocês. Vocês, mainha e painho são os amores da minha vida.

Ao meu orientador, professor Dr. **Haroldo da Silva Ferreira**, por ainda na graduação ter aberto as portas do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA). Foi no LNBA que eu descobri o amor pela ciência. Grande parte do que sou hoje enquanto pesquisadora, eu aprendi com o professor Haroldo. Obrigada pelo incentivo, pelas oportunidades e por confiar em mim, professor.

Ao **Rodrigo**, com quem eu compartilhei a vida, com suas alegrias e dores, durante os últimos anos. Sua companhia, incentivo e colo foram fundamentais ao longo desta jornada.

À minha prima-irmã, **Karol**, que acredita mais em mim do que eu mesma e que tem segurado a minha mão em todas as fases da minha vida, e ao seu esposo (que virou um primo), **Phillip**, pelas conversas que vão dos desafios da pesquisa aos memes da internet e pela torcida para que tudo desse certo.

Aos amigos que permanecem na minha vida desde a infância/adolescência, **Batalha, Débora, Esteffany, Magalhães, Natália, Naylson e Sheyliane**. Como é bom saber que existem “coisas que nunca mudam” e que eu posso contar com vocês sempre.

Às amigas que ganhei durante a graduação em Nutrição, **Mariana e Jordana**, por, mesmo à distância, torcerem por mim e estenderem as mãos sempre que eu precisei.

Aos amigos que encontrei no LNBA, **Andressa, Ewerton, Lídia, Luisa, Nancy e Vanessa**, com os quais dividi os desafios e as angústias da pós-graduação e também compartilhei muitas alegrias e risadas. Vocês tornaram esta jornada chamada doutorado mais leve.

À **Mile**, que fez parte da família LNBA há alguns anos, mas que eu reencontrei durante a pandemia e que se tornou uma grande amiga e, como ela bem disse, “parceira de pepinos da vida acadêmica”. Foi um privilégio dividir os “pepinos” do doutorado com você.

A todos os **graduandos e pós-graduandos** do LNBA que contribuíram para a realização (da concepção à tabulação dos dados) das pesquisas utilizadas na presente tese.

Às **professoras** membros da banca examinadora de qualificação e de defesa, pelas frutíferas discussões e contribuições para a versão final desta tese.

À **Universidade Federal de Alagoas**, minha segunda casa desde a graduação, e ao **Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde** (PPGCS), pelo incentivo à ciência e contribuição na minha formação enquanto pesquisadora.

Aos docentes do PPGCS, em especial à professora Dra. **Jamylle Ferro** e ao professor Dr. **Olagide de Castro**, pela oportunidade de participar da Comissão de Divulgação Científica e por todo o aprendizado decorrente dessa experiência.

Ao **Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico** (CNPq) e à **Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas** (FAPEAL) pelo financiamento das pesquisas que compõem a presente tese.

À **FAPEAL** e a **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior** (CAPES) pela concessão da minha bolsa de doutorado.

A todas as **famílias de Alagoas e de suas comunidades remanescentes dos quilombos** que nos receberam em suas casas e aceitaram participar voluntariamente das pesquisas.

*“(...) O que nos dói não é o futuro que não conhecemos,
mas a realidade que não reconhecemos.”*

Mia Couto, 2020.

Que a ciência possa contribuir para transformação dessa realidade.



Comunidade Quilombola Pixaim (Piaçabuçu), 2017.

Fonte: Arquivo pessoal da autora (Fotógrafa: Jamile Taniele da Silva)

RESUMO

A presente tese foi desenvolvida com o objetivo de comparar as condições de nutrição e saúde de mulheres e crianças quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas. Para atender ao objetivo proposto, o capítulo de resultados encontra-se apresentado sob a forma de dois artigos originais. Ambos foram baseados em dois inquéritos domiciliares independentes e de base populacional realizados no estado de Alagoas em 2015 e 2018, envolvendo, respectivamente, mulheres e crianças menores de 5 anos não quilombolas (Pesquisa Estadual) e quilombolas (Pesquisa Quilombola). A Pesquisa Estadual foi realizada em 20 dos 102 municípios alagoanos, incluindo capital do estado, Maceió, enquanto a Pesquisa Quilombola envolveu 50% (n=34) das comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) alagoanas. Dados ambientais, demográficos, socioeconômicos, reprodutivos e relacionados ao estilo de vida e à saúde das mulheres, e maternos e relacionados às crianças foram obtidos em formulários estruturados. Mensurações antropométricas de mulheres e do binômio mãe-filho, e aferições da pressão arterial das mulheres também foram realizadas nas duas pesquisas. Os fatores associados aos desfechos foram identificados por análise multivariável, conforme modelo teórico de determinação para seleção hierárquica das variáveis para cada desfecho. O primeiro artigo comparou as prevalências e os fatores associados ao excesso de peso e à hipertensão arterial sistêmica (HAS) nos dois cenários. O excesso de peso foi definido por $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ e a HAS por pressão arterial sistólica $\geq 140 \text{ mmHg}$ e/ou diastólica $\geq 90 \text{ mmHg}$ e/ou uso atual de medicamento anti-hipertensivo. Foram avaliadas 4.627 mulheres de 20 a 49 anos, sendo 1.474 quilombolas e 3.153 não quilombolas. A prevalência de excesso de peso (66,8% vs. 62,4%; $p=0,005$) foi superior nas mulheres quilombolas. Não houve diferença na prevalência de HAS entre os grupos (23,1% vs. 22,1%; $p=0,447$). Os fatores associados ao excesso de peso nas mulheres quilombolas foram: idade > 30 anos, presença de insegurança alimentar e nutricional (INSAN) grave, menarca precoce (< 12 anos), ter filhos e apresentar HAS. Já entre as não quilombolas, além da idade > 30 anos, da menarca precoce (< 12 anos), ter filhos e apresentar HAS; a escolaridade ≤ 8 anos e o consumo de bebida alcoólica também foram associadas ao excesso de peso. Quanto à HAS, os fatores associados entre as quilombolas foram: idade > 30 anos, escolaridade ≤ 8 anos, menarca precoce (< 12 anos) e o excesso de peso corporal. Entre as mulheres não quilombolas, além da idade > 30 anos, escolaridade ≤ 8 anos e excesso de peso, a presença de INSAN grave e ter apresentado problema de saúde nos últimos 15 dias também foram associados à HAS. O objetivo do segundo artigo foi comparar o estado nutricional e os

fatores associados ao déficit estatural, ao excesso de peso e à anemia entre crianças quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas. A anemia foi diagnosticada quando a hemoglobina foi $<11,0$ g/dL e as condições antropométricas definidas pela classificação proposta por Ferreira. A amostra envolveu 1.546 crianças menores de 5 anos, sendo 555 quilombolas e 991 não quilombolas. As prevalências de déficit estatural (6,5% vs. 3,5%, $p=0,008$) e anemia (38,3% vs. 27,4% $p<0,001$) foram superiores nas crianças quilombolas em comparação às não quilombolas. Por outro lado, a prevalência de excesso de peso foi superior entre as crianças não quilombolas: 9,6% vs. 14,1% ($p=0,009$), respectivamente. Entre as crianças quilombolas, os fatores associados ao déficit estatural foram: índice de riqueza inferior à mediana; baixa estatura materna e baixo peso ao nascer. Além da baixa estatura materna e do baixo peso ao nascer, a idade ≤ 24 meses também esteve associada ao déficit estatural entre as crianças não quilombolas. Presença de INSAN moderada, idade ≤ 24 meses e o elevado peso ao nascer (EPN) foram os fatores associados ao excesso de peso entre as crianças quilombolas. Entre as não quilombolas, o excesso de peso foi associado ao aumento nos quartis de IMC materno e ao EPN. Quanto à anemia, os fatores associados entre as quilombolas foram: idade materna (<20 anos), idade ≤ 24 meses, sexo masculino e problema de saúde nos últimos 30 dias. Entre as não quilombolas, escolaridade materna (≤ 8 anos) e idade ≤ 24 meses foram os fatores associados à anemia. Conclui-se que, em consonância com os pressupostos da determinação social no processo de saúde e doença, as desvantagens socioeconômicas as quais as mulheres e crianças quilombolas encontram-se historicamente submetidas reverberam nos dias atuais, como observado pela presença de um pior perfil de nutrição e saúde. Espera-se que esses resultados sejam utilizados para nortear políticas públicas dirigidas ao enfrentamento dessas condições, as quais devem considerar que, no estado com os piores indicadores socioeconômicos do país, mulheres e crianças quilombolas (sobre)vivem em um cenário ainda mais vulnerável.

Palavras-chave: Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Disparidade em Saúde, Minorias e Populações Vulneráveis. Determinantes Sociais da Saúde. Doenças não Transmissíveis.

ABSTRACT

This thesis was developed with the aim of comparing the nutrition and health conditions between quilombola and non-quilombola women and children in the state of Alagoas. To meet the proposed objective, the results chapter is presented in the form of two original articles. Both articles were based on two independent population-based household surveys carried out in the state of Alagoas in 2015 and 2018, involving, respectively, non-quilombola women and children under 5 years of age (State Survey) and quilombola women and children (Quilombola Survey). The State Survey was carried out in 20 of the 102 municipalities in Alagoas, including the state capital, Maceió, while the Quilombola Survey involved 50% (n=34) of the communities of quilombos (CRQs) in Alagoas. Environmental, demographic, socioeconomic, reproductive, and related to women's lifestyle and health, and maternal and child-related data were obtained from structured forms. Anthropometric measurements of women and of the mother-child binomial, and measurement of women's blood pressure were also performed in both surveys. The factors associated with the outcomes were identified by multivariate analysis, according to the theoretical determination model for the hierarchical selection of variables for each outcome. The first article compared the prevalence and factors associated with excess weight and systemic arterial hypertension (SAH) in the two scenarios. Overweight was defined by BMI ≥ 25 kg/m² and SAH by systolic blood pressure ≥ 140 mmHg and/or diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg and/or current use of antihypertensive medication. A total of 4,627 women aged 20 to 49 years were evaluated, of which 1,474 were quilombolas and 3,153 were non-quilombolas. The prevalence of overweight (66.8% vs. 62.4%; p=0.005) was higher in quilombola women. There was no difference in the prevalence of hypertension between the groups (23.1% vs. 22.1%; p=0.447). Factors associated with excess weight in quilombola women were: age > 30 years old, presence of severe food insecurity, early menarche (< 12 years of age), having children, and having hypertension. Among non-quilombolas, in addition to age >30 years old, early menarche (< 12 years of age), having children, and presenting hypertension, schooling ≤ 8 years, and alcohol consumption were also conditions associated with overweight. As for hypertension, the factors associated among quilombolas were: age > 30 years old, education level ≤ 8 years, early menarche (< 12 years years of age), and overweight. Among non-quilombola women, in addition to age > 30 years old, education level ≤ 8 years, and overweight, the presence of severe food insecurity and having had a health problem in the last 15 days were also associated with hypertension. The objective of the second article was to compare the nutritional status and factors associated with stunting, overweight, and anemia

among quilombola and non-quilombola children in the state of Alagoas. Anemia was diagnosed when hemoglobin <11.0 g/dL and anthropometric conditions defined by the classification proposed by Ferreira. The sample involved 1,546 children under 5 years old, 555 from quilombolas, and 991 from non-quilombolas. The prevalence of stunting (6.5% vs. 3.5%, $p=0.008$) and anemia (38.3% vs. 27.4% $p<0.001$) were higher in quilombola children compared to non-quilombola children. On the other hand, the prevalence of overweight was higher among non-quilombola children: 9.6% vs. 14.1% ($p=0.009$), respectively. Among quilombola children, the factors associated with stunting were: wealth index below the median, low maternal height, and low birth weight. In addition to low birth weight and low maternal height, among non-quilombola children, other factors associated with stunting was: and age ≤ 24 months. The presence of moderate food insecurity, age ≤ 24 months, and high birth weight were factors associated with overweight among quilombola children. Among non-quilombolas, being overweight was associated with an increase in quartiles of maternal BMI, and high birth weight. As for anemia, the associated factors among the quilombolas were: maternal age (<20 years), age ≤ 24 months, male gender, and health problem in the last 30 days. Among non-quilombolas, maternal education (≤ 8 years), and age ≤ 24 months were factors associated with anemia. We concluded that, in line with the assumptions of social determination in the health and disease process, the socioeconomic disadvantages to which quilombolas women and children are historically subjected reverberate nowadays, as observed by the presence of worse nutrition and health profile. We hoped that these results will be used to guide public policies aimed at facing these conditions, which must consider that, in the state with the worst socioeconomic indicators in the country, quilombola women and children survive in an even more vulnerable scenario.

Keywords: African Continental Ancestry Group. Health Disparity, Minority and Vulnerable Populations. Social Determinants of Health. Noncommunicable Diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Revisão da Literatura

- Figura 1** Linha do tempo dos inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional e a presença de doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira. 25
- Figura 2** Percentual de mulheres (≥ 18 anos) com excesso de peso ($IMC \geq 25$ kg/m²), no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, por ano. Vigitel, 2006-2021. 28
- Figura 3** Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, por ano. Vigitel, 2006-2021. 29
- Figura 4** Mercado de trabalho, renda, condições de moradia e violência por cor ou raça no Brasil. 42
- Figura 5** Distribuição de matrículas em cursos de graduação por áreas específicas, taxa de desemprego (desocupação), violência (física, psicológica ou sexual) e taxa de homicídios por cor ou raça no Brasil. 43
- Figura 6** Passo a passo do processo de titulação de território de comunidades remanescentes dos quilombos. 60
- Figura 7** Distribuição geográfica das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. 62

Artigo original 1 - Excesso de peso e hipertensão arterial sistêmica em mulheres do estado de Alagoas (Brasil): Diferenciais segundo a condição de pertencer ou não à população quilombola

- Figura 1** Níveis hierárquicos conforme modelos teóricos para seleção dos fatores associados ao excesso de peso corporal e à hipertensão arterial sistêmica. 95

Artigo original 2 - Determinantes Sociais em Saúde: Diferenciais no estado nutricional de crianças do estado de Alagoas (Brasil), segundo a condição de ser ou não quilombola

- Figura 1** Níveis hierárquicos conforme modelo teórico para seleção dos fatores 126
associados aos extremos antropométricos (déficit estatural e excesso de
peso) indicadores de condições nutricionais e à anemia.
- Figura 2** Distribuição das crianças menores de 5 anos quilombolas (2018) e não 129
quilombolas do estado de Alagoas (2015), Brasil, de acordo com as seis
categorias da classificação nutricional proposta por Ferreira.

LISTA DE QUADROS

Revisão da Literatura

Quadro 1	Objetivos dos inquéritos de nutrição e saúde e da Chamada Nutricional Quilombola realizados no Brasil entre 1974 e 2019.	25
Quadro 2	Síntese dos inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional antropométrico e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) em mulheres brasileiras.	31
Quadro 3	Síntese dos inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional antropométrico e a anemia em crianças brasileiras menores de 5 anos.	39
Quadro 4	Principais legislações que precederam a assinatura da Lei Áurea e visavam atender aos movimentos abolicionistas, à resistência dos escravos e às pressões internacionais que exigiam o fim da escravidão.	50
Quadro 5	Dispositivos legais vigentes que asseguram os direitos dos quilombolas no Brasil.	54
Quadro 6	Eixos da Agenda Social Quilombola.	56
Quadro 7	Quantidade de comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) por região do Brasil, segundo a presença e a ausência de certificação pela Fundação Cultural Palmares (FCP).	58
Quadro 8	Quantidade de comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) certificadas por Governo.	58
Quadro 9	Condições de nutrição e saúde de mulheres e crianças quilombolas de Alagoas de acordo com dados do I Diagnóstico Quilombola, 2008.	65

LISTA DE TABELAS

Artigo original 1 - Excesso de peso e hipertensão arterial sistêmica em mulheres do estado de Alagoas (Brasil): Diferenciais segundo a condição de pertencer ou não à população quilombola

Tabela 1	Caracterização das variáveis demográficas, antropométricas e de pressão arterial de mulheres de Alagoas (Brasil), segundo a condição de não quilombola e quilombola, 2015 e 2018.	96
Tabela 2	Prevalência de excesso de peso corporal e hipertensão arterial sistêmica entre mulheres não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) do estado de Alagoas, Brasil.	96
Tabela 3	Comparação das características demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida, estado nutricional e de saúde de mulheres não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) do estado de Alagoas, Brasil.	97
Tabela 4	Fatores associados ao excesso de peso entre mulheres não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) do estado de Alagoas, Brasil.	98
Tabela 5	Fatores associados à hipertensão entre mulheres não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) do estado de Alagoas, Brasil.	100

Artigo original 2: Determinantes Sociais em Saúde: Diferenciais no estado nutricional de crianças do estado de Alagoas (Brasil), segundo a condição de ser ou não quilombola

Tabela 1	Comparação das características socioeconômicas e ambientais de mães e crianças menores de 5 anos de Alagoas (Brasil), segundo a condição não quilombola ou quilombola, 2015 e 2018.	127
Tabela 2	Fatores associados ao déficit estatural entre crianças não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) menores de 5 anos do estado de Alagoas, Brasil.	130
Tabela 3	Fatores associados ao excesso de peso entre crianças não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) menores de 5 anos do estado de Alagoas, Brasil.	132

Tabela 4 Fatores associados à anemia entre crianças não quilombolas (2015) e 134
quilombolas (2018) de 6 a 59 meses do estado de Alagoas, Brasil.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A/I	Altura-para-idade
Abraji	Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
ASQ	Agenda Social Quilombola
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CF	Constituição Federal
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conaq	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
CPISP	Comissão Pró-Índio de São Paulo
CRQs	Comunidades remanescentes dos quilombos
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
ENANI	Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil
ENDEF	Estudo Nacional de Despesa Familiar
FANUT/UFAL	Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas
FAPEAL	Fundação de Amparo à Pesquisa de Alagoas
FCP	Fundação Cultural Palmares
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
Hb	Hemoglobina
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano do país
IMC	Índice de Massa Corporal
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
LNBA	Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
P/A	Peso-para-altura
P/I	Peso-para-idade
PBF	Programa Bolsa Família
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
PNSN	Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PPSUS	Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
RCEst	Razão cintura estatura
RCQ	Razão cintura quadril
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial da Presidência da República
SRQ-20	<i>Self Report Questionnaire</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
Vigitel	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	20
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 MUDANÇAS NO PERFIL DE NUTRIÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: O QUE OS INQUÉRITOS NACIONAIS MOSTRAM?	23
2.1.1 Transições demográfica, epidemiológica e nutricional e o histórico de inquéritos de nutrição e saúde no Brasil	23
2.1.2 Condições de saúde e nutrição de mulheres e crianças no Brasil	26
2.1.2.1 Estado nutricional antropométrico e hipertensão arterial sistêmica (HAS) em mulheres brasileiras.....	26
2.1.2.2 Estado nutricional antropométrico e anemia em crianças brasileiras.....	37
2.2 DESIGUALDADES RACIAIS NO BRASIL: A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA	41
2.2.1 História de luta e resistência população negra no Brasil: da diáspora à abolição da escravidão	46
2.3 POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO BRASIL	52
2.3.1 Dos quilombos aos seus remanescentes	52
2.3.2 Comunidades remanescentes dos quilombos	57
2.3.3 Alagoas e suas comunidades remanescentes dos quilombos	61
2.3.3.1 Condições socioeconômicas, de nutrição e saúde de mulheres e crianças quilombolas de Alagoas	62
3 COLETÂNEA DE ARTIGOS	70
3.1 ARTIGO ORIGINAL 1.....	72
3.2 ARTIGO ORIGINAL 2.....	103
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	1377
REFERÊNCIAS	141
APÊNDICES	1490
ANEXOS	170

1 APRESENTAÇÃO

1 APRESENTAÇÃO

O Grupo de Pesquisa do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA) da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas (FANUT/UFAL), sob coordenação do professor Dr. Haroldo da Silva Ferreira, tem desenvolvido diversos inquéritos domiciliares, de base populacional, em diferentes cenários geo-epidemiológicos do estado de Alagoas, tais como Alagoas (2005 e 2015); região semiárida (2007); e população quilombola (2008 e 2018).

A realização de diagnósticos de saúde de populações é fundamental para a disponibilização de informações adequadas à avaliação e ao planejamento de políticas públicas. Neste sentido, atenção especial deve ser dada às minorias étnico-raciais, as quais estão expostas a maior vulnerabilidade social, o que contribui para um perfil de nutrição e saúde menos favorável. Dentre essas minorias, destaca-se a população das comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs), que vive em um contexto ainda mais intenso de vulnerabilidade, em virtude da opressão histórica sofrida e de suas consequências.

Os dois últimos inquéritos realizados pelo LNBA, *“II Diagnóstico de Saúde da População Materno-Infantil do estado de Alagoas”* (Pesquisa Estadual) e *“II Diagnóstico de Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional das famílias das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas”* (Pesquisa Quilombola), envolveram, respectivamente, a população geral do estado de Alagoas e de suas CRQs.

Esses inquéritos utilizaram amostra representativa das respectivas populações e investigaram as condições de nutrição, saúde e segurança alimentar das famílias residentes nos dois cenários. Ambas as pesquisas receberam apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL). As coletas de dados foram realizadas em 2014-2015 (Pesquisa Estadual) e 2017-2018 (Pesquisa Quilombola), das quais eu participei enquanto discente de graduação e de mestrado, respectivamente.

Assim, a presente tese intitulada *“Vulnerabilidade social e condições de nutrição e saúde de mulheres e crianças: diferenciais entre a população quilombola e a população geral do estado de Alagoas”* é fruto desses dois inquéritos e tem como objetivo geral comparar as condições de nutrição e saúde entre mulheres e crianças quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas. Para atender ao objetivo proposto, encontra-se dividida em dois capítulos: 1) Revisão da literatura, que aborda o perfil de nutrição e saúde de mulheres e crianças brasileiras, evidenciando a escassez de estudos envolvendo a população quilombola; e o contexto de vulnerabilidade social a qual a população negra brasileira encontra-se submetida,

do período colonial aos dias atuais, com ênfase nos quilombolas; 2) Resultados, o qual apresenta uma coletânea composta por dois artigos originais.

O primeiro artigo, intitulado “*Excesso de peso e hipertensão arterial sistêmica em mulheres do estado de Alagoas (Brasil): Diferenciais segundo a condição de pertencer ou não à população quilombola*”, teve como objetivo comparar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso e à hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre mulheres quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas. Enquanto o segundo artigo, intitulado “*Determinantes Sociais em Saúde: Diferenciais no estado nutricional de crianças do estado de Alagoas (Brasil), segundo a condição de ser ou não quilombola*” comparou o estado nutricional e os fatores associados ao déficit estatural, excesso de peso e à anemia entre crianças quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas. Ambos serão submetidos à publicação em revistas científicas da área de saúde pública (ainda não definidas), com classificação B2 ou superior, segundo os critérios do sistema Qualis da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) para área Medicina II (ou qualis equivalente, conforme o critério em vigor).

Por fim, cabe destacar que, além dos financiamentos que permitiram a realização das pesquisas utilizadas na presente tese, eu fui bolsista de Iniciação Científica durante a graduação e na minha trajetória na pós-graduação (mestrado: bolsa da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES; doutorado: bolsa do acordo FAPEAL-CAPES, cota CAPES).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 MUDANÇAS NO PERFIL DE NUTRIÇÃO E SAÚDE DA POPULAÇÃO BRASILEIRA: O QUE OS INQUÉRITOS NACIONAIS MOSTRAM?

2.1.1 Transições demográfica, epidemiológica e nutricional e o histórico de inquéritos de nutrição e saúde no Brasil

Popkin (1993), em seu trabalho pioneiro sobre transição nutricional, apontou dois processos históricos que contribuíram e também foram afetados pelas alterações nos padrões alimentares e nutricionais das populações: a transição demográfica e a transição epidemiológica, sendo a segunda a mais relevante. Essas três formas de transição são processos multidimensionais que envolvem profundas mudanças demográficas, sociais, econômicas e políticas (MONTEIRO et al., 1995; POPKIN, 1993, 2021; SHEKAR; POPKIN, 2020).

A transição demográfica foi o primeiro processo a ser observado e envolveu a alteração paulatina de um padrão de alta fecundidade e alta mortalidade para um de baixa fecundidade e baixa mortalidade, decorrente, em grande parte, do processo de industrialização dos países iniciado no século XVIII (RIGOTTI, 2012; RIOS-NETO, 2005). Enquanto a transição epidemiológica, descrita inicialmente por Omran em 1971 (OMRAN, 1971), refere-se a mudança no perfil de morbimortalidade da população, de alta prevalência de doenças infecciosas para alta prevalência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).

Concomitantemente às transições demográfica e epidemiológica, ocorreu a transição nutricional. Esse processo descreve mudanças progressivas nas dietas das populações, com aumento no consumo de alimentos ultraprocessados, ricos em calorias e pobres em nutrientes, em detrimento de alimentos *in natura* e minimamente processados (DREWNOWSKI; POPKIN, 1997; POPKIN, 1993; SHEKAR; POPKIN, 2020). Associado ao aumento do estilo de vida sedentário, esse novo padrão alimentar refletiu em alterações na composição corporal, com o sobrepeso e a obesidade sendo seus principais legados (MONTEIRO et al., 1995; POPKIN, 1994; POPKIN; NG, 2022; SHEKAR; POPKIN, 2020).

O acúmulo excessivo de gordura corporal que caracteriza a obesidade, classifica-a não só como uma DCNT como também a torna um importante fator de risco para outras DCNT, como a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (POPKIN; NG, 2022; WHO, 2000). Assim, a crescente carga de excesso de peso (sobrepeso + obesidade) tem sido acompanhada pelo aumento das prevalências das DCNT (TURPIE et al., 2002; WHO, 2000; ZHOU et al., 2021).

Embora as transições epidemiológica e nutricional tenham atingido a população em escala global, esses processos diferenciam-se em momentos e em intensidade, conforme o

segmento socioeconômico considerado. Inicialmente observados em áreas urbanas de países de alta renda, eles passaram a afetar, de forma intensa, os países de baixa e média renda, incluindo suas áreas rurais (ABARCA-GÃ et al., 2017; DOAK et al., 2005; MONTEIRO et al., 1995; MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2004; POPKIN, 1994; POPKIN; ADAIR; NG, 2012; SOUZA, 2010).

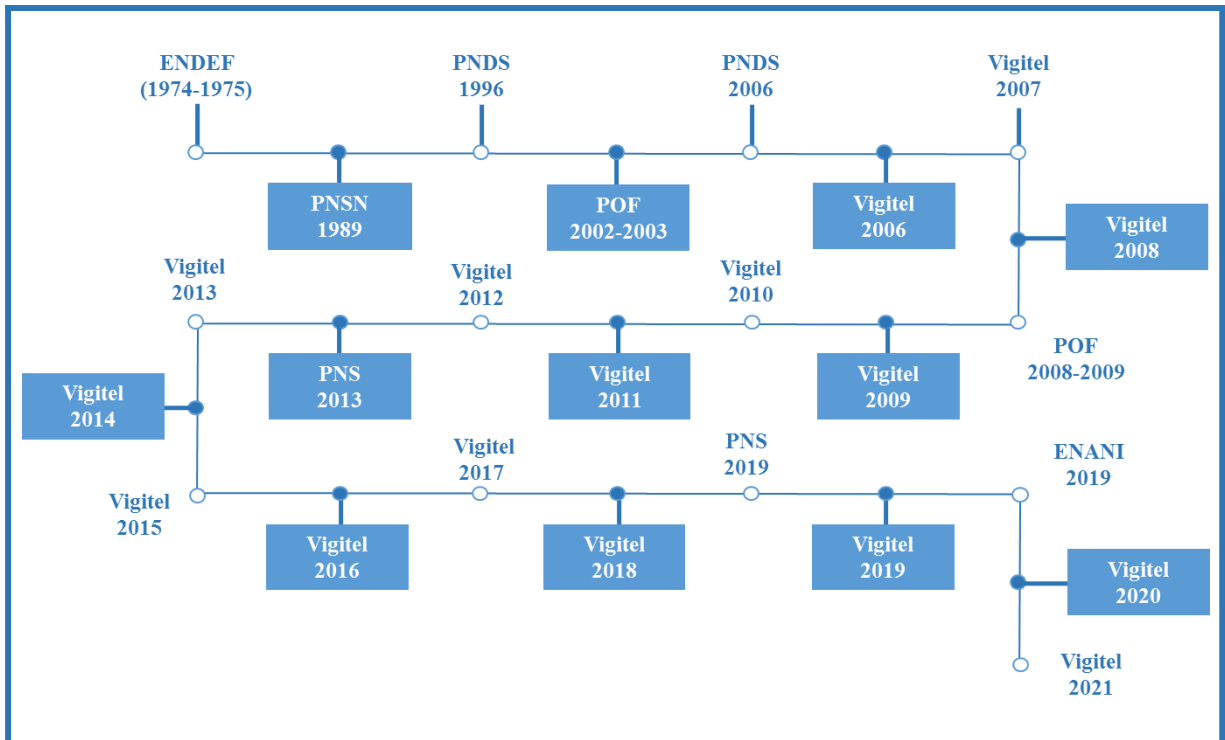
Nesses países, incluindo o Brasil, esse processo mais tardio e intenso levou a coexistência de diferentes formas de má nutrição, como o excesso de peso, o déficit estatural e a anemia (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; MONTEIRO et al., 1995; MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2004). Essa dupla (ou tripla, como apresentada em algumas publicações) carga de má nutrição pode ser observada em três níveis: individual, domiciliar e populacional (POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020; UNICEF, 2019; WELLS et al., 2020). No nível individual, o mesmo indivíduo é afetado por mais de uma forma de má nutrição, como a anemia e o excesso de peso. No nível domiciliar, por sua vez, distintas formas de má nutrição afetam indivíduos diferentes, comumente o binômio mãe-filho, com a mulher apresentando excesso de peso e a criança déficit estatural ou anemia. Enquanto no nível populacional, há a coexistência de mais de uma forma de má nutrição na mesma população. Este último caso ocorre com mais frequência em crianças, especialmente as menores de 5 anos, de localidades sob maior vulnerabilidade social, uma vez que as crianças são mais vulneráveis às mudanças sociais, de estilo de vida e alimentação (POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020).

Nesse contexto, a realização de pesquisas nacionais de base populacional periódicas é fundamental para acompanhar as mudanças nos perfis de nutrição e saúde ao longo do tempo. Nas últimas cinco décadas, o Brasil realizou 25 inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional da população brasileira, com alguns avaliando também as DCNT, como a hipertensão arterial. A Figura 1 apresenta, em ordem cronológica, todos os inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional e a presença de DCNT na população brasileira.

Apesar do histórico relevante de inquéritos nacionais realizados no Brasil, grupos étnico-raciais específicos, como a população quilombola, não foram contemplados em nenhum dos 25 inquéritos realizados. Nesse grupo, definido com base na presunção histórica de ancestralidade negra, que remota o período de opressão vivido por negros trazidos a força da África para o Brasil durante a escravidão (BRASIL, 2003), o único estudo nacional disponível é a Chamada Nutricional Quilombola que, em 2006, avaliou crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2008). Em relação aos aspectos metodológicos, esses inquéritos apresentaram diferenças importantes, as quais envolvem objetivos, tamanho amostral e grupo avaliado (família, adultos ou grupo materno-infantil), periodicidade da realização e forma de obtenção

das medidas antropométricas e de pressão arterial (medidas diretas ou autorreferidas). O objetivo de cada um dos inquéritos e da chamada nutricional encontram-se descritos no Quadro 1 e as informações metodológicas nos Quadros 2 e 3.

Figura 1 - Linha do tempo dos inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional e a presença de doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira.



Fonte: Elaboração própria.

ENDEF: Estudo Nacional de Despesa Familiar. PNSN: Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição. PNDS: Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. POF: Pesquisa de Orçamentos Familiares. Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico. PNS: Pesquisa Nacional de Saúde. ENANI: Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil.

Quadro 1 - Objetivos dos inquéritos de nutrição e saúde e da Chamada Nutricional Quilombola realizados no Brasil entre 1974 e 2019.

Pesquisa	Objetivo
Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) ¹	Avaliar as condições de vida da população, com ênfase especial no consumo alimentar e renda familiar - monetária e não-monetária -, e a situação nutricional da população brasileira.
Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) ²	Avaliar o estado nutricional da população brasileira, além de caracterizar as condições de saúde e estrutura socioeconômica das famílias investigadas.
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS) ³	Caracterizar a população feminina em idade fértil (15 a 49 anos) e as crianças menores de cinco anos no Brasil.

Pesquisa	Objetivo
Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) ⁴	Fornecer informações sobre a composição dos orçamentos domésticos e as condições de vida, alimentares e nutricionais da população.
Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel Brasil) ⁵	Monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das doenças crônicas não transmissíveis.
Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) ⁶	Identificar a situação de saúde e os estilos de vida da população brasileira.
Chamada Nutricional Quilombola ⁷	Avaliar a situação nutricional das crianças quilombolas de 0 a 5 anos vacinadas na segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação de 2006, visando estabelecer/reestruturar políticas públicas e ações focalizadas para essa população.
Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) ⁸	Avaliar as práticas de aleitamento materno e de alimentação, o estado nutricional antropométrico e as deficiências de micronutrientes entre crianças brasileiras menores de 5 anos.

Fonte: Elaboração própria.

¹ COITINHO et al. (1991). ² INAN (1990a, 1990b). ³ IBGE (1997, 2006). ⁴ IBGE (2004b). ⁵ BRASIL (2007). ⁶ BRASIL (2014). ⁷ IBGE (2015a). ⁸ UFRJ (2021, 2022).

A análise comparativa dos resultados desses inquéritos, como será feita a seguir, permite visualizar as mudanças nos perfis de nutrição e saúde decorrentes das transições nutricional e epidemiológica que ocorreram na população brasileira da década de 70 aos dias atuais.

2.1.2 Condições de saúde e nutrição de mulheres e crianças no Brasil

Todos os inquéritos nacionais realizados, com exceção da Chamada Nutricional Quilombola, contemplaram adultos brasileiros. A avaliação de crianças menores de 5 anos, por sua vez, foi realizada em apenas sete inquéritos (incluindo a Chamada Nutricional Quilombola). Os principais resultados dessas pesquisas serão discutidos a seguir, com ênfase nos dados do grupo materno-infantil, especificamente de mulheres em idade reprodutiva e crianças menores de 5 anos, os quais constituem, globalmente, grupo prioritário de atenção à saúde (ONU, 2015; WHO, 2017). Portanto, os próximos tópicos apresentarão: 1) os principais resultados referentes a avaliação do estado nutricional antropométrico e de HAS em mulheres; 2) estado nutricional antropométrico e bioquímico (anemia) de crianças menores de 5 anos.

2.1.2.1 Estado nutricional antropométrico e hipertensão arterial sistêmica (HAS) em mulheres brasileiras

O Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF) é um marco na avaliação do estado nutricional da população brasileira, sendo o primeiro inquérito a fazer esse tipo de avaliação.

Realizado entre os anos de 1974-1975, serve como linha de base para avaliação da tendência secular do estado nutricional de mulheres e crianças (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003).

De acordo com o inquérito, mais da metade (52,0%) das mulheres brasileiras apresentava alguma forma de má nutrição, de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), com 26,4% apresentando baixo peso e 25,6% excesso de peso (18,7% sobrepeso e 6,9% obesidade) (COITINHO et al., 1991).

Em quinze anos, esse cenário foi alterado. Embora mais da metade (54,7%) das mulheres continuassem apresentando algum agravo nutricional, houve um declínio marcante na prevalência de desnutrição e uma ascensão na prevalência de excesso de peso (COITINHO et al., 1991). Segundo dados da Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN) de 1989, o baixo peso afetava 16,5% das mulheres, o que representou um declínio de 37,5%; enquanto 38,2% tinham excesso de peso (26,5% sobrepeso e 11,7% obesidade) (COITINHO et al., 1991).

Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS, 1996), realizada sete anos depois da PNSN, demonstraram que o excesso de peso já atingia 45% das mulheres brasileiras e a desnutrição tinha declinado mais de 50%, afetando 6,3% das mulheres (IBGE, 1997).

O quarto inquérito a avaliar o estado nutricional da população brasileira foi a Pesquisa de Orçamento Familiar (POF). Realizada pelo IBGE em parceria com o Ministério da Saúde entre 2002-2003, a POF mostrou uma estabilidade no cenário, com 5,2% das mulheres com desnutrição e 40% com excesso de peso (IBGE, 2004a).

Após 10 anos da primeira edição da PNDS, o Ministério da Saúde realizou a segunda edição da pesquisa em 2006. Os resultados demonstraram que a desnutrição deixou de ser um problema de saúde pública entre mulheres brasileiras (<5%: prevalência esperada em nível populacional para indivíduos constitucionalmente magros), enquanto a prevalência de excesso de peso continuava em ascensão (43,1%) (WHO, 1995; BRASIL, 2006).

Na segunda edição da POF, realizada entre 2008-2009, a prevalência de desnutrição atingiu apenas 3,6% das mulheres, enquanto a prevalência de excesso de peso chegou aos 48,0%. Os inquéritos seguintes confirmaram esse novo perfil nutricional antropométrico das mulheres brasileiras, no qual a desnutrição deixou de ser um problema de saúde pública e o excesso de peso aumentou paulatinamente (IBGE, 2010).

No mesmo ano da segunda edição da PNDS, em virtude da relevância epidemiológica que as DCNT assumiam no cenário mundial e considerando a proposta da Organização Mundial da Saúde (OMS) para redução das taxas de morbimortalidade relacionadas a essas doenças em seus países-membros, o Ministério da Saúde implantou o sistema de Vigilância de Fatores de

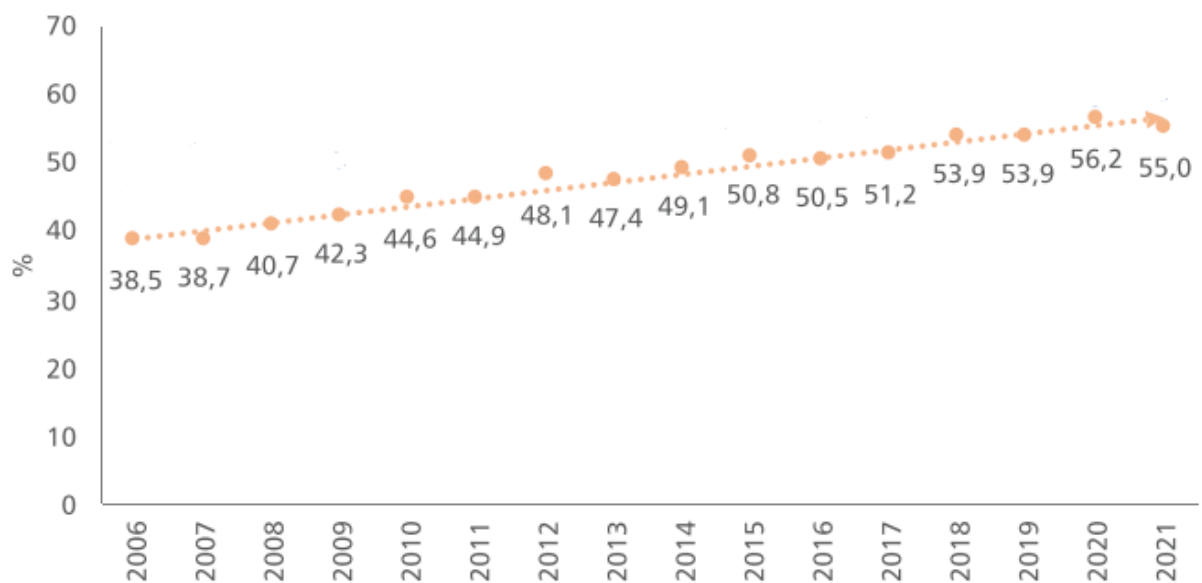
Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel). Com o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição dos principais determinantes das DCNT por inquérito telefônico, desde 2006, o Vigitel vem sendo realizado anualmente em todas as capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal (BRASIL, 2022a, 2007b).

Por se tratar de um inquérito por telefone, o que impossibilita a aferição direta da pressão arterial, o Vigitel utiliza o diagnóstico médico anterior (autorreferido) para estimar a prevalência de HAS (BRASIL, 2007b).

Após 16 edições, este ano o Ministério da Saúde publicou um volume com as análises da evolução anual dos indicadores avaliados (BRASIL, 2022a, 2022b). Os resultados apontaram um aumento progressivo, embora em magnitudes distintas, das prevalências de excesso de peso e de HAS autorreferida. A tendência temporal das prevalências de excesso de peso e hipertensão podem ser observadas, respectivamente, nas Figuras 2 e 3.

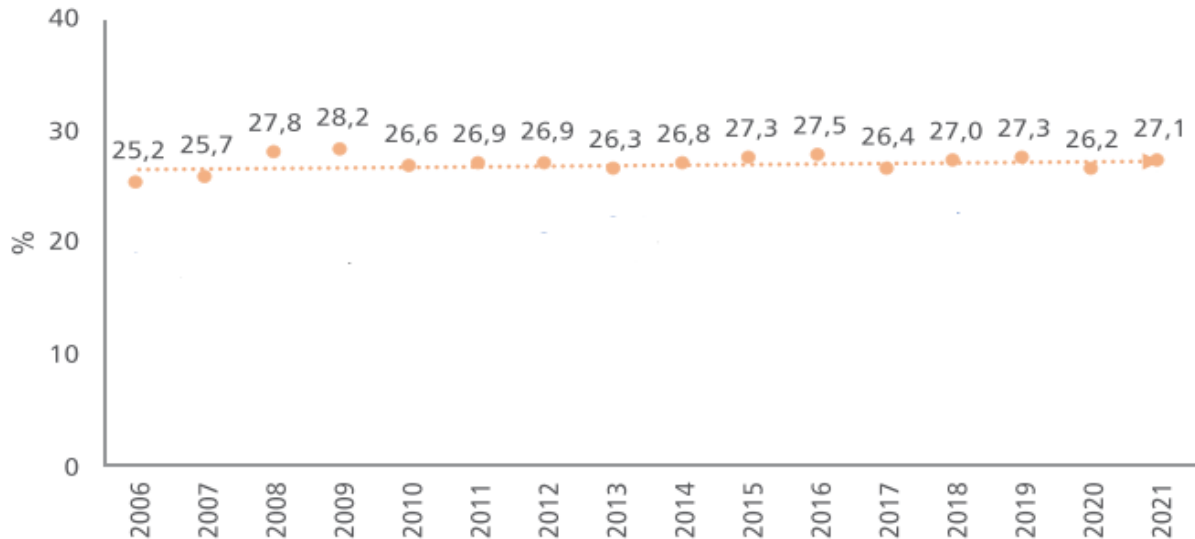
Além desse sistema de vigilância, o Ministério da Saúde tem realizado outro importante inquérito para o monitoramento das DCNT, a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), com a primeira edição realizada em 2013 (IBGE, 2015a). Com periodicidade prevista de cinco anos, em virtude da impossibilidade de realização em 2018, a segunda edição foi realizada em 2019 (IBGE, 2020a).

Figura 2 - Percentual de mulheres (≥ 18 anos) com excesso de peso ($\text{IMC} \geq 25 \text{ kg/m}^2$), no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, por ano. Vigitel, 2006-2021.



Fonte: BRASIL (2022a).

Figura 3 - Percentual de mulheres (≥ 18 anos) que referiram diagnóstico médico de hipertensão arterial, no conjunto das capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal, por ano. Vigitel, 2006-2021.



Fonte: BRASIL (2022b).

Embora seja um inquérito domiciliar, a PNS também utilizou dados autorreferidos de hipertensão (na edição de 2013, a pressão arterial também foi aferida), com base em diagnóstico médico prévio à entrevista. Assim, as prevalências de HAS identificadas nas edições de 2013 (24,2%) e 2019 (26,4%) foram semelhantes as observadas pelo Vigitel de 2013 (26,3%) e 2019 (27,3%), respectivamente (BRASIL, 2022b; IBGE, 2015b, 2020b).

Diferente da metodologia de autorrelato utilizada para identificação da HAS, a avaliação do excesso de peso na PNS foi através de mensurações diretas de peso e altura. Essa diferença metodológica resultou em prevalências em torno de 10% superiores, em ambos os anos, das prevalências observadas pelo Vigitel (2013: 58,2% vs. 47,4%; 2019: 62,6% vs. 53,9%) (BRASIL, 2022a; IBGE, 2015a, 2020a).

O autorrelato para definição da hipertensão tem sido amplamente utilizado em pesquisas nacionais, especialmente por conta da logística e dos custos envolvidos na aferição por instrumento (BRASIL, 2022a; IBGE, 2015a, 2020a). Ao comparar a prevalência populacional de hipertensão em adultos brasileiros, segundo diferentes critérios diagnósticos (hipertensão autorreferida, hipertensão medida por instrumento e hipertensão medida por instrumento e/ou em uso de medicamento anti-hipertensivo) avaliados na PNS 2013, Malta et al. (2018) concluíram que, para a população geral, a hipertensão autorreferida e a hipertensão medida apresentaram prevalências próximas (em todos os cenários avaliados, a maior prevalência foi observada no critério hipertensão medida por instrumento e/ou em uso de medicamento anti-

hipertensivo). Contudo, diferenças foram observadas por sexo, em que as mulheres apresentaram prevalência de hipertensão mais elevada no critério autorreferido, enquanto entre os homens a prevalência foi maior no critério hipertensão arterial medida. Adicionalmente, os autores chamam atenção para o fato de que o monitoramento da meta global de redução da HAS proposta pela OMS no Plano de Ação Global para Prevenção e Controle de DCNT requer a utilização de medidas aferidas de pressão arterial (WHO, 2013).

Em suma, apesar das diferenças metodológicas, as análises de todos os inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional e a HAS autorreferida em mulheres demonstram um rápido declínio da prevalência de desnutrição e a ascensão, em ritmo acelerado, do excesso de peso, a qual foi acompanhada por um aumento paulatino da prevalência de HAS. Os resultados de todos os inquéritos encontram-se no Quadro 2.

O monitoramento contínuo desses indicadores é imprescindível para a implementação e o acompanhamento de políticas públicas efetivas para a redução e o controle dessas condições. Nesse sentido, a ausência de dados em grupos étnicos-raciais específicos, como os quilombolas, é extremamente preocupante e só reforça o processo de invisibilização vivido por essa população.

Quadro 2 - Síntese dos inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional antropométrico e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) em mulheres brasileiras.

Pesquisa	Amostra	Crítérios diagnósticos	Principais resultados
Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF-1974/75) ¹	267.446 pessoas de todos os Estados da Federação, com exceção áreas rurais das regiões Norte e Centro-Oeste	Estado nutricional antropométrico: IMC < 20 kg/m ² : baixo peso IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso	Baixo peso: 26,4% Excesso de peso: 25,6%
Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN-1989) ¹	17.138 mulheres (> 18 anos) das macrorregiões e áreas urbanas e rurais do país, com exceção as áreas rurais da região Norte	Estado nutricional antropométrico: IMC < 20 kg/m ² : baixo peso IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso	Baixo peso: 16,5% Excesso de peso: 38,2%
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-1996) ²	12.612 mulheres (15 a 49 anos) das cinco macrorregiões brasileiras e dos contextos urbano e rural do país	Estado nutricional antropométrico: IMC < 18,5 kg/m ² : baixo peso IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso	Desnutrição: 6,3% Excesso de peso: 45,0%
Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2002-2003) ³	182.333 pessoas das áreas urbanas e rurais em todo o território brasileiro	Estado nutricional antropométrico: IMC < 18,5 kg/m ² : baixo peso IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso	Desnutrição: 5,2% Excesso de peso: 40,0%
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) ⁴	15.575 mulheres (15 e 49 anos) das cinco macrorregiões brasileiras e do contexto urbano e rural	Estado nutricional antropométrico: IMC < 18,5 kg/m ² : baixo peso IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso	Déficit de peso: 4,3% Excesso de peso: 43,1%
Vigitel Brasil 2006 ⁵	33.075 mulheres (≥18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 38,5% HAS: 25,2%

Pesquisa	Amostra	CrITÉrios diagnÓsticos	Principais resultados
Vigitel Brasil 2007 ⁵	32.704 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropomÉtrico IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaraçŁo de diagnÓstico mÉdico prÉvio	Excesso de peso: 38,7% HAS: 25,7%
Vigitel Brasil 2008 ⁵	32.918 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropomÉtrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaraçŁo de diagnÓstico mÉdico prÉvio	Excesso de peso: 40,7% HAS: 27,8%
Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2008-2009) ⁶	159.941 pessoas de áreas urbanas e rurais em todo o territÓrio brasileiro	Estado nutricional antropomÉtrico: IMC $< 18,5$ kg/m ² : desnutriçŁo IMC ≥ 25 : excesso de peso	DesnutriçŁo: 3,6% Excesso de peso: 48%
Vigitel Brasil 2009 ⁵	33.020 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropomÉtrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaraçŁo de diagnÓstico mÉdico prÉvio	Excesso de peso: 42,3% HAS: 28,2%
Vigitel Brasil 2010 ⁵	33.575 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropomÉtrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaraçŁo de diagnÓstico mÉdico prÉvio	Excesso de peso: 44,6% HAS: 26,6%

Pesquisa	Amostra	Crítérios diagnósticos	Principais resultados
Vigitel Brasil 2011 ⁵	31.503 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 44,9% HAS: 26,9%
Vigitel Brasil 2012 ⁵	28.059 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 48,1% HAS: 26,9%
Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2013) ⁷	62.986 domicílios, sendo as médias antropométricas e de pressão arterial obtidas de um morador com 18 anos ou mais de idade, selecionado aleatoriamente em cada domicílio	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 58,2 % HAS: 24,2%
Vigitel Brasil 2013 ⁵	32.653 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 47,4% HAS: 26,3%

Pesquisa	Amostra	Crítérios diagnósticos	Principais resultados
Vigitel Brasil 2014 ⁵	25.332 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 49,1% HAS: 26,8%
Vigitel Brasil 2015 ⁵	32.653 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 50,8% HAS: 27,3%
Vigitel Brasil 2016 ⁵	32.952 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 50,5% HAS: 27,5%
Vigitel Brasil 2017 ⁵	33.530 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 51,2% HAS: 26,4%

Pesquisa	Amostra	Crítérios diagnósticos	Principais resultados
Vigitel Brasil 2018 ⁵	33.356 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 53,9% HAS: 27,0%
Pesquisa Nacional de Saúde (PNS-2019) ⁸	81.357 domicílios, sendo utilizada uma subamostra para relação das medias antropométricas (dados apresentados apenas para mulheres (≥ 18 anos de idade))	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 : excesso de peso HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio)	Excesso de peso: 62,6% HAS: 26,4%
Vigitel Brasil 2019 ⁵	34.089 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 53,9% HAS: 27,3%
Vigitel Brasil 2020 ⁵	17.320 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 56,2% HAS: 26,2%

Pesquisa	Amostra	Crítérios diagnósticos	Principais resultados
Vigitel Brasil 2021 ⁵	17.822 mulheres (≥ 18 anos de idade) das capitais dos 26 estados brasileiros e do Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico: IMC ≥ 25 kg/m ² : excesso de peso (dados autodeclarados de peso e altura obtidos por entrevista telefônica) HAS: autodeclaração de diagnóstico médico prévio	Excesso de peso: 55,0% HAS: 27,1%

Fonte: Elaboração própria.

Vigitel: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico; IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; MS: Ministério da Saúde; INAN: Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição; BEMFAM: Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil.

¹ COITINHO et al., 1991. ² IBGE, 1997. ³ IBGE, 2004b. ⁴ BRASIL, 2006. ⁵ BRASIL, 2022a, 2022b. ⁶ IBGE, 2010. ⁷ IBGE, 2015b, 2015a. ⁸ IBGE, 2020a, 2020b.

2.1.2.2 Estado nutricional antropométrico e anemia em crianças brasileiras

A avaliação de crianças em inquéritos nacionais foi menos frequente do que a realizada com adultos, havendo uma lacuna de 13 anos entre o penúltimo e o último inquérito (Quadro 3).

De acordo com o ENDEF (1974/75), na década de 70, 18,4% das crianças brasileiras menores de 5 anos estavam com desnutrição (baixo peso para idade), conforme o índice de peso-para-idade (P/I). Ao estratificar os dados por macrorregiões do país, o Nordeste apresentava a maior prevalência (27%), seguido da região Norte (24,5%) (MONTEIRO et al., 1993).

Comparando-se os dados do ENDEF (1974/75) com os da PNSN (1989), verifica-se uma redução de mais de 60% na prevalência de baixo peso para idade, que alcançou 7,1%. Contudo, é importante destacar que essa redução não ocorreu de forma homogênea entre as regiões do país, com o Nordeste e o Norte continuando com as maiores prevalências (MONTEIRO et al., 1993). Adicionalmente, a PNSN também avaliou a desnutrição através do índice de altura-para-idade (A/I), que se configura num indicador de desnutrição crônica. A prevalência de déficit estatural foi mais que o dobro da prevalência de baixo peso para idade (15,2% vs. 7,1%). Contudo, a ausência desse índice no ENDEF impossibilita a avaliação do seu comportamento ao longo dos 15 anos que separam as pesquisas (INAN, 1990a, 1990b).

A primeira edição da PNDS (1996) permitiu observar a tendência decrescente tanto para o baixo peso para altura quanto para o déficit estatural, os quais atingiram, respectivamente, 2,2% e 13,4% das crianças menores de 5 anos. Pela primeira vez, o excesso de peso também foi avaliado: 7,2% das crianças apresentavam essa condição (BRASIL, 2006).

Em virtude da inconsistência dos dados de altura das crianças com até 9 anos de idade avaliadas na POF 2002-2003 (IBGE, 2006), apenas os resultados de P/I foram divulgados para essa faixa etária, os quais encontram-se descritos no Quadro 3 (apenas de crianças menores de 5 anos).

A tendência decrescente do baixo peso para altura (de 2,2% para 1,5%) e do déficit estatural (de 13,4% para 6,7%) foi confirmada na segunda edição da PNDS (2006). O excesso de peso, por sua vez, apresentou estabilidade (7,3%), embora, em virtude da queda expressiva do baixo peso, tenha ultrapassado essa condição, sendo, portanto, o principal agravo nutricional observado (BRASIL, 2006).

Além da avaliação do estado nutricional antropométrico, a segunda edição da PNDS realizou dosagens bioquímicas para estimar a prevalência de anemia, sendo o primeiro inquérito nacional a fazer isso. A dosagem de hemoglobina para o diagnóstico de anemia foi realizada a

partir de uma única amostra de sangue, coletada com microlanceta, depositada em papel-filtro e analisada por cromatografia líquida de alta eficiência. Assim, em 2006, a prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos foi de 20,9% (BRASIL, 2006).

Decorridos 13 anos da PNDS, em 2019, foi realizado o Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019). Dados dos relatórios do ENANI-2019 mostram prevalências de 7,0% e 2,9%, respectivamente, para déficit estatural e baixo peso para idade, enquanto o excesso de peso foi observado em 10,1% das crianças menores de 5 anos. Quanto a anemia, avaliada a partir da dosagem de hemoglobina obtida por punção venosa, a prevalência foi de 10,1% no Brasil, sendo maior nas regiões Norte (17,0%) e Nordeste (11,9%) (UFRJ, 2021, 2022).

Considerando a grande lacuna de informações entre a PNDS-2006 e o ENANI-2019, a análise dos fatores associados a esses desfechos no último estudo é fundamental para a compreensão do panorama atual do estado nutricional das crianças brasileiras menores de 5 anos.

Quanto as crianças quilombolas brasileiras, os únicos dados disponíveis são de 2006, da Chamada Nutricional Quilombola. Em virtude do seu caráter pioneiro, a Chamada Quilombola foi apontada como a linha de base para construção do conhecimento sobre as condições de segurança alimentar, nutrição e saúde dessa população, contudo, como já mencionado, pesquisas subsequentes não foram realizadas (BRASIL, 2008).

Foram elegíveis para a pesquisa, as crianças quilombolas menores de 5 anos vacinadas na segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação de 2006. O déficit estatural foi o desvio antropométrico mais prevalente, atingindo 15,0% das crianças. O baixo peso para idade e o excesso de peso apresentaram prevalências semelhantes, 5,9% e 5,4%, respectivamente (BRASIL, 2008).

A prevalência de déficit estatural entre as crianças quilombolas foi mais que o dobro da observada em crianças da população geral do país no mesmo ano (PNDS-2006: 6,3%), o que evidencia a grave situação de vulnerabilidade das crianças quilombolas (BRASIL, 2006, 2008). Contudo, o desconhecimento do cenário atual impossibilita a comparação com os dados observados no ENANI-2019.

Quadro 3 - Síntese dos inquéritos nacionais que avaliaram o estado nutricional antropométrico e a anemia em crianças brasileiras menores de 5 anos.

Pesquisa	Amostra	Métodos	Principais resultados
Estudo Nacional de Despesa Familiar (ENDEF-1974/75) ¹	36.407 crianças menores de 5 anos de todos os Estados da Federação, com exceção áreas rurais das regiões Norte e Centro-Oeste	Estado nutricional antropométrico, de acordo com o padrão referência do NCHS (1977): - P/I < -2 escores z: desnutrição (baixo peso para idade)	Baixo peso para idade: 18,4%
Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN-1989) ¹	7.466 crianças menores de 5 anos das macrorregiões e áreas urbanas e rurais do país, com exceção as áreas rurais da região Norte	Estado nutricional antropométrico, de acordo com o padrão referência do NCHS (1977): - P/I < -2 escores z: desnutrição (baixo peso para idade) - A/I < -2 escores z: estatural	Baixo peso para idade: 7,1% Déficit estatural: 15,2%
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-1996) ²	4.782 crianças < 5 anos das cinco macrorregiões brasileiras e dos contextos urbano e rural do país	Estado nutricional antropométrico, de acordo com o padrão referência da WHO (2006): - P/I < -2 escores z: desnutrição (baixo peso para idade) - P/A ≥ 2 escores z: excesso de peso - A/I < -2 escores z: déficit estatural	Baixo peso para idade: 2,2% Excesso de peso: 7,2% Déficit estatural: 13,4%
Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF-2002-2003) ³	20.739 crianças menores de 5 anos das áreas urbanas e rurais em todo o território brasileiro	Estado nutricional antropométrico, de acordo com o padrão referência da CDC (2000): - P/I < -2 escores z: desnutrição (baixo peso para idade)	Baixo peso para idade*: 0-4 anos: 4,6% 0 a 1,9 anos: 3,8% 2,0 a 4,9 anos: 5,1%

Pesquisa	Amostra	Métodos	Principais resultados
Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006) ²	5.461 crianças menores de 5 anos das cinco macrorregiões brasileiras e do contexto urbano e rural	Estado nutricional antropométrico, de acordo com o padrão referência da WHO (2006): - P/I < -2 escores z: desnutrição (baixo peso para idade) - P/A ≥ 2 escores z: excesso de peso - A/I < -2 escores z: déficit estatural - Hemoglobina < 11 g/dL: anemia (avaliada apenas em crianças ≥ 6 meses)	Baixo peso para idade: 1,5% Excesso de peso: 7,3% Déficit estatural: 6,7% Anemia: 2,9%
Chamada nutricional quilombola (2006) ⁴	2.941 crianças menores de 5 anos que foram vacinadas na segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação de 2006	Estado nutricional antropométrico, de acordo com o padrão referência da WHO (2006): - P/I < -2 escores z: desnutrição (baixo peso para idade) - P/A ≥ 2 escores z: excesso de peso - A/I < -2 escores z: déficit estatural	Baixo peso para idade: 5,9% Excesso de peso: 5,4% Déficit estatural: 15,0%
Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI-2019) ⁵	14.558 crianças distribuídos em 123 municípios dos 26 Estados da Federação e no Distrito Federal	Estado nutricional antropométrico, de acordo com o padrão referência da WHO (2006): - P/I < -2 escores z: desnutrição (baixo peso para idade) - IMC/I ≥ 2 escores z: excesso de peso - A/I < -2 escores z: déficit estatural - Hemoglobina < 11 g/dL: anemia (avaliada apenas em crianças ≥ 6 meses)	Baixo peso para idade: 2,9% Excesso de peso: 10,1% Déficit estatural: 7,0% Anemia: 10,1%

Fonte: Elaboração própria

P/I: peso para idade; P/A: peso para altura; A/I: altura para idade; IMC/I: índice de massa corporal para idade; WHO: *World Health Organization*; CDC: *Center for Disease Control and Prevention*; NCHS: *National Center for Health Statistics*.

* Resultado ajustado para corrigir a imprecisão na mensuração e registro de peso.

¹ MONTEIRO et al., 1993. ² BRASIL, 2006. ³ IBGE, 2006. ⁴ BRASIL, 2008. ⁵ UFRJ, 2021, 2022.

2.2 DESIGUALDADES RACIAIS NO BRASIL: A VULNERABILIDADE DA POPULAÇÃO NEGRA

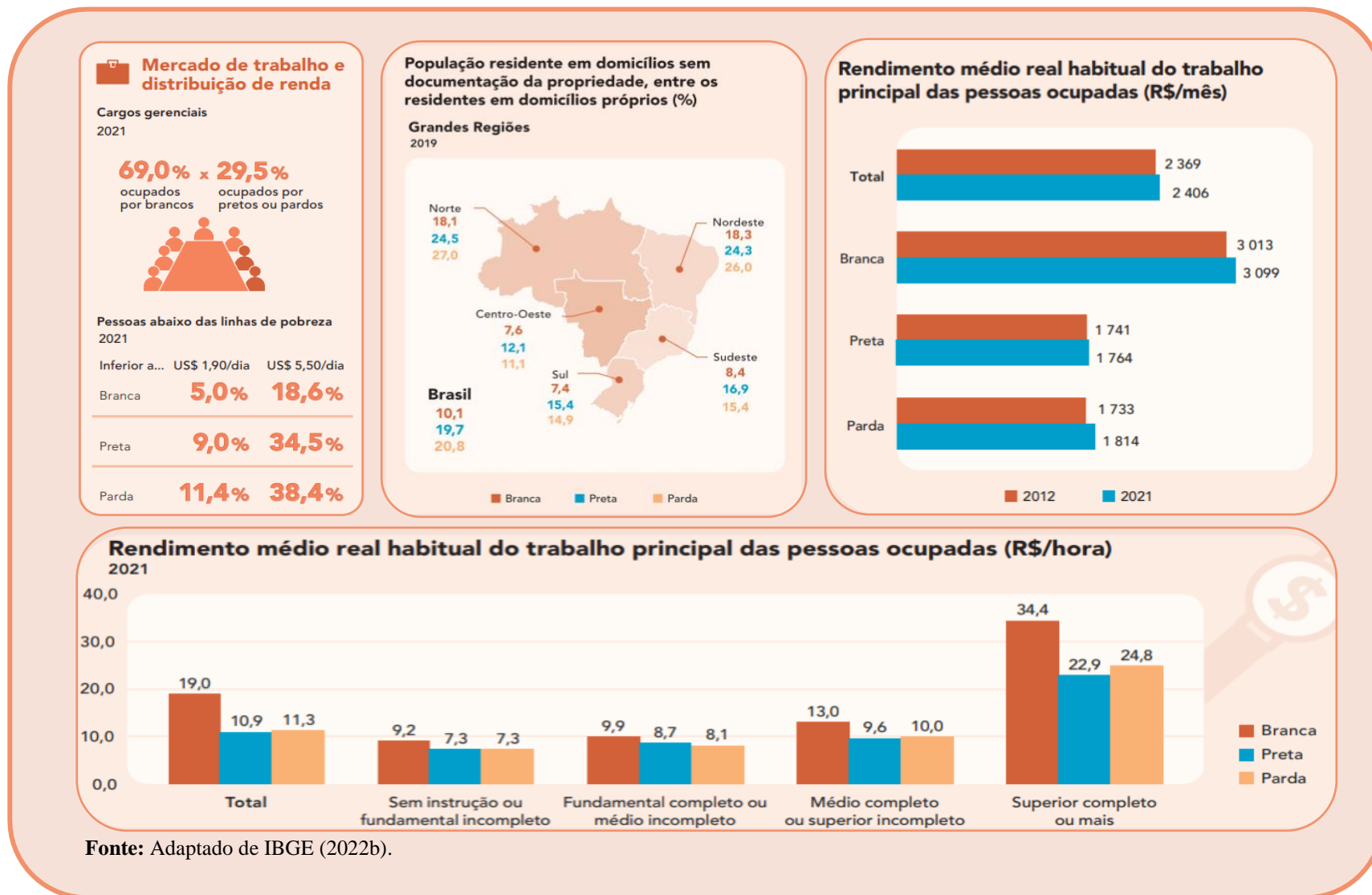
A compreensão das desigualdades sociais existentes no Brasil requer sua análise segundo recorte étnico-racial, o que tem sido possível, em âmbito nacional, após a inserção da variável cor ou raça em pesquisas realizadas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Em consonância com recomendações internacionais para realização de Censos Demográficos, como a da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) (1989) e da Organização das Nações Unidas (ONU), o Instituto usa o critério de autodeclaração em suas pesquisas. A exceção ocorre nos casos em que a pessoa está ausente no momento da visita ou por incapacidade, como com crianças, nessas situações adota-se a heteroidentificação por uma pessoa próxima ao sujeito (IBGE, 2013, 2022a).

Na autodeclaração, o informante é quem define a sua classificação. Atualmente, o sistema de classificação utilizado apresenta cinco categorias de cor ou raça: branca, preta, parda, amarela (pessoa que se declara de origem japonesa, chinesa, coreana etc.) e indígena (IBGE, 2022a). Assim, a população negra brasileira é definida como o conjunto de pessoas que se autodeclararam de cor preta e parda, conforme esse sistema de classificação (BRASIL, 2010). Essa definição é importante pois considera os aspectos subjetivos, como a cultura e a história de vida, da formação da identidade étnico-racial brasileira (OLIVEIRA, 2004).

Considerando essa definição, a maioria da população brasileira é formada por negros (56,1%, sendo 9,1% pretos e 47,0% pardos) (IBGE, 2021a). Como revelado pela avaliação de diferentes indicadores sociais e de saúde que passaram a ser divulgadas continuamente pelo IBGE, os negros encontram-se submetidos a uma série de iniquidades sociais e de saúde quando comparados aos brancos (IBGE, 2021b, 2022b). Assim, embora a população negra represente mais da metade da população, essa proporção não se repete em indicadores que refletem melhores condições de vida.

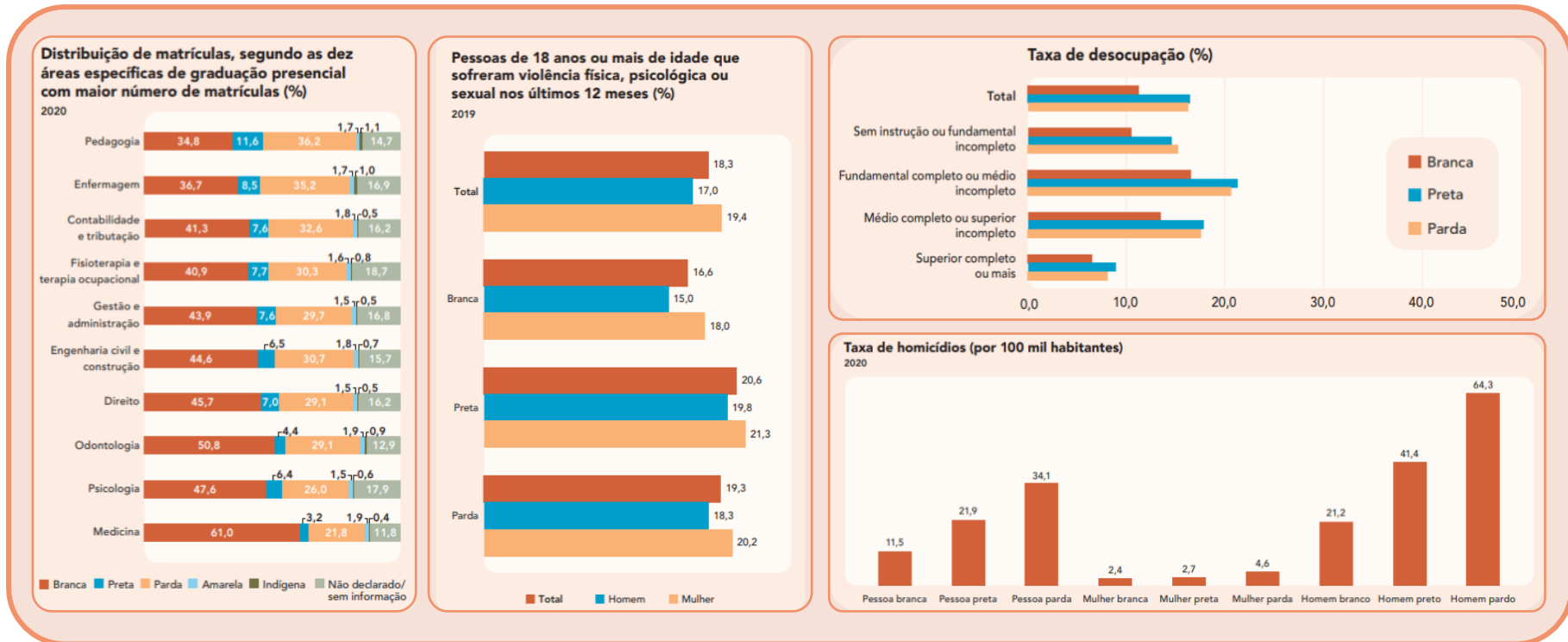
Dados do estudo *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil* (2ª edição), publicado este ano pelo IBGE, demonstram o acesso desigual da população negra (os resultados serão apresentados para pretos e pardos, como no estudo) a bens e serviços básicos necessários ao bem-estar, como o acesso à saúde, educação, condições de moradia, mercado de trabalho e renda; além da maior exposição dessa população à violência (IBGE, 2022b). As Figuras 4 e 5 apresentam um resumo dos principais resultados do estudo.

Figura 4 - Mercado de trabalho, renda, condições de moradia e violência por cor ou raça no Brasil.



Fonte: Adaptado de IBGE (2022b).

Figura 5 - Distribuição de matrículas em cursos de graduação por áreas específicas, taxa de desemprego (desocupação), violência (física, psicológica ou sexual) e taxa de homicídios por cor ou raça no Brasil.



Fonte: Adaptado de IBGE (2022b).

De acordo com o estudo, que considerou dados de diversas pesquisas realizadas pelo IBGE, como a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua e a POF, em 2021, o percentual de pretos e pardos pobres, tanto na linha da pobreza quanto na da extrema pobreza, foi quase o dobro do observado entre brancos. Enquanto 18,6% das pessoas brancas tinham rendimentos compatíveis com a linha da pobreza monetária (US\$ 5,50 diários) proposta pelo Banco Mundial, entre as pessoas pretas o percentual foi de 34,5% e, entre as pardas, 38,4%. Considerando os rendimentos de extrema pobreza (US\$ 1,90 diários), a diferença entre pessoas brancas e pessoas pretas e pardas foi mantida, com 5,0% das pessoas brancas apresentando rendimentos abaixo da linha, enquanto entre as pessoas pretas e pardas os percentuais foram, respectivamente, 9,0% e 11,4% (IBGE, 2022b).

Compatível com esse cenário, ao avaliar o mercado de trabalho, a taxa de desocupação foi maior entre pretos (16,5%) e pardos (16,2%) do que para pessoas brancas (11,3%). A informalidade também atinge mais os pretos e pardos, 43,3% e 47,0% respectivamente, do que os brancos (32,7%). Ao analisar a série histórica desses dois indicadores, o estudo aponta que, em todos os anos (desde 2012), tanto a taxa de desocupação quanto a ocupação informal foram superiores entre pessoas pretas e pardas em relação as pessoas brancas (IBGE, 2022b).

Em relação aos rendimentos do trabalho, a população negra também esteve em desvantagem. Em 2021, o rendimento médio mensal de pessoas ocupadas brancas (R\$ 3.099,00) foi cerca de 1,7 vezes superior ao de pretas (R\$ 1.764,00) e pardas (R\$ 1.814,00). Essa diferença relativa em favor das pessoas brancas ocorre desde o início da série histórica, em 2012 (IBGE, 2022b).

A análise do rendimento por hora trabalhada torna a percepção da desigualdade ainda mais nítida, com as pessoas brancas apresentando um rendimento médio de R\$ 19,00/hora, enquanto entre as pretas e pardas os valores foram, respectivamente, R\$ 10,90/hora e R\$ 11,30/hora. Embora os rendimentos tenham sido maiores entre as pessoas com maiores níveis de instrução, disparidades por cor ou raça também foram observadas. As pessoas brancas com ensino superior completo ou mais ganharam, em média, 50% a mais do que as de cor preta e 40% a mais do que as pardas com o mesmo nível de instrução. Ao avaliar a classe de rendimento mais elevada, somente 14,6% das pessoas em cargos gerenciais eram pretas ou pardas (vs. 84,4% de pessoas brancas) (IBGE, 2022b).

No que diz respeito ao acesso ao ensino superior, a proporção de brancos matriculados foi superior em 8 das 10 áreas avaliadas (graduação presencial com o maior número de

matrículas), com o número de matrículas de pretos e pardos superando o de brancos apenas nas áreas de Pedagogia e Enfermagem (IBGE, 2022b).

Quanto as condições de ocupação do domicílio, embora sem diferença no percentual de pessoas com domicílios próprios entre a população negra e branca, pretos e pardos apresentavam maior proporção de informalidade em relação à documentação dos imóveis (domicílios sem documentação da propriedade), além de residirem em domicílios menores e com menos acesso aos serviços de saneamento, como esgotamento por rede coletora, abastecimento de água e coleta de lixo (IBGE, 2022b).

A população negra também é mais atingida pela violência. De acordo com a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 20,6% das pessoas pretas e 19,3% das pardas, com idade superior a 18 anos, haviam sofrido algum tipo de violência (física, psicológica ou sexual) nos 12 meses anteriores à pesquisa, enquanto entre as brancas o percentual foi de 16,6%. O maior percentual de vítima de violência foi observado entre mulheres pretas (21,3%). Em relação a taxa de homicídios, as desigualdades são ainda mais intensas. Estima-se que, em 2020, as taxas de homicídio entre pretos e pardos foram quase o dobro e triplo, respectivamente, do que a observada entre pessoas brancas (IBGE, 2020c; IBGE, 2022b).

Desigualdades raciais também têm sido observadas no campo da saúde, com a população negra apresentando pior acesso aos serviços de saúde, maiores prevalências de doenças infecciosas e parasitárias negligenciadas, como a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), a tuberculose, a Leishmaniose visceral e a doença de Chagas; além de elevadas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis, como a hipertensão arterial sistêmica (BRASIL, 2017b).

As profundas iniquidades sociais e de saúde vivenciadas pela população negra são resultados de um processo histórico de exclusão social, que remota o período da escravidão no país, e que tem sido mantidas, até hoje, pelo racismo, em todas as suas dimensões (BARBOSA; AIQUOC; SOUZA, 2021; REIS, 2007; SCHWARCZ; GOMES, 2018). Nesse contexto de opressão histórica e racismo, há um grupo ainda mais vulnerável, os negros que formam as comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs), os quilombolas. Assim, visando contextualizar essas iniquidades, suas origens e sua manutenção, os tópicos a seguir abordarão, brevemente, a história da população negra no Brasil, da sua chegada forçada por meio da maior diáspora de pessoas negras para um país das Américas até a formação e manutenção das CRQs.

2.2.1 História de luta e resistência população negra no Brasil: da diáspora à abolição da escravidão

O período de escravidão nas Américas foi responsável por uma das maiores diásporas da população africana, a qual foi caracterizada pela migração forçada e violenta de homens, mulheres e crianças do continente africano, por meio do tráfico transatlântico de pessoas escravizadas, para colônias europeias nas Américas (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; BARBOSA; AIQUOC; SOUZA, 2021; REIS, 2007; SCHWARCZ; GOMES, 2018).

Esse tráfico transatlântico foi responsável pelo deslocamento de cerca de 11 milhões de africanos, durante o século XVI e meados do século XIX, sendo o Brasil (da colônia ao império) responsável pelo tráfico de aproximadamente 46% (quase 5 milhões) desse contingente populacional, durante os mais de três séculos de escravidão em terras brasileiras (ALENCASTRO, 2018). Estima-se que dois terços dos africanos escravizados que desembargaram no Brasil eram do sexo masculino, sendo três quartos de adultos. Por trás desses números, estão histórias de vida, famílias e tradições que foram devastadas pela violência desumana da escravidão (ALENCASTRO, 2018).

A escassez de comida e água eram comuns durante a travessia, a qual aliada às instalações insalubres das embarcações e aos maus tratos promoveram o adoecimento físico e mental de milhares de africanos, sendo comum as mortes por doenças infectocontagiosas, como malária, febre amarela, tifo e varíola; e os suicídios (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006b; ALENCASTRO, 2018; RODRIGUES, 2018). Os navios que transportavam os africanos escravizados eram chamados de tumbeiros, em alusão à tumba/sepultura. Estima-se que a taxa de mortalidade nesses navios durante as travessias foi entre 10 e 20%, o que representa o extermínio de mais de 1 milhão de africanos apenas durante cruzamento do Atlântico (ELTIS; BEHRENDT; RICHARDSON, 2000).

Além das mortes durante o transporte transatlântico, que durava entre 35 e 50 dias, a depender do destino final, muitos africanos escravizados morriam após o desembarque, em decorrência de doenças infecciosas e carências nutricionais. As condições subumanas do trabalho escravo, as torturas e castigos aos quais eram submetidos também levaram a morte de milhares de africanos durante o período de escravidão no Brasil. A alta taxa de mortalidade aliada à baixa natalidade e à baixa expectativa de vida dessa população impulsionaram ainda mais o tráfico (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006b; ALENCASTRO, 2018; RODRIGUES, 2018).

A historiografia brasileira aponta que os primeiros africanos escravizados foram trazidos, provavelmente das ilhas atlânticas portuguesas, para atuar nos engenhos de açúcar

(REIS, 2007). A escolha pelo transporte transatlântico dessa população em detrimento da mão de obra indígena, que também foi escravizada, deu-se por uma série de fatores, dentre os quais se destacam: declínio brutal da população nativa em decorrência das violências coloniais e de epidemias; fuga dos indígenas para o interior do território, o que aumentava os custos de captura e transporte de cativos até os engenhos e fazendas do litoral; experiência dos africanos com o trabalho em engenhos de açúcar em outras colônias portuguesas, o que garantia a execução de atividades especializadas dentro do processo produtivo, tais como, mestres de açúcar, tanoeiros e ferreiros; e, sobretudo, porque o apresamento dos indígenas era uma atividade exclusiva dos colonos, ou seja, não atendia ao interesse da Coroa portuguesa de estabelecer relações comerciais internacionais. Assim, além da finalidade escravista, o tráfico transatlântico apresentava um importante caráter mercantilista, constituindo-se na atividade mais lucrativa do período colonial, tanto para os traficantes quanto para a Coroa portuguesa (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; REIS, 2007).

Trazidos inicialmente para atender a economia açucareira, os africanos e seus descendentes tornaram-se a principal força de trabalho do período colonial e imperial, sendo exploradas em todos os setores da sociedade: produção de outros produtos de exportação como café, algodão e minérios; na agricultura de abastecimento interno; na criação de gado; nas pequenas manufaturas, como a produção de charque; no trabalho doméstico; e em uma diversidade de ocupações urbanas, como carregadores, tanto de mercadorias quanto de pessoas; transporte de dejetos; artesãos; sapateiros; costureiros e pedreiros. Embora as ocupações urbanas fossem muitas vezes realizadas “longe dos olhos dos seus proprietários”, não deixavam de ser realizadas na condição de pessoa escravizada (conhecidos como escravos de ganho), pois o que definia a condição de pessoa escravizada não era a atividade exercida e sim a condição de “mercadoria” humana (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; REIS, 2007).

Juridicamente, os africanos escravizados e seus descendentes nascidos em território brasileiro (chamados de criolos) eram considerados propriedades dos senhores, portanto, podiam ser vendidos, alugados, doados, emprestados ou trocados como qualquer mercadoria. Essas transações eram feitas em praça pública, com os escravizados expostos aos compradores como mercadorias humanas, em geral, organizados por idade, sexo e nacionalidade, e divulgadas em jornais, como demonstrado por documentos da Divisão de Manuscritos da Fundação Biblioteca Nacional. Nesses momentos, muitas famílias foram, mais uma vez, separadas (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL, 2003).

Além do trabalho desumano, as pessoas escravizadas eram submetidas a castigos físicos cruéis, abusos e torturas. Os castigos, tanto os executados pelas autoridades quanto os praticados pelos senhores, faziam parte do cotidiano e tinham o objetivo de controlar as ações das pessoas escravizadas e reafirmar o poder dos escravistas, sendo realizados em locais públicos para servir de exemplo. Além das imobilizações em troncos e dos açoites, outros instrumentos de tortura, com os colares de ferro e de madeira, eram utilizados com frequência (GRINBERG, 2018).

Esses castigos eram permitidos por lei. Do período colonial até o início do Império, foram regidos pelo livro V das Ordenações Filipinas, o qual regulava, além dos castigos, as ações consideradas criminosas e suas penas. Em meados do século XIX, passaram a ser regidos pelo Código Criminal (promulgado em 1830) e pelo Código do Processo Criminal (1832) (BANDECCHI, 1972; GRINBERG, 2018).

A violência da escravidão foi acompanhada de constante resistência pelos negros, sejam os trazidas da África ou seus descendentes. Assim, buscando superar a dominação do sistema escravocrata, a população negra adotou diversas maneiras de resistir as atrocidades desse sistema, que iam desde de formas sutis de resistência cotidiana às revoltas. Dentre as resistências cotidianas eram comuns: desobediência, lentidão na execução das tarefas e sabotagem da produção. Assassinatos, envenenamentos e suicídios também foram realizados. Com frequência, também ocorriam revoltas e insurreições, tanto individuais quanto coletivas, que colocavam em cheque a autoridade dos senhores. Portanto, seja por meio de movimentos pequenos, que tinham o objetivo de convencer os senhores a negociarem melhores condições de vida e trabalho, ou de movimentos grandes e planejados que lutavam pelo fim da escravidão, as revoltas foram um instrumento constante de perturbação da ordem vigente e causavam apreensão na sociedade escravista (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006c; REIS, 2007, 2018).

Desde a chegada dos primeiros tumbeiros à costa brasileira, as fugas, sejam individuais ou coletivas, também se apresentaram com uma estratégia importante e constante de resistência negra à escravidão (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006c; REIS, 2007). Os africanos escravizados que tinham sucesso nessa empreitada começaram a formar comunidades de fugitivos, as quais receberam diferentes denominações nas diversas sociedades escravistas das Américas, como palenques na Colômbia, cumbes na Venezuela e *marrons* na Jamaica, no Caribe inglês e no Sul dos Estados Unidos da América. No Brasil, essas comunidades foram inicialmente chamadas de “mocambos” e depois passaram a ser conhecidas como “quilombos”, palavra de origem africana (bantu) que significa “acampamento guerreiro na floresta” (GOMES, 2018).

Os quilombos constituíram-se em um dos mais importantes meios de resistência e luta por liberdade, sendo fundamentais para a sobrevivência e preservação da cultura, das crenças e práticas religiosas e da dignidade de africanos escravizados e seus descendentes (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006c; GOMES, 2018). Contudo, é importante destacar que a formação dos quilombos no Brasil não decorreu, exclusivamente, dos territórios surgidos a partir das fugas dos escravos. Muitos quilombos resultaram da compra das terras por negros libertos, da posse pacífica de terras abandonadas pelos proprietários em épocas de crise econômica e de terras doadas aos Santos, entre outros (SILVA; NASCIMENTO, 2012).

O maior e mais importante quilombo do Brasil, Quilombo dos Palmares, fazia jus ao significado da palavra quilombo, localizando-se em área geograficamente isolada. Contudo, nem todos os quilombos localizavam-se em locais de difícil acesso, muitos deles estabeleceram-se nos arredores dos engenhos, das fazendas, vilas e cidades (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006c; GOMES, 2018; REIS, 2007).

Localizado na capitania de Pernambuco, em território que hoje pertence ao estado de Alagoas, Palmares foi o maior quilombo das Américas. Chegando a alcançar uma população de aproximadamente 20 mil habitantes, apresentava-se dividido em inúmeros quilombos distribuídos ao longo da Serra da Barriga. Tendo como principal líder Zumbi dos Palmares, a comunidade resistiu por quase 100 anos (1597-1695) às tentativas de invasão e extermínio. Após mais de 60 anos de inúmeras expedições, Palmares foi destruído em 1695 e, no dia 20 de novembro do mesmo ano, Zumbi foi capturado e decapitado, tendo sua cabeça exposta em praça pública (praça principal de Recife) (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006c; GOMES, 2018).

Mesmo após a destruição do Quilombo dos Palmares, as fugas e a formação de quilombos continuaram a ser usadas como forma de organização da resistência negra. Nas últimas décadas que antecederam a abolição da escravidão, houve aumento expressivo do número de quilombos em todo o território brasileiro (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006c; GOMES, 2018; REIS, 2007).

O Brasil foi o último país do Ocidente a abolir a escravidão. E diferente da narrativa extensamente difundida, os negros, tanto escravizados quanto livres, participaram ativamente desse processo. O fim da escravidão no Brasil foi uma conquista coletiva, resultado da resistência histórica negra à opressão sofrida, da luta de diversos setores da sociedade e da pressão internacional (AFONSO, 2018; ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; FRAGA, 2018; REIS, 2007).

A pressão internacional, especialmente da Inglaterra, pela abolição da escravidão no Brasil deu-se por questões econômicas. Com a ascensão do capitalismo, que se consolidava na

Europa, a escravidão não interessava, pois as pessoas em situação de escravidão não recebiam salários e, portanto, não podiam consumir os produtos produzidos pelo mercado internacional (AFONSO, 2018; ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; FRAGA, 2018; REIS, 2007).

Em âmbito nacional, a campanha abolicionista foi o primeiro movimento social a ocorrer no Brasil. A participação da sociedade brasileira nos movimentos abolicionistas, por sua vez, ocorreu por três motivos distintos: 1) medo de que a crescente importação de africanos levasse a uma africanização do país; 2) receio da eclosão de grandes revoltas, como a que ocorrera no Haiti e que levou a destruição do sistema escravista naquela colônia francesa; e 3) os que defendiam a igualdade, inspirados pelo movimento iluminista e, portanto, condenavam a escravidão. Ainda no âmbito dos movimentos sociais, merece destaque o protagonismo do movimento de intelectuais negros, como Luís Gama, André Rebouças e José do Patrocínio (AFONSO, 2018; ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; FRAGA, 2018; REIS, 2007).

As críticas ao sistema escravocrata e os debates sobre o fim do tráfico intensificaram-se no início do século XIX, o que culminou com a proibição do tráfico transatlântico de pessoas escravizadas em 4 de setembro de 1850, através da lei nº 581. Contudo, mesmo após o fim do tráfico, o sistema escravocrata foi mantido por mais 38 anos (BANDECCHI, 1972).

Em 13 de maio de 1888, em meio a pressão dos movimentos abolicionistas nacionais e internacionais e das crescentes revoltas e fugas dos negros, o Parlamento aprovou e a princesa Isabel sancionou a Lei Imperial nº 3.353, mais conhecida como Lei Áurea, que declarava extinta a escravidão no Brasil (BANDECCHI, 1972).

Cabe destacar que a assinatura da Lei Áurea foi precedida pela promulgação paulatina de outras leis, que foram criadas com o intuito de atender aos movimentos abolicionistas, à resistência dos escravos e às pressões internacionais que exigiam o fim da escravidão (BANDECCHI, 1972). O Quadro 4 apresenta as leis que precederam a abolição da escravidão no Brasil.

Quadro 4 - Principais legislações que precederam a assinatura da Lei Áurea e visavam atender aos movimentos abolicionistas, à resistência dos escravos e às pressões internacionais que exigiam o fim da escravidão.

Legislação	Determinação
Carta Régia de 31 de janeiro de 1701	Mandava dar sábado livre aos escravos
Código Criminal de 1830, artigo 179	Impunha pena de 3 a 9 anos e multa a quem reduzisse à escravidão a pessoa livre que se achasse na posse de sua liberdade

Legislação	Determinação
Portaria de 31 de maio de 1831	Manda processar, com aplicação do inciso supra citado, quem introduzisse africanos como escravos, no Brasil
Lei de 7 de novembro de 1831	Estabelece que todos os escravos que entrassem no território brasileiro ou portos do Brasil, vindos de fora ficavam livres, excetuando-se os escravos matriculados no serviço de embarcações pertencentes a países, onde a escravidão era permitida, enquanto empregados nos serviços das mesmas embarcações e os que fugissem do território, ou embarcação estrangeira, os quais seriam entregues aos senhores que os reclamassem, e exportados para fora do Brasil
Lei nº 581, de 4 de setembro de 1850	Estabelece medidas para a repressão do tráfico negreiro no Império do Brasil e impõe penas aos contrabandistas.
Lei de 5 de julho de 1854	Autoriza uma perseguição mais decisiva aos traficantes de escravos
Decreto nº 1.303, de 28 de dezembro de 1853	Declara que os africanos livres, cujos serviços foram arrendados por particulares, ficam emancipados depois de quatorze anos, quando o requeriam, e providencia sobre o destino dos mesmos africanos
Lei nº 731 de 5 de junho de 1854	Declara competência dos auditores da Marinha para processar e julgar os réus mencionados no artigo 3º da lei nº 581, de 4 de setembro de 1850, e os casos em que devem ser impostas pelos mesmos auditores as penas de tentativa de importação de escravos
Avisos de 21 de setembro de 1863	Estabelece que os escravos libertados em testamento estão sujeitos à restituição do excesso por meio de arrematação dos serviços.
Decreto nº 3.310, de 24 de setembro de 1864	Concede emancipação a todos os africanos livres existentes no Império do Brasil
Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871	Conhecida como Lei do Ventre Livre, declara a condição livre os filhos de mulher escrava que nascerem desde a data da lei, libertos os escravos da Nação e outros, e providencia sobre a criação e tratamento daqueles filhos menores, e sobre a libertação anual dos escravos
Decreto nº 4.835, de dezembro de 1871	Aprova o Regulamento para a matrícula especial dos escravos e dos filhos de mulher escrava, conforme o disposto no artigo 8º da Lei nº 2.040, de 28 de setembro de 1871
Decreto nº 4960, de 8 de maio de 1872	Altera o regulamento aprovado pelo Decreto nº 4.835, de 1º de dezembro de 1871, na parte relativa à matrícula dos filhos livres de mulher escrava
Decreto nº 5.135, de 13 de novembro de 1872,	Aprova o regulamento geral para a execução da Lei 2.040, de 28 de setembro de 1871
Lei nº 3.270, de 28 de setembro de 1885	Conhecida como Lei do Sexagenário, regula a extinção gradual do elemento servil e declara livres os escravos maiores de 60 anos
Decreto nº 9.517, de 14 de novembro de 1885	Aprova o regulamento para a execução da Lei nº 3.270, de 28 de setembro de 1885

Fonte: BANDECCHI, 1972.

Embora, juridicamente, a abolição da escravidão no Brasil tenha ocorrido em 1888, a ausência de políticas públicas para inserção social, econômica e política dos negros libertos não permitiu que essa liberdade fosse exercida com dignidade. Além da ausência de ações por parte do Estado, o período pós-abolição também mostrou que a sociedade brasileira não considerava os negros dignos de liberdade e discriminava suas tradições. Essas ações (ou a falta delas) intensificaram as desigualdades raciais existentes no país e estão presentes até os dias atuais (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; FRAGA, 2018; IBGE, 2022b; REIS, 2007).

Como descrito por Albuquerque e Filho (2006), para além de um sistema econômico responsável pelo genocídio de milhares de africanos, a escravidão criou uma das mais perversas formas de opressão, o racismo:

A escravidão foi muito mais do que um sistema econômico. Ela moldou condutas, definiu desigualdades sociais e raciais, forjou sentimentos, valores e etiquetas de mando e obediência. A partir dela instituíram-se os lugares que os indivíduos deveriam ocupar na sociedade, quem mandava e quem devia obedecer. Os cativos representavam o grupo mais oprimido da sociedade, pois eram impossibilitados legalmente de firmar contratos, dispor de suas vidas e possuir bens, testemunhar em processos judiciais contra pessoas livres, escolher trabalho e empregador. Por isso, pode-se caracterizar o Brasil colonial e imperial como uma sociedade escravista, e não apenas uma que possuía escravos. Podemos dizer também sociedade racista, na medida em que negros e mestiços, escravos, libertos e livres, eram tratados como “inferiores” aos brancos europeus ou nascidos no Brasil. Assim, ao se criar o escravismo estava-se também criando simultaneamente o racismo. Dito de outra forma, a escravidão foi montada para a exploração econômica, ou de classe, mas ao mesmo tempo ela criou a opressão racial. (p. 66-68)

Esse panorama exigiu que a população negra, agora livre, desenvolvesse novos mecanismos de sobrevivência, combate ao racismo em todas as suas dimensões e preservação da sua cultura, o que incluiu a manutenção dos quilombos e o associativismo negro, que até hoje lutam contra o perverso legado de iniquidades sociais e discriminação racial deixado pela escravidão, reivindicando por direitos e cidadania (ALBUQUERQUE; FILHO, 2006a; SCHWARCZ; GOMES, 2018).

2.3 POPULAÇÃO QUILOMBOLA NO BRASIL

2.3.1 Dos quilombos aos seus remanescentes

Como já mencionado, após a abolição formal da escravidão em 1888, o Estado brasileiro não desenvolveu nenhuma política de inclusão da população negra na sociedade. Em situação de total vulnerabilidade social e tendo que conviver em uma sociedade que a marginalizava, a população negra foi abandonada à própria sorte (SCHWARCZ; GOMES, 2018).

Neste cenário, os quilombos continuaram a ser uma das mais importantes formas de resistência coletiva dessa população. Além dos quilombos formados durante o período de escravidão, por escravizados fugitivos, outros foram formados no período pós-abolição para garantir a sobrevivência dos recém libertos e manter preservada a cultura, as crenças e as tradições desse contingente populacional (GOMES, 2018). Essas comunidades são hoje denominadas de comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) e se encontram distribuídas por todas as regiões do país (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020).

Desde a sua formação até os dias atuais, os quilombos são símbolos de organização social e resistência negra. Do ponto de vista legal, o termo quilombo esteve presente na legislação tanto no período colonial quanto no imperial, durante os quais, de acordo com o Conselho Ultramarino de 1741, era considerado um agrupamento ilegal de negros escravizados fugitivos, sendo sua formação um crime (GOMES, 2018). Após a abolição da escravidão, e reforçando o processo de invisibilização da população negra, o termo desapareceu da legislação brasileira e só reapareceu 100 anos depois, já no período republicano, na Constituição Federal (CF) de 1988, no artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias: "Aos remanescentes das comunidades dos quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos" (BRASIL, 1988a).

Além do reconhecimento do direito à terra, a CF de 1988 também reconhece, no seu artigo 19, as "sociedades negras, clubes e outras formas de manifestação coletiva da população negra, com trajetória histórica comprovada, como patrimônio histórico e cultural", além de assegurar, em seu artigo 20 "aos remanescentes das comunidades dos quilombos, o direito à preservação de seus usos, costumes, tradições e manifestos religiosos sob a proteção do Estado" (BRASIL, 1988a).

Portanto, apenas após a promulgação da CF de 1988, vigente até os dias atuais, que as comunidades quilombolas, agora na categoria de remanescentes, tiveram sua existência e seus direitos reconhecidos pelo Estado brasileiro. Embora a inclusão desse aparato legal tenha objetivado contribuir com a reparação da dívida histórica do estado brasileiro com a população negra garantindo-lhe o direito à terra, a efetivação desse direito ainda não é uma realidade. Após a promulgação da Constituição de 1988, outros aparatos legais surgiram com o objetivo de contribuir para o seu cumprimento. Os dispositivos legais vigentes que asseguram os direitos dos quilombolas estão descritos no Quadro 5.

No mesmo ano da promulgação da Constituição de 1988, foi criada a primeira instituição pública brasileira com o objetivo de promover e preservar a arte e cultura afro-brasileira, a Fundação Cultural Palmares (FCP) (BRASIL, 1988b). Contudo, foi somente em

1995, após a realização do 1º Encontro Nacional das Comunidades Quilombolas e a criação da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (Conaq), que o Governo brasileiro passou a identificar as comunidades quilombolas e iniciar o processo de legalização da posse das terras ocupadas pelos descendentes dos quilombolas (CONAQ, 2022). Em 20 de novembro do mesmo ano, o Quilombo Boa Vista, localizado em Oriximiná, Pará, recebeu o título de propriedade de suas terras do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), sendo a primeira CRQ titulada no Brasil (INCRA, 1995).

Quadro 5 - Dispositivos legais vigentes que asseguram os direitos dos quilombolas no Brasil.

Legislação	Disposições
Constituição Federal de 1988 Decreto	Artigos 215 e 216 da Constituição Federal – Direito à preservação de sua própria cultura. Artigo 68 do ADCT – Direito à propriedade das terras de comunidades remanescentes de quilombos
Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003	Trata da regularização fundiária de terras de quilombos e define as responsabilidades dos órgãos governamentais
Convenção 169 da OIT – Decreto nº 5.051 de 19 de abril de 2004	Direito à autodeterminação de Povos e Comunidades Tradicionais
Decreto nº 6.040, de 07 de fevereiro de 2007	Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais
Decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007	Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola
Portaria Fundação Cultural Palmares, nº 98 de 26 de novembro de 2007	Institui o Cadastro Geral de Remanescentes das Comunidades dos Quilombos da Fundação Cultural Palmares, também autodenominadas Terras de Preto, Comunidades Negras, Mocambos, Quilombos, dentre outras denominações congêneres
Instrução Normativa INCRA nº 57, de 20 de outubro de 2009	Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação, desintrusão, titulação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos
Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010	Estatuto da Igualdade Racial

Fonte: Adaptado de SEPPIR, 2013.

Em 2001, o então presidente Fernando Henrique editou o Decreto nº 3.912 que regulamentava o procedimento para titulação das terras de quilombo (BRASIL, 2001). No entanto, ao invés de contribuir com o processo de titulação, o decreto apresentou-se como um entrave à efetivação do direito reconhecido pela Constituição Federal, ao restringir o alcance do Artigo 68 da ADCT. O ponto mais polêmico diz respeito ao parágrafo único do artigo 1º que determina que “somente pode ser reconhecida a propriedade sobre as terras que: I - eram

ocupadas por quilombos no ano de 1888; e II - estavam ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos em 5 de outubro de 1988”. Além de não apresentar respaldo no texto constitucional, o decreto desconsiderava: 1) como mostra a história, as terras em questão também foram ocupadas após a abolição pelos negros, agora livres; 2) seja por conflitos com latifundiários ou outras questões como a especulação imobiliária, muitos quilombolas poderiam não estar ocupando suas terras em 1888 ou 1998. Portanto, o referido decreto foi considerado uma tentativa explícita de enfraquecimento do direito à terra garantido aos quilombolas pela CF, tanto que, durante sua vigência, nenhuma comunidade quilombola foi regularizada (OLIVEIRA, 2001).

Apesar do termo CRQs ser citado desde a CF de 1988, apenas em 2003, durante o primeiro mandato do presidente Luís Inácio Lula da Silva, que as CRQs foram juridicamente definidas, por meio do decreto presidencial 4.887 de 20 de novembro de 2003. Esse Decreto regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades de quilombos e define, em seu artigo 2º, as CRQs como “os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”. Além disso, determina a FCP como responsável pela certificação das CRQs. A certificação é fundamental para o reconhecimento os direitos das comunidades e se constitui no primeiro passo para o processo de titulação da terra que, conforme o Decreto, é de competência do INCRA (BRASIL, 2003).

Com a emissão desse Decreto e a criação da Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial da Presidência da República (SEPPIR), o Estado brasileiro começou a estruturar-se para responder as demandas relacionadas à demarcação de terras quilombolas. Essas medidas impulsionaram a criação e implementação de políticas públicas direcionadas aos quilombolas, sendo marcos importantes no combate as iniquidades resultantes das desigualdades raciais (BRASIL, 2018; SEPPIR, 2013).

Ainda durante o governo Lula, em 2004 e 2007, foram criados o Programa Brasil Quilombola (PBQ) e Agenda Social Quilombola (ASQ) no âmbito do PBQ, respectivamente. A proposta do PBQ é de atuar dentro de uma gestão descentralizada, democrática e transversal, agrupando ações e políticas que, embora universais, sejam adequadas às necessidades das comunidades quilombolas para promoção da qualidade de vida nessas localidades. A ASQ, por sua vez, surge com a finalidade de organizar e efetivar as estratégias e os instrumentos políticos que orientam o PBQ (BRASIL, 2007a; SEPPIR, 2013).

Assim, visando garantir aos quilombolas a melhoria das condições de vida e a ampliação do acesso a bens e serviços públicos, as ações da ASQ foram agrupadas em quatro eixos, os quais estão descritos no Quadro 6.

Quadro 6 - Eixos da Agenda Social Quilombola.

Eixo	Definição
Eixo 1: Acesso à terra	Execução e acompanhamento dos trâmites necessários para a regularização fundiária das áreas de quilombo, que constituem título coletivo de posse das terras tradicionalmente ocupadas. O processo se inicia com a certificação das comunidades e se encerra na titulação, que é a base para a implementação de alternativas de desenvolvimento para as comunidades, além de garantir a sua reprodução física, social e cultural
Eixo 2: Infraestrutura e qualidade de vida	Consolidação de mecanismos efetivos para destinação de obras de infraestrutura (habitação, saneamento, eletrificação, comunicação e vias de acesso) e construção de equipamentos sociais destinados a atender as demandas, notadamente as de saúde, educação e assistência social
Eixo 3: Inclusão produtiva e desenvolvimento local	Apoio ao desenvolvimento produtivo local e autonomia econômica, baseado na identidade cultural e nos recursos naturais presentes no território, visando a sustentabilidade ambiental, social, cultural, econômica e política das comunidades;
Eixo 4: Direitos e cidadania	Fomento de iniciativas de garantia de direitos promovidas por diferentes órgãos públicos e organizações da sociedade civil, estimulando a participação ativa dos representantes quilombolas nos espaços coletivos de controle e participação social, como os conselhos e fóruns locais e nacionais de políticas públicas, de modo a promover o acesso das comunidades ao conjunto das ações definidas pelo governo e seu envolvimento no monitoramento daquelas que são implementadas em cada município onde houver comunidades remanescentes de quilombos

Fonte: SEPPIR, 2013.

Contudo, Souza (2008) destaca que, embora políticas públicas específicas para as CRQs sejam fundamentais para garantia dos direitos dessa população, para serem efetivas, é necessário que elas tenham uma interface com a história e a cultura dessas comunidades, ao invés de simplesmente adotarem um perfil genérico voltado para questões socioeconômicas e de saúde (SOUZA, 2008).

Entre a criação do PBQ e da ASQ, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou, em 2006, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que visa garantir a

efetivação do direito à saúde da população negra em relação a promoção, prevenção e tratamento dos agravos transmissíveis e não transmissíveis (BRASIL, 2017a).

Ao longo da história, as legislações que de fato contribuíram para a defesa dessas comunidades sofreram fortes ataques, como a Ação Direta de Inconstitucionalidade n.º 3239 de 2004, de autoria do Partido Democratas, contra o Decreto 4.887/2003. Ao questionar a constitucionalidade do Decreto, essa ação trouxe de volta ao debate a temporalidade como requisito ao direito à terra, conhecida como tese do “marco temporal”. Após tramitar no Supremo Tribunal Federal (STF) por 14 anos, em 8 de fevereiro de 2018, a ação foi julgada e o Decreto foi considerado constitucional, retirando, em definitivo, a possibilidade de utilização do marco temporal para concessão de posse da terra aos quilombolas (STF, 2018).

Atualmente, os procedimentos para demarcação e titulação das terras quilombolas são estabelecidos pela Instrução Normativa nº 57 de 20 de outubro de 2009 do INCRA (INCRA, 2009). A extensão e burocracia desses procedimentos tem conferido lentidão ao processo de titulação, resultando em um número extremamente reduzido de titulações ao longo dos anos (ABRAJI, 2021; FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). O passo a passo desse processo é apresentado na Figura 6.

2.3.2 Comunidades remanescentes dos quilombos

Os dados mais recentes da FCP apontam que, até 15 de novembro de 2020, o Brasil tinha 3.525 CRQs distribuídas em 24 Unidades da Federação (as exceções são Acre, Distrito Federal e Roraima), das quais apenas 2.862 são certificadas pela Fundação (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). O Quadro 7 apresenta a distribuição dessas comunidades, certificadas e não certificadas, por região do país. Como pode ser observado no referido quadro, quase dois terços dessas comunidades localizam-se na região Nordeste do país.

Com quase 20% das comunidades quilombolas ainda sem certificação, o cenário é muito pior quando se trata de comunidades tituladas. Considerando o universo de 3.525, apenas 5,8% (n=205) do total de comunidades existentes possuem a titularidade da terra. Segundo o Observatório Terras Quilombolas da Comissão Pró-Índio de São Paulo (CPISP), dessas 205 titulações, 159 foram realizadas por governos estaduais, 41 pelo governo federal, 4 por governos estaduais e pelo governo federal e 1 por governo municipal (CPISP, 2022a).

Quadro 7 - Quantidade de comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) por região do Brasil, segundo a presença e a ausência de certificação pela Fundação Cultural Palmares (FCP).

Região	CRQs certificadas	CRQs não certificadas
Norte	300	369
Nordeste	1743	2219
Centro-Oeste	151	169
Sudeste	477	575
Sul	191	193

Fonte: Adaptado de FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020.

O cenário atual não permite otimismo quanto ao avanço nos processos de titulações. Assim que assumiu o Governo, o atual presidente da República, Jair Bolsonaro, vinculou o INCRA ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, por meio da Medida Provisória 870 de 1 de janeiro de 2019 e posteriormente do Decreto 9.667 de 2 de janeiro de 2019, portanto, delegando ao Ministério a competência para regularização fundiária das terras Quilombolas. A medida foi duramente criticada por organizações da sociedade civil e dos movimentos negros e quilombolas, que denunciaram o fato da ministra escolhida para a pasta, deputada Tereza Cristina, ser ligada ao setor do Agronegócio, que é tradicionalmente contrário à titulação de terras para povos tradicionais (ABRAJI, 2021; SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2019).

De acordo com estudo publicado pelo Projeto Achados e Perdidos, uma iniciativa da Associação Brasileira de Jornalismo Investigativo (Abraji) e da Transparência Brasil, o governo Bolsonaro apresentou o menor número de certificações desde 2003 (ano da publicação do Decreto 4.887) (Quadro 8). Quanto as titulações, no biênio de 2019-2020, o atual governo concedeu apenas 3 (ABRAJI, 2021). Este cenário é compatível com os posicionamentos do atual presidente que, ainda durante a campanha eleitoral, expôs seu completo desprezo pelos direitos dos povos tradicionais e, em discurso feito para apoiadores, prometeu que “se chegasse ao Palácio do Planalto, não demarcaria nem um centímetro a mais de terras indígenas ou quilombolas” (ABRAJI, 2021).

Quadro 8 - Quantidade de comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) certificadas por Governo.

Governo	Número de certificações
Lula (2003-2010)	1411
Dilma (2011-2016)	835
Temer (2016-2018)	452
Bolsonaro (2019-2021)	105

Fonte: Adaptado de ABRAJI, 2021.

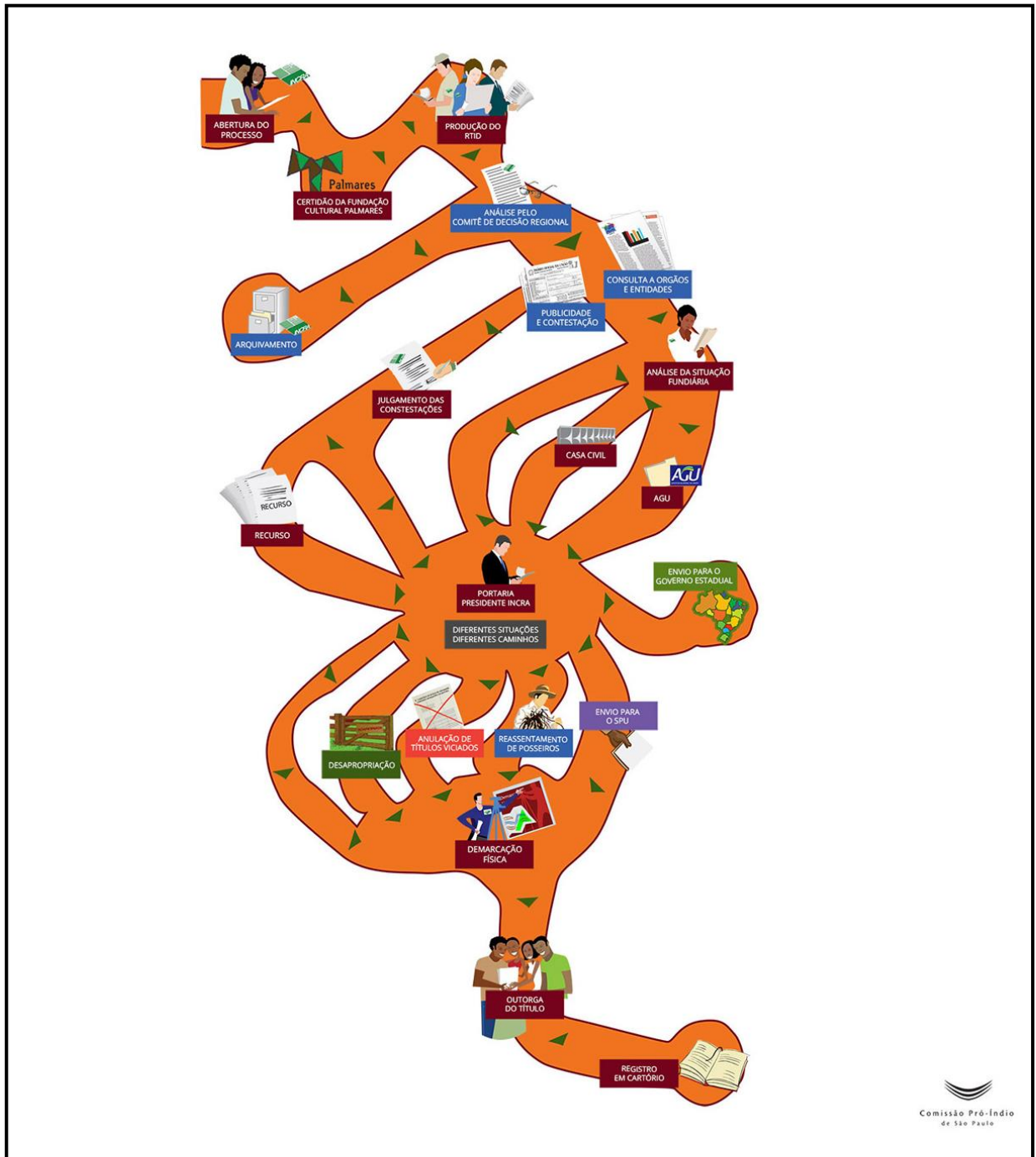
O reconhecimento da comunidade como CRQ, por meio da sua certificação, é o primeiro passo para o resgate dos direitos dessa população, pois permite a implementação de ações e programas do governo, a exemplo do Programa Brasil Quilombola, destinados a melhorar as condições de vida dessa população. No outro extremo desse percurso, encontra-se o direito à terra (BRASIL, 2007a, 2018; SEPPPIR, 2013). Como exposto, a titulação das terras quilombolas permanece um grande desafio e a morosidade do processo contribui para a manutenção das iniquidades existentes nessas comunidades.

Assim, ao avaliar a relação entre as comunidades quilombolas, racismo ambiental e conflitos territoriais a partir dos dados Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional de Comunidades Quilombolas Tituladas, Silva pontuou que:

O grau de importância da titulação territorial pode ser avaliado tanto pelos entraves à sua efetivação quanto pela ótica do seu significado para as comunidades quilombolas. O território é fundamental para a reprodução física, social e cultural das comunidades. Nesse sentido, vai além da dimensão da terra como espaço físico e geográfico, mas consiste na base mantenedora da historicidade, coesão e existência das gerações atuais e futuras. (SILVA et al., 2014, p.157)

A análise dos principais resultados da Pesquisa de Avaliação da Situação de Segurança Alimentar e Nutricional de Comunidades Quilombolas Tituladas (PINTO et al., 2014), que avaliou, em 2011, 169 CRQs tituladas, demonstra que as CRQs tituladas ainda sofrem com iniquidades vistas em comunidades que não possuem a titulação, como prevalências elevadas de insegurança alimentar e nutricional. Esse cenário expõe que “a regularização fundiária, com seus aspectos relativos à emissão de títulos, não significa o fim, mas o início da construção da cidadania diferenciada dos quilombolas” (PINTO et al., 2014, p.12), sendo essencial a continuidade e/ou efetivação das ações e programas destinados a essas comunidades no período pós-titulação.

Figura 6 - Passo a passo do processo de titulação de território de comunidades remanescentes dos quilombos.



Fonte: CPISP, 2022b.

2.3.3 Alagoas e suas comunidades remanescentes dos quilombos

Alagoas é a terceira menor Unidade Federativa do país, ficando à frente apenas de Sergipe e do Distrito Federal. De acordo com estimativas baseadas no Censo de 2010 (dados Censo de 2022 ainda não estão disponíveis), em 2021, o estado apresentava uma população estimada de 3.365.351 habitantes. No que concerne à economia, ainda de acordo com o último Censo, Alagoas apresentava o pior Índice de Desenvolvimento Humano do país (IDH=0,631) em 2010 e, em estimativas para 2021, ocupava o penúltimo lugar em relação ao rendimento nominal mensal domiciliar per capita (R\$ 777,00 vs. R\$2.513,00 do Distrito Federal, primeiro colocado no ranking) (IBGE, 2021c).

Dados da PNAD reforçam essas estimativas, ao apontar que, em 2021, o rendimento médio mensal dos alagoanos (R\$1.620,00) foi uma vez e meia menor do que o nacional (R\$ 2.476,00). A análise estratificada por cor ou raça evidencia a maior vulnerabilidade dos pretos (R\$ 1.392,00) e pardos alagoanos (R\$ 1.477,00), que apresentaram um rendimento médio mensal cerca de uma vez e meia menor quando comparado ao rendimento da população branca (R\$ 2.028,00).

Berço do maior quilombo do período colonial brasileiro, Palmares, atualmente o estado de Alagoas conta com 71 CRQs certificadas pela FCP. Dessas 71 comunidades, apenas uma é titulada, a Comunidade de Tabacaria, localizada no município de Palmeira dos Índios, que recebeu a titulação em 2016. As CRQs alagoanas estão distribuídas em 35 dos 102 municípios do estado, localizados do Agreste ao Sertão do estado (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020, 2022). A distribuição geográfica das CRQs do de Alagoas é demonstrada na Figura 7.

Assim, no contexto do estado com pior perfil econômico do país, preocupação especial deve ser dirigida as suas CRQs, pois, em virtude dos processos históricos de opressão e exclusão social aos quais foram e continuam submetidas, se encontram em situação de vulnerabilidade social ainda mais intensa que a da população geral do estado, como será apresentado a seguir (ALAGOAS, 2015; IBGE, 2021c).

Figura 7 - Distribuição geográfica das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas.



Legenda:

Alto Sertão	Médio Sertão	Planalto da Borborema	Agreste	Baixo do São Francisco	Tabuleiros do Sul	Metropolitana	Serrana dos Quilombos	Norte
-------------	--------------	-----------------------	---------	------------------------	-------------------	---------------	-----------------------	-------

Fonte: Adaptado de ITERAL, 2022.

2.3.3.1 Condições socioeconômicas, de nutrição e saúde de mulheres e crianças quilombolas de Alagoas

Segundo registro da Secretaria da Mulher, da Cidadania e dos Direitos Humanos do Estado de Alagoas, em 2007, o estado de Alagoas contava com 42 CRQs, sobre as quais não se dispunha de qualquer informação sobre as condições de nutrição e saúde de suas respectivas populações. Visando contribuir com o preenchimento dessa lacuna, em 2008, o Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), coordenado pelo professor Haroldo da Silva Ferreira, conduziu o projeto denominado “Diagnóstico de nutrição e saúde da população remanescente dos quilombos do estado de Alagoas” (I Diagnóstico Quilombola) (XAVIER JÚNIOR, 2009).

Embora os dados oficiais tenham apontado a existência de 42 CRQs alagoanas, durante a execução dos trabalhos de campo, apenas 39 foram identificadas. Dois motivos foram responsáveis por essa discrepância: 1) uma única comunidade estava sendo considerada e nominada como se fosse duas; e 2) uma comunidade referida como quilombola não se autorreconhecia como tal (Comunidade Oitero, localizada no município de Penedo) (XAVIER JÚNIOR, 2009).

A coleta dos dados do referido inquérito ocorreu por meio de visitas domiciliares, de julho a novembro de 2008, utilizando-se formulário pré-testados em estudo piloto. Foram obtidas variáveis demográficas, socioeconômicas, relacionadas à saúde e nutrição de todos os indivíduos pertencentes ao grupo materno-infantil residentes nas 39 comunidades existentes no estado. Portanto, foram elegíveis para a pesquisa todas as mulheres de 18 a < 60 anos e crianças menores de 5 anos. Além das entrevistas, mensurações antropométricas das mulheres e crianças, aferições da pressão arterial das mulheres e dosagem de hemoglobina de crianças, utilizando hemoglobímetro portáteis, também foram obtidas na ocasião da visita (FERREIRA et al., 2011, 2013a).

Em 2008, a população quilombola alagoana encontrava-se inserida num contexto de intensa vulnerabilidade social. A maioria das famílias pertencia ao mais baixo estrato econômico (classe econômica E) e estava submetida a precárias condições de moradia e sanitárias, sobretudo no que diz respeito à água utilizada para consumo humano e ao esgotamento sanitário. Em domicílios com crianças menores de 5 anos, 75,9% dos chefes de família tinham quatro anos ou menos de estudo. A maioria das mulheres (52,7%) também apresentavam baixa escolaridade (≤ 3 anos de estudo), sendo essa prevalência superior a observada em mulheres não quilombolas (33,2%; $p < 0,001$). Condizente com essa realidade, 76,0% das famílias com crianças menores de 5 anos recebia o Programa Bolsa Família (PBF), programa de transferência condicionada de renda do Governo Federal destinado a famílias em situação pobreza e extrema pobreza (FERREIRA et al., 2011, 2013a).

Os principais resultados referentes ao estado nutricional e de saúde de mulheres e crianças quilombolas encontram-se descritos no Quadro 9. Entre as mulheres, destacam-se elevadas prevalências de excesso de peso, obesidade abdominal, razão cintura estatura (RCEst) elevada, razão cintura quadril (RCQ) elevada e HAS, sendo superiores as observadas em mulheres não quilombolas do estado (FERREIRA et al., 2013a). Adicionalmente, quase dois terços (65,3%) das mães de crianças menores de 5 anos apresentaram elevada prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) (NEIVA; MIRANDA; FERREIRA, 2010).

Segundo Ferreira et al. (2017), o excesso de peso observado entre as mulheres quilombolas parece ter relação com o “fenótipo econômico” induzido pela desnutrição no início da vida e não com a ingestão energética excessiva. Em relação à HAS, Padilha et al. (2017) observaram que os melhores preditores antropométricos para essa condição, em mulheres quilombolas, foram: razão cintura-quadril; razão cintura-estatura e percentual de gordura corporal (calculado a partir da mensuração de dobras cutâneas).

Quanto as crianças, a anemia foi o principal agravo nutricional identificado, com 52,7% das crianças sendo afetadas. Constituindo-se em um grave problema de saúde pública, a anemia acometeu de forma intensa tanto as crianças com déficit estatural quanto com sobrepeso. Em relação ao estado nutricional antropométrico, os desvios mais prevalentes foram os extremos antropométricos: déficit estatural (11,5%), indicativo de desnutrição crônica, e o sobrepeso (7,1%) (FERREIRA et al., 2011).

Ainda, Ferreira et al. (2013b) observaram que entre crianças expostas a grande vulnerabilidade social, como as crianças das comunidades quilombolas, o aleitamento materno exclusivo por ≥ 4 meses diminuiu o risco de déficit de perímetro cefálico.

No que diz respeito ao consumo alimentar de crianças quilombolas de 12 a 60 meses, observou-se que essas crianças apresentavam uma ingestão média de energia inferior as necessidades estimadas, além de um padrão alimentar monótono e uma considerável prevalência de inadequação na ingestão de diversos micronutrientes (LEITE et al., 2013).

Em 2012, Ferreira e Torres (2015) decidiram comparar a situação de saúde de mulheres e crianças de uma CRQ alagoana (Comunidade Bom Despacho, localizada em Passo do Camaragibe) antes e após a sua certificação pela FCP. Para isso, foram utilizados os dados pré-certificação obtidos no I Diagnóstico Quilombola e realizada uma nova pesquisa para obtenção dos dados após a certificação que ocorreu em 2009. Os autores concluíram que, o reconhecimento oficial da comunidade garantiu a implementação e/ou expansão do acesso a programas governamentais, como o PBF, e a evolução favorável de diversos indicadores socioeconômicos e de saúde, tais como, maior acesso das mulheres ao pré-natal, maior proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e menor prevalência de anemia. Contudo, a evolução desfavorável de outros indicadores, como o aumento no número de casos de diarreia em crianças e de mulheres com percentual de gordura corporal elevado, e a manutenção de problemas importantes, como o déficit estatural e o sobrepeso em crianças demonstram que mais investimentos são necessários para a melhoria do padrão de saúde na comunidade (FERREIRA; TORRES, 2015).

Seis anos após a realização do I Diagnóstico Quilombola, dados da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR), demonstraram que as CRQs alagoanas continuavam expostas à intensa vulnerabilidade social, observada por condições de infraestrutura precárias e renda familiar *per capita* compatível com a extrema pobreza (ALAGOAS, 2015).

Quadro 9 - Condições de nutrição e saúde de mulheres e crianças quilombolas de Alagoas de acordo com dados do I Diagnóstico Quilombola, 2008.

Autores	Objetivo	Amostra	Resultados
Lamenha, Soares e Ferreira (2009)	Caracterizar o estado nutricional antropométrico, anemia e sinais clínicos característicos das patologias nutricionais em crianças menores de 5 anos residentes em comunidades remanescentes dos quilombos do Estado de Alagoas	1114 crianças menores de 5 anos	<p>Déficit estatural (A/I: escore $z < -2$): 9,5%</p> <p>Baixo peso (P/I: escore $z < -2$): 2,6%</p> <p>Magreza (P/A: escore $z < -2$): 1,4%</p> <p>Anemia (Hb: $< 11,0$ g/dL): 52,7%</p> <p>Sinais clínicos encontrados com maior frequência foram: palidez (61,6%), cáries (38,2%), cabelos sem brilho (26,9%), xerose cutânea (26,7%) e presença de processos infecciosos (22,3%)</p>
Neiva, Miranda e Ferreira (2010)	Investigar a existência de associação entre o Transtorno Mental Comum (TMC) materno e o estado nutricional infantil	596 crianças de 6 a 60 meses de idade e suas respectivas mães	<p>TMC (SRQ-20 ≥ 6) em mães: 65,3%</p> <p>Desnutrição crônica (A/I: escore $z < -2$) em crianças: 10,2% (9,8% em mães com TMC vs. 11,1% mães sem TMC; $p=0,88$)</p> <p>Sobrepeso/obesidade (P/A: escore $z \geq 2$) em crianças: 8,2% (8,0% em mães com TMC vs. 8,7% mães sem TMC; $p=0,92$)</p> <p>Não houve associação entre TMC materno e estado nutricional infantil</p>

Autores	Objetivo	Amostra	Resultados
			<p>Fatores associados ao déficit estatural: maior número de filhos, presença de anemia e baixa estatura da mãe</p> <p>Fator associado ao sobrepeso/obesidade: déficit estatural materno</p>
Ferreira et al. (2011)	Descrever as condições de nutrição e saúde das crianças de 6 a 59 meses de 39 comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas.	973 crianças de 6 a 59 meses de 39 CRQs	<p>Déficit de peso para idade (P/I: escore $z < -2$): 3,4%</p> <p>Déficit de peso para estatura (P/E: escore $z < -2$): 2,0%</p> <p>Déficit estatural (E/I: escore $z < -2$): 11,5%</p> <p>Sobrepeso (P/E: escore $z > 2$): 7,1%</p> <p>Anemia (Hb: 11 g/dL): 52,7%</p>
Ferreira et al. (2013a)	Comparar a composição corporal e a prevalência de hipertensão arterial entre mulheres quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas	1.631 mulheres quilombolas e 1.098 mães não quilombolas	<p>Hipertensão arterial (PAS > 140 mmHg e/ou PAD > 90 mmHg e/ou uso de medicamento anti-hipertensivo): 34,9% quilombolas vs. 11,4% não quilombolas</p> <p>Obesidade abdominal (CC \geq 80cm): 53,5% quilombolas vs. 34,3% não quilombolas</p> <p>RCEst elevada (>0,5): 61,1% quilombolas vs. 44,3% não quilombolas</p> <p>RCQ elevada (\geq 0,85): 48,9% quilombolas vs. 20,7% não quilombolas</p>

Autores	Objetivo	Amostra	Resultados
Ferreira et al. (2013b)	Investigar o efeito do aleitamento materno exclusivo no perímetro cefálico de crianças de comunidades quilombolas de Alagoas	725 crianças de 12 a 60 meses	O aleitamento materno exclusivo por ≥ 4 meses diminuiu o risco de déficit de perímetro cefálico em crianças quilombolas
Leite et al. (2013)	Avaliar o consumo alimentar e o estado nutricional das crianças das comunidades quilombolas de Alagoas*	724 crianças de 12 a 60 meses de 39 CRQs	As crianças tinham um padrão alimentar monótono e uma considerável prevalência de inadequação na ingestão de zinco (17,0%), folato (18,1%), ferro (20,2%) e vitaminas A (29,7%) e C (34,3%) Ingestão média de energia (933,47 \pm 204,91) foi inferior à média das necessidades estimadas (1.275,76 \pm 176,35 Kcal/dia) Crianças da classe E apresentaram menores médias de consumo para energia, carboidrato, vitaminas A e C, folato, ferro, zinco e fósforo
Padilha et al. (2017)	Investigar a associação entre parâmetros antropométricos e hipertensão arterial sistêmica (HAS) e identificar os melhores preditores antropométricos dessa condição em mulheres afrodescendentes, de comunidades remanescentes de quilombos	1.553 mulheres de 20 a 59 anos	HAS (PAS > 140 mmHg e/ou PAD > 90 mmHg e/ou uso de medicamento anti-hipertensivo): 35,8% Excesso de peso: 48,5% Pontos de corte: - IMC: $\geq 26,2$ kg/m ² - Circunferência da cintura: $\geq 81,6$ cm - Razão cintura-quadril: $\geq 0,84$ - Razão cintura-estatura: $\geq 0,54$ - Índice de conicidade: $\geq 1,20$ - Percentual de gordura corporal: $\geq 35,4\%$

Autores	Objetivo	Amostra	Resultados
			<p>Os melhores preditores antropométricos de HAS foram:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Razão cintura-quadril; - Razão cintura-estatura; - Percentual de gordura corporal (dobras cutâneas)
Ferreira et al. (2017)	Investigar, entre mulheres que vivem em situação de vulnerabilidade socioeconômica grave, se a baixa estatura, marcadora de desnutrição no início da vida, está associada ao excesso de peso corporal, mas não ao consumo calórico elevado	1.308 mulheres entre 19 e 59 anos	<p>Prevalências:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baixa estatura ($\leq 154,8$ cm): 43,0% - Excesso de peso corporal ($IMC \geq 25$ kg/m²): 52,4%, <p>O excesso de peso corporal foi maior entre as mulheres com baixa estatura (56,6% vs 49,2%; $p=0,008$), mesmo após ajuste para idade, consumo de energia e renda per capita.</p> <p>O “fenótipo econômico” induzido pela desnutrição no início da vida pode representar uma explicação plausível para o fato de mulheres de baixa estatura serem mais suscetíveis ao sobrepeso/obesidade, mesmo após o ajuste para ingestão energética</p>

Fonte: Elaboração própria.

CRQs: comunidades remanescentes dos quilombos. CC: circunferência da cintura. RCEst: razão cintura-estatura. RCQ: razão cintura-quadril.

*Apenas os resultados referentes ao consumo alimentar foram apresentados no presente quadro.

A ausência de dados robustos e atualizados sobre a situação de nutrição, saúde e segurança alimentar das CRQs alagoanas motivaram a realização do II Diagnóstico Quilombola, denominado “Diagnóstico de Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional das famílias das comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) do estado de Alagoas”, que ocorreu 10 anos após a primeira pesquisa. Portanto, a presente tese pretende discutir as condições de saúde e nutrição de mulheres e crianças quilombolas observadas no II Diagnóstico Quilombola, comparando-as com as de mulheres e crianças não quilombolas do estado de Alagoas.

3 COLETÂNEA DE ARTIGOS

3.1 ARTIGO ORIGINAL 1

SANTOS, T.R.; FERREIRA, H.S. Excesso de peso e hipertensão arterial sistêmica em mulheres do estado de Alagoas (Brasil): Diferenciais segundo a condição de pertencer ou não à população quilombola.

Excesso de peso e hipertensão arterial sistêmica em mulheres do estado de Alagoas (Brasil): Diferenciais segundo a condição de pertencer ou não à população quilombola

Overweight and systemic arterial hypertension in women from the state of Alagoas (Brazil): differentials according to the condition of belonging or not to the quilombola population

Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde
Universidade Federal de Alagoas
Campus A.C. Simões, BR 104 Norte, Tabuleiro do Martins,
57072-970, Maceió, AL, Brasil

Tamara Rodrigues dos Santos¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5439-7910>
trodriquesnutri@gmail.com

Haroldo da Silva Ferreira^{1,2}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1789-3138>
haroldo.ufal@gmail.com

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (doutorado), Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde/UFAL, Maceió-AL, Brasil.

² Professor Titular da Faculdade de Nutrição (FANUT), Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió-AL, Brasil.

Autora para correspondência:

Tamara Rodrigues dos Santos.

Av. Menino Marcelo, 140, Cidade Universitária, CEP 57073-470, Maceió-AL, Brasil.

E-mail: trodriquesnutri@gmail.com

Agradecimentos:

Os autores agradecem às mulheres alagoanas, tanto da população geral quanto das comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs), que aceitaram participar das pesquisas. Adicionalmente, estendem os agradecimentos aos membros do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA), que contribuíram com as coletas e tabulações dos dados, e às agências de fomento, que financiaram as pesquisas.

Suporte financeiro:

Os inquéritos que compõem o presente estudo foram realizados com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (FAPEAL). O inquérito de 2015 com mulheres da população geral do estado de Alagoas recebeu os seguintes apoios financeiros: CNPq - processo nº 474381/2011-0; e FAPEAL - processo nº 60030 000716/2013. Os apoios financeiros do inquérito de 2018 com as mulheres quilombolas alagoanas foram: CNPq - processo nº 466718/2014-4; e FAPEAL - processo nº 60030.000849/2016. Os financiadores não tiveram nenhum papel na concepção do estudo, coleta e análise dos dados, decisão de publicação e na preparação do manuscrito. T.R.S recebeu bolsa de doutorado do acordo FAPEAL-CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), processo nº 60030-001195/2018. H.S.F é bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (processo nº 313991/2021-9).

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter conflito de interesse.

Contribuições

Este trabalho é parte da tese de doutorado de T.R.S, que participou da coleta de dados de ambas as pesquisas, análise estatística, interpretação dos dados e redação do manuscrito. H.S.F foi responsável pela concepção e coordenação geral das duas pesquisas, interpretação dos dados e revisão crítica do conteúdo intelectual. Ambos os autores revisaram e aprovaram a versão final do trabalho.

Divulgação de padrões éticos:

Ambas as pesquisas foram conduzidas de acordo com as diretrizes éticas nacionais e internacionais e aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Pesquisa Estadual: processo número: 09093012.0.0000.5013; Pesquisa Quilombola: 33527214.9.0000.5013). Apenas as mulheres que atestaram sua concordância assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram incluídas nas pesquisas.

RESUMO

Objetivo: Comparar a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso e à hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre mulheres quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas.

Métodos: Dados provenientes de dois inquéritos domiciliares independentes e de base populacional, envolvendo 4.627 mulheres de 20 a 49 anos, sendo 3.153 não quilombolas (Pesquisa Estadual, 2015) e 1.474 quilombolas (Pesquisa Quilombola, 2018). O excesso de peso foi definido por IMC ≥ 25 kg/m² e a HAS por pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg e/ou uso atual de medicamento anti-hipertensivo. Os fatores associados (demográficos, socioeconômicos, de estilo de vida e saúde) aos desfechos foram calculados por regressão de Poisson com ajuste robusto da variância, segundo modelo teórico hierarquizado específico para cada desfecho.

Resultados: A prevalência de excesso de peso (66,8% vs. 62,4%; p=0,005) foi superior nas mulheres quilombolas. Não houve diferença na prevalência de HAS entre os grupos (23,1% vs. 22,1%; p=0,447). Quanto aos fatores associados ao excesso de peso, idade > 30 anos de idade, menarca precoce (< 12 anos), ter filhos e apresentar HAS estiveram associados ao desfecho em ambas as populações. A presença de INSAN grave foi associada ao excesso de peso apenas entre as mulheres quilombolas, enquanto entre as não quilombolas os demais fatores associados ao excesso de peso foram: escolaridade ≤ 8 anos e o consumo de bebida alcoólica. Em relação à HAS, os fatores associados comuns a ambas as populações foram: idade > 30 anos, escolaridade ≤ 8 anos e excesso de peso. Entre as mulheres quilombolas, além desses fatores, a presença de menarca precoce (< 12 anos) também esteve associada à HAS, enquanto entre as mulheres não quilombolas os demais fatores associados à HAS foram: presença de INSAN grave e ter apresentado problema de saúde nos últimos 15 dias.

Conclusões: As mulheres quilombolas apresentaram prevalência superior de excesso de peso em comparação às não quilombolas, mas não houve diferença na prevalência de HAS entre os grupos. Apesar disso, tanto o excesso de peso quanto a HAS apresentam-se como problemas de alta magnitude tanto em mulheres quilombolas quanto em não quilombolas. O controle dessas condições requer políticas públicas que considerem as diferenças existentes entre essas populações.

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Fatores de Risco Cardiovascular. Doenças não Transmissíveis.

INTRODUÇÃO

A ascensão preocupante da prevalência de obesidade é decorrente de interações entre mudanças demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, alimentares e no padrão de atividade física (ABARCA-GÃ et al., 2017; POPKIN, 1993, 2001; SHEKAR; POPKIN, 2020). Embora esse processo tenha sido identificado inicialmente em países de alta renda, essas mudanças passaram a ocorrer também em países de baixa e média renda, incluindo o Brasil (MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2004; POPKIN, 2001, 2004). E, apesar de ter surgido como fenômeno predominantemente urbano, nas últimas décadas passou a afetar a população de forma generalizada, alcançando as áreas rurais desses países (BIXBY et al., 2019).

Estudo realizado pelo *NCD Risk Factor Collaboration*, envolvendo 112 milhões de adultos, estimou que, entre 1985 e 2017, mais de 55% do aumento global do índice de massa corporal (IMC) médio foi devido ao aumento do excesso de peso corporal nas áreas rurais. Esses dados surgem como um contraponto à visão simplista que aponta a urbanização como uma das principais responsáveis pelo aumento da prevalência da obesidade e, segundo os autores, refletem marcantes desvantagens socioeconômicas da população rural em relação à urbana, as quais envolvem desde a menor escolaridade e renda, perpassando pela menor disponibilidade e maior custo dos alimentos saudáveis, até o menor acesso a instalações para atividades esportivas e recreativas (BIXBY et al., 2019).

O excesso de gordura corporal configura-se como importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de modo que, concomitantemente ao avanço na prevalência do excesso de peso, tem-se o aumento nas prevalências dessas enfermidades. Assim, a redução na prevalência de excesso de peso constitui-se em um desafio global no âmbito da pesquisa e da gestão em saúde pública (SHEKAR; POPKIN, 2020).

Dentre as DCNT que têm o excesso de gordura corporal como importante fator de risco modificável, destaca-se hipertensão arterial sistêmica (HAS). Estimativas baseadas na coorte do *Framingham Heart Study* sugerem que o excesso de peso aumenta em 75% o risco para novos casos de hipertensão em mulheres (TURPIE et al., 2002). Adicionalmente, tanto o excesso de peso quanto a HAS constituem-se em importantes fatores de risco para outras DCNT, como as doenças cardiovasculares. No Brasil, em 2019, as DCNT foram responsáveis por 74% do total de óbitos e 17% da mortalidade prematura (WHO, 2020).

Em virtude da relevância epidemiológica das DCNT em nível global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o monitoramento dessas condições e dos seus fatores de risco (WHO, 2003). Neste sentido, com o objetivo de monitorar a frequência e a distribuição

dos principais determinantes das DCNT no Brasil, o Ministério da Saúde implantou, em 2006, o sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) (BRASIL, 2007). Apesar da relevância nacional do Vigitel, a avaliação é restrita as capitais dos estados brasileiros, o que pode não representar a realidade dos estados, especialmente em estados com intensas desigualdades sociais, como Alagoas. Além disso, grupos específicos, como os quilombolas, não são contemplados.

Os quilombolas constituem grupos étnico-raciais descendentes de africanos, os quais se organizaram em comunidades visando resistir à opressão sofrida durante e após o período de escravidão que existiu no país por mais de 300 anos (BRASIL, 2003; LEITE, 2000). As consequências dos processos de opressão, discriminação e exclusão enfrentados têm repercutido negativamente na qualidade de vida desse povo até os dias atuais, sobretudo em virtude das profundas desigualdades sociais, econômicas e de saúde as quais se encontram submetidos (FERREIRA et al., 2013; FERREIRA; TORRES, 2015; GUBERT et al., 2017; LEITE, 2000; PINTO et al., 2014).

Estima-se que no Brasil existem 3.525 comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs), distribuídas em 24 estados da Federação, das quais 2.862 são certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020). Quase dois terços dessas comunidades localizam-se em áreas rurais da região Nordeste do país. Nesta região, situa-se Alagoas, estado da Federação que apresenta os piores indicadores sociais e econômicos do país (IBGE, 2022; FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2020, 2022). Assim, considerando a necessidade de conhecer a magnitude e os fatores associados ao excesso de peso e à HAS em diferentes cenários, o que viabilizará o desenvolvimento de políticas públicas adequadas a cada realidade, o presente estudo tem por objetivo identificar, de forma comparativa, a prevalência e os fatores associados ao excesso de peso e à HAS entre mulheres quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas.

MÉTODOS

Tipo de estudo e planejamento amostral

Trata-se de um estudo transversal de base populacional envolvendo dados de dois inquéritos domiciliares denominados “II Diagnóstico de Saúde da população materno-infantil do estado de Alagoas” (Pesquisa Estadual) e “II Diagnóstico de Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional das famílias das comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) do estado de Alagoas” (Pesquisa Quilombola).

O estado de Alagoas é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Localizado na região Nordeste do país, o estado é dividido em 102 municípios e possui uma população estimada de 3.351.543 habitantes (IBGE, 2010). Em 2017, Alagoas contava com 68 CRQs certificadas pela Fundação Cultural Palmares, as quais se encontram distribuídas em 35 municípios do estado, com uma população estimada de 6.465 famílias (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2022).

A população alvo do presente estudo foi constituída por mulheres de 20 a 49 anos da população geral do estado de Alagoas, aqui denominadas “mulheres não quilombolas” e as mulheres residentes nas CRQs alagoanas, “mulheres quilombolas”. Cabe destacar que a Pesquisa Quilombola contemplou a avaliação de mulheres de 19 a 59 anos, contudo, para garantir adequada comparação entre as pesquisas, as mulheres de 19 anos e ≥ 50 anos foram excluídas das análises (n=352).

Em ambas as pesquisas, nos domicílios em que havia mais de uma mulher na faixa etária alvo, foi procedido um sorteio simples para definição da mulher elegível. Constituíram-se critérios de não inclusão: estar gestante ou no puerpério e apresentar deficiência física que interferisse na avaliação antropométrica. As mulheres que apresentaram déficit estatural significativo (altura inferior a 1,40 m) e que informaram o consumo de bebida alcoólica (n=79, apenas para a análise da hipertensão arterial) prévio à entrevista foram excluídas da análise.

Pesquisa Estadual

A Pesquisa Estadual envolveu amostra probabilística representativa das famílias do estado de Alagoas. A coleta de dados ocorreu de janeiro de 2014 a janeiro de 2015. Descrições metodológicas mais detalhadas sobre esse inquérito estão disponíveis em outra publicação (COSTA et al., 2017).

Na presente pesquisa, após aplicação dos critérios de exclusão, obteve-se uma amostra de 3.153 mulheres. Considerando esse tamanho amostral, o erro amostral foi calculado *a posteriori* tendo por base as prevalências obtidas no respectivo inquérito: 62,4% para excesso de peso e 22,1% para HAS. Para um intervalo com 95% de confiança, adotando-se o universo de 718.429 mulheres alagoanas (IBGE, 2010) e 1,5 para correção do efeito do delineamento complexo, os seguintes erros amostrais foram obtidos: 2,1% para excesso de peso e 1,8% para HAS.

Pesquisa Quilombola

A coleta de dados da Pesquisa Quilombola ocorreu entre abril de 2017 e janeiro de 2018.

O processo de amostragem previu a obtenção de uma amostra probabilística representativa das famílias das CRQs de Alagoas. Para isso, a prevalência de 50% para o desfecho de interesse foi adotada no planejamento amostral, uma vez que esse valor resulta no maior tamanho amostral possível, o que garantiria suficiente poder estatístico para contemplar a diversidade de objetivos da pesquisa.

Conforme dados do Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas, em 2017, existiam 6.465 famílias nas 68 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2022). Portanto, para um universo amostral de 6.465 famílias, admitindo-se um erro amostral 2,0% e um IC95%, seriam necessárias 2.635 famílias. Para garantir a obtenção dessa amostra, 50% das CRQs alagoanas (n=34) foram selecionadas por amostragem sistemática e foi realizado o censo das famílias residentes nessas comunidades. As CRQs sorteadas encontram-se distribuídas por todo o estado, estando localizadas em 27 municípios alagoanos.

Assim como realizado com os dados da Pesquisa Estadual, o erro amostral foi calculado *a posteriori*, considerando a amostra de 1.474 mulheres quilombolas efetivamente analisadas e as prevalências obtidas no respectivo inquérito: 66,8% para excesso de peso e 23,1% para HAS. Em decorrência da indisponibilidade de dados oficiais sobre o número total de mulheres residentes nas CRQs, considerou-se que em cada domicílio quilombola havia uma mulher. Portanto, o universo amostral do presente estudo foi de 6.465 mulheres. Adotando-se um valor de 1,5 para correção do efeito do delineamento complexo, para um intervalo com 95% de confiança, o erro amostral para o excesso de peso e a HAS ficou em torno de 2,7% e 2,4%, respectivamente.

Coleta de dados

Em ambas as pesquisas, a coleta de dados foi realizada por equipe devidamente treinada e supervisionada. Por meio de visitas domiciliares, foram realizadas entrevistas com as mulheres. Dados demográficos, socioeconômicos, reprodutivos e relacionados ao estilo de vida e à saúde das mulheres foram obtidos em formulários estruturados, tanto elaborados para a pesquisa quanto validados, previamente testados em estudo piloto. A aferição da pressão arterial foi realizada durante a entrevista pelas entrevistadoras. As mensurações antropométricas foram realizadas por duplas de avaliadores com vasta experiência na obtenção desses dados, seguindo protocolos padronizados internacionalmente (WHO, 1995). Todos os equipamentos foram calibrados e testados sistematicamente contra medida padrão.

Variáveis dependentes

Excesso de peso

O excesso de peso foi definido pelo Índice de Massa Corporal (IMC) $\geq 25,0$ kg/m² (WHO, 1995), o qual contempla as mulheres com sobrepeso (IMC: 25,0 a 29,9 kg/m²) e obesidade (≥ 30 kg/m²).

Para aferição da massa corporal das participantes foram utilizadas balanças digitais portáteis (Pesquisa Estadual: marca Charder, modelo MS6121R, com capacidade de 250 kg e precisão de 100 g; Pesquisa Quilombola: marca Seca®, modelo 813, com capacidade para 200 kg e precisão de 100g). A aferição da altura foi realizada em estadiômetros portáteis (em ambas as pesquisas: marca Seca, modelo 2013, com faixa de medição de 20 a 205 cm e sensibilidade para 1 mm).

Hipertensão arterial sistêmica

Os casos de hipertensão arterial sistêmica foram definidos por pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg e/ou autorrelato de uso de medicamentos anti-hipertensivos (BARROSO et al., 2021).

A pressão arterial foi aferida em duplicata, com a mulher sentada, após 15 minutos de repouso e com intervalo de 5 minutos entre as aferições, utilizando-se aparelhos digitais da marca Omron® (Pesquisa Estadual: modelo HEM-7113; Pesquisa Quilombola: modelo HEM-7200).

As aferições foram realizadas seguindo as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia vigentes à época de cada pesquisa, exceto pelo fato de que as medidas foram realizadas em um único momento. Na Pesquisa Estadual, caso ocorresse uma diferença acima de 5 mmHg entre as duas medições, uma terceira verificação foi realizada. Na Pesquisa Quilombola essa diferença foi de 20 mmHg. Em ambos os casos, para cálculo da média foi desconsiderado o valor mais discrepante (MALACHIAS et al., 2016; SBC, 2010).

Variáveis independentes

As variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas avaliadas foram: faixa etária (19-29, 30-39, 40-49, 50-59 anos); cor/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 autodeclararam como brancas, amarelas e indígenas; nível de escolaridade (≤ 8 anos; > 8 anos); renda familiar estimada em salários mínimos (SM) vigentes à época de cada pesquisa ($\leq \frac{1}{2}$ SM; $> \frac{1}{2}$ SM a 1 SM; > 1 SM a 2 SM;

> 2 SM), Estadual: R\$724,00 (US\$ 309,4) e Quilombola: R\$974,00 (US\$ 294,3); situação de segurança alimentar e nutricional (segurança alimentar; insegurança alimentar moderada; insegurança alimentar grave); idade da menarca (< 12 anos; ≥ 12 anos), sendo considerada precoce quando < 12 anos; e número de filhos (nenhum; 1-2 filhos; ≥ 3 filhos).

A avaliação da situação de segurança alimentar e nutricional (SAN) foi definida através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). A EBIA permite a classificação da família em 4 categorias: SAN, insegurança alimentar leve (INSAN leve), insegurança alimentar moderada (INSAN moderada), insegurança alimentar grave (INSAN grave). No presente estudo, assim como adotado em estudos anteriores, a categoria INSAN leve foi agrupada à categoria de SAN (FERREIRA et al., 2014; GUBERT et al., 2018).

Em relação às variáveis de estilo de vida, avaliou-se: tabagismo (não; sim) e consumo de bebida alcoólica (não; sim). Na Pesquisa Estadual, a avaliação dessas condições foi realizada por meio de pergunta direta sobre o consumo atual de tabaco (*A senhor fuma atualmente ou já foi fumante?*) e álcool (*A senhora consome bebida alcoólica?*), enquanto na Pesquisa Quilombola, o tabagismo e o consumo de bebida alcoólica foram avaliados através do instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST, versão 3.1) (HENRIQUE et al., 2004), de modo que as mulheres que, nos últimos 3 meses, referiram o consumo diário de tabaco ou o consumo mensal, semanal ou diário de álcool foram classificadas na categoria “sim”. Cabe destacar que, o consumo alimentar não constituiu uma variável de estilo de vida, em virtude de diferenças metodológicas na obtenção dos dados entre as pesquisas.

Além das variáveis antropométricas (massa corporal e estatura) utilizadas para determinação do excesso de peso, a circunferência da cintura (CC), medida com fita métrica inextensível no ponto médio entre a última costela e a borda superior da crista ilíaca, também foi avaliada. A obesidade abdominal foi definida por uma $CC \geq 80$ cm (ALBERTI et al., 2009).

As demais variáveis avaliadas foram relacionadas à saúde, especificamente: morbidade referida (adoecimento nos últimos 15 dias prévios à entrevista: não; sim) e saúde mental (presença de transtorno mental comum - TMC: não; sim). A presença de TMC foi definida pelo *Self Report Questionnaire* (SRQ-20), utilizando-se o ponto de corte ≥ 8 . O SRQ-20 é um instrumento de triagem para TMC recomendado pela Organização Mundial da Saúde e validado para a população brasileira, que consiste em 20 questões de respostas dicotômicas (sim; não), sobre a presença de sintomas somatoformes, ansiosos e depressivos nos últimos 30 dias (MARI; WILLIAMS, 1986).

Análise estatística

Em ambas as pesquisas, para garantir a identificação de erros de digitação, os dados foram digitados em dupla entrada independentes em formulários gerados no *software* Epi-info®, versão 3.5.4. A normalidade da distribuição das variáveis contínuas (idade, massa corporal, altura, CC, PAS e PAD) foi examinada com o teste de Kolmogorov-Smirnov. Assim, as comparações das médias dessas variáveis segundo as diferentes pesquisas foram realizadas com os testes t de Student ou Mann-Whitney, conforme aderência ou não aos pressupostos paramétricos, respectivamente.

A caracterização geral da amostra foi realizada por meio da comparação das frequências das variáveis independentes segundo as pesquisas. Para isso, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Como medida de associação para os dois desfechos (excesso de peso e HAS), utilizou-se a razão de prevalência (RP) e os seus intervalos com 95% de confiança (IC95%), calculados por regressão de Poisson com variância robusta. Destaca-se que, em virtude da alta correlação ($r=0,89$, definida por correlação de *Pearson*) entre a variável excesso de peso (tendo o IMC como parâmetro) e a obesidade abdominal (tendo a CC como parâmetro) e, a fim de evitar problemas de multicolinearidade, a obesidade abdominal não foi utilizada nas análises dos fatores associados aos desfechos.

As associações com nível de significância de até 20% ($p \leq 0,2$) na análise bruta foram submetidas a modelo teórico de seleção hierárquica das variáveis para cada desfecho. Para o excesso de peso, o modelo foi composto por 3 níveis, sendo, o nível 1 composto pelas variáveis demográficas, socioeconômicas e reprodutivas; o nível 2 pelas variáveis referentes ao estilo de vida e o nível 3 por variáveis relacionadas à saúde. Para a avaliação dos fatores associados à HAS, o excesso de peso também compôs o nível 3 (Figura 1).

Em cada um dos níveis de análise houve a eliminação sucessiva das variáveis não significantes, permanecendo ao final do processo apenas aquelas com significância estatística ($p < 0,05$). Portanto, as variáveis do nível 2 foram ajustadas pelas variáveis do nível 1 com $p < 0,05$ e as variáveis do nível 3 foram ajustadas pelas do nível 1 e 2. Todas as variáveis que, em seu respectivo nível, atingiram $p < 0,05$, ainda que no nível seguinte tenham ultrapassado esse valor ($p > 0,05$) foram mantidas no modelo final. Todos os cálculos foram procedidos com auxílio do *software* Stata 12.0.

RESULTADOS

Foram investigadas 4.627 mulheres, sendo 3.153 não quilombolas e 1.474 quilombolas. Não houve diferença na mediana da massa corporal entre os grupos, contudo, em relação à

estatura, a altura média das mulheres quilombolas foi inferior à das não quilombolas. Adicionalmente, as mulheres quilombolas apresentaram medianas superiores de IMC, perímetro da cintura e pressão arterial sistólica e diastólica (Tabela 1).

Piores indicadores socioeconômicos também foram observados entre as mulheres quilombolas, com a maioria pertencendo a famílias com renda \leq 1 salário mínimo (65,8% vs. 28,3%; $p < 0,001$) e maior prevalência de INSAN moderada+grave (38,4% vs. 25,3%; $p < 0,001$). Compatível com esse contexto, a maioria das mulheres quilombolas tinha estudado 8 anos ou menos (69,7% vs. 52,5%). A comparação entre as demais características das mulheres quilombolas e não quilombolas são mostradas na Tabela 2.

Quanto aos desfechos avaliados, as mulheres quilombolas apresentaram prevalência superior de excesso de peso corporal (66,8 vs. 62,4; $p = 0,005$), contudo, não houve diferença na prevalência de HAS entre os grupos (23,1% vs. 22,1%; $p = 0,447$) (Tabela 3).

Após a análise ajustada, seguindo modelo teórico hierárquico, os fatores associados ao excesso de peso em ambas as populações foram: idade > 30 anos de idade (quilombolas: RP: 1,42; IC95%: 1,30-1,56; $p < 0,001$; não quilombolas: RP: 1,42; IC95%: 1,33-1,53; $p < 0,001$), menarca precoce (quilombolas: RP: 1,21; IC95%: 1,11-1,31; $p < 0,001$; não quilombolas: RP: 1,23; IC95%: 1,16-1,31; $p < 0,001$), ter 1-2 filhos (quilombolas: RP: 1,27; IC95%: 1,08-1,50; $p = 0,004$; não quilombolas: RP: 1,21; IC95%: 1,09-1,35; $p = 0,001$) e ≥ 3 filhos (quilombolas: RP: 1,31; IC95%: 1,11-1,55; $p < 0,001$; não quilombolas: (RP: 1,28; IC95%: 1,14-1,44; $p < 0,001$) a apresentar HAS (quilombola: RP: 1,25; IC95%: 1,16-1,35; $p < 0,001$; não quilombola: RP: 1,34; IC95%: 1,27-1,41; $p < 0,001$). A presença de INSAN grave foi associada ao excesso de peso apenas entre as mulheres quilombolas (RP: 1,12; IC95%: 1,02-1,23; $p = 0,013$), enquanto entre as não quilombolas os demais fatores associados ao excesso de peso foram: escolaridade ≤ 8 anos (RP: 1,11; IC95%: 1,05-1,17; $p < 0,001$) e o consumo de bebida alcoólica (RP: 1,07; IC95%: 1,01-1,13; $p = 0,026$) (Tabela 4).

Em relação à HAS, os fatores associados comuns a ambas as populações foram: idade > 30 anos (quilombola: RP: 4,34; IC95%: 3,09-6,09; $p < 0,001$; não quilombola: RP: 3,05; IC95%: 2,47-3,77; $p < 0,001$), escolaridade ≤ 8 anos (quilombola: RP: 1,47; IC95%: 1,13-1,90; $p = 0,004$; não quilombola: RP: 1,41; IC95%: 1,22-1,64; $p < 0,001$) e excesso de peso (quilombola: RP: 2,12; IC95%: 1,57-2,86; $p < 0,001$; não quilombola: RP: 2,37; IC95%: 1,96-2,86; $p < 0,001$). Entre as mulheres quilombolas, além desses fatores, a presença de menarca precoce (< 12 anos) também esteve associada à HAS (RP: 1,44; IC95%: 1,16-1,79; $p < 0,001$), enquanto entre as mulheres não quilombolas os demais fatores associados à HAS foram: presença de INSAN grave (RP: 1,39; IC95%: 1,14-1,69; $p = 0,001$) e ter apresentado problema

de saúde nos últimos 15 dias (RP: 1,24; IC95%: 1,09-1,42; p=0,001) (Tabela 5).

DISCUSSÃO

A prevalência de excesso de peso corporal foi superior nas mulheres quilombolas em comparação às não quilombolas. Em contrapartida, a prevalência de hipertensão não diferiu entre os grupos. Contudo, para ambos os desfechos, houve diferenças nos fatores associados entre os grupos.

A maior prevalência de excesso de peso observada entre as mulheres quilombolas é compatível com o processo de transição nutricional ocorrido no Brasil, no qual, embora a ascensão do excesso de peso tenha sido observada inicialmente em indivíduos de alta renda, em curto espaço de tempo, passou a afetar indivíduos dos estratos de renda mais baixo (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003; LYRIO et al., 2021; MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2007). Em 2007, Monteiro et al. já apontavam que o ônus da obesidade estava se transferindo para populações mais pobres, especialmente entre mulheres. Portanto, os resultados do presente estudo reforçam o impacto das desvantagens socioeconômicas sobre o excesso de peso e a necessidade urgente de uma abordagem integrada que considere essas desvantagens no desenvolvimento de políticas públicas de prevenção e controle a essa condição.

Apesar das mulheres quilombolas apresentarem prevalência superior de excesso de peso em comparação às não quilombolas, essa condição constitui-se em um grave problema de saúde pública em ambas as populações. Assim, considerando os impactos negativos que tal condição exerce sobre a saúde, o seu controle, tanto entre mulheres quilombolas quanto não quilombolas, deve ser uma prioridade para a saúde pública do estado de Alagoas.

Em relação à HAS, não houve diferença na prevalência desse agravo entre as mulheres quilombolas e não quilombolas. Embora estudos internacionais apontem para disparidades raciais na prevalência de HAS, com os negros sendo mais afetados que os brancos (OSTCHEGA et al., 2020; NADRUZ et al., 2017), as causas para essas diferenças não estão totalmente elucidadas. Evidências sugerem o envolvimento de fatores biológicos, tais como anormalidades vasculares e reduzida resposta à monoterapia com inibidores de enzima conversora da angiotensina ou bloqueadores de receptor de angiotensina (LACKLAND, 2014; FLACK et al., 2010), além de fatores psicossociais, como as iniquidades sociais e os diferentes níveis de racismo (individual/interpessoal, internalizado e institucional) aos quais esses indivíduos encontram-se expostos (BRONDOLO et al., 2011; JOSUÉ, 2005).

No Brasil, em âmbito nacional, as disparidades raciais na prevalência de HAS não são claras, como observado na análise de dados da última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), na

qual pessoas que se autodeclararam pretas e brancas apresentaram maiores prevalências de hipertensão quando comparadas às pessoas pardas (MALTA et al., 2022). No entanto, cabe salientar que diferente do que propõe o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o qual agrupa pessoas pretas e pardas para definir a população negra brasileira, o referido estudo analisou de forma separada os pretos e pardos. Além disso, o diagnóstico de HAS foi autorreferido. Essas diferenças metodológicas limitam a comparação com os dados aqui apresentados.

Adicionalmente, o resultado do presente estudo diverge do observado em pesquisa anterior, realizada em 2008, que ao comparar a prevalência de HAS entre mulheres quilombolas e não quilombolas de Alagoas encontrou prevalência superior entre as primeiras (FERREIRA et al., 2013). Contudo, na referida pesquisa, a mediana da idade das mulheres quilombolas foi superior a das mulheres não quilombolas (34 vs. 27 anos; $p < 0,001$), o que pode ter contribuído para o aumento da prevalência (FERREIRA et al., 2013).

Apesar da inexistência de diferença nas prevalências de hipertensão arterial entre mulheres quilombolas e não quilombolas, as prevalências observadas no presente estudo representam um importante problema de saúde pública. Portanto, sendo a HAS uma das principais causas modificáveis de morte prematura em todo o mundo (ZHOU et al., 2021), e os distintos fatores associados a essa condição observados entre as mulheres quilombolas e não quilombolas devem ser considerados em ações de prevenção e controle.

No que tange as análises dos fatores associados, as seguintes variáveis estiveram associadas ao excesso de peso em ambas as populações: idade > 30 anos, menarca precoce (< 12 anos), ter filhos (1-2 e ≥ 3) e a presença de HAS. As disparidades entre os fatores associados ao excesso de peso foram relacionadas as variáveis socioeconômicas: presença de INSAN grave entre as quilombolas e escolaridade ≤ 8 anos entre as não quilombolas; e de estilo de vida: consumo de bebida entre as não quilombolas.

A associação entre excesso de peso corporal e aumento da idade, observada em ambos as populações, também foi verificada em pesquisas de representatividade nacional e em em CRQs da Bahia (LYRIO et al., 2021; MELO et al, 2015; OLIVEIRA et al., 2015; SOARES; BARRETO, 2014). Entre as mulheres brasileiras, quanto maior a faixa etária, maior a força da associação com o excesso de peso, sugerindo um efeito “dose-resposta” na associação (LYRIO et al., 2021; MELO et al, 2015; OLIVEIRA et al., 2015). Em quilombolas de Vitória da Conquista na Bahia, a associação foi observada apenas na faixa etária de 30 a 39 (referência: 20 a 29 anos), contudo, a ausência de dados estratificados por sexo limita a comparação com o resultado da presente pesquisa (SOARES; BARRETO, 2014).

No que diz respeito às variáveis reprodutivas, tanto a menarca precoce (< 12 anos) quanto a paridade (1-2 filhos e ≥ 3 filhos) apresentaram-se associadas ao excesso de peso em ambas as populações. Mulheres quilombolas e não quilombolas que referiram menarca precoce (< 12 anos) apresentaram prevalências aproximadamente 20% maiores de excesso de peso em relação àquelas com menarca aos 12 anos ou mais. Resultado semelhante foi observado em um estudo que avaliou a associação entre idade da menarca e parâmetros antropométricos, incluindo o IMC, em mulheres adultas jovens. Os autores concluíram que a menarca precoce, definida com o mesmo ponto de corte utilizado no presente estudo (< 12 anos), foi associada ao excesso de peso (ZURAWIECKA; WRONKA, 2020).

A associação entre menarca precoce e excesso de peso na vida adulta parece ser mediada pelo IMC mais alto na infância, como sugere um estudo recente que avaliou a contribuição de fatores genéticos na associação entre o momento da puberdade e o índice de massa corporal (IMC), por meio de dados de duas coortes longitudinais independentes de gêmeos. Segundo os autores, esse acúmulo de adiposidade na infância é reflexo de predisposição genética à obesidade, o que reforça a importância de ambientes menos obesogênicos nessa fase da vida, especialmente entre as crianças com suscetibilidade genética ao acúmulo de gordura corporal e, conseqüentemente, maior risco de menarca precoce (SILVENTOINEN et al., 2022).

No presente estudo, tanto entre as quilombolas quanto entre as não quilombolas, a associação entre excesso de peso e paridade foi diretamente proporcional ao aumento no número de filhos (1-2 e ≥ 3 filhos). Estudos que avaliaram a relação entre excesso de peso e história reprodutiva, por meio do número de filhos, também observaram maiores prevalências de excesso de peso entre mulheres que possuem filhos em comparação às nulíparas (CORREIA et al., 2011; FERREIRA; BENICIO, 2015; LAITINEN; POWER; JÄRVELIN, 2001; LYRIO et al., 2021; TEICHMAN et al., 2006). As explicações para essa associação envolvem: ganho de peso excessivo durante a gestação; retenção do peso no pós-parto, com efeito acumulativo a cada gestação; além de mudanças no estilo de vida após o nascimento da criança (FERREIRA; BENICIO, 2015; KOSSOU et al., 2022; ROONEY; SCHAUBERGER; MATHIASON, 2005).

Quanto a presença de morbidade, tanto mulheres quilombolas e quanto não quilombolas com HAS apresentaram prevalências 25 e 34% superiores de excesso de peso, respectivamente. Como já mencionado, o excesso de peso é reconhecidamente um fator de risco modificável para a HAS (WHO/FAO, 2003), de modo que a associação entre excesso de peso e HAS também foi reportada em outros estudos transversais envolvendo população quilombola e não quilombola (CORREIA et al., 2011; FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019; LYRIO et al., 2021; SOARES; BARRETO, 2014).

Em contrapartida, a presença de INSAN grave esteve associada ao excesso de peso apenas entre mulheres quilombolas. Esse aparente paradoxo entre INSAN e excesso de peso tem sido observado, de forma consistente, entre mulheres (FRANKLIN et al., 2011; KOWALESKI-JONES; WEN; FAN, 2019; NKAMBULE et al., 2021; TORRES; CHÁVEZ; GONZÁLEZ, 2021; TOWNSEND et al., 2001). Os mecanismos envolvidos nessa associação ainda não foram elucidados, mas possíveis explicações envolvem o comportamento cíclico da INSAN, com alternância entre períodos de escassez de alimentos, como ocorre na sua forma grave, e períodos de acesso a alimentos, majoritariamente de baixo custo e com alta densidade calórica. Em decorrência dos períodos de restrição alimentar, o organismo desenvolve adaptações metabólicas que resultam, a longo prazo, em maior risco ao acúmulo de gordura corporal (HOFFMAN et al., 2000; SELIGMAN; SCHILLINGER, 2010).

No Brasil, a INSAN grave esteve independentemente associada ao excesso de peso em adolescentes de 15 a 19 anos do sexo feminino (KAC et al., 2012). Entre latinos de 18 a 65 anos da Califórnia, Estados Unidos, observou-se que as mulheres, mas não os homens, tinham mais chance de serem obesas na presença de INSAN grave. Contudo, essa associação só foi mantida nos modelos 1 e 2 da análise, após o ajuste para o ambiente alimentar (disponibilidade de produtos frescos na vizinhança), no modelo 3, a insegurança na sua forma grave não se manteve associada ao desfecho (RO; OSBORN, 2018). Apesar das evidências sobre a associação entre excesso de peso e INSAN, os estudos que avaliam essa relação considerando o grau mais severo da insegurança são escassos e com resultados conflitantes, portanto, são necessárias mais pesquisas que avaliem o impacto dos diferentes níveis de INSAN sobre o excesso de peso (FRANKLIN et al., 2011; KOWALESKI-JONES; WEN; FAN, 2019; NKAMBULE et al., 2021; TORRES; CHÁVEZ; GONZÁLEZ, 2021; TOWNSEND et al., 2001).

Entre as mulheres não quilombolas, por sua vez, a variável socioeconômica associada ao excesso de peso foi a menor escolaridade. A prevalência de excesso de peso corporal foi 11% maior entre as mulheres não quilombolas com escolaridade ≤ 8 anos (que corresponde ao ensino fundamental incompleto) quando comparadas as com 9 anos ou mais de estudo. A associação inversa entre escolaridade e excesso de peso corporal entre mulheres também foi observada em outros estudos transversais e tem sido relacionada ao menor acesso a informações relacionadas à saúde, as escolhas alimentares, à menor prática de atividade física no lazer, ao acesso a recursos necessários para manter um peso saudável e a percepção e formas de enfrentamento dos diferentes níveis de estresse (SHAHRAKI; SHAHRAKI; ANSARI, 2008; BARBOSA et al., 2009; BATISTA FILHO; DEVAUX et al., 2008; RISSIN, 2003;

FERREIRA; SZWARCOWALD; DAMACENA, 2019; LINS et al., 2013; MONTEIRO; CONDE; POPKIN, 2001, 2007; RODRIGUES et al. 2017).

Ainda em relação aos fatores associados ao excesso de peso em mulheres não quilombolas, o consumo de bebida alcoólica aumentou em 7% a prevalência do desfecho. A literatura científica sobre a associação entre a ingestão de álcool e o excesso de peso é conflitante, como observado em uma revisão sistemática com metanálise de estudos transversais e de coorte. Ao classificar a ingestão de álcool em três categorias: leve (<14 g/d), moderada (14-28 g/d) e pesada (>28 g/d), os autores concluíram que, em estudos de coorte, não houve associação significativa entre consumo de álcool e sobrepeso, obesidade e excesso de peso – definidos por IMC – e obesidade abdominal, enquanto em estudos transversais, pessoas que apresentaram ingestão pesada de álcool tiveram chances maiores de sobrepeso, excesso de peso e obesidade abdominal quando comparadas as que não ingeriam álcool ou a ingestão era leve (GOLZARAND; SALARI-MOGHADDAM; MIRMIRAN, 2022).

Quanto aos fatores associados à HAS, a idade > 30 anos, a escolaridade \leq 8 anos e o excesso de peso corporal estiveram associadas em ambos os grupos. Entre as mulheres quilombolas, além desses fatores, a menarca precoce (< 12 anos) também se manteve associada HAS. Enquanto entre as não quilombolas, foram a INSAN grave e a presença de problema de saúde nos últimos 15 dias.

O aumento da idade constitui-se em um dos principais fatores não modificáveis associados à HAS (BARROSO et al., 2021). Em consonância com essa associação, mulheres quilombolas e não quilombolas mais velhas apresentaram prevalências de excesso de peso aproximadamente 40% maiores de HAS quando comparadas às mais jovens.

Dentre os fatores socioeconômicos associados à HAS, a menor escolaridade foi observada nos dois grupos. Uma coorte realizada com adultos chineses, que avaliou os efeitos dos níveis de escolaridade na incidência de hipertensão e controle da pressão arterial em indivíduos com HAS previamente diagnosticada, concluiu que os participantes com escolaridade até o ensino fundamental apresentaram riscos excessivos de hipertensão recém-diagnosticada e pior controle da pressão arterial em comparação com indivíduos com escolaridade até o ensino médio ou superior. Essas diferenças parecem ser explicadas por piores cuidados em saúde e estilo de vida menos saudáveis, como dieta desequilibrada ou sedentarismo, observados em pessoas com menor nível de escolaridade (SUN et al., 2022).

Como discutido na análise dos fatores associados ao excesso de peso, essa condição apresenta-se como importante fator de risco para HAS. Estima-se que, entre mulheres, o excesso de peso aumente a incidência de HAS em 75% (TURPIE et al., 2002). Tanto entre as

mulheres quilombolas quanto entre as não quilombolas, o excesso de peso aumentou a prevalência de HAS em mais de duas vezes. A ocorrência concomitante de excesso de peso e HAS é preocupante, uma vez que a presença de um ou mais fatores de risco cardiovascular adicionais, em pessoas hipertensas, aumenta proporcionalmente o risco de doenças coronarianas, cerebrovasculares e renais (WILLIAMS et al., 2018). Neste sentido, diretrizes nacionais e internacionais apontam a perda de peso como um importante componente da terapia não medicamentosa em indivíduos hipertensos com excesso de peso (BARROSO et al., 2021; UNGER et al., 2020; WILLIAMS et al., 2018).

Em relação as variáveis reprodutivas, apenas a menarca precoce (< 12 anos) foi associada à HAS e isso ocorreu somente entre as mulheres quilombolas. Uma revisão guarda-chuva que avaliou as evidências existentes para a associação da menarca precoce com resultados de saúde posteriores constatou que, avaliada em categorias, a menarca precoce foi associada a diversos problemas de saúde na vida adulta, incluindo a HAS (LEE et al., 2022).

A INSAN, na sua forma grave, esteve associada à HAS entre as mulheres não quilombolas. Uma metanálise de estudos realizados na África subsaariana, que avaliou as associações entre a INSAN e os principais fatores de risco metabólico sensíveis à dieta, concluiu que a exposição à INSAN foi associada a um amplo espectro de fatores de risco metabólicos, dentre eles, a hipertensão. Contudo, assim como na associação entre INSAN e excesso de peso, os mecanismos envolvidos na associação dessa situação com HAS não estão estabelecidos (NKAMBULE et al., 2021).

Mulheres não quilombolas que referiram a presença de problema de saúde nos últimos 15 dias apresentaram maior prevalência de hipertensão. Essa associação pode estar relacionada a uma pior autopercepção de saúde entre essas mulheres. Ao avaliar mulheres brasileiras, Barros et al. (2009), observaram que a presença de DCNT, incluindo a HAS, aumentou a prevalência de saúde auto-avaliada como ruim (BARROS et al., 2009).

CONCLUSÃO

A prevalência de excesso de peso corporal foi superior entre as mulheres quilombolas, em contrapartida, não houve diferença na prevalência de HAS entre os grupos. Apesar disso, tanto o excesso de peso quanto a HAS apresentam-se como problemas de saúde pública em ambas as populações.

Em decorrência da multiplicidade dos fatores associados ao excesso de peso corporal e à HAS entre as mulheres quilombolas e não quilombolas alagoanas, reforça-se a necessidade do desenvolvimento e da implementação de estratégias intersetoriais para prevenção e controle

dessas condições nessas populações. Nesse contexto, os diferenciais observados aqui devem ser considerados para o adequado direcionamento dessas estratégias.

REFERÊNCIAS

ABARCA-GÃ, L. et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)*. **The Lancet**, v. 390, p. 2627–2642, 2017.

ALBERTI, K. G. M. M. et al. Harmonizing the metabolic syndrome: A joint interim statement of the international diabetes federation task force on epidemiology and prevention; National heart, lung, and blood institute; American heart association; World heart federation; International . **Circulation**, v. 120, n. 16, p. 1640–1645, 2009.

BARBOSA, J. M. et al. Fatores socioeconômicos associados ao excesso de peso em população de baixa renda do Nordeste brasileiro. **Archivos Latinoamericanos de Nutrición**, v. 59, n. 1, p. 22–29, 2009.

BARROS, M. B. DE A. et al. Auto-avaliação da saúde e fatores associados, Brasil, 2006. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. suppl 2, p. 27–37, 2009.

BARROSO, W. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 28, n. 2, p. 72–200, 2021.

BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003**, 2003.

BIXBY, H. et al. Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults. *Nature*, v. 569, n. 7755, p. 260–264, 2019.

BRONDOLO, E. et al. Racism and hypertension: A review of the empirical evidence and implications for clinical practice. **American Journal of Hypertension**, v. 24, n. 5, p. 518–529, 2011.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 19, p. 181–191, 2003.

CORREIA, L. L. et al. Prevalence and determinants of obesity and overweight among reproductive age women living in the semi-arid region of Brazil. *Ciencia e Saude Coletiva*, v. 16, n. 1, p. 133–145, 2011.

COSTA, N. S. et al. Prevalence and factors associated with food insecurity in the context of the economic crisis in Brazil. **Current Developments in Nutrition**, v. 1, n. 10, p. 1–9, 2017.

DEVAUX, M. et al. Exploring the relationship between education and obesity. *OECD Journal: Economic Studies*, v. 2011, p. 121–159, 2011.

FERREIRA, A.P.S.; SZWARCOWALD, C.L.; DAMACENA, G.N. Prevalência e fatores associados da obesidade na população brasileira: estudo com dados aferidos da Pesquisa

Nacional de Saúde, 2013. **Revista brasileira de epidemiologia = Brazilian journal of epidemiology**, v. 22, p. e190024, 2019.

FRANKLIN, B. et al. Exploring Mediators of Food Insecurity and Obesity : **Journal of Community Health**, v. 37, n. 1, p. 253–264, 2011.

FERREIRA, R.A.B.; BENICIO, M.H D. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p. 337–342, 2015.

FERREIRA, H.S. et al. Prevalence and factors associated with food and nutrition insecurity in families in municipalities of the north of the State of Alagoas, Brazil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 5, p. 1533–1542, 2014.

FERREIRA, H.S.; TORRES, Z.M.C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 15, n. 2, p. 219–229, 2015.

FERREIRA, H.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, 2013.

FRANKLIN, B. et al. Exploring Mediators of Food Insecurity and Obesity : **Journal of Community Health**, v. 37, n. 1, p. 253–264, 2011.

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

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

GOLZARAND, M.; SALARI-MOGHADDAM, A.; MIRMIRAN, P. Association between alcohol intake and overweight and obesity: a systematic review and dose-response meta-analysis of 127 observational studies. **Critical Reviews in Food Science and Nutrition**, v. 62, n. 29, p. 8078–8098, 2022.

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

HENRIQUE, I.F.S. et al. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista Associação Médica Brasileira**, 2004.

HOFFMAN, D. J. et al. Why are nutritionally stunted children at increased risk of obesity? Studies of metabolic rate and fat oxidation in shantytown children from Sao Paulo, Brazil. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 72, n. 3, p. 702–707, 2000.

IBGE. **Conheça as cidades e estados do Brasil: Panorama de Alagoas**. 2022. Disponível

em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama>.

IBGE. Pesquisa nacional de Saúde 2019: atenção primária à saúde e informações antropométricas. 2020.

IBGE. Censo 2010: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade de Alagoas. 2010. Disponível em:
https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=27&corhomem=3d4590&cormulher=9cdbfc.

INCRA. Instrução Normativa nº 57, de 20 de outubro de 2009, 2009.

JOSUÉ, L. Raça, genética & hipertensão: nova genética ou velha eugenia? **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 371–393, 2005.

KAC, G. et al. Severe food insecurity is associated with obesity among Brazilian adolescent females. **Public Health Nutrition**, v. 15, n. 10, p. 1854–1860, 2012.

KOWALESKI-JONES, L.; WEN, M.; FAN, J. X. Unpacking the paradox: testing for mechanisms in the food insecurity and BMI association. **Journal of Hunger and Environmental Nutrition**, v. 14, n. 5, p. 683–697, 2019.

LAITINEN, J.; POWER, C.; JÄRVELIN, M. R. Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index, and age at menarche as predictors of adult obesity. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 74, n. 3, p. 287–294, 2001.

LEE, J.-S. et al. Long-term health outcomes of early menarche in women: an umbrella review. **QJM:monthly journal of the Association of Physicians**, v. 115, n. 12, 12 Dec. 2022.

LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnografica**, v. IV, n. vol. 4 (2), p. 333–354, 2000.

LINS, A. P. M. et al. Healthy eating, schooling and being overweight among low-income women. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 18, n. 2, p. 357–366, 2013.

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, 2021.

MALACHIAS, M. et al. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2016.

MALTA, D. C. et al. Self-reported arterial hypertension, use of health services and guidelines for care in Brazilian population: National Health Survey, 2019. **Epidemiologia e Servicos de Saude**, v. 31, n. Special issue 1, 2022.

MARI, J. D. J.; WILLIAMS, P. A Validity Study of a Psychiatric Screening Questionnaire. **British Journal of Psychiatry**, v. 148, p. 23–27, 1986.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Independent effects of income and

education on the risk of obesity in the Brazilian adult population. **Journal of Nutrition**, v. 131, n. 3, p. 881–886, 2001.

MONTEIRO, C. A.; CONDE, W. L.; POPKIN, B. M. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. **American Journal of Public Health**, v. 97, n. 10, p. 1808–1812, 10 Jan. 2007.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B. M. The Burden of Disease From Undernutrition and Overnutrition in Countries Undergoing Rapid Nutrition Transition: A View From Brazil. **American Journal of Public Health**, v. 94, n. 3, p. 433, 2004.

NADRUZ, W. et al. Racial Disparities in Risks of Stroke. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 21, p. 2089–2090, 2017.

NKAMBULE, S. J. et al. Association between food insecurity and key metabolic risk factors for diet-sensitive non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis. **Scientific Reports**, v. 11, n. 1, p. 1–19, 2021.

PINTO, A.R. et al. **Cadernos de Estudos nº 20 - Quilombos do Brasil: Segurança Alimentar e Nutricional em Territórios Titulados**. 2014.

POPKIN, B.M. Nutritional Patterns and Transitions. **Development Review**, v. 19, n. 1, p. 138–157, 1993.

POPKIN, B.M. Nutrition in transition: The changing global nutrition challenge. **Asia Pacific J Clin Nutr**, p. 13–18, 2001.

POPKIN, B.M. The Nutrition Transition: An Overview of World Patterns of Change. p. 140–143, 2004. .

RO, A.; OSBORN, B. Exploring dietary factors in the food insecurity and obesity relationship among latinos in California. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 29, n. 3, p. 1108–1122, 2018.

RODRIGUES, P. F. et al. Condições socioeconômicas e prática de atividades físicas em adultos e idosos: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 22, n. 3, p. 217–232, 2017.

SBC (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 95, n. 1, p. 1–57, 2010.

SELIGMAN, H. K.; SCHILLINGER, D. Hunger and Socioeconomic Disparities in Chronic Disease. **New England Journal of Medicine**, v. 363, n. 1, p. 6–9, 2010.

SHEKAR, M.; POPKIN, B. **Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge**. The World Bank, 2020.

SILVENTOINEN, K. et al. The Association Between Puberty Timing and Body Mass Index in a Longitudinal Setting: The Contribution of Genetic Factors. *Behavior Genetics*, v. 52, n. 3, p. 186–194, 2022.

SOARES, D. A.; BARRET, S. M. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 2, p. 341–354, 2014.

SUN, K. et al. Association of education levels with the risk of hypertension and hypertension control: a nationwide cohort study in Chinese adults. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 76, n. 5, p. 451–457, 2022.

TORRES, R. M.; CHÁVEZ, Á. M. C.; GONZÁLEZ, S. R. Food insecurity and its association with obesity and cardiometabolic risks in Mexican women. **Nutricion Hospitalaria**, v. 38, n. 2, p. 388–395, 2021.

TOWNSEND, M. S. et al. Food insecurity is positively related to overweight in women. **Journal of Nutrition**, v. 131, n. 6, p. 1738–1745, 2001.

TURPIE, A.G.G. et al. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. **Archives of internal medicine**, v. 162, n. 16, p. 1867–1872, 2002.

UNGER, T. et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. **Hypertension**, v. 75, n. 6, p. 1334–1357, 2020.

VICTORA, C.G. et al. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 461, n.2, p.707-722, 1997.

WENSTROM, K. D. Impact of perinatal weight change on long-term obesity and obesity-related illnesses: Commentary. *Obstetrical and Gynecological Survey*, v. 61, n. 4, p. 230–231, 2006.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO, 2003.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Non-communicable diseases - Progress Monitor**. Geneva: WHO, 2020.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Physical Status: The use interpretation of anthropometry**. 1995. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf.

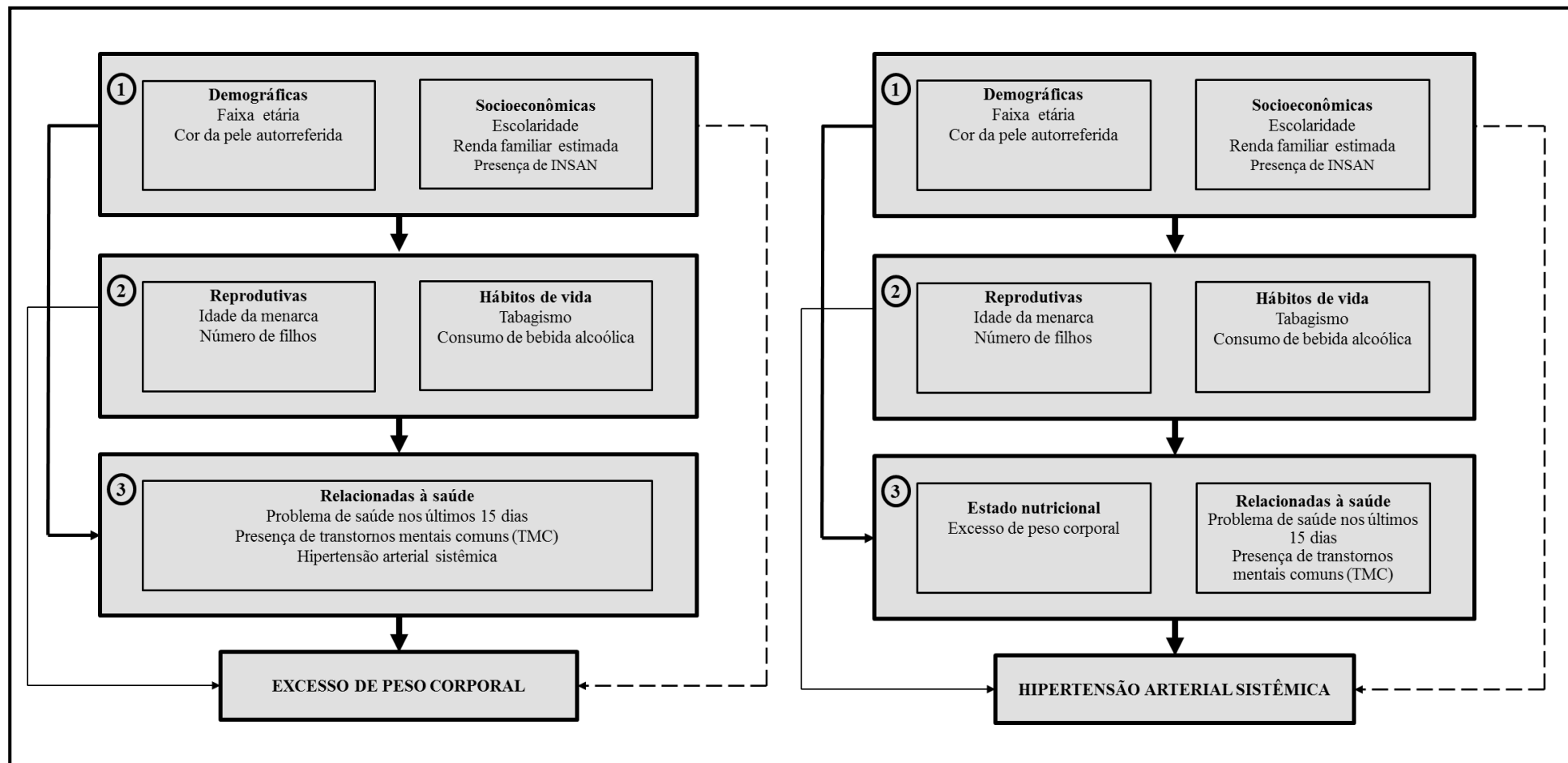
WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Follow-up to the political declaration of the high-level meeting of the general assembly on the prevention and control of non-communicable diseases world health assembly**. Geneva: WHO: 2013.

WILLIAMS, B. et al. **2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension**. v. 39

ZHOU, B. et al. Global epidemiology, health burden and effective interventions for elevated blood pressure and hypertension. **Nature Reviews Cardiology**, v. 18, n. 11, 2021.

ŻURAWIECKA, M.; WRONKA, I. Association between age at menarche and body mass index, waist circumference, waist to hip ratio, and waist to height ratio in adult women. *American Journal of Human Biology*, v. 33, n. 6, p. 1–10, 2021.

Figura 1 - Níveis hierárquicos conforme modelos teóricos para seleção dos fatores associados ao excesso de peso corporal e à hipertensão arterial sistêmica.



Adaptado de Victora et al., 1997.
INSAN: insegurança alimentar e nutricional.

Tabela 1 – Caracterização das variáveis demográficas, antropométricas e de pressão arterial de mulheres de Alagoas (Brasil), segundo a condição de não quilombola (2015) e quilombola (2018).

Variáveis	Total Média ± dp Mediana (P25-P75)	Não quilombolas (2015) Média ± dp Mediana (P25-P75)	Quilombolas (2018) Média ± dp Mediana (P25-P75)	<i>p</i>
Idade (anos)	34,7 ± 8,4 35 (28-42)	35,0 ± 8,5 35 (28-42)	34,2 ± 8,2 34 (28-40)	0,004 [#]
Massa corporal (Kg)	67,7 ± 14,7 66,1 (57,3-76,2)	67,6 ± 14,7 65,9 (57,3-76,0)	67,8 ± 14,8 66,3 (57,5-76,4)	0,5252 [#]
Estatutura (cm)	156,9 ± 6,0 156,8 (152,8-160,7)	157,2 ± 6,0 157,1 (153,1-161,1)	156,2 ± 5,9 156,1 (152,0-160,0)	<0,001*
Índice de massa corporal (Kg/m ²)	27,5±5,7 26,8 (23,5-30,8)	27,4 ± 5,7 26,6 (23,3-30,7)	27,8 ± 5,7 27,1 (23,7-31,0)	<0,001 [#]
Circunferência da cintura (cm)	84,7 ± 12,4 83,5 (75,5-92,6)	84,3 ± 12,4 83,0 (75,0-92,0)	85,6 ± 12,5 84,6 (76,0-94,0)	0,0007 [#]
Pressão arterial sistólica (mmHg)	121,7 ± 17,3 119,0 (110,0-129,0)	121,3 ± 17,4 119,0 (109,5-129,0)	122,4 ± 17,0 119,5 (111-129,5)	0,0163 [#]
Pressão arterial diastólica (mmHg)	77,3 ± 11,2 76,5 (69,5-83,5)	77,0 ± 11,3 76,0 (69,5-83,5)	78,0 ± 10,8 77,5 (70,5-84,0)	0,0002 [#]

p: * Diferença estatisticamente significativa segundo o teste T de Student ou [#] segundo o teste de Mann-Whitney.

Tabela 2 – Prevalência de excesso de peso corporal e hipertensão arterial sistêmica (HAS) entre mulheres não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) do estado de Alagoas, Brasil.

Variáveis	Total n (%)	Não quilombolas (2015) n (%)	Quilombolas (2018) n (%)	<i>p</i>
Excesso de peso (IMC > 25 kg ²)				
Não	1.646 (36,2)	1.176 (37,6)	470 (33,2)	
Sim	2.896 (63,8)	1.951 (62,4)	945 (66,8)	0,004
Razão de prevalência (IC95%)	-	1	1,07 (1,02-1,12)	
Hipertensão arterial sistêmica ^a				
Não	3.470 (77,6)	2.424 (77,9)	1.046 (76,9)	
Sim	1.000 (22,4)	686 (22,1)	314 (23,1)	0,447
Razão de prevalência (IC95%)	-	1	1,05 (0,93-1,18)	

p: Teste qui-quadrado de Pearson.

^a Pressão arterial sistólica ≥ 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica ≥ 90mmHg e/ou uso de medicamentos anti-hipertensivos (BARROSO et al., 2021).

Tabela 3 - Comparação das características demográficas, socioeconômicas, de estilo de vida, estado nutricional e de saúde de mulheres não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) do estado de Alagoas, Brasil.

Variáveis	Total n (%) ^a	Não quilombolas (2015) n (%)	Quilombolas (2018) n (%)	p
Faixa etária				
≤ 30 anos	1.598 (34,5)	1.071 (33,9)	527 (35,8)	0,234
> 30 anos	3.029 (65,5)	2.085 (66,1)	947 (64,3)	
Cor da pele autorreferida [‡]				
Outras	924 (20,1)	773 (24,8)	151 (10,3)	< 0,001*
Preta+parda	3.668 (79,9)	2.349 (75,2)	1.319 (89,7)	
Escolaridade				
≤ 8 anos	2.672 (58,0)	1.647 (52,5)	1.025 (69,7)	< 0,001*
> 8 anos	1.933 (42,0)	1.487 (47,5)	446 (30,3)	
Renda familiar estimada [§]				
≤ ½ SM	985 (21,5)	358 (11,5)	627 (42,5)	< 0,001*
> ½ a 1 SM	868 (18,9)	525 (16,8)	343 (23,3)	
> 1 SM a 2 SM	1.538 (33,5)	1.144 (36,7)	394 (26,7)	
> 2 SM	1.201 (26,1)	1.091 (35,0)	110 (7,5)	
Situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) [§]				
SAN	3.176 (70,5)	2.288 (74,7)	888 (61,6)	< 0,001*
INSAN moderada	887 (19,7)	549 (17,9)	338 (23,4)	
INSAN grave	441 (9,8)	225 (7,4)	216 (15,0)	
Idade da menarca				
< 12 anos	894 (20,2)	651 (21,2)	243 (17,9)	0,010*
≥ 12 anos	3.537 (79,8)	2.419 (78,8)	1.118 (82,2)	
Número de filhos				
Nenhum	578 (12,5)	411 (13,1)	167 (11,4)	< 0,001*
1-2	2.262 (49,1)	1.646 (52,5)	616 (41,8)	
≥ 3	1.769 (38,4)	1.079 (34,4)	690 (46,8)	
Tabagismo				
Não	4.100 (88,9)	2.834 (89,9)	1.266 (86,7)	< 0,001*
Sim	511 (11,1)	317 (10,1)	194 (13,3)	
Consumo de bebida alcoólica				
Não	3.534 (76,6)	2.152 (68,3)	1.016 (69,6)	0,378
Sim	1.077 (23,4)	999 (31,7)	444 (30,4)	
Obesidade abdominal				
Não	1.731 (38,4)	1.228 (39,4)	503 (36,0)	0,027*
Sim	2.781 (61,6)	1.886 (60,6)	895 (64,0)	
Problema de saúde nos últimos 15 dias				
Não	3.145 (68,0)	2.118 (67,2)	1.027 (69,7)	0,098
Sim	1.479 (32,0)	1.034 (32,8)	447 (30,3)	
Presença de transtorno mental comum (TMC) ^{//}				
Não	2.527 (55,0)	1.619 (51,8)	908 (61,8)	< 0,001*
Sim	2.071 (45,0)	1.509 (48,2)	562 (38,2)	

^aNúmero amostral difere em algumas variáveis devido a casos de não respostas; [‡]Outra: branca, amarela e indígena; [§]De acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); ^{//}De acordo com o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ20).

* Diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Tabela 4 – Fatores associados ao excesso de peso entre mulheres não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) do estado de Alagoas, Brasil.

Variáveis	Não quilombolas (2015)					Quilombolas (2018)				
	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i>	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i>	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i>	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i>
Demográficas e socioeconômicas										
Faixa etária										
≤ 30 anos	48,0	1	< 0,001	1	< 0,001	52,5	1	< 0,001	1	< 0,001
> 30 anos	69,8	1,45 (1,36-1,56)		1,42 (1,33-1,53)		74,7	1,42 (1,30-1,56)		1,42 (1,30-1,56)	
Cor da pele autorreferida [†]										
Outras	61,0	1	0,380			60,1	1	0,076	1	0,160
Preta+parda	62,8	1,03 (0,96-1,10)		67,5	1,12 (0,98-1,29)	1,10 (0,96-1,26)				
Escolaridade										
> 8 anos	57,4	1		1		58,1	1		1	
≤ 8 anos	67,0	1,17 (1,11-1,24)	< 0,001	1,11 (1,05-1,17)	< 0,001	70,4	1,21 (1,11-1,33)	< 0,001	1,09 (0,99-1,20)	0,052
Renda familiar estimada										
≤ ½ SM	59,4	0,94 (0,85-1,03)	0,183	0,91 (0,83-1,01)	0,063	69,6	1,08 (0,94-1,22)	0,320		
> ½ a 1 SM	61,2	0,96 (0,88-1,05)	0,385	0,94 (0,86-1,02)	0,135	65,5	1,02 (0,86-1,20)	0,847		
> 1 SM a 2 SM	63,0	0,99 (0,93-1,06)	0,808	0,99 (0,93-1,06)	0,837	64,1	0,99 (0,93-1,26)	0,951		
> 2 SM	63,5	1		1		64,4	1			
Situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) [§]										
SAN	60,8	1		1		64,3	1		1	
INSAN moderada	68,1	1,12 (1,05-1,20)	0,001	1,06 (0,99-1,14)	0,081	68,4	1,06 (0,97-1,16)	0,172	1,06 (0,97-1,15)	0,212
INSAN grave	65,9	1,08 (0,98-1,20)	0,110	1,02 (0,92-1,12)	0,760	75,2	1,17 (1,07-1,28)	0,001	1,12 (1,02-1,23)	0,013
Reprodutivas										
Idade da menarca										
≥ 12 anos	59,6	1	< 0,001	1	< 0,001	65,1	1	0,001	1	< 0,001
< 12 anos	72,2	1,21 (1,14-1,28)		1,23 (1,16-1,31)		76,6	1,18 (1,08-1,28)		1,21 (1,11-1,31)	

Continua

Variáveis	Não quilombolas (2015)					Quilombolas (2018)				
	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>P</i>	RP ajustada (IC95%)	<i>P</i>	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>P</i>	RP ajustada (IC95%)	<i>P</i>
Número de filhos										
Nenhum	46,8	1		1		49,7	1		1	
1-2	60,8	1,30 (1,16-1,45)	< 0,001	1,21 (1,09-1,35)	0,001	63,8	1,28 (1,08-1,52)	0,004	1,27 (1,08-1,50)	0,004
≥ 3	70,6	1,51 (1,35-1,69)	< 0,001	1,28 (1,14-1,44)	< 0,001	73,5	1,48 (1,26-1,75)	< 0,001	1,31 (1,11-1,55)	0,001
Hábitos de vida										
Tabagismo										
Não	62,6	1				66,8	1			
Sim	60,8	0,97 (0,88-1,07)	0,531			67,6	1,01 (0,94-1,12)	0,611		
Consumo de bebida alcoólica										
Não	61,4	1		1		67,3	1			
Sim	64,5	1,05 (0,99-1,11)	0,100	1,07 (1,01-1,13)	0,026	66,0	0,98 (0,90-1,06)	0,623		
Relacionadas à saúde										
Problema de saúde nos últimos 15 dias										
Não	61,3	1		1		65,5	1		1	
Sim	64,7	1,06 (0,99-1,12)	0,063	0,99 (0,94-1,06)	0,959	69,7	1,06 (0,98-1,15)	0,125	1,01 (0,93-1,10)	0,812
Presença de transtorno mental comum (TMC) ^{//}										
Não (< 8)	60,7	1		1		66,2	1			
Sim	64,3	1,06 (1,00-1,12)	0,038	0,99 (0,94-1,05)	0,853	67,8	1,02 (0,95-1,10)	0,553		
Hipertensão arterial sistêmica										
Não	56,5	1		1		60,6	1		1	
Sim	82,7	1,46 (1,39-1,54)	< 0,001	1,34 (1,27-1,41)	< 0,001	84,5	1,39 (1,30-1,49)	< 0,001	1,25 (1,16-1,35)	< 0,001

RP (IC95%): Razão de prevalência e seu respectivo intervalo com 95% de confiança; SM: salário mínimo.

[†]Outra: branca, amarela e indígena; [§]De acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); ^{//}De acordo com o *Self Reporting Questionnaire* (SRQ20).

Número em negrito indica resultado estatisticamente significativo.

Tabela 5 – Fatores associados à hipertensão entre mulheres não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) do estado de Alagoas, Brasil.

Variáveis	Não quilombolas (2015)					Quilombolas (2018)				
	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i>	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i>	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i>	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i>
Demográficas e socioeconômicas										
Faixa etária										
≤ 30 anos	8,7	1	< 0,001	1	< 0,001	6,8	1	< 0,001	1	< 0,001
> 30 anos	29,0	3,33 (2,71-4,10)		3,05 (2,47-3,77)		32,2	4,77 (3,38-6,72)		4,34 (3,09-6,09)	
Cor da pele autorreferida										
Outras	21,9	1	0,793			20,9	1	0,499		
Preta+parda	22,3	1,02 (0,87-1,19)		23,4		1,12 (0,80-1,58)				
Escolaridade										
> 8 anos	16,2	1	< 0,001	1	< 0,001	13,5	1	< 0,001	1	0,004
≤ 8 anos	27,3	1,68 (1,46-1,94)		1,41 (1,22-1,64)		27,2	2,01 (1,54-2,62)		1,47 (1,13-1,90)	
Renda familiar estimada										
≤ ½ SM	24,3	1,18 (0,95-1,47)	0,138	1,04 (0,83-1,30)	0,734	23,8	0,93 (0,65-1,33)	0,678	0,86 (0,60-1,22)	0,391
½ a 1 SM	25,3	1,23 (1,02-1,48)	0,033	1,09 (0,90-1,32)	0,372	25,2	0,98 (0,67-1,44)	0,920	0,98 (0,68-1,42)	0,919
> 1 SM a 2 SM	21,7	1,05 (0,89-1,24)	0,544	1,02 (0,87-1,21)	0,801	19,4	0,75 (0,51-1,11)	0,153	0,77 (0,53-1,12)	0,171
> 2 SM	20,6	1		1		25,7	1		1	
Situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN)										
SAN	20,4	1	0,211	1	0,704	22,8	1	0,433	1	0,192
INSAN moderada	22,9	1,12 (0,94-1,33)		0,97 (0,81-1,15)		20,6	0,90 (0,70-1,16)		0,85 (0,66-1,09)	
INSAN grave	35,3	1,73 (1,42-2,10)		<0,001		1,39 (1,14-1,69)	0,001		28,2	
Reprodutivas										
Idade da menarca										
≥ 12 anos	21,9	1	0,939			21,7	1	0,004	1	0,001
< 12 anos	22,1	1,01 (0,85-1,19)		30,9		1,42 (1,13-1,79)	1,43 (1,16-1,78)			

Continua

Variáveis	Não quilombolas (2015)					Quilombolas (2018)				
	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i>	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i>	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i>	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i>
Número de filhos										
Nenhum	16,1	1		1		18,7	1		1	
1-2	19,4	1,20 (0,94-1,53)	0,138	0,87 (0,70-1,12)	0,310	18,0	0,96 (0,66-1,40)	0,841	0,87 (0,61-1,25)	0,477
≥ 3	28,5	1,77 (1,39-2,25)	< 0,001	0,95 (0,74-1,21)	0,666	28,9	1,55 (1,08-2,20)	0,016	0,85 (0,60-1,19)	0,340
Hábitos de vida										
Tabagismo										
Não	21,2	1		1		22,1	1		1	
Sim	29,6	1,40 (1,16-1,68)	0,001	1,12 (0,93-1,36)	0,231	30,6	1,38 (1,08-1,77)	0,013	0,90 (0,70-1,17)	0,446
Consumo de bebida alcoólica										
Não	22,3	1				23,6	1			
Sim	21,5	0,96 (0,83-1,11)	0,597			22,3	0,95 (0,76-1,18)	0,629		
Antropométrica										
Excesso de peso										
Não	10,1	1		1		10,41	1		1	
Sim	29,3	2,89 (2,40-3,48)	< 0,001	2,37 (1,96-2,86)	< 0,001	29,1	2,80 (2,09-3,75)	< 0,001	2,12 (1,57-2,86)	< 0,001
Relacionadas à saúde										
Problema de saúde nos últimos 15 dias										
Não	19,4	1		1		21,6	1		1	
Sim	27,4	1,41 (1,23-1,61)	< 0,001	1,24 (1,09-1,42)	0,001	26,6	1,23 (1,00-1,51)	0,043	1,03 (0,84-1,26)	0,790
Presença de transtorno mental comum (TMC)										
Não (< 8)	19,3			1		20,3	1		1	
Sim	25,1	1,30 (1,14-1,49)	< 0,001	1,05 (0,91-1,22)	0,463	27,5	1,36 (1,12-1,65)	0,002	1,16 (0,95-1,41)	0,134

RP (IC95%): Razão de prevalência e seu respectivo intervalo com 95% de confiança; SM: salário mínimo.

†Outra: branca, amarela e indígena; §De acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); Número em negrito indica resultado estatisticamente significativo.

3.2 ARTIGO ORIGINAL 2

SANTOS, T.R.; FERREIRA, H.S. Determinantes Sociais em Saúde: Diferenciais no estado nutricional de crianças do estado de Alagoas (Brasil), segundo sua condição de quilombolas ou não quilombolas.

Determinantes Sociais em Saúde: Diferenciais no estado nutricional de crianças do estado de Alagoas (Brasil), segundo a condição de ser ou não quilombola

Social Determinants of Health: Differences in the nutritional status of children from the state of Alagoas (Brazil), according to the condition of being or not quilombola

Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde
Universidade Federal de Alagoas
Campus A.C. Simões, BR 104 Norte, Tabuleiro do Martins,
57072-970, Maceió, AL, Brasil

Tamara Rodrigues dos Santos¹

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5439-7910>
trodriguesnutri@gmail.com

Haroldo da Silva Ferreira^{1,2}

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1789-3138>
haroldo.ufal@gmail.com

¹ Discente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (doutorado), Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde/UFAL, Maceió-AL, Brasil.

² Professor Titular da Faculdade de Nutrição (FANUT), Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió-AL, Brasil.

Autora para correspondência:

Tamara Rodrigues dos Santos.

Av. Menino Marcelo, 140, Cidade Universitária, CEP 57073-470, Maceió-AL, Brasil.

E-mail: trodriguesnutri@gmail.com

Agradecimentos:

Os autores agradecem a todas as famílias da população geral e das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas que aceitaram participar das pesquisas; aos membros do Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada (LNBA) pelos valiosos trabalhos de campo e de tabulação dos dados; e as agências de fomento científico que financiaram as pesquisas.

Suporte financeiro:

O inquérito realizado em 2015 envolvendo as crianças da população do estado de Alagoas recebeu apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

- CNPq (processo n° 474381/2011-0) e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas – FAPEAL (processo n° 60030 000716/2013). O estudo de 2018 com as crianças quilombolas alagoanas foi financiado pelo CNPq (processo n.º 466718/2014-4) e pela FAPEAL (processo n.º 60030.000849/2016). As opiniões expressas neste artigo são de responsabilidade dos autores e não necessariamente de quaisquer agências de fomento. Os financiadores não tiveram nenhum papel na concepção do estudo, coleta e análise de dados, decisão de publicação ou preparação do manuscrito. T.R.S recebeu bolsa de doutorado do acordo FAPEAL-CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior), processo n.º 60030-001195/2018. H.S.F é Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (processo n.º 313991/2021-9).

Conflito de interesses:

Os autores declaram não ter conflito de interesse.

Contribuições:

T.R.S participou da coleta de dados dos dois inquéritos, realizou a análise estatística, interpretação dos dados e a redação do texto. H.S.F foi responsável pela concepção e coordenação geral dos projetos, orientação da discente e revisão final do texto. Ambos os autores aprovaram a versão final do manuscrito.

Divulgação de padrões éticos:

As duas pesquisas utilizadas no presente estudo foram conduzidas de acordo com as diretrizes estabelecidas na Declaração de Helsinque, tendo sido aprovadas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (Pesquisa Estadual: n°. 09093012.0.0000.5013; Pesquisa Quilombola: 33527214.9.0000.5013). Todas as mães ou responsáveis pelas crianças foram informados sobre os objetivos das pesquisas, seus riscos e benefícios, bem como sobre todas as demais informações constantes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Apenas as crianças cujas mães ou responsáveis atestaram sua concordância assinando o referido documento foram incluídas nas pesquisas.

RESUMO

Objetivo: Comparar o estado nutricional e os fatores associados ao déficit estatural, excesso de peso e à anemia entre crianças quilombolas e não quilombolas do estado de Alagoas.

Métodos: Dois inquéritos domiciliares independentes e de base populacional no estado de Alagoas foram conduzidos em 2015 e 2018, envolvendo crianças não quilombolas (n=991) e quilombolas (n=555), respectivamente. A anemia foi diagnosticada quando hemoglobina <11,0 g/dL e as condições antropométricas definidas pela classificação proposta por Ferreira. Os fatores associados ao déficit estatural, excesso de peso e à anemia foram identificados por análise multivariável conforme modelo teórico de seleção hierárquica das variáveis, utilizando-se regressão de Poisson com variância robusta.

Resultados: As prevalências de déficit estatural (6,5% vs. 3,5%; p=0,008) e anemia (38,3% vs. 27,4%; p<0,001) foram superiores nas crianças quilombolas. Por outro lado, a prevalência de excesso de peso foi superior entre as crianças não quilombolas 9,6% vs. 14,1%; (p=0,009), respectivamente. Os fatores associados ao déficit estatural tanto entre crianças quilombolas quanto entre não quilombolas foram: baixa estatura materna e baixo peso ao nascer (BPN). O índice de riqueza inferior à mediana esteve associado a esse desfecho apenas entre as quilombolas, enquanto a idade ≤ 24 meses foi associada entre as não quilombolas. Famílias em situação de insegurança alimentar moderada, idade ≤ 24 meses e elevado peso ao nascer (EPN) foram fatores associados ao excesso de peso entre as crianças quilombolas. Entre as não quilombolas, o excesso de peso esteve associado ao aumento nos quartis de IMC materno e ao EPN. Quanto à anemia, os fatores associados entre as quilombolas foram: idade ≤ 24 meses, idade materna < 20 anos, sexo masculino e problema de saúde nos últimos 30 dias. Entre as não quilombolas, idade ≤ 24 meses e escolaridade materna ≤ 8 anos foram os fatores associados à anemia.

Conclusão: O déficit estatural, o excesso de peso e a anemia coexistem de forma relevante nos dois contextos investigados, embora com magnitudes distintas. Nesse aspecto, evidencia-se a determinação social da situação de saúde e de doença, haja vista os diferenciais observados entre as crianças conforme as características socioeconômicas prevalentes nos cenários em que sobrevivem.

Palavras-chave: **Palavras-chave:** Transtornos da Nutrição Infantil; Desnutrição Proteico-Calórica; Obesidade; Inquéritos Nutricionais; Pré-Escolar.

INTRODUÇÃO

Em termos de relevância em saúde pública, a má nutrição infantil engloba situações tais como a desnutrição, tanto na sua forma aguda (magreza) quanto crônica (déficit estatural), o excesso de peso corporal e as carências de micronutrientes específicos, principalmente daqueles associados à etiologia das anemias nutricionais (UNICEF, 2019; WHO, 2017). As crianças que sofrem de má nutrição apresentam maior risco para diversos problemas de saúde, tanto na infância quanto na vida adulta, constituindo importante custo econômico e social para os países (OECD, 2019; SHEKAR; POPKIN, 2020; WELLS et al., 2020).

A desnutrição crônica e a anemia podem impedir a criança de alcançar seu pleno potencial de crescimento e desenvolvimento. Esses agravos apresentam-se associados à menor escolaridade, redução da capacidade de trabalho, atraso no desenvolvimento psicomotor e maior ocorrência de doenças infecciosas e mortalidade (DEVELOPMENT INITIATIVES, 2021; VICTORA et al., 2008; WHO, 1997, 2017). Por outro lado, o excesso de peso na infância é um importante fator de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis ao longo da vida, além de produzir impactos psicossociais decorrentes da estigmatização social associada à obesidade, como baixa autoestima e episódios depressivos (KUMAR; KELLY, 2017; NEEF et al., 2013).

Em consonância com o processo de transição nutricional que vem ocorrendo em nível global, nas últimas décadas tem ocorrido, no caso das crianças, declínio na prevalência de déficit estatural e ascensão na do excesso de peso (GARDNER; KASSEBAUM, 2020; POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020; UNICEF; WHO; THE WORLD BANK, 2012, 2021). Estima-se que entre 1990 e 2021, a prevalência de déficit estatural tenha diminuído em aproximadamente 36,5%, enquanto a ocorrência do excesso de peso aumentou 39,0% no mesmo período (DEVELOPMENT INITIATIVES, 2021; UNICEF; WHO; THE WORLD BANK, 2012, 2021). Assim como o déficit estatural, a prevalência de anemia também apresentou declínio entre 2000 e 2019 (48,0 para 40,0%) (GARDNER; KASSEBAUM, 2020).

A transição nutricional está intimamente relacionada às condições socioeconômicas dos países, ocorrendo de forma distinta entre os países de baixa, média e alta renda (GARDNER; KASSEBAUM, 2020; POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020; UNICEF; WHO; THE WORLD BANK, 2021). Esses aspectos evidenciam a determinação social da saúde.

A Organização Mundial de Saúde define Determinantes Sociais da Saúde como “as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem e o conjunto mais amplo de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana” (WHO, 2018).

Nesse contexto, crianças de localidades sob maior vulnerabilidade social estão mais suscetíveis à ocorrência concomitante das diferentes formas dos agravos nutricionais, conhecida como tripla carga de má nutrição (TCMN). A TCMN pode coexistir na mesma população/comunidade, família e até no mesmo indivíduo, contribuindo para a perpetuação da pobreza ao longo das gerações (POPKIN; CORVALAN; GRUMMER-STRAWN, 2020; UNICEF, 2019).

No Brasil, as comunidades quilombolas, formadas por grupos étnico-raciais com presunção de ancestralidade negra e relacionadas com a resistência à opressão sofrida durante o período de escravidão, vivenciam pronunciadas desvantagens socioeconômicas decorrentes do processo histórico de exclusão social, as quais se refletem em iniquidades em saúde, com impactos no seu perfil de morbidade (BRASIL, 2003; FERREIRA et al., 2011, 2020, 2013; FERREIRA; TORRES, 2015; GUBERT et al., 2017).

Nesse contexto, os indivíduos residentes nas comunidades remanescentes dos quilombos (CRQs) do estado de Alagoas, localizado na região Nordeste, se caracterizam por uma vulnerabilidade social ainda maior, pelo fato de estarem no estado da federação que detém os piores indicadores socioeconômicos do país (ALAGOAS, 2015).

Considerando a maior vulnerabilidade social da população quilombola e os pressupostos dos determinantes sociais em saúde, é plausível supor que existam diferenciais importantes nas prevalências e fatores associados aos diferentes desfechos relativos às condições nutricionais quando se comparam crianças pertencentes à população geral do estado de Alagoas com aquelas que pertencem às CRQs desse estado.

O objetivo deste estudo foi avaliar, de forma comparativa no estado de Alagoas, o estado nutricional e os fatores associados ao déficit estatural (indicativo de desnutrição crônica), ao excesso de peso (indicativo de obesidade) e à anemia em crianças segundo sua condição de ser ou não quilombola.

MÉTODOS

Tipo de estudo e planejamento amostral

Trata-se de um estudo baseado na comparação dos resultados obtidos em dois inquéritos domiciliares, de base populacional e delineamento transversal, denominados “II Diagnóstico de Saúde da população materno-infantil do estado de Alagoas” e “II Diagnóstico de Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional das famílias das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas”. Doravante esses estudos serão aqui identificados como “Pesquisa Estadual” e “Pesquisa Quilombola”, os quais, respectivamente, utilizaram amostras

representativas das crianças menores de cinco anos do estado de Alagoas (crianças não quilombolas) e das CRQs situadas nesse estado (crianças quilombolas).

Como as pesquisas avaliaram o binômio mãe-filho, crianças adotadas (filhos não biológicos) não foram incluídas. Além desse critério, crianças com alterações anatômicas ou patológicas que pudessem interferir na avaliação antropométrica foram também excluídas da análise.

Pesquisa Estadual

O projeto original tinha como objetivo estimar a prevalência e os fatores associados à insegurança alimentar (INSAN) em domicílios alagoanos e envolveu amostra de 3.366 famílias obtida por meio de amostragem probabilística. A coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015 e foi realizada em 20 dos 102 municípios alagoanos, incluindo Maceió, capital do estado. Descrições metodológicas mais detalhadas estão disponíveis em outra publicação (COSTA et al., 2017).

Pesquisa Quilombola

Em decorrência da diversidade de objetivos propostos para a Pesquisa Quilombola, o planejamento amostral, que considerou a família como unidade de análise, adotou uma prevalência de 50% para o desfecho de interesse, garantindo o maior tamanho amostral possível e, portanto, suficiente poder estatístico para análise dos múltiplos objetivos da pesquisa.

Em 2017, existiam no estado 6.465 famílias vivendo nas 68 comunidades quilombolas certificadas pelo Instituto de Terras e Reforma Agrária de Alagoas – ITERAL. Assim, para um erro amostral de 2,0% e um IC95%, seriam necessárias 2.635 famílias. Para isso, foi previsto estudar o universo de famílias residentes em 50% (n=34) das comunidades quilombolas do estado. Essas foram selecionadas usando a estratégia de amostragem sistemática. As 34 comunidades sorteadas tinham cerca de 3.108 famílias à época. Essas comunidades encontram-se distribuídas em 27 dos 102 municípios alagoanos, a maioria situados entre o Agreste e o Sertão de Alagoas. A coleta de dados ocorreu entre abril de 2017 e janeiro de 2018.

Para este estudo, foram avaliadas as crianças menores de 5 anos (uma por domicílio definida por sorteio) residentes nas comunidades sorteadas. Contudo, apenas crianças a partir de seis meses foram avaliadas quanto à anemia.

Cálculo do erro amostral

Para o presente estudo, o erro amostral foi calculado a *posteriori* com base nas

prevalências encontradas para os desfechos de interesse e respectivos tamanhos amostrais obtidos em cada uma das pesquisas. O universo foi de 328.000 crianças menores de 5 anos (IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) e o valor de 1,5 foi usado para correção do efeito do delineamento complexo. Para um intervalo com 95% de confiança, obtiveram-se os seguintes erros amostrais, conforme as respectivas amostras investigadas e desfechos obtidos, respectivamente:

Pesquisa Estadual:

- Tamanho da amostra: 991 crianças; Déficit estatural: 3,5%; Erro amostral: 1,4%
- Tamanho da amostra: 991 crianças; Excesso de peso: 14,1%; Erro amostral: 2,7%
- Tamanho da amostra: 777 crianças; Anemia: 27,4%; Erro amostral: 3,8%

Pesquisa Quilombola:

- Tamanho da amostra: 555 crianças; Déficit estatural: 6,5%; Erro amostral: 2,5%
- Tamanho da amostra: 555 crianças; Excesso de peso: 9,6%; Erro amostral: 3,0%
- Tamanho da amostra: 426 crianças; Anemia: 38,3%; Erro amostral: 5,7%

O tamanho amostral para o desfecho anemia foi inferior ao dos demais porque, para essa variável, não foram incluídas as crianças menores de seis meses, pois as definições para o estabelecimento da anemia por meio da dosagem de hemoglobina não estão muito bem estabelecidas para essa faixa etária (WHO, 2011).

Todos os cálculos foram realizados com a ferramenta StatCalc do *software* Epi-info, versão 7.2.10 (*Centers for Disease Control and Prevention* - CDC, Washington, USA).

Coleta de dados

Em ambas as pesquisas, a coleta de dados foi realizada através de visitas domiciliares por equipe devidamente treinada e supervisionada. Dados socioeconômicos, ambientais, maternos e relacionados à criança foram obtidos por meio de formulários estruturados aplicados às mães ou à cuidadora da criança. As mensurações antropométricas e as dosagens da hemoglobina foram realizadas por duplas de avaliadores com vasta experiência na obtenção desses dados. Todos os instrumentos de coleta e equipamentos foram pré-testados em estudos pilotos nas duas pesquisas. Adicionalmente, os equipamentos foram sistematicamente calibrados e/ou testados contra medida padrão.

Antropometria

Em ambas as pesquisas, a massa corporal das crianças e suas mães foi mensurada com

balanças digitais (Pesquisa Estadual: marca Charder®, modelo MS6121R, com capacidade de 250 kg e precisão de 100g; Pesquisa Quilombola: marca Seca®, modelo 813, capacidade de 200 kg e precisão de 100g). Para as crianças com idade ≤ 24 meses ou que, independente da idade, não conseguiam permanecer estáveis em posição ortostática na balança, a medida foi obtida de forma indireta por meio da diferença do peso da mãe ou responsável com e sem a criança nos braços.

A estatura das crianças com mais de 24 meses e das mães foi mensurada em posição ortostática em estadiômetro vertical (modelo 213, marca Seca®, capacidade de 40 a 205 cm e precisão de 0,1 cm, nas duas pesquisas), enquanto o comprimento das crianças menores de 24 meses foi verificado com a criança em posição de decúbito dorsal, usando estadiômetro horizontal (modelo 417, marca Seca®, capacidade de 10 a 100 cm e precisão de 0,1 cm, nas duas pesquisas). As aferições tanto da massa corporal quanto do comprimento/estatura foram realizadas seguindo protocolos da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995).

Hemoglobina (Hb)

As dosagens de hemoglobina (Hb) foram realizadas por meio de hemoglobinômetros portáteis (Pesquisa Estadual: HemoCue® Hb 301; Ängelholm, Suécia; Pesquisa Quilombola: CompoLab®, Fresenius Kabi, Diaspect Medical GmbH, Germany), os quais utilizam uma gota de sangue obtida por punção da polpa digital para análise.

Variáveis dependentes

Condições Nutricionais

O estado nutricional conforme os indicadores antropométricos foi estabelecido de acordo com a classificação proposta por Ferreira (2020), a qual é baseada num esquema de categorização cruzada que retorna seis possíveis condições obtidas pela aplicação do ponto de corte de ± 2 desvios-padrão (DP) aos índices antropométricos altura-para-idade (AIZ) e peso-para-altura (PAZ). A combinação das duas categorias obtidas com AIZ (normal: > 2 DP; baixo: < -2) e das três relacionadas ao PAZ (normal: -2 a 2 DP; baixo: < -2 DP; alto: > 2 DP), resulta nas seguintes condições antropométricas/nutricionais: eutrofia (PAZ normal + AIZ normal); magreza/desnutrição aguda (PAZ baixo + AIZ normal); déficit estatural/desnutrição crônica (PAZ normal + AIZ baixo); déficit estatural e magreza/desnutrição crônica descompensada (PAZ baixo + AIZ baixo); déficit estatural e excesso de peso/baixa estatura com excesso de peso (PAZ alto + AIZ baixo) e excesso de peso/obesidade (PAZ alto + AIZ normal). Para facilitar a compreensão, as seguintes nomenclaturas serão utilizadas ao longo do

texto: eutrofia, magreza, déficit estatural, desnutrição descompensada, baixa estatura com excesso de peso e excesso de peso.

Os valores de escore z dos índices antropométricos foram calculados no *software* Anthro 3.0, por meio das variáveis peso, altura, idade e sexo, de acordo com o padrão antropométrico da Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2006). As prevalências das condições nutricionais foram calculadas no *software* Stata 12.0, seguindo a rotina de comandos disponibilizada por Ferreira (2020).

Os dados das crianças cujos índices antropométricos foram considerados biologicamente implausíveis foram excluídas da análise. Os pontos de corte para essa identificação foram: PAZ $< -5 z > 5$ e AIZ $< -6 z > 6$ (WHO, 2006).

Anemia

O diagnóstico de anemia das crianças de 6 a 59 meses foi baseado no nível de Hb $< 11 \text{ g/dL}$ (WHO, 2011). Crianças com diagnóstico médico prévio de anemia falciforme (Pesquisa Quilombola: $n=5$), referido pela mãe ou responsável, foram excluídas.

Variáveis independentes

Variáveis socioeconômicas e ambientais

As variáveis socioeconômicas e ambientais incluíram: índice de riqueza ($<$ mediana; \geq mediana), um proxy de renda familiar obtido através da análise de componentes principais de 12 itens (banheiro, empregada doméstica, carro, microcomputador, máquina de lavar louça, geladeira, freezer, máquina de lavar, DVD player, micro-ondas, motocicleta e secadora de roupas) (FILMER; PRITCHETT, 2001); família usuária do Programa Bolsa Família (não; sim); situação de segurança alimentar e nutricional da família (segurança alimentar; insegurança alimentar moderada e insegurança alimentar grave); escolaridade materna (≤ 8 anos; > 8 anos); número de cômodos no domicílio (≤ 4 ; > 4) e número de pessoas no domicílio (≤ 4 ; > 4).

A condição de Segurança (SAN) ou insegurança alimentar (INSAN) foi estabelecida pela aplicação da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) (SEGALL-CORRÊA; MARIN-LEÓN; MELGAR-QUIÑONEZ; PÉREZ-ESCAMILLA, 2014), que avalia a experiência alimentar da família nos últimos três meses, possibilitando categorizá-la em estratos que vão desde a preocupação com falta de comida (INSAN leve) até a experiência de passar um dia todo sem comer (INSAN grave). Como procedido por outros estudos, a categoria INSAN leve foi agrupada à SAN, uma vez que os casos de insegurança leve caracterizam a preocupação com a falta de alimentos, sem que haja alterações qualitativas expressivas ou

quantitativas da dieta (FERREIRA et al., 2014; GUBERT et al., 2017). Optou-se por manter as categorias de INSAN moderada e grave separadas para analisar a relação dos desfechos com os diferentes níveis de INSAN (SWINBURN et al., 2019).

Variáveis maternas

As variáveis maternas avaliadas foram: idade em anos (≤ 20 ; > 20); trabalhar fora de casa (não; sim); número de filhos (1-2 filhos; ≥ 3 filhos); índice de massa corporal (IMC; kg/m^2) classificado por quartis e; baixa estatura materna (<não: $\geq 1,50$ m; sim: $< 1,50$ m) (WHO, 2006).

Variáveis relacionadas à criança

Idade em meses (≤ 24 ; > 24); sexo (feminino; masculino); peso ao nascer (normal: 2.500-3.999g; baixo peso: < 2.500 g; elevado peso: ≥ 4.000 g), que para análise dos diferentes desfechos foi transformado em duas variáveis dicotômicas: baixo peso ao nascer (< 2.500 g) e elevado peso ao nascer (≥ 4.000 g); consulta em serviço de saúde nos últimos 30 dias em virtude de doenças infecciosas (não; sim) e presença de diarreia nos últimos 15 dias (não; sim).

Análise estatística

Os dados foram digitados em dupla entrada independentes em formulários elaborados no *software* Epi-info, versão 3.5.4 nas duas pesquisas. Após comparação dos dois arquivos para correção de erros de digitação e exclusão de valores biologicamente implausíveis, foi procedida a análise estatística com auxílio do *software* Stata[®], 12.0.

Os dados descritivos foram apresentados por meio de frequências absolutas e relativas. As prevalências das diferentes categorias das variáveis independentes (socioeconômicas, ambientais, maternas e relacionadas à criança) foram comparadas por pesquisa, através do teste qui-quadrado ou exato de Fisher (quando não atendia aos pressupostos exigidos pelo primeiro teste), considerando o nível de significância de $p < 0,05$. O mesmo procedimento foi adotado em relação às seis categorias do estado nutricional (eutrofia, desnutrição crônica, desnutrição aguda, desnutrição crônica descompensada, excesso de peso e baixa estatura e excesso de peso).

A análise dos fatores associados foi realizada, por pesquisa, apenas para as condições nutricionais que apresentaram diferença estatística entre as pesquisas e relevância epidemiológica ($> 2,3\%$): déficit estatural e excesso de peso; e para a anemia. Inicialmente, as associações entre os desfechos e as variáveis independentes foram investigadas com base nas

razões de prevalências brutas (RPb) e respectivos IC95% por meio da regressão de Poisson com ajuste robusto da variância.

As variáveis que na análise bruta apresentaram significância estatística menor que 20% ($p < 0,2$ no teste qui-quadrado) foram submetidas à análise ajustada, a qual seguiu modelo conceitual com seleção hierarquizada das variáveis para o respectivo desfecho (Figura 1), obtendo-se as RP ajustadas (RPa) e seus respectivos IC95%.

As análises múltiplas foram realizadas do bloco distal (nível 1) para o proximal (nível 3 ou 4, a depender do desfecho). Para a análise do estado nutricional antropométrico, os seguintes níveis hierárquicos de determinação foram considerados: 1) variáveis socioeconômicas; 2) maternas e ambientais; 3) peso ao nascer e morbidade prévia, as quais foram ajustadas pela faixa etária e sexo da criança. Para a análise da anemia, o estado nutricional antropométrico constituiu o nível 4.

Em cada nível hierárquico, as variáveis que apresentaram valores de $p > 0,05$ foram retiradas do modelo e reavaliadas uma a uma quanto a alterações na magnitude das razões de prevalência das variáveis que permaneceram no modelo. Esse procedimento foi adotado afim de verificar se essas variáveis promoveriam alterações superiores a 10% para sua reinserção no modelo (CASTRO et al., 2011), contudo, nenhuma variável analisada promoveu essa alteração. Portanto, para cada nível, a significância adotada foi de 5% ($p < 0,05$). Todas as variáveis que atingiram a significância estatística em seu respectivo nível, ainda que no nível seguinte tenha ultrapassado esse valor, foram mantidas nos modelos finais.

RESULTADOS

Foram investigadas 1.546 crianças menores de 5 anos, sendo 991 não quilombolas e 555 quilombolas. No recorte de 6 a 59 meses utilizado para avaliação da anemia, 1.203 crianças foram investigadas, 777 não quilombolas e 426 quilombolas.

As crianças quilombolas apresentaram piores condições socioeconômicas quando comparadas às não quilombolas, o que pode ser constatado pelos seguintes indicadores: famílias abaixo da mediana do índice de riqueza: 66,1 vs. 40,7% ($p < 0,001$); usuárias do Programa Bolsa Família: 82,2 vs. 61,0% ($p < 0,001$) e; em situação de INSAN moderada + grave: 39,8% vs. 28,1% ($p < 0,001$). Em relação às características maternas, as prevalências de mães adolescentes (11,3% vs. 1,5%; $p < 0,001$), com ≥ 3 filhos (38,0 vs. 30,7; $p = 0,004$) e com baixa estatura (54,4 vs. 46,6%; $p = 0,004$) foram superiores na população quilombola. As distribuições de acordo com faixa etária, sexo e classificação do peso ao nascer foram similares entre os grupos (Tabela 1).

Quanto ao estado nutricional antropométrico, das seis condições avaliadas, apenas as

prevalências de déficit estatural e de excesso de peso diferiram estatisticamente entre as crianças quilombolas e não quilombolas. As prevalências de magreza, desnutrição descompensada e déficit estatural com excesso de peso foram de baixa magnitude (valores inferiores a 2,3%) e não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os inquéritos (Figura 2).

A prevalência de déficit estatural entre as crianças quilombolas foi quase duas vezes a observada entre as crianças não quilombolas (6,5 vs. 3,5; RP:1,84; p=0,008) e apresentou-se associada ao índice de riqueza inferior a mediana (RP: 3,16; IC95%: 1,55-6,44; p=0,001), à baixa estatura materna (RP: 2,18; IC95%: 1,10-4,34; p=0,025) e ao baixo peso ao nascer (RP: 2,97; IC95%: 1,40-6,29; p=0,005). Entre as crianças não quilombolas, o déficit estatural associou-se à baixa estatura materna (RP: 3,23; IC95%: 1,51-6,29; p=0,003), à idade \leq 24 meses (RP: 2,78; IC95%: 1,28-6,03; p=0,010) e ao baixo peso ao nascer (RP: 5,17; IC95%: 2,43-10,96; p<0,001), conforme apresentado na Tabela 2.

Por outro lado, o excesso de peso foi superior nas crianças não quilombolas (14,1% vs. 9,6%; RP: 0,68; p=0,009), o qual apresentou-se associado aos maiores quartis de IMC materno (Q2: RP: 1,95; IC95%: 1,05-3,61; p=0,035; Q3: RP:2,29; IC95%: 1,26-4,18; p=0,007; Q4: RP: 3,80; IC95%: 2,17-6,65; p<0,001) e ao elevado peso ao nascer (RP: 1,91; IC95%:1,24-2,95; p=0,003). Entre as quilombolas, o excesso de peso se associou à INSAN moderada (RP: 1,82; IC95%: 1,03-3,22; p=0,039), idade \leq 24 meses (RP: 2,30; IC95%: 1,29-4,11; p=0,005) e ao elevado peso ao nascer (RP:2,73; IC95%: 1,37-5,43; p=0,004) (Tabela 3).

Assim como o déficit estatural, a prevalência de anemia também foi superior entre as crianças quilombolas (38,3 vs. 27,4%; p< 0,001), estando associada à idade materna < 20 anos (RP:1,47; IC95%: 1,08-2,02; p=0,015), idade \leq 24 meses (RP: 1,93; IC95%: 1,51-2,46; p<0,001), sexo masculino (RP:1,43; IC95%: 1,13-1,81; p=0,003) e problema de saúde nos últimos 30 dias (RP: 1,29; IC95%: 1,02-1,65; p=0,037). Entre as crianças não quilombolas, os fatores associados à anemia foram escolaridade materna \leq 8 anos (RP: 1,45; IC95%: 1,10-1,92; p=0,009) e idade \leq 24 meses (RP: 2,02; IC95%:1,58-2,58) (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstram que tanto as crianças quilombolas quanto as crianças não quilombolas apresentam a coexistência das três formas de má nutrição avaliadas (déficit estatural, excesso de peso e anemia), contudo em diferentes magnitudes e com diferentes fatores associados. Enquanto as crianças quilombolas apresentaram maiores prevalências de déficit estatural e anemia, o excesso de peso foi superior entre as não

quilombolas.

Crianças quilombolas apresentaram uma prevalência de déficit estatural quase duas vezes superior à observada entre as crianças não quilombolas. A diferença entre os dois grupos fica ainda mais nítida ao considerarmos que a prevalência entre as crianças não quilombolas é apenas 1,2% superior ao limiar (2,3%) que define a relevância epidemiológica de extremos antropométricos (WHO, 2019). O fato desses resultados serem observados em grupos que residem no mesmo estado da federação evidencia a invisibilização da vulnerabilidade social imposta à população quilombola, a qual repercute em piores condições de nutrição e saúde.

Em nível epidemiológico, o déficit estatural é interpretado como reflexo da desnutrição crônica. Neste contexto, a literatura demonstra, de forma consistente, que populações em maior vulnerabilidade social são mais afetadas por esse agravo nutricional (ASSAF; JUAN, 2020; UNICEF, 2019; UNICEF; WHO; THE WORLD BANK, 2021). As crianças que sofrem de déficit estatural podem nunca alcançar seu pleno potencial físico, cognitivo e intelectual, com efeitos a curto e longo prazo. Para aquelas crianças que alcançam a vida adulta, observa-se menor nível de escolaridade, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal e menor expectativa de vida (DEVELOPMENT INITIATIVES, 2021; NUGENT et al., 2020; WHO, 1997, 2017). Esses efeitos podem não apenas durar a vida inteira como afetar as futuras gerações (VICTORA et al., 2008; WELLS et al., 2020).

Diferente da forma carencial do estado nutricional antropométrico, a prevalência de excesso de peso foi superior nas crianças não quilombolas em comparação às quilombolas. Contudo, em ambos os grupos, essa prevalência superou a de déficit estatural. Esses resultados são condizentes com o processo de transição nutricional observado no Brasil, o qual culminou no declínio do déficit estatural e na ascensão paulatina do excesso peso (BATISTA FILHO; RISSIN, 2003). Esse processo teve início em locais com melhores condições socioeconômicas e em áreas urbanas atingindo, posteriormente, locais menos favorecidas economicamente e áreas rurais, como é o caso das CRQs alagoanas (ABARCA-GÃ et al., 2017). Portanto, embora a transição nutricional seja observado em todo o país, a diferença temporal no início desse processo resultou em prevalências distintas dos extremos antropométricos em diversas localidades do país, como observado no presente estudo (FERREIRA; LUCIANO, 2010).

Em virtude do impacto negativo do excesso de peso na saúde, os quais envolvem desde de questões psicossociais até o maior risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (KUMAR; KELLY, 2017; NEEF et al., 2013), o acúmulo excessivo de gordura corporal em fases precoces da vida constitui-se num agravo que requer atenção em ambas as populações investigadas.

A anemia foi a forma de má nutrição mais prevalente entre as crianças de um modo geral investigadas, apresentando-se como um problema moderado de saúde pública (entre 20 a 40%) em ambos os cenários (WHO, 2011). Embora no mesmo patamar quanto a classificação de relevância epidemiológica, a maior prevalência observada entre as crianças quilombolas requer ainda mais atenção, uma vez que se encontra a menos de dois pontos percentuais para atingir o patamar de grave problema de saúde pública (> 40%).

Em consonância com o resultado identificado no presente estudo, uma metanálise que avaliou a prevalência de anemia em crianças brasileiras segundo diferentes cenários (creches, serviços de saúde, estudos de base populacional e população em iniquidades sociais) concluiu que, embora a anemia continue representando um importante problema nos distintos cenários analisados, crianças de populações em iniquidades sociais, tais como as populações indígenas e quilombolas, apresentam maiores prevalências (FERREIRA et al., 2021).

A definição da anemia com base na dosagem da hemoglobina, como a realizada na presente pesquisa, não permite seu diagnóstico diferencial. Contudo, em países em desenvolvimento, a deficiência nutricional, particularmente a deficiência de ferro, tem sido apontada como a causa mais comum. Independente da etiologia, a presença de anemia compromete o crescimento e desenvolvimento infantil, a qualidade de vida e contribui para o aumento da mortalidade infantil (WHO, 2017). Portanto, as prevalências ora observadas apresentam-se como um desafio para a saúde pública alagoana e, possivelmente, para a de outros estados brasileiros nos quais existem cenários semelhantes ao ora analisados.

Além das diferenças nas prevalências do déficit estatural, excesso de peso e anemia, alguns dos fatores associados a essas condições também diferiram entre as crianças quilombolas e não quilombolas. No que tange o déficit estatural, os fatores associados entre crianças quilombolas envolveram variáveis socioeconômicas (índice de riqueza inferior a mediana), maternas (baixa estatura) e relacionadas à criança (baixo peso ao nascer). Entre as não quilombolas, não houve associação com nenhuma variável socioeconômica, contudo, assim como entre as crianças quilombolas, a baixa estatura materna e o baixo peso ao nascer também foram associados ao desfecho, além da idade ≤ 24 meses.

Como mencionado anteriormente, a associação entre piores condições socioeconômicas e o déficit estatural infantil é bem estabelecida. Essas condições resultam em precárias condições de nutrição e saúde que comprometem o adequado crescimento linear infantil (ASSAF; JUAN, 2020; UNICEF, 2019; UNICEF; WHO; THE WORLD BANK, 2021). Entre as crianças quilombolas, o menor nível socioeconômico, determinado pelo índice de riqueza inferior a mediana, aumentou em 3,16 vezes a prevalência desse desvio antropométrico.

Diferente do nível socioeconômico, a baixa estatura materna e o baixo peso ao nascer estiveram associados ao déficit estatural nas duas populações. Entre as crianças quilombolas, a baixa estatura materna resultou em um aumento de 2,18 vezes na prevalência de déficit estatural, nas crianças não quilombolas esse aumento foi de 3,23 vezes. Evidências sugerem que a associação entre essa variável e o déficit estatural representa a transmissão intergeracional desse agravo nutricional (ORELLANA et al., 2021; VICTORA et al., 2008; WELLS et al., 2020), portanto, o combate ao déficit estatural infantil deve contemplar intervenções que quebrem o ciclo de pobreza e, conseqüentemente, a perpetuação desse agravo entre as gerações (BHUTTA et al., 2008).

Nesse contexto, sabe-se que a baixa estatura materna também é um importante fator de risco para restrição do crescimento intrauterino e, conseqüentemente, para o baixo peso ao nascer (BLACK et al., 2008; LEARY et al., 2006). O baixo peso ao nascer, por sua vez, aumenta o risco de déficit estatural (BINKIN et al., 1988; SANIA et al., 2014). Compatível com essa relação, no presente estudo, a associação entre baixo peso ao nascer e déficit estatural foi observada nas crianças quilombolas e não quilombolas.

Em contrapartida, a associação entre idade ≤ 24 meses e déficit estatural só foi observada entre as crianças não quilombolas. Essa maior prevalência entre crianças mais jovens tem sido atribuída ao rápido crescimento observado neste período, o qual requer maior aporte de nutrientes que, quando não atendido, impede o adequado crescimento infantil (BLACK et al., 2008, 2013). No entanto, evidências sugerem que as conseqüências negativas do atraso no crescimento podem ser minimizadas ou até mesmo revertidas, caso intervenções oportunas sejam oferecidas às crianças neste período (BHUTTA et al., 2008).

Quanto aos fatores associados ao excesso de peso, o único fator em comum entre ambas as populações foi o elevado peso ao nascer. Os demais fatores associados entre as crianças quilombolas foram a presença de INSAN e a idade ≤ 24 meses. Entre as crianças não quilombolas, apenas a escolaridade materna ≤ 8 anos.

Assim como na relação de déficit estatural e baixo peso ao nascer, a associação entre elevado peso ao nascer e excesso de peso reflete o impacto da nutrição materna no crescimento intrauterino (BLACK et al., 2013). Essa associação também foi observada entre crianças brasileiras em idade pré-escolar, nas quais o elevado peso ao nascer (definido por peso ao nascer > 3.900 g) elevou em 87% a prevalência de excesso de peso infantil (SILVEIRA et al., 2014).

Diferente da associação entre o peso ao nascer e excesso de peso, a presença de INSAN moderada associou-se ao desfecho apenas entre as crianças quilombolas. A situação de INSAN moderada é mensurada pela EBIA pelo comprometimento quantitativo na alimentação da

família, após mudanças qualitativas (SEGALL-CORRÊA et al., 2004, 2014). Esse aparente paradoxo entre INSAN, especialmente nas formas leve e moderada, e excesso de peso tem sido observado em populações vulneráveis (SWINBURN et al., 2019). Alguns caminhos têm sido propostos para explicar essa relação, incluindo a falta de acesso a alimentos saudáveis pelas famílias nessa situação, o que leva a uma dieta monótona, rica em produtos ultraprocessados, que apresentam elevada densidade energética e baixo custo (KEPPLE; SEGALL-CORRÊA, 2011; METALLINOS-KATSARAS; MUST; GORMAN, 2012). Considerando que tanto o excesso de peso quanto a insegurança alimentar são importantes problemas de saúde pública entre as crianças quilombolas, a associação entre os dois fatores deve ser melhor investigada em pesquisas futuras. Para tal, deve-se considerar as percepções dessa população sobre a INSAN, especialmente no que tange a posse à terra que, embora garantida constitucionalmente, não tem sido efetivada no país (ABRAJI, 2021; BRASIL, 1988).

Outro fator associado ao excesso de peso em crianças quilombolas foi a idade ≤ 24 meses. Pesquisa anterior envolvendo crianças quilombolas de 6 a 59 meses das CRQs alagoanas, realizada 10 anos antes (2008), observou que uma tendência declinante do excesso de peso com o aumento da idade (referência 6-12 meses) (FERREIRA et al., 2011). Considerando que os primeiros 1000 dias de vida, desde a concepção até os dois anos de idade, são fundamentais para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil, as crianças quilombolas menores de 2 anos apresentam-se como grupo prioritário para as ações de prevenção e combate ao excesso de peso (BLACK et al., 2013).

Entre as crianças não quilombolas, além do elevado peso ao nascer, o estado nutricional materno, avaliado pelos quartis do IMC também foi associado ao excesso de peso, com prevalências crescentes de excesso de peso entre os quartis 2, 3 e 4. Entre pré-escolares brasileiros, a associação restringiu-se a presença de obesidade materna ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) (SILVEIRA et al., 2014). A combinação de fatores genéticos, ambientais e comportamentais têm sido apontados como importantes mediadores dessa associação. Em relação aos dois últimos, destaca-se a influência dos hábitos alimentares maternos sobre a ingestão alimentar dos filhos e, conseqüentemente, sobre seu estado nutricional (OCHOA; BERGE, 2017; OLIVERIA et al., 1992). Todavia, a não investigação da ingestão alimentar no presente estudo não permite essa avaliação, constituindo-se em uma limitação. Neste sentido, cabe salientar que essa limitação deve-se ao fato do consumo alimentar das crianças não ter sido avaliado na Pesquisa Estadual, o que impossibilitou a comparação com os dados de consumo obtidos da Pesquisa Quilombola.

Quanto aos fatores associados à anemia, com exceção da idade ≤ 24 meses que se

associou ao desfecho em ambas as populações, os demais fatores associados diferiram conforme a população avaliada. Entre as crianças quilombolas, os demais determinantes da anemia foram: ser filho de mãe adolescente, sexo masculino e a presença de problema de saúde nos últimos 30 dias. Enquanto entre as não quilombolas, além da idade da criança, apenas a escolaridade materna ≤ 8 anos manteve-se associada ao desfecho.

Em comparação com as crianças mais velhas, as crianças quilombolas e não quilombolas mais jovens (≤ 24 meses) apresentaram aproximadamente o dobro das prevalências de anemia. Uma metanálise de estudos realizados no Brasil entre 1985 a 2018 que avaliou a prevalência e os fatores associados à anemia em crianças menores de 5 anos, envolvendo ou não a deficiência de ferro, concluiu que a prevalência agrupada de anemia foi maior em crianças com menos de 24 meses de idade (SILVEIRA et al., 2021). A maior susceptibilidade para a anemia, em especial a anemia ferropriva, entre crianças com idade inferior a dois anos deve-se a maior vulnerabilidade biológica dessa fase e pode resultar em déficits duradouros e irreversíveis na cognição, função motora e comportamento (BLACK et al., 2008; MCCARTHY; MURRAY; KIELY, 2022).

Em relação aos fatores associados observados apenas entre as crianças quilombolas, têm-se a maior prevalência de anemia em filhos de mães com idade < 20 anos. A gravidez na adolescência tem sido associada a implicações de saúde de curto e longo prazo, tanto para a mãe quanto para a criança. Do ponto de vista fisiológico, mães adolescentes têm maior probabilidade de partos prematuros e filhos com baixo peso ao nascer, em virtude da competição por nutrientes entre o feto e a mãe (HALL MORAN, 2007). Para as crianças quilombolas, ser filho de mãe adolescente resultou em uma prevalência de anemia 47% superior a observada em filhos de mães mais velhas.

Associação entre anemia e sexo masculino também foi observada apenas entre as crianças quilombolas. Uma metanálise que estimou a prevalência nacional agrupada e os fatores de risco associados à anemia entre crianças da Etiópia observou que a chance de anemia foi 1,11 vezes maior entre o sexo masculino em comparação ao feminino (MELKU et al., 2018). Um ensaio clínico que avaliou as diferenças entre os sexos em medidas do status de ferro em lactentes concluiu que, aos 4, 6 e 9 meses, os meninos apresentam níveis significativamente mais baixos de hemoglobina e volume corpuscular médio e mais altos de protoporfirina de zinco e receptores de transferrina o que demonstra uma maior susceptibilidade para deficiência de ferro e anemia (DOMELLÖF et al., 2014).

Ainda em relação aos fatores associados à anemia entre as crianças quilombolas, aquelas que foram levadas para consulta nos últimos 30 dias em virtude de doenças infecciosas

apresentaram maior prevalência de anemia em relação as que não adoeceram. A relação entre anemia e doenças infecciosas é complexa e ainda não foi completamente elucidada. Estudos apontam que tanto a anemia pode predispor a maior risco para doenças infecciosas quanto essas doenças podem tornar a criança mais vulnerável ao desenvolvimento de anemia (JONKER; BOELE VAN HENSBROEK, 2014; LEVY et al., 2005; VIANA, 2011). Contudo, o caráter transversal do presente estudo não permite determinar a relação temporal desta relação.

A escolaridade materna é considerada um fator socioeconômico importante para a ocorrência de anemia (ANDRÉ et al., 2018; OSÓRIO, 2002), mas foi associada à anemia apenas entre as crianças não quilombolas. Resultado semelhante foi observado em crianças do estado de Pernambuco, em que a escolaridade materna apresentou-se como fator associado à anemia na área urbana, mas não na área rural (LEAL et al., 2011).

A multiplicidade de fatores associados à anemia existentes nas populações avaliadas requer o desenvolvimento de ações integradas de prevenção e tratamento, as quais devem considerar especificidade observadas em cada grupo.

A comparação de indicadores obtidos em crianças quilombolas com aqueles oriundos das crianças não quilombolas ora apresentada subestima a magnitude do problema entre as primeiras, haja vista que Alagoas é um estado da federação que detém os piores indicadores sociais do país. Se a comparação for feita com crianças de estados com melhor padrão de desenvolvimento social e econômico, os diferenciais seriam ainda mais discrepantes. Corroborando esse argumento os resultados de recente estudo no qual Alagoas se destacou como o estado brasileiro com maior proporção de pessoas passando fome: 36,7% das famílias encontram-se em INSAN grave, percentual que em Santa Catarina, por exemplo, atinge apenas 4,6% (REDE PENSSAN, 2022)

CONCLUSÃO

A três formas de má nutrição investigadas neste estudo apresentam relevância epidemiológica tanto para as crianças quilombolas quanto para as não quilombolas, porém em diferentes magnitudes, o que, ao lado dos distintos fatores associados a essas condições conforme o cenário considerados, evidenciam os efeitos dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença.

Portanto, considerando os impactos a curto e longo prazo dessas diferentes formas de má nutrição sobre a saúde infantil, o controle dessas condições entre as crianças quilombolas e não quilombolas alagoanas deve configurar-se em uma prioridade de saúde pública para o Estado. Neste sentido, os gestores de políticas públicas devem considerar os resultados aqui

apresentados para o desenvolvimento de ações e políticas públicas multissetoriais que visem a redução das iniquidades apontadas, particularmente em relação à população quilombola.

REFERÊNCIAS

ABARCA-GÃ, L. et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)*. **The Lancet**, v. 390, p. 2627–2642, 2017.

ABRAJI, A. B. DE J. I. **Direito à terra quilombola em risco: Reconhecimento de territórios tem baixa histórica no governo Bolsonaro** *Achados e Perdidos*, 2021.

ANDRÉ, H. P. et al. Food and nutrition insecurity indicators associated with iron deficiency anemia in Brazilian children: A systematic review. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 4, p. 1159–1167, 2018.

ASSAF, S.; JUAN, C. Stunting and Anemia in Children from Urban Poor Environments in 28 Low and Middle-income Countries: A Meta-analysis of Demographic and Health Survey Data. **Nutrients**, v. 12, n. 11, p. 5–8, 2020.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 19, p. 181–191, 2003.

BHUTTA, Z. A. et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. **The Lancet**, v. 371, n. 9610, p. 417–440, 2008.

BINKIN, N. J. et al. Birth Weight and Childhood Growth. **Pediatrics**, v. 82, n. 6, p. 828–834, 1 Dec. 1988.

BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. **The Lancet**, v. 371, n. 9608, p. 243–260, 2008.

BLACK, R. E. et al. Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 382, n. 9890, p. 427–451, 2013.

BRASIL. **Artigo 68 ADCT da Constituição Federal de 1988**, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 4.887, de 20 de Novembro de 2003**. p. 13, 2003.

COSTA, N. S. et al. Prevalence and factors associated with food insecurity in the context of the economic crisis in Brazil. **Current Developments in Nutrition**, v.1, n. 10, p. 1–9, 2017.

DE ONIS, M. et al. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 9, p. 660–667, 2007.

DEVELOPMENT INITIATIVES. **2021 Global Nutrition Report: The state of global nutrition**. UK: Development Initiatives: 2021.

DOMELLÖF, M. et al. Sex Differences in Iron Status During Infancy. **Pediatrics**, 2014.

FERREIRA, H.S. et al. Nutrition and health in children from former slave communities (quilombos) in the state of Alagoas, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.30, n. 1, p. 51–8, 2011.

FERREIRA, H.S. et al. Prevalence and factors associated with food and nutrition insecurity in families in municipalities of the north of the State of Alagoas, Brazil, 2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.5, p. 1533–1542, 2014.

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

FERREIRA, H. S. et al. Prevalence of anaemia in Brazilian children in different epidemiological scenarios: An updated meta-analysis. **Public Health Nutrition**, v. 24, n. 8, p. 2171–2184, 2021.

FERREIRA, H.S. Anthropometric assessment of children's nutritional status: A new approach based on an adaptation of Waterlow's classification. **BMC Pediatrics**, v. 20, n. 1, p. 1–11, 2020.

FERREIRA, H.S.; LUCIANO, S.C.M. Prevalência de extremos antropométricos em crianças do estado de Alagoas. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 377–380, 2010.

FERREIRA, H.S.; TORRES, Z. M. C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Revista Brasileira de Saúde Materno infantil**, v. 15, n. 2, p. 219–229, 2015.

FERREIRA, H. 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, 2013.

FILMER, D.; PRITCHETT, L. H. Estimating wealth effects without expenditure data or tears: an application to educational enrollments in states of India. **Demography**, v. 38, n. 1, p. 115–132, 2001.

GARDNER, W.; KASSEBAUM, N. Global, Regional, and National Prevalence of Anemia and Its Causes in 204 Countries and Territories, 1990–2019. **Current Developments in Nutrition**, v. 4, n. Supplement_2, p. 830–830, 1 Jun. 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS. Estudo sobre as Comunidades Quilombolas de Alagoas. p. 2–46, 2015.

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

HALL MORAN, V. Nutritional status in pregnant adolescents: A systematic review of biochemical markers. **Maternal and Child Nutrition**, v. 3, n. 2, p. 74–93, 2007.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br>>.

JONKER, F. A. M.; BOELE VAN HENSBROEK, M. Anaemia, iron deficiency and susceptibility to infections. **Journal of Infection**, v. 69, n. S1, p. S23–S27, 2014.

KEPPLE, A. W.; SEGALL-CORRÊA, A. M. Conceptualizing and measuring food and nutrition security. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 187–199, 2011.

KUMAR, S.; KELLY, A. S. Review of Childhood Obesity: From Epidemiology, Etiology, and Comorbidities to Clinical Assessment and Treatment. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 2, p. 251–265, 2017.

LEAL, L. P. et al. Prevalência da anemia e fatores associados em crianças de seis a 59 meses de Pernambuco. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, n. 3, p. 457–466, 2011.

LEARY, S. et al. Geographical variation in relationships between parental body size and offspring phenotype at birth. **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, v. 85, n. 9, p. 1066–1079, 2006.

LEVY, A. et al. Anemia as a risk factor for infectious diseases in infants and toddlers: Results from a prospective study. **European Journal of Epidemiology**, v. 20, n. 3, p. 277–284, 2005.

MCCARTHY, E. K.; MURRAY, D. M.; KIELY, M. E. Iron deficiency during the first 1000 days of life: are we doing enough to protect the developing brain? **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 81, n. 1, p. 108–118, 2022.

MELKU, M. et al. Male and undernourished children were at high risk of anemia in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 44, n. 1, p. 1–11, 2018.

METALLINOS-KATSARAS, E.; MUST, A.; GORMAN, K. A Longitudinal Study of Food Insecurity on Obesity in Preschool Children. **Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics**, v. 112, n. 12, p. 1949–1958, 2012.

NEEF, M. et al. Health impact in children and adolescents. **Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 27, n. 2, p. 229–238, 2013.

NUGENT, R. et al. Economic effects of the double burden of malnutrition. **The Lancet**, v. 395, n. 10218, p. 156–164, 2020.

OCHOA, A.; BERGE, J. M. Home Environmental Influences on Childhood Obesity in the Latino Population: A Decade Review of Literature. **Journal of Immigrant and Minority Health**, v. 19, n. 2, p. 430–447, 2017.

OECD. **The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention**. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris: 2019.

OLIVERIA, A. et al. Parent-child relationships in nutrient the Framingham Children ' s Study13 intake : **Medicine**, n. February, p. 593–598, 1992.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Intergenerational association of short maternal stature with

stunting in yanomami indigenous children from the brazilian amazon. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 17, p. 1–14, 2021.

OSÓRIO, M. M. Fatores determinantes da anemia em crianças. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 269–278, 2002.

POPKIN, B. M.; CORVALAN, C.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. **The Lancet**, v. 395, n. 10217, p. 65–74, 2020.

PENSSAN, Rede. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Rio de Janeiro: Rede Penssan**, 2021.

SANIA, A. et al. The contribution of preterm birth and intrauterine growth restriction to childhood undernutrition in Tanzania. 2014.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. **Acompanhamento e avaliação da Segurança Alimentar de famílias brasileiras: validação de metodologia e de instrumento de coleta de informação**. [s.l.] Universidade Estadual de Campinas, 2004.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Refinement of the Brazilian household food insecurity measurement scale: Recommendation for a 14-item EBIA. **Revista de Nutricao**, v. 27, n. 2, p. 241–251, 2014.

SHEKAR, M.; POPKIN, B. **Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge**. The World Bank: 2020.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**, v. 393, n. 10173, p. 791–846, 2019.

SILVEIRA, J. A. C. et al. Secular trends and factors associated with overweight among Brazilian preschool children: PNSN-1989, PNDS-1996, and 2006/2007. **Jornal de Pediatria**, v. 90, n. 3, p. 258–266, 2014.

SILVEIRA, V. N. C. et al. Prevalence of iron-deficiency anaemia in Brazilian children under 5 years of age: a systematic review and meta-analysis. **British Journal of Nutrition**, v. 126, n. 8, p. 1257–1269, 28 Oct. 2021.

SWINBURN, B. A. et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. **The Lancet**

UNICEF. **Children, Food and Nutrition**. 2019.

UNICEF; WHO; THE WORLD BANK. **Levels & Trends in Child Malnutrition**. Geneva: 2012.

UNICEF; WHO; THE WORLD BANK. **Levels and trends in child malnutrition: key findings of the 2021 edition of the joint child malnutrition estimates**. Geneva: 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025257>.

VIANA, M. B. Anemia and infection: A complex relationship. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v. 33, n. 2, p. 90–91, 2011.

VICTORA, C.G. et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. **The Lancet**, v. 371, n. 9609, p. 340–357, 26 Jan. 2008.

VICTORA, C.G. et al. The Role of Conceptual Frameworks in Epidemiological Analysis: A Hierarchical Approach. **International Journal of Epidemiology**, v. 461, n.2, p.707-722, 1997.

VIEIRA, R.C.S. et al. The prevalence of and risk factors for anemia in preschool children in the state of Alagoas, in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 10, n. 1, p. 107–116, 2010.

WELLS, J.C. et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. **The Lancet**, v. 395, n. 10217, p. 75–88, 2020.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition**. World Health Organization (WHO). 1997.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Country profile indicators: Interpretation Guide Nutrition landscape information system (NLIS)**. 2017. Disponível em: www.who.int/nutrition.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Nutritional Anaemias: Tools for Effective Prevention**. 2017.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Physical Status: The use interpretation of anthropometry**. 1995. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37003/1/WHO_TRS_854.pdf.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **WHO child growth standards: length/height for age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age - Methods and development**. 2006.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity**. Geneva, Switzerland: World Health Organization. 2011. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Haemoglobin+concentrations+for+the+diagnosis+of+anaemia+and+assessment+of+severity#1>.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Recommendations for data collection, analysis and reporting on anthropometric indicators in children under 5 years old**. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2019.

Figura 1 – Níveis hierárquicos conforme modelo teórico para seleção dos fatores associados aos extremos antropométricos (déficit estatural e excesso de peso) indicadores de condições nutricionais e à anemia.

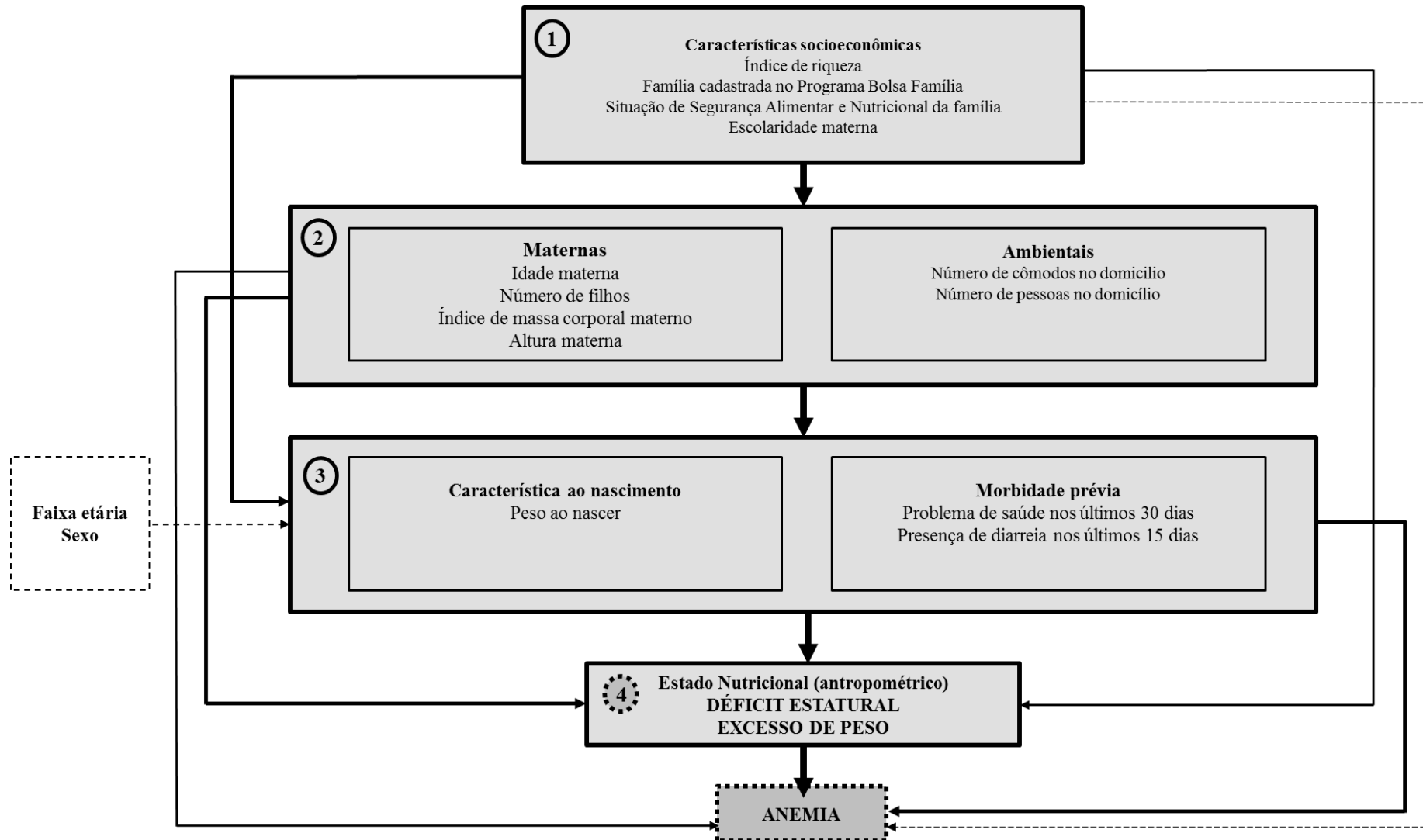


Tabela 1 – Comparação das características socioeconômicas e ambientais de mães e crianças menores de 5 anos de Alagoas (Brasil), segundo a condição não quilombola ou quilombola, 2015 e 2018.

Variáveis	Total n* (%)	Não quilombolas (2015) n (%)	Quilombolas (2018) n (%)	p†
Índice de riqueza				
< Mediana	763 (49,8)	398 (40,7)	365 (66,1)	< 0,001
≥ Mediana	768 (50,2)	581 (59,3)	187 (33,9)	
Família cadastrada no Programa Bolsa Família				
Não	480 (31,3)	381 (39,0)	99 (17,8)	< 0,001
Sim	1.053 (68,7)	597 (61,0)	456 (82,2)	
Situação de Segurança Alimentar e Nutricional§				
Segurança Alimentar	1.026 (67,7)	699 (71,9)	327 (60,2)	< 0,001
Insegurança Alimentar moderada	316 (20,9)	174 (17,9)	142 (26,2)	
Insegurança Alimentar grave	173 (11,4)	99 (10,2)	74 (13,6)	
Escolaridade materna (anos)				
≤ 8	793 (54,8)	473 (52,0)	320 (59,4)	0,007
> 8	655 (45,2)	436 (48,0)	219 (40,6)	
Número de cômodos no domicílio				
≤ 4	320 (20,8)	191 (19,4)	129 (23,3)	0,067
> 4	1.221 (79,2)	796 (80,6)	425 (76,7)	
Número de pessoas no domicílio				
≤ 4 pessoas	907 (58,7)	577 (58,2)	330 (59,5)	0,636
> 4 pessoas	639 (41,3)	414 (41,8)	225 (40,5)	
Idade materna (anos)				
< 20	77 (5,2)	14 (1,5)	63 (11,3)	< 0,001
≥ 20	1.392 (94,8)	900 (98,5)	492 (88,7)	
Trabalho materno fora de casa				
Não	563 (38,8)	287 (31,6)	276 (51,0)	< 0,001
Sim	887 (61,2)	622 (68,4)	265(49,0)	
Número de filhos				
1-2	1.000 (66,8)	679 (69,3)	321 (62,0)	0,004
≥ 3	498 (33,2)	301 (30,7)	197 (38,0)	
Índice de massa corporal (IMC; kg/m ²)				
Q1	357 (25,1)	208 (23,8)	149 (27,2)	0,439
Q2	355 (24,9)	228 (26,0)	127 (23,1)	
Q3	357 (25,0)	220 (25,1)	137 (24,9)	
Q4	356 (25,0)	220 (25,1)	136 (24,8)	
Baixa estatura materna ^a (m)				
< 1,50	145 (10,2)	79 (9,0)	66 (12,0)	0,070
≥ 1,50	1.281 (89,8)	797 (91,0)	484 (88,0)	
Idade (meses)				
≤ 24	679 (43,9)	437 (44,1)	242 (43,6)	0,851
> 24	867 (56,1)	554 (55,9)	313 (56,4)	

Continua

Variáveis	Total n* (%)	Conclusão		p†
		Não quilombolas (2015) n (%)	Quilombolas (2018) n (%)	
Sexo				
Feminino	775 (50,13)	494 (49,9)	281 (50,6)	0,768
Masculino	771 (49,87)	497 (50,1)	274 (49,4)	
Peso ao nascer (g)				
Normal (2.500-3.999)	1.239 (87,01)	809 (86,99)	430 (87,04)	0,784
Baixo (<2.500)	86 (6,04)	54 (5,81)	32 (6,48)	
Elevado (≥ 4.000)	99 (6,95)	67 (7,20)	32 (6,48)	
Problema de saúde nos últimos 30 dias				
Sim	414 (26,95)	258 (26,2)	156 (28,2)	0,405
Não	1.122 (73,05)	725 (73,8)	397 (71,8)	
Presença de diarreia nos últimos 15 dias				
Sim	324 (21,0)	191 (19,4)	133 (24,0)	0,033
Não	1.215 (79,0)	794 (80,6)	421 (76,0)	
Anemia ^a				
Sim	827 (68,7)	213 (27,4)	163 (38,3)	< 0,001
Não	376 (31,3)	564 (72,6)	263 (61,7)	

IMC: índice de massa corporal; P50: percentil 50.

^aApenas as crianças maiores de 6 meses foram avaliadas (6 a 59 meses).

*Número amostral difere em algumas variáveis devido a casos de não respostas; †Teste qui-quadrado de Person;

‡Critério Brasil de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; §De acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); //Outra: branca, amarela e indígena.

Números em negrito indicam diferença estatisticamente significativa (p<0,05).

Figura 2 – Distribuição das crianças menores de 5 anos quilombolas (2018) e não quilombolas do estado de Alagoas (2015), Brasil, de acordo com as seis categorias da classificação nutricional proposta por Ferreira[#].

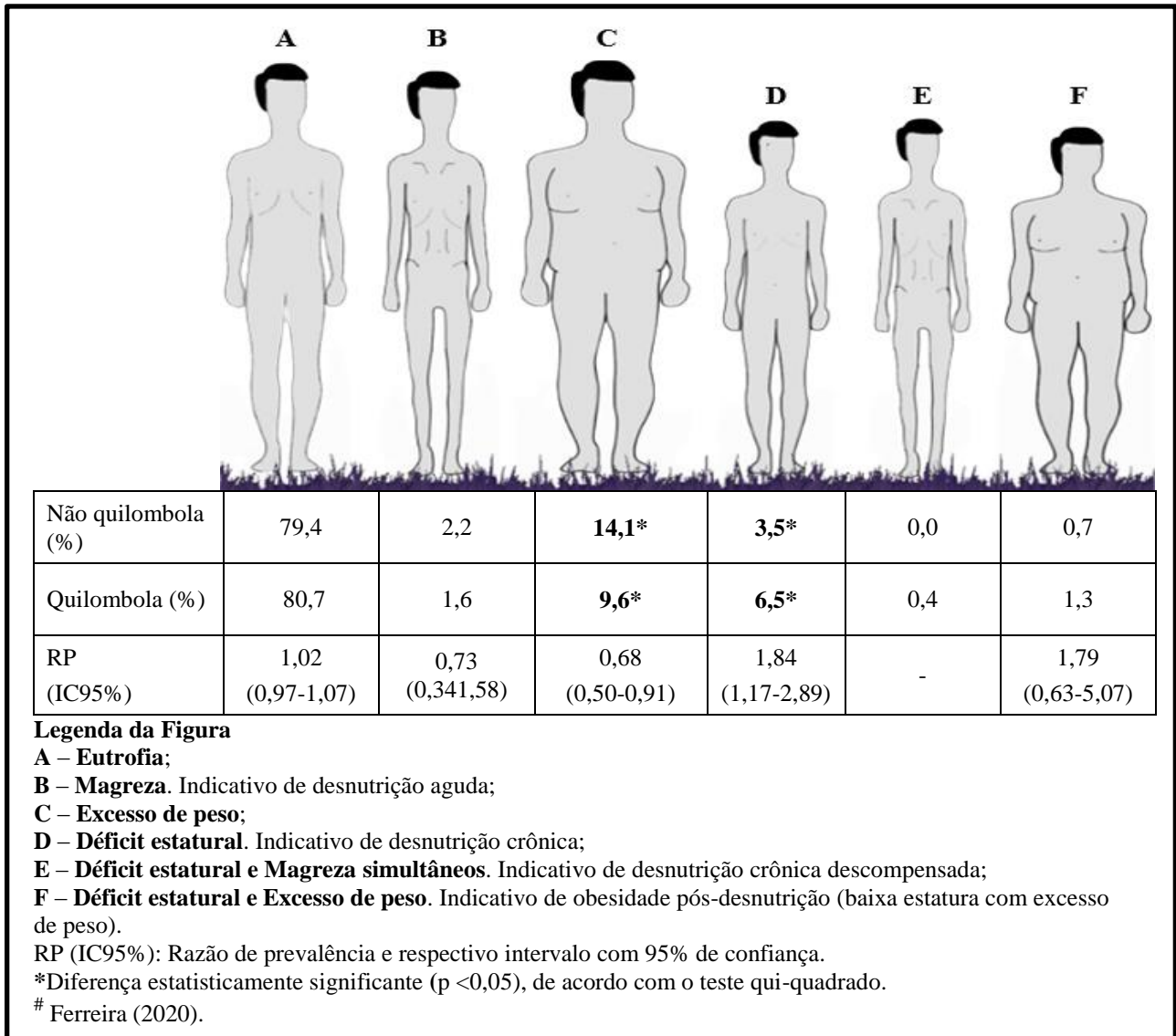


Tabela 2 – Fatores associados ao déficit estatural entre crianças não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) menores de 5 anos do estado de Alagoas, Brasil.

Variáveis	Categorias	Crianças não quilombolas (2015)					Crianças quilombolas (2018)				
		Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †
Socioeconômicas											
Índice de riqueza	< Mediana	4,6	1,76 (0,90-3,43)	0,101	1,80 (0,95-3,44)	0,073	10,4	3,16 (1,55-6,44)	0,001	3,16 (1,55-6,44)	0,001
	≥ Mediana	2,6	1				3,3	1			
Cadastro no PBF	Sim	3,4	0,91 (0,47-1,78)	0,787			6,1	0,76 (0,36-1,62)	0,477		
	Não	3,7	1				8,1	1			
Situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) [§]	SAN moderada	3,6	1	0,935			5,2	1	0,847	0,86 (0,37-1,96)	0,712
	INSAN grave	3,5	0,96 (0,40-2,31)				5,6	1,08 (0,48-2,45)			
		4,0	1,13 (0,40-3,18)				13,5	2,60 (1,24-5,45)			
Escolaridade materna (anos)	≤ 8	4,4	1,76 (0,86-3,61)	0,117	1,43 (0,75-2,73)	0,275	8,4	2,05 (0,98-4,28)	0,048	1,46 (0,71-2,99)	0,307
	> 8	2,5	1				4,1	1			
Ambientais											
Número de cômodos no domicílio	≤ 4	5,2	1,67 (0,81-3,41)	0,160	1,85 (0,91-3,75)	0,089	13,2	2,95 (1,58-5,50)	<0,001	1,99 (0,95-4,16)	0,068
	> 4	3,1	1				4,5	1			
Número de pessoas no domicílio	≤ 4	3,3	1	0,631			5,5	1	0,232		
	> 4	3,9	1,17 (0,61-2,26)				8,0	1,47 (0,78-2,76)			
Maternas											
Idade materna (anos)	≥ 20	3,7	nc	-			5,9	1	0,113	1	0,204
	< 20	0,0					11,1	1,89 (0,86-4,13)			
Trabalho materno fora de casa	Não	4,9	1	0,175	0,70 (0,36-1,38)	0,305	5,1	1	0,132	1	0,217
	Sim	3,1	0,63 (0,32-1,23)				8,3	1,64 (0,86-3,13)			
Número de filhos	1-2	3,4	1	0,641			4,7	1	0,108	1	0,451
	≥ 3	4,0	1,18 (0,59-2,33)				8,1	1,74 (0,88-3,44)			
Índice de massa corporal	Q1	6,4	1,74 (0,75-4,07)	0,200	1,54 (0,66-3,61)	0,315	10,9	3,72 (1,27-10,94)	0,017	2,24 (0,77-6,58)	0,141
	Q2	1,38	0,38 (0,10-1,40)	0,145	0,38 (0,10-1,41)	0,147	7,3	2,5 (0,80-7,79)	0,114	2,25 (0,73-6,95)	0,159
	Q3	3,7	1,00 (0,38-2,62)	1,000	0,99 (0,38-2,62)	0,992	5,1	1,75 (0,52-5,84)	0,363	1,28 (0,39-4,18)	0,678
	Q4	3,7	1		1		2,9	1		1	
Baixa estatura materna ^a (m)	Não	3,1	1	0,003	3,23 (1,51-6,92)	0,003	5,6	1	0,014	1	0,025
	Sim	10,1	3,23 (1,51-6,91)				13,6	2,44 (1,20-4,97)			

Continua

Variáveis	Categorias	Prevalência (%)	Crianças não quilombolas (2015)				Crianças quilombolas (2018)				Conclusão
			RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	
Relacionadas à criança											
Idade (meses)	≤ 24	5,5	2,77 (1,37-5,59)	0,003	2,78 (1,28-6,03)	0,010	8,7	1,81 (0,95-3,44)	0,065	1,68 (0,86-3,30)	0,129
	> 24	2,0	1		1		4,8	1			
Sexo	Feminino	2,6	1	0,126	1	0,055	5,3	1	0,266		
	Masculino	4,4	1,68 (0,86-3,30)		2,09 (0,98-4,43)		7,7	1,44 (0,76-2,73)			
Baixo peso ao nascer (g)	Não	2,6	1	<0,001	1	<0,001	5,8	1	0,005	1	0,005
	Sim	13,0	4,94 (2,22-10,95)		5,17 (2,43-10,96)		18,8	3,21 (1,43-7,21)		2,97 (1,40-6,29)	
Problema de saúde nos últimos 30 dias	Não	3,5	1	0,750			7,0	1	0,409		
	Sim	3,9	1,12 (0,55-2,31)		5,1	0,73 (0,34-1,56)					
Presença de diarreia nos últimos 15 dias	Não	3,2	1	0,162	1	0,334	5,7	1	0,175	1	0,265
	Sim	5,2	1,66 (0,81-3,40)		1,45 (0,68-3,10)		9,0	1,58 (0,81-3,08)		1,48 (0,74-2,97)	

PBF: Programa Bolsa Família; INSAN: Insegurança Alimentar e Nutricional; IMC: índice de massa corporal; RP (IC95%): Razão de prevalência e seu respectivo intervalo com 95% de confiança; nc: não calculado.

†Teste qui-quadrado de Person ou Exato de Fisher; §De acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); //Outra: branca, amarela e indígena; Número em negrito indica resultado estatisticamente significativo.

Tabela 3 – Fatores associados ao excesso de peso entre crianças não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) menores de 5 anos do estado de Alagoas, Brasil.

		Crianças não quilombolas (2015)					Crianças quilombolas (2018)				
		Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †
Socioeconômicas											
Índice de riqueza	< Mediana	13,3	1				10,8	1			
	≥ Mediana	14,6	1,10 (0,80-1,50)	0,559			8,6	0,79 (0,47-1,32)	0,369		
Cadastro no PBF	Sim	13,7	1				10,3	1		1	
	Não	15,0	1,09 (0,80-1,49)	0,593			6,1	0,59 (0,26-1,34)	0,193	0,62 (0,27-1,42)	0,261
Situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) [§]	SAN	14,9	1				7,3	1		1	
	INSAN moderada	12,6	0,85 (0,55-1,31)	0,457			13,4	1,82 (1,03-3,22)	0,039	1,82 (1,03-3,22)	0,039
	INSAN grave	13,1	0,88 (0,52-1,51)	0,648			12,2	1,66 (0,80-3,42)	0,172	1,66 (0,80-3,42)	0,172
Escolaridade materna (anos)	≤ 8 anos	13,5	1				9,4	1			
	> 8 anos	14,9	1,10 (0,80-1,52)	0,552			10,1	1,07 (0,64-1,81)	0,796		
Ambientais											
Número de cômodos no domicílio	≤ 4 cômodos	16,2	1				6,2	1		1	
	> 4 cômodos	13,6	0,84 (0,58-1,21)	0,342			10,6	1,71 (0,83-3,53)	0,138	1,77 (0,84-3,71)	0,131
Número de pessoas no domicílio	> 4	12,3	1		1		9,7	1			
	≤ 4	15,4	1,25 (0,91-1,73)	0,166	1,32 (0,94-1,83)	0,105	9,3	1,04 (0,62-1,75)	0,886		
Maternas											
Idade materna (anos)	≥ 20 anos	13,9	1		1		9,4	1			
	< 20 anos	28,6	2,06 (0,88-4,79)	0,117	3,05 (0,98-9,46)	0,053	11,1	1,19 (0,56-2,52)	0,654		
Trabalho materno fora de casa	Não	15,0	1				8,7	1			
	Sim	14,0	0,93 (0,66-1,31)	0,690			10,6	1,22 (0,72-2,04)	0,461		
Número de filhos	≥ 3	12,6	1				8,6	1			
	1-2	14,6	1,15 (0,81-1,64)	0,415			10,9	1,26 (0,73-2,19)	0,403		
Índice de massa corporal	Q1	6,4	1		1		5,1	1		1	
	Q2	12,4	1,95 (1,05-3,61)	0,035	1,95 (1,05-3,61)	0,035	8,8	1,73 (0,70-4,26)	0,235	1,74 (0,70-4,28)	0,230
	Q3	14,6	2,30 (1,26-4,18)	0,007	2,29 (1,26-4,18)	0,007	12,4	2,45 (1,05-5,72)	0,039	2,30 (0,98-5,36)	0,054
	Q4	24,2	3,80 (2,17-6,65)	<0,002	3,80 (2,17-6,65)	<0,001	12,4	2,45 (1,05-5,72)	0,039	2,24 (0,95-5,27)	0,064
Baixa estatura materna ^a (m)	Não	14,4	1				9,7	1			
	Sim	13,9	0,97 (0,54-1,71)	0,903			9,1	0,94 (0,42-2,11)	0,873		

Continua

Variáveis	Categorias	Pesquisa Estadual					Pesquisa Quilombola				
		Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †
Relacionadas à criança											
Idade (meses)	> 24	13,0	1	0,250			6,4	1	0,004	1	0,005
	≤ 24	15,6	1,20 (0,88-1,63)				13,6	2,13 (1,26-3,63)		2,30 (1,29-4,11)	
Sexo	Feminino	13,8	1	0,744			10,7	1	0,360		
	Masculino	14,5	1,05 (0,74-1,43)				8,4	0,79 (0,47-1,32)			
Elevado peso ao nascer (g)	Não	13,0	1	<0,001	1	0,003	8,9	1	0,016	1	0,004
	Sim	28,4	2,19 (1,44-3,32)		1,91 (1,24-2,95)		21,9	2,46 (1,20-5,05)		2,73 (1,37-5,43)	
Problema de saúde nos últimos 30 dias	Não	12,8	1	0,067	1	0,287	9,6	1	0,987		
	Sim	17,4	1,36 (0,98-1,88)		1,21 (0,85-1,73)		9,6	1,00 (0,57-1,77)			
Presença de diarreia nos últimos 15 dias	Não	14,4	1	0,791			9,0	1	0,441		
	Sim	13,6	0,95 (0,64-1,41)				11,3	1,25 (0,71-2,20)			

PBF: Programa Bolsa Família; INSAN: Insegurança Alimentar e Nutricional; IMC: índice de massa corporal; RP (IC95%): Razão de prevalência e seu respectivo intervalo com 95% de confiança; nc: não calculado.

†Teste qui-quadrado de Person ou Exato de Fisher; ‡Critério Brasil de Classificação Econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa; §De acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); //Outra: branca, amarela e indígena; Número em negrito indica resultado estatisticamente significativo.

Tabela 4 – Fatores associados à anemia entre crianças não quilombolas (2015) e quilombolas (2018) de 6 a 59 meses do estado de Alagoas, Brasil.

Variáveis	Categorias	Prevalência (%)	Crianças não quilombolas (2015)				Crianças quilombolas (2018)				
			RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †
Socioeconômicas											
Índice de riqueza	≥ Mediana	23,2	1	0,005	1	0,069	35,6	1	0,187	1	0,187
	< Mediana	32,3	1,39 (1,10-1,75)		1,27 (0,98-1,66)		41,9	1,18 (0,92-1,50)		1,18 (0,92-1,50)	
Cadastro no PBF	Não	25,1	1	0,300			33,3	1	0,357		
	Sim	28,6	1,14 (0,89-1,46)		39,2	1,18 (0,82-1,68)					
Situação de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) [§]	SAN	25,7	1			37,3	1				
	INSAN moderada	30,8	1,26 (0,83-1,53)	0,450		35,9	0,96 (0,71-1,31)	0,814			
	INSAN grave	32,5	1,26 (0,89-1,79)	0,717		44,8	1,20 (0,87-1,67)	0,268			
Escolaridade materna (anos)	> 8 anos	19,8	1	0,001	1	0,009	38,7	1	0,723		
	≤ 8 anos	30,9	1,56 (1,20-2,04)		1,45 (1,10-1,92)		37,0	0,95 (0,74-1,23)			
Ambientais											
Número de cômodos no domicílio	> 4 cômodos	26,3	1	0,151	1	0,807	39,0	1	0,642		
	≤ 4 cômodos	32,0	1,22 (0,94-1,59)		1,04 (0,77-1,41)		36,4	0,93 (0,70-1,25)			
Número de pessoas no domicílio	≤ 4	26,0	1	0,292			35,2	1	0,103	1	0,067
	> 4	29,4	1,13 (0,90-1,42)		42,9	1,22 (0,96-1,55)	1,25 (0,98-1,59)				
Maternas											
Idade materna (anos)	≥ 20 anos	25,7	1	0,812			36,7	1	0,043	1	0,015
	< 20 anos	22,2	0,86 (0,25-2,96)		52,3	1,43 (1,04-1,95)	1,47 (1,08-2,02)				
Trabalho materno fora de casa	Não	27,9	1	0,414			38,5	1	0,695		
	Sim	25,1	0,90 (0,69-1,16)		36,6	0,95 (0,74-1,22)					
Número de filhos	1-2	26,1	1	0,195	1	0,370	37,0	1	0,941		
	≥ 3	30,6	1,17 (0,92-1,49)		1,13 (0,87-1,47)		36,8	0,99 (0,76-1,29)			
	Q1	27,5	1		39,6		1				
Índice de massa corporal	Q2	25,9	0,94 (0,66-1,34)	0,738		43,3	1,09 (0,79-1,51)	0,592		1,16 (0,84-1,61)	0,373
	Q3	29,2	1,06 (0,76-1,49)	0,719		28,6	0,72 (0,49-1,06)	0,095		0,77 (0,52-1,13)	0,185
	Q4	21,8	0,79 (0,54-1,15)	0,223		40,0	1,01 (0,72-1,41)	0,955		1,10 (0,78-1,55)	0,590
Baixa estatura materna [†] (m)	Não	26,2	1	0,902			37,3	1	0,591		
	Sim	25,4	0,97 (0,62-1,53)		41,3	1,11 (0,76-1,60)					

Continua

Variáveis	Categorias	Prevalência (%)	Crianças não quilombolas			Crianças quilombolas			Conclusão		
			RP bruta (IC95%)	<i>p</i> †	RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †	Prevalência (%)	RP bruta (IC95%)		RP ajustada (IC95%)	<i>p</i> †
Relacionadas à criança											
Idade (meses)	> 24	19,4	1	<0,001	1	<0,001	28,4	1	<0,001	1	<0,001
	≤ 24	40,8	2,10 (1,67-2,64)		2,02 (1,58-2,58)		55,1	1,94 (1,53-2,46)		1,93 (1,51-2,46)	
Sexo	Feminino	28,6	1	0,439			32,6	1	0,014	1	0,003
	Masculino	26,2	0,91 (0,73-1,15)				44,1	1,35 (1,06-1,73)		1,43 (1,13-1,81)	
Baixo peso ao nascer (g)	Não	27,2	1	0,320			39,1	1,35 (1,06-1,73)	0,269		
	Sim	34,1	1,25 (0,82-1,93)				27,3	0,70 (0,35-1,40)			
Problema de saúde nos últimos 30 dias	Não	25,3	1	0,271			34,7	1	0,019	1	0,037
	Sim	30,0	1,15 (0,90-1,48)				46,0	1,34 (1,05-1,71)		1,29 (1,02-1,65)	
Presença de diarreia nos últimos 15 dias	Não	25,1	1	0,007	1	0,722	37,8	1	0,821		
	Sim	35,8	1,42 (1,11-1,83)		1,05 (0,80-1,37)		39,1	1,03 (0,78-1,36)			
Déficit estatural	Não	26,8	1	0,040	1	0,474	37,7	1	0,693		
	Sim	45,8	1,71 (1,09-2,68)		1,20 (0,72-2,00)		41,4	1,10 (0,70-1,73)			
Excesso de peso	Não	27,2	1	0,751			36,8	1	0,108	1	0,099
	Sim	28,7	1,05 (0,76-1,46)				50,0	1,36 (0,96-1,92)		1,31 (0,95-1,79)	

PBF: Programa Bolsa Família; INSAN: Insegurança Alimentar e Nutricional; IMC: índice de massa corporal; RP (IC95%): Razão de prevalência e respectivo intervalo com 95% de confiança; nc: não calculado.

†Teste qui-quadrado de Person ou Exato de Fisher; §De acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA); //Outra: branca, amarela e indígena; Número em negrito indica resultado estatisticamente significativo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese buscou evidenciar, através da revisão da literatura e da coletânea de artigos, a intensa vulnerabilidade social em que mulheres e crianças das comunidades quilombolas de Alagoas (sobre)vivem e a repercussão dessa situação sobre as condições de nutrição e saúde dessa população, quando comparada a população não quilombola do mesmo estado.

Trata-se do primeiro estudo a comparar as prevalências e os fatores associados: 1) ao excesso de peso e HAS entre mulheres quilombolas e não quilombolas (artigo 1); e 2) estado nutricional antropométrico e anemia em crianças quilombolas e não quilombolas (artigo 2).

No artigo 1, observou-se que, quando comparadas às mulheres não quilombolas, as mulheres quilombolas apresentavam piores condições socioeconômicas, como evidenciado pelas maiores prevalências de: menor nível de escolaridade (fundamental incompleto), renda familiar < 1 salário mínimo e família em situação de insegurança alimentar e nutricional moderada e grave.

Quanto aos desfechos avaliadas entre as mulheres, as quilombolas apresentaram prevalência de excesso de peso superior a observada entre as mulheres não quilombolas, contudo, não houve diferença da prevalência de HAS entre as populações. Independente da diferença ou não nas prevalências de excesso de peso e HAS entre mulheres quilombolas e não quilombolas, em virtude das repercussões negativas que essas condições podem exercer sobre a saúde, o controle delas, em ambas as populações, deve ser uma prioridade para a saúde pública de Alagoas.

No que diz respeito aos distintos fatores associados ao excesso de peso nas duas populações, observou-se que a presença de INSAN grave esteve associada apenas entre as mulheres quilombolas; enquanto a menor escolaridade e o consumo de bebida alcoólica foram identificados apenas entre as não quilombolas. Portanto, a prevenção e o controle dessa condição devem considerar essas diferenças.

Na HAS, os fatores associados que divergiram entre os grupos foram: presença de menarca precoce entre as mulheres quilombolas; e a presença de INSAN grave e morbidade referida entre as mulheres não quilombolas. Assim, embora não tenha sido observada diferença na prevalência de HAS entre os dois grupos, a condição de ser ou não quilombola impacta nos fatores associados a esse desfecho e devem ser consideradas nas estratégias de prevenção e controle da hipertensão em mulheres alagoanas.

No artigo 2, em consonância com as desvantagens socioeconômicas identificadas entre as mulheres quilombolas, notou-se que as crianças quilombolas também vivem em situação de maior vulnerabilidade quando comparadas às crianças não quilombolas, com maiores prevalências de: famílias mais pobres (abaixo da mediana do índice de riqueza), usuárias do Programa Bolsa Família e em situação de INSAN moderada e grave; mães adolescentes, com mais filhos (≥ 3 filhos) e baixa estatura.

Na população infantil, enquanto o déficit estatural e a anemia foram mais prevalentes entre as crianças quilombolas, o excesso de peso foi superior nas crianças não quilombolas. O fato das crianças quilombolas apresentarem quase o dobro da prevalência de déficit estatural identificada entre as não quilombolas expõe a invisibilização imposta à população quilombola em Alagoas. E, embora as crianças não quilombolas tenham apresentado prevalência superior de excesso de peso, esses resultados reforçam que entre crianças que vivem em contextos de maior vulnerabilidade social, como as crianças das comunidades quilombolas, o excesso de peso é uma realidade e o déficit estatural e a anemia ainda não foram superados.

No que tange as diferenças entre os fatores associados ao déficit estatural, observou-se que o índice de riqueza inferior a mediana foi associado a essa condição apenas entre as crianças quilombolas, enquanto entre as não quilombolas foi a idade ≤ 24 meses. No excesso de peso, os fatores associados que divergiram entre os grupos foram: presença de INSAN moderada e idade ≤ 24 meses observados apenas entre as quilombolas; e maiores quartis de IMC materno entre as crianças não quilombolas. Os diferentes fatores associados à anemia entre os grupos foram: idade materna < 20 anos, criança ser do sexo masculino e ter apresentado problema de saúde nos últimos 30 dias identificados apenas entre as quilombolas; e a escolaridade materna ≤ 8 anos observada apenas entre as não quilombolas.

Portanto, embora as três formas de má nutrição aqui investigadas (déficit estatural, excesso de peso e anemia) tenham apresentado relevância epidemiológica tanto para as crianças quilombolas quanto para as não quilombolas, as diferentes magnitudes e os distintos fatores associados a essas condições conforme os cenários considerados, evidenciam os efeitos dos determinantes sociais sobre o processo saúde-doença.

O adequado enfrentamento dos problemas aqui investigados, seja no público adulto ou infantil, configura-se em um desafio para a saúde pública do estado de Alagoas, pois requer estratégias que considerem as diferenças existentes entre as populações avaliadas. Nesse sentido, atenção especial deve ser dada às comunidades quilombolas, afim de contribuir para o rompimento do ciclo intergeracional de pobreza e vulnerabilidade a qual essas comunidades

estão submetidas e que tem impactado nas condições de nutrição e saúde de mulheres e crianças quilombolas.

Espera-se que os resultados deste trabalho possam dar visibilidade às iniquidades vivenciadas pela população quilombola alagoana, as quais, historicamente, têm sido negligenciadas pelo poder público; além de suscitar as discussões necessárias para construção de políticas públicas dirigidas ao enfrentamento dessas condições, que sejam adequadas às realidades de mulheres e crianças alagoanas e de suas comunidades quilombolas

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABARCA-GÃ, L. et al. Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128·9 million children, adolescents, and adults NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC)*. *The Lancet*, v. 390, p. 2627–2642, 2017.
- ABRAJI, A.B.J.I. **Direito à terra quilombola em risco: Reconhecimento de territórios tem baixa histórica no governo Bolsonaro** *Achados e Perdidos*, 2021.
- AFONSO, A. Processos políticos da abolição. In: SCHWARCZ, L. M.; GOMES, F. DOS S. (Eds.). **Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos**. Companhia das Letras, 2018.
- ALAGOAS. SECRETARIA DE ESTADO DO PLANEJAMENTO, GESTÃO E PATRIMÔNIO. **Estudo sobre as Comunidades Quilombolas de Alagoas**. 2015.
- ALBUQUERQUE, W.R. DE; FILHO, W.F. **Uma história do negro no Brasil**. Salvador: Fundação Cultural Palmares, 2006a.
- ALBUQUERQUE, W.R.; FILHO, W.F. África e africanos no tráfico atlântico. In: **Um história do negro no Brasil**. p. 40–62. Fundação Cultural Palmares, 2006b.
- ALBUQUERQUE, W.R.; FILHO, W.F. Fugas, quilombos e revoltas escravas. In: **Uma história do negro no Brasil**. Fundação Cultural Palmares, 2006c.
- ALENCASTRO, L.F. África, números do tráfico atlântico. In: SCHWARCZ, L.M.; GOMES, F.S. (Eds.). **Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos**. Companhia das Letras, p. 56–63, 2018.
- BANDECCHI, B. Legislação básica sobre a escravidão africana no Brasil. **Revista de História**, v. 44, n. 89, p. 207, 1972.
- BARBOSA, I.R.; AIQUOC, K.M.; SOUZA, T.A. DE. **Raça e saúde: Múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil**. 1. ed. Natal: EDUFRN, 2021.
- BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 1, n. 19, p. 181–191, 2003.
- BRASIL. **Artigo 68 ADCT da Constituição Federal de 1988**, 1988a.
- BRASIL. **Lei 7.668 de 22 de agosto de 1988. Autoriza o Poder Executivo a constituir a Fundação Cultural Palmares - FCP e dá outras providências**. 1988b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7668.htm.
- BRASIL. **Decreto nº 3.912. Regulamenta as disposições relativas ao processo administrativo para identificação dos remanescentes das comunidades dos quilombos e para o reconhecimento, a delimitação, a demarcação, a titulação e o registro imobiliário das terras por**. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3912.htm.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003, 2003.

BRASIL. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da Criança. 2006.

BRASIL. Decreto nº 6.261. Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola, e dá outras providências. 2007. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6261.htm.

BRASIL. Estatuto da Igualdade Racial - Lei 12288/10 | Lei nº 12.288, de 20 de julho de 2010, Presidência da Republica, 2010. Disponível em: <https://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/823981/estatuto-da-igualdade-racial-lei-12288-10#art-1>.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2017a.

BRASIL. Criação de um modelo lógico do Programa Brasil Quilombola. 2007a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/consultorias/seppir/criacao-de-um-modelo-logico-do-programa-brasil-quilombola>.

BRASIL. Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros. 2022a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/>.

BRASIL. Vigitel Brasil 2006-2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequências e distribuição sociodemográfica de morbidade referida e autoavaliação de saúde nas capitais dos 26 estados br. 2022b.

BRASIL. Vigitel Brasil 2006: vigilância de fatores e risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. 2007b.

BRASIL. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. 2017b.

BRASIL. Caderno de Estudos nº 9 - Desenvolvimento Social em debate: Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. 2008.

COITINHO, D.C. et al. Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Condições Nutricionais da População Brasileira: Adultos e Idosos. Brasília: 1991.

CONAQ. Quem Somos? Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas – CONAQ. 2022. Disponível em: <http://conaq.org.br/nossa-historia/>.

CPISP (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO). Direitos Quilombolas - Observatório de terras quilombolas. 2022. Disponível em: <https://cpisp.org.br/direitosquilombolas/>.

CPISP. (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO DE SÃO PAULO). **O Caminho da Titulação**. 2022b. Disponível em: <<https://cpisp.org.br/direitosquilombolas/caminho-da-titulacao-2/>>.

DOAK, C.M. et al. The dual burden household and the nutrition transition paradox. **International Journal of Obesity**, v. 29, n. 1, p. 129–136, 2005.

DREWNOWSKI, A.; POPKIN, B. M. The Nutrition Transition: New Trends in the Global Diet. **Lead Review**, p. 31–43, 1997.

ELTIS, D.; BEHRENDT, S.D.; RICHARDSON, D. A participação dos países da europa e das américas no tráfico transatlântico de escravos: novas evidências. **Afro-Asia**, v. 9, n. 50, p. 9–50, 2000.

FERREIRA, H.S. et al. Nutrition and health in children from former slave communities (quilombos) in the state of Alagoas, Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v. 30, n. 1, p. 51–8, 2011.

FERREIRA, H.S.; TORRES, Z.M.C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, v. 15, n. 2, p. 219–229, 2015.

FERREIRA, H.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 Nutricao**, v. 26, n. 5, p. 539–549, 2013a.

FERREIRA, H.S. et al. Effect of breastfeeding on head circumference of children from impoverished communities. **Breastfeeding Medicine**, v. 8, n. 3, p. 294–301, 2013b.

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, n. 2, p. 216–225, 2017.

FRAGA, W. Pós-abolição; O dia seguinte. In: SCHWARCZ, L. M.; GOMES, F. DOS S. (Eds.). **Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos**. Companhia das Letras, 2018.

FUNDAÇÃO BIBLIOTECA NACIONAL. **Tráfico de escravos no Brasil**. 2003. Disponível em: <https://bndigital.bn.gov.br/dossies/trafico-de-escravos-no-brasil/introducao-trafico-de-escravos-no-brasil/uma-pesquisa-na-colecao-da-biblioteca-nacional/>.

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

GOMES, F.S. Quilombos/Remanescentes de quilombos. In: SCHWARCZ, L. M.; GOMES, SCHWARCZ, L.M.; GOMES, F. **Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos**. Companhia das Letras, 2018.

GRINBERG, K. Castigo físico e legislação. In: SCHWARCZ, L. M.; GOMES, F. DOS S. (Eds.). **Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos**. Companhia das Letras,

2018.

IBGE. **Pesquisa Nacional Sobre Demografia e Saúde 1996**. 1996. Disponível em: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR77/FR77.pdf>.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Análise da disponibilidade domiciliar de alimentos e do estado nutricional no Brasil**. 2004b. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Pesquisa+de+Orçamentos+Familiares#0>.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003. Primeiros resultados. Brasil e Grandes Regiões**. 2004a.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003: Antropometria e análise do estado nutricional de crianças e adolescentes no Brasil**. 2007a. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Pesquisa+de+Orçamentos+Familiares#0>.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares: 2008-2009. Antropometria e Estado Nutricional**. 2010.

IBGE. **Autoidentificação, identidade étnico-racial e heteroclassificação**. 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Ciclos de vida Brasil e Grandes Regiões**. 2015b.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação**. 2015a

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019. Atenção primária à saúde e informações antropométricas: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação**. 2020a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101758.pdf>.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal**. 2020b.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social**. 2020c.

IBGE. **População residente no Brasil, por sexo e cor ou raça, de acordo com a PNAD contínua**. 2022a Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/6408#resultado>.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2021/IBGE**. 2021.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil - Notas técnicas**. 2022c.

IBGE. **Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil - Informativo. IBGE: Rio de Janeiro**. 2022b. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/25844-desigualdades-sociais-por-cor-ou-raca.html%0AEstudos>.

IBGE. **Conheça as cidades e estados do Brasil: Panorama de Alagoas**. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/al/panorama>>.

INAN. **Pesquisa Nacional Sobre Saúde e Nutrição: Resultados Preliminares**. 1990a.

INAN. **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição: Perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos**. 1990b.

INCRA. **Título de reconhecimento de domínio/União Federal/Incrá/nº 01/95**Brasil, 1995.

INCRA. **Instrução Normativa nº 57, de 20 de outubro de 2009**, 2009.

ITERAL. **Distribuição geográfica das comunidades remanescentes dos quilombos certificadas de Alagoas**. 2022. Disponível em: <http://www.iteral.al.gov.br/gpaf-gerencia-de-politica-agraria-e-fundiaria-1/assessoria-tecnica-dos-nucleos-quilombolas-e-indigenas-astnqi/comunidades-quilombolas/comunidades-certificadas>.

LAMENHA, M.L.D.; FERREIRA, H.S.; SOARES, J.F.P. **Perfil clínico-nutricional das crianças da população remanescente dos quilombos do estado de Alagoas**. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2009.

LEITE, F.M.B. et al. Food intake and nutritional status of preschool from maroon communities of the state Alagoas, Brazil. *Revista Paulista de Pediatria*, v. 31, n. 4, p. 444–451, 2013.

MONTEIRO, C.A. et al. ENDEF e PNSN: para onde caminha o crescimento físico da criança brasileira? *Cadernos de Saúde Pública*, v. 9, n. suppl 1, p. S85–S95, 1993.

MONTEIRO, C.A. et al. The nutrition transition in Brazil. 1995.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W.L.; POPKIN, B.M. The Burden of Disease From Undernutrition and Overnutrition in Countries Undergoing Rapid Nutrition Transition: A View From Brazil. *American Journal of Public Health*, v. 94, n. 3, p. 433, 2004.

NEIVA, G. S. M.; MIRANDA, C. T. DE; FERREIRA, H. DA S. **Saúde mental materna e estado nutricional do binômio mãe/filho na população quilombola de Alagoas**. 2010. 99 f. Dissertação (Mestrado em Nutrição) – Faculdade de Nutrição, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2010.

OLIVEIRA, L.A. **Quilombos: a hora e a vez**. São Paulo: Comissão Pró-Índio, 2001.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. *Estudos Avançados*, v. 18, n. 50, p. 57–60, Apr. 2004.

OMRAN, A. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *The Milbank Quarterly*, v. 49, n. 1, p. 509–538, 1971.

ONU. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em:

http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E.

PADILHA, B. M. et al. Anthropometric predictors of hypertension in afro-descendant women. *Scientia Medica*, v. 27, n. 3, 2017.

PINTO, A.R. et al. **Cadernos de Estudos nº 20 - Quilombos do Brasil: Segurança Alimentar e Nutricional em Territórios Titulados**. 2014.

POPKIN, B.M. Nutritional Patterns and Transitions. *Development Review*, v. 19, n. 1, p. 138–157, 1993.

POPKIN, B.M. The nutrition transition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutrition Reviews*, v. 52, n. 9, p. 285–98, Sep. 1994.

POPKIN, B.M. Measuring the nutrition transition and its dynamics. *Public Health Nutrition*, v. 24, n. 2, p. 318–320, 1 Feb. 2021.

POPKIN, B.M.; ADAIR, L.S.; NG, S.W. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutrition reviews*, v. 70, n. 1, p. 3–21, Jan. 2012.

POPKIN, B.M.; CORVALAN, C.; GRUMMER-STRAWN, L.M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. *The Lancet*, v. 395, n. 10217, p. 65–74, 2020.

POPKIN, B.M.; NG, S.W. The nutrition transition to a stage of high obesity and noncommunicable disease prevalence dominated by ultra-processed foods is not inevitable. *Obesity Reviews*, v. 23, n. 1, p. e13366, 1 Jan. 2022.

REIS, J.J. Presença Negra: conflitos e encontros. In: **Brasil: 500 anos de povoamento**. Rio de Janeiro: IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2007. p. 237.

REIS, J.J. Revoltas escravas. In: SCHWARCZ, L. M.; GOMES, F. DOS S. (Eds.). . **Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos**. Companhia das Letras, 2018.

RIGOTTI, J.I.R. Transição Demográfica. **Educação e Realidade**, v. 37, n. 2, p. 467–490, 2012.

RIOS-NETO, E.L.G. Questões emergentes na análise demográfica: o caso brasileiro. **Revista Brasileira de Estudos de População**, p. 371–408, 2005.

RODRIGUES, J. Navio Negroiro. In: SCHWARCZ, L. M.; GOMES, F. DOS S. (Eds.). . **Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos**. Companhia das Letras, 2018.

SCHWARCZ, L.M.; GOMES, F. DOS S. **Dicionário da escravidão e liberdade: 50 textos críticos**. Companhia das Letras, 2018.

SECRETARIA GERAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA. **Decreto nº 9.667. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento, remaneja cargos em comissão e funções de confiança**. 2019. Disponível em:

https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/D9667.htm.

SEPPPIR (SECRETARIA DE POLÍTICAS DA PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL). **Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas**. 2013.

SHEKAR, M.; POPKIN, B. **Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge**. The World Bank, 2020.

SILVA, S.R.; NASCIMENTO, L.K. Negros e territórios quilombolas no Brasil. **Cadernos Cedem (Cessada)**, v. 3, n. 1, p. 23–37, 2012.

SOUZA, B.O. Aquilombar-se: Panorama Histórico, Identitário e Político do Movimento Quilombola Brasileiro. **Unb**, p. 1–204, 2008.

SOUZA, E.B. Transição nutricional no Brasil: análise dos principais fatores. **Cadernos UniFOA**, n. 13, p. 49–53, 2010.

STF (SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL). **Ementa e Acórdão da Ação Direta de Inconstitucionalidade do Decreto nº 4.887/2003**. Brasil, 2018. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/autenticacao/>>.

TURPIE, A.G.G. et al. Overweight and obesity as determinants of cardiovascular risk: the Framingham experience. **Archives of internal medicine**, v. 162, n. 16, p. 1867–1872, 2002.

UFRJ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO). **Biomarcadores do estado de micrnutrientes: prevalências de deficiências e curvas de distribuição de micronutrientes em crianças brasileiras menores de 5 anos: ENANI 2019**. Rio de Janeiro: 2021.

UFRJ. (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO). **Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019**. Rio de Janeiro: 2022. Disponível em: <http://enani.nutricao.ufrj.br/index.php/relatorios/>.

UNICEF. **Children, Food and Nutrition**. UNICEF: 2019.

WELLS, J.C. et al. The double burden of malnutrition: aetiological pathways and consequences for health. **The Lancet**, v. 395, n. 10217, p. 75–88, 2020.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Obesity: Preventing and managing the global epidemic**. 1998.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Double-duty actions for nutrition. Policy Brief. **World Health Organization**, n. 5, p. 10, 2017.

XAVIER JÚNIOR, A.F.S. **Perímetro cefálico de crianças das populações remanescentes dos quilombos do estado de alagoas, segundo adequação estatural, peso ao nascer e exposição ao aleitamento materno**. 2009.

ZHOU, B. et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. **The Lancet**, v. 398, n. 10304, p. 957–980, 2021.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

"O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa." (Resolução. nº 196/96-IV, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa **2º DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO MATERNO-INFANTIL DE ALAGOAS**, 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 se destina a investigar as condições de nutrição e saúde de mães e crianças residentes no estado de Alagoas, visando possibilitar o planejamento de ações de promoção da saúde;
- 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 hipertensão, colesterol alto, diabetes e excesso de gordura no sangue;
 - 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 e das mulheres de 18 a 50 anos para dosagem da glicose, colesterol e triglicérides (gordura do sangue); Adicionalmente, essas 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 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;
- 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.

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.

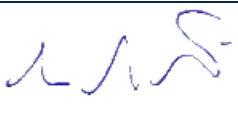
Cadastro do(a) voluntário(a): _____

Contato de urgência: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira. Telefone: 0(xx)82-9381-2731.

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: 3214-1053

_____, _____ de _____ de 2014

	
Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B – Formulários para entrevista da Pesquisa Estadual

II Diagnóstico de Saúde da População Materno-Infantil de Alagoas

Faculdade de Nutrição/UFAL

FORMULÁRIO 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

<i>QUEST</i>	<i>MUNICÍPIO</i>	<i>SETOR</i>	<i>Q DO SETOR</i>
1. __ __ __ __	__ __ __ __ __	__ __ __ __	__ __ __ __ __
2. DATA DA ENTREVISTA __ __ / __ __ / __ __			
3. A casa esta situada na zona: (1) Rural ou (0) Urbana			
4. Quantas pessoas residem nesta casa? __ __			
5. Entrevistador:			
6. Supervisor de campo:			
27002 Anadia		27046 Maravilha	
27003 Arapiraca		27052 Messias	
27004 Atalaia		27063 Palmeira dos Índios	
27020 Coité do Nóia		27065 Passo de Camaragibe	
27021 Colônia Leopoldina		27067 Penedo	
27023 Coruripe		27071 Piranhas	
27024 Delmiro Gouveia		27077 Rio Largo	
27040 Junqueiro		27080 Santana do Ipanema	
27041 Lagoa da Canoa		27083 São José da Laje	
27043 Maceió		27091 Taquarana	
PONTO DE REFERÊNCIA			
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 para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.			
_____ de _____ de 2014			

Assinatura ou digitais do voluntário			

Formulário N° 2 - CADASTRO FAMILIAR E ANTROPOMETRIA

N.º	1. NOME	2. RELAÇÃO COM O CHEFE DA FAMÍLIA	3. SEXO M F	4. ELEGÍVEL	5. IDADE	6. RAÇA COR (REFERIDA)	7. ESCOLA	8. CONDIÇÃO DO TRABALHO	RENDA MENSAL (Pensão, BF, Benefício).	9. ANTROPOMETRIA							
										Peso (Kg)	Altura (cm)	BIA	CIRCUNFERÊNCIAS (cm)				Hb
													Cabeça	Pescoço	Cintura	Quadril	
01		Chefe															
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	

ESTIMATIVA DA RENDA (per capita/salário mínimo): () Até ½ () Mais de ½ a 1 () Mais de 1 a 2 () Mais de 2

* incluir renda do Bolsa Família ou quaisquer outros programas

2. RELAÇÃO COM O CHEFE DA FAMÍLIA	4. ELEGÍVEL	6. RAÇA/COR (autorreferida)	8. CONDIÇÃO DO TRABALHO	9. ANTROPOMETRIA
1. Chefe; 2. Cônjuge 3. Filho(A); 4. Filho Adotivo 5. Outro Parente: _____ 6. Agregado; 7. Pensionista 8. Empregado Doméstico.	(G) = Gestante; (C2) = Criança < 2 anos. (C5) = Criança 2-5 anos (E) = Escolar (5,1 a 10 anos) (M) = Mulheres (20 a < 50)	1- Cor Branca 2- Cor Preta 3- Cor Parda (morena) 4- Cor Amarela 5- Raça/etnia Indígena	0. Não trabalha 1. Empregado com carteira 2. Funcionário público 3. Empregado sem carteira 4. Desempregado 5. Biscateiro 6. Autônomo 7. Aposentado/ pensionista 8. Criança/estudante 9. Bolsa família	Peso e altura: todos elegíveis BIA – mulheres 20 a < 50 anos Circunferências (todas): mulheres 20 a < 50 anos Circunferência da cabeça: todos os elegíveis.

ESCOLARIDADE E RAÇA DEVEM SER OBTIDAS PARA O CHEFE, MÃES DE LACTENTES, PRÉ-ESCOLARES E ESCOLARES E MULHERES ≥ 20 a < 50 anos.

Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	
0	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

Formulário N° 3 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E AMBIENTAL.

1. **Tipo de moradia (predominante):** CASA |__|
 (1) Alvenaria (2) Taipa (3) Madeira (4) Palha/Papelão/Lona/Plástico
2. **Regime de ocupação:** OCUP |__|
 (1) Própria (2) Financiada (3) Cedida (4) Alugada (5) Ocupada/Invasão
3. **Número de cômodos na casa?** _____ CMDTOTAL |__|
4. **Quantos estão servindo de dormitório (quarto)?** _____ CMDORME |__|
5. **Origem da água que abastece o domicílio?** ORIGAGUA |__|
 (1) Rede geral de distribuição (2) Poço, cacimba ou nascente (3) Outro meio.
6. **Origem da água usada para beber?** AGUABEBE |__|
 (1) Rede geral de distribuição (2) Poço, cacimba ou nascente (3) Mineral
 (4) Outro meio: _____.
7. **Essa água recebe algum tipo de tratamento em sua casa antes de ser consumida?** (1) Adequada (2) Inadequada (88)NSA AGUATRAT |__|
8. **Onde é colocado o lixo de sua casa?** (1) Coleta pública (2) Outro meio LIXO |__|
9. **Condição da rua:** (1) Asfaltada/pavimentada (2) Terra/cascalho RUA |__|

10. AGORA VOU FAZER PERGUNTAS SOBRE O QUE TEM EM SUA CASA E A QUANTIDADE

A senhora tem <item> aqui em sua casa? (*Se SIM, quantos?*).

- | | | |
|---|---------------------------|--------------|
| Televisão em cores? | () Não () Sim, quantas? | TV __ |
| Rádio? | () Não () Sim, quantos? | RADIO __ |
| Banheiro? (<i>somente com vaso sanitário</i>) | () Não () Sim, quantas? | BANHEIRO __ |
| Carro? (<i>Não considerar veículo de trabalho</i>) | () Não () Sim, quantas? | CARRO __ |
| Empregada(o) fixa na residência | () Não () Sim, quantas? | EMPREGAD __ |
| Máquina de lavar (<i>Não considerar tanquinho elétrico</i>) | () Não () Sim, quantas? | MAQLAV __ |
| Vídeo Cassete? | () Não () Sim, quantos? | VIDEOC __ |
| Geladeira? | () Não () Sim, quantas? | GELAD __ |
| Freezer? (<i>Independente ou parte da geladeira duplex</i>) | () Não () Sim, quantos? | FREEZER __ |
| Microcomputador? | () Não () Sim, quantos? | MICROCMP __ |
| Lava louça? | () Não () Sim, quantos? | LAVALOU __ |
| Micro-ondas? | () Não () Sim, quantos? | MICROON __ |
| Motocicleta? | () Não () Sim, quantos? | MOTOC __ |
| Secadora de roupa? | () Não () Sim, quantos? | SECROUPA __ |
| DVD? | () Não () Sim, quantos? | DVD __ |

11. Alguém da família é beneficiário de algum programa do governo (Programa do leite, bolsa família, Projovem, PETI, PRONATEC)?

(1) Sim: _____ (2) Não

COMPLEM |__|

Formulário N° 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.

N°	ESTAS PERGUNTAS (1, 2 e 3) DEVERÃO SER FEITAS EM TODOS OS DOMICÍLIOS.	
1	Nos últimos 3 meses, a senhora teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	PREOCCOM __
2	Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que a senhora tivesse dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	COMIACAB __
3	Nos últimos 3 meses, a senhora ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	SDINALIM __
ESTA PERGUNTA (4) SÓ SERÁ APLICADA SE HOUVER MENOR DE 18 ANOS		
4	Nos últimos 3 meses, a senhora teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar sua(s) criança(s)/adolescente(s) porque o dinheiro acabou? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	POUCALIM __
Se em todas as perguntas anteriores (1, 2, 3 e, se aplicável, 4) estiver assinalada a resposta NÃO e/ou NÃO SABE ENCERRE O QUESTIONÁRIO. Havendo pelo menos um SIM, vá para a questão 5.		
5	Nos últimos 3 meses, a senhora 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 (99) Não sabe ou recusa responder	DIMQUANT __
6	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	COMMENOS __
7	Nos últimos 3 meses, a senhora alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	SENTFOME __
8	Nos últimos 3 meses, a senhora perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	PERDPESO __
9	Nos últimos 3 meses, a senhora 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 (99) Não sabe ou recusa responder	DIASALIM __
Os quesitos abaixo devem ser perguntados apenas em domicílios que têm moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes) se não houver, encerre este formulário.		
10	Nos últimos 3 meses, a senhora não pode oferecer a(s) sua(s) criança(s)/adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	NALIMSAU __
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 (99) Não sabe ou recusa responder	NQUANSUF __
12	Nos últimos 3 meses, a senhora 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 (99) Não sabe ou recusa responder	DIMQUANC __
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 (99) Não sabe ou recusa responder	NFEZREF __
14	Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) teve(tiveram) fome, mas a senhora simplesmente não podia comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe ou recusa responder	CRIAFOME __
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 (99) Não sabe ou recusa responder	UMAREF __

Formulário N° 5 - SAÚDE DA MULHER

1. *Número de ordem da mulher no cadastro da família (Conferir no form 2):* **ORDEM** |__|/|__|/
2. A senhora já ficou grávida? (1) Sim (2) Não **MAEENTR** |__|/
3. A entrevistada é mãe de menor de 10 anos? (1) Sim (2) Não **MAEMENOR** |__|/
4. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? ____ anos **MNARCA1** |__|/|__|/
5. Com que idade ficou grávida pela primeira vez ainda que a criança não tenha conseguido nascer? ____ anos (88) NSA **IDIGRAVI** |__|/|__|/
6. Com que idade teve seu primeiro filho? ____ anos **FILHO1** |__|/|__|/
7. Quantos filhos a senhora já teve? **FILHOS** |__|/|__|/
8. A senhora já perdeu algum filho por falecimento ou aborto? (1) Sim; (2) Não **ABORTO** |__|/
9. **SE SIM:** Quantos casos de aborto ou falecimento? 01, 02, 03, n... (88) NSA **EVENTOS** |__|/|__|/
10. A senhora poderia explicar a idade deles:

<i>O código é o número de casos relatados: 00; 01; 02..n. (88) Não se aplica Só perguntar "Nº de casos" se a resposta for SIM</i>		Isso ocorreu o ano passado (2013)? (1) Sim (2) Não (8) NSA
Natimorto (> 28 semanas/7 meses ou 1 Kg): _____	NTMORTO __ /	____ / Nº de casos? ____ /
Mortalidade infantil: _____ (de 0 a 12 meses)	MORTINF __ /	____ / Nº de casos? ____ /
Mortalidade acima de 12 meses: _____	MORTPOS __ /	____ / Nº de casos? ____ /
Aborto _____ (antes do 6º mês de gestação)	ABORTO __ /	____ / Nº de casos? ____ /

11. A senhora teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?
(1) Sim (2) Não **SE NÃO, pule para 13** **MORBREF** |__|/
12. **SE SIM**, qual? (1) Virose (2) Diarreia (3) Infecção respiratória (4) Infecção do trato urinário (5) DST (6) Outra _____ (88)NSA **GMORBRF** |__|/|__|/
13. Quando a senhora está doente e precisa de atendimento, para onde vai?
(1) Serviço público; (2) Serviço privado; (3) Rezadeira; (4) Não vai; (5) Nunca precisou; (6) Outro; (99) Não sabe **SERV** |__|/|__|/
14. A senhora fuma atualmente ou já foi fumante?
(1) Fumante; (2) Ex-fumante; (3) Nunca fumou **FUMAMAE** |__|/
15. A senhora toma bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não **BEBEMAE** |__|/
16. **SE SIM**, qual a frequência?
(1) Quase todo dia (2) Finais de semana; (3) Socialmente (festas, passeios, etc); (88) NSA **FREQBEBE** |__|/
17. Neste momento a senhora está ou deveria está tomando algum medicamento? (1) Sim, está tomando (2) Sim deveria está tomando, mas não toma (3) Não **REMEDMAE** |__|/
18. **SE SIM**, Qual o tipo de medicamento? **REMEUSO** / _____ /
19. Algum parente de sangue da senhora tem/teve pressão alta?
(1) Sim (2) Não (99) Não sabe **PAFAMIL** |__|/

PRESSÃO ARTERIAL: (PAS x PAD)

1ª medida |____|/|____|/|____|/ x |____|/|____|/|____|/

2ª medida |____|/|____|/|____|/ x |____|/|____|/|____|/

3ª medida |____|/|____|/|____|/ x |____|/|____|/|____|/

Formulário N° 8 – SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)

→ *APLICAR AS MULHERES > 20 ANOS E ≤ 50 ANOS.*

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.

CÓDIGOS → MARQUE UM “X” NO ESPAÇO CORRESPONDENTE	NÃO	SIM
1. A senhora tem dores de cabeça frequentemente?		
2. Tem falta de apetite?		
3. Dorme mal?		
4. Assusta-se com facilidade?		
5. Tem tremores nas mãos?		
6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?		
7. Tem má digestão?		
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?		
9. Tem se sentido triste ultimamente?		
10. Tem chorado mais do que de costume?		
11. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades do dia-a-dia?		
12. Tem dificuldade em tomar decisões?		
13. Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)		
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?		
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?		
16. A senhora se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?		
17. Tem tido a ideia de acabar com a própria vida?		
18. Sente-se cansada o tempo todo?		
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?		
20. A senhora se cansa com facilidade?		
SOMATÓRIO (TOTAL DE RESPOSTAS POSITIVAS)		

Formulário 9 - SAÚDE DA MÃE E LACTENTE

⇒ APLICAR UM FORMULÁRIO PARA MÃE DE UMA CRIANÇA < 2 ANOS

1. Número de ordem da mãe no cadastro da família (*Conferir no formulário 2*) **ORDEML** |___|/___|⇒ **SAÚDE MATERNA (Aplicar AS QUESTÕES DESTE QUADRO SE a mãe NÃO respondeu o Formulário N° 5 - SAÚDE DA MULHER)**2. Com que idade a senhora teve a sua primeira menstruação? _____ anos **MNARCAL** |___|/___|3. Com que idade ficou grávida pela primeira vez ainda que a criança não tenha conseguido nascer? _____ anos **IDIGRAVL** |___|/___|4. Com que idade teve seu primeiro filho? _____ anos **IDIFIL** |___|/___|5. Quantos filhos a senhora já teve? _____ filhos **NFILHOL** |___|/___|6. A senhora já perdeu algum filho por aborto? **FILHOIL** |___|/___|(1) Sim (2) Não (99) Não sabe. **Se SIM quantos?** _____ **QFILHOL** |___|/___|7. A senhora fez pré-natal quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não **MAEPRENL** |___|/___|
Se NÃO pule para 11.8. Com quantos meses iniciou as consultas? _____ (88) NSA **IGCONSL** |___|/___|9. Fez quantas consultas em todo pré-natal? _____ consultas (88) NSA **CONSULTL** |___|/___|10. **Caso a mãe TENHA realizado pré-natal**, nas consultas recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno: (1) Sim (2) Não (99) Não sabe (88) NSA **SEMPRENL** |___|/___|11. A senhora fumava antes da gravidez? (1) Sim (2) Não **AFUMOUL** |___|/___|12. A senhora fumou quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não **FUMOUL** |___|/___|13. A senhora bebia antes da gravidez <C>? (1) Sim (2) Não **ABEBEUL** |___|/___|14. A senhora bebeu quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não **BEBEUL** |___|/___|15. Quando a senhora estava grávida de <C> apresentou problemas de saúde? **PROBSAUL** |___|/___|

(1) Sim (2) Não

16. **SE SIM**, qual problema? **QCOMPLIL** |___|/___|

(1) DHEG pressão aumentada a partir da 20ª semana (2) Diabetes gestacional

(3) Anemia (4) DHEG + Diabetes Gestacional (5) DHEG + Diabetes

Gestacional + Anemia (6) Infecção urinária (88) NSA

17. Quanto à senhora pesava antes de ficar grávida do <C>? _____ Kg **PESOPREL** |___|/___|/___|,|___|**Confirmado? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato**18. Ao final da gestação a senhora estava pesando quanto? (É o último peso registrado pelo menos duas semanas antes do parto) _____ Kg **CONFL** |___|/___|**Confirmado? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato** **PESOFINL** |___|/___|/___|,|___|**CONFIL** |___|/___|**SAÚDE DO LACTENTE**

19. Nome da criança: _____

20. Número de ordem da criança no cadastro da família (*conferir no form 2*): **ORDEML** |___|/___|21. Data de nascimento: **DATNL** |___|/___|/___|22. Sexo: (01) Feminino (02) Masculino **SEXOL** |___|/___|23. <C> tem cartão de vacinas? (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha, perdeu (4) Nunca teve. **Se NÃO VISTO pular para 29.** **CARTVACL** |___|/___|24. O cartão de vacina está atualizado? (1) Sim (2) Não (88) NSA **CARTTUAL** |___|/___|25. A <C> recebeu vitamina A? (1) Sim (2) Não (88) NSA (< 6 meses) **VITAL** |___|/___|26. **Se sim**, quantas doses? _____ Data da última dose ____/____/____ **DOSVITAL** |___|/___|
(88) NSA27. Quantas vezes foi realizado o monitoramento do crescimento da <C>? **CARTMONL** |___|/___|
_____ vezes (88) NSA28. Verificar no cartão da criança peso e comprimento aos 6 meses. **PESO6L** |___|/___|**Peso** _____ **Comprimento** _____ (88) NSA **COMPRI6L** |___|/___|29. Peso ao nascer (g) _____ (**Verificar no cartão da criança ou referido**) **PNL** |___|/___|

30. **Peso ao nascer foi visto no cartão?** (1) Sim; (2) Não; (88) NSA *PNCONFL/____/*
31. <C> Nasceu: (01) Antes do tempo (< 37 semanas) (02) Tempo certo (>37 a 42 semanas) (99) Não sabe *CRINASCL/____/____/*
32. Qual tipo de parto? (01) Normal (02) Cesáreo *TIPPARTL/____/*
33. Já amamentou algum filho que veio antes de <C>? (1) Sim (2) Não (88) NSA *MAMOUOUL/____/*
34. Quando soube que estava grávida, pensou em amamentar <C>? (1) Sim (2) Não *PMAMARL/____/*
35. **A criança mamou no peito?** (1) Sim (2) Não (3) Ainda mama *MAMOUL /____/*
36. Logo, após o parto alguma pessoa na maternidade (enfermeira, técnico de enf.) colocou o bebê para ser amamentado? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe. *MAMOUHL /____/*
37. **SE <C> mamou**, Com quanto tempo depois do parto à senhora conseguiu amamentar o <C>? _____ horas *NMAMOUL /____/*
38. **SE NÃO** conseguiu amamentar <C> logo após o parto, o que foi oferecido? (1) Soro (2) Leite materno (3) Fórmula láctea (99) Não sabe. *DESDIASL /____/*
39. **SE MAMOU**, até que idade só deu leite do peito, sem incluir chá, água ou outro leite? _____ dias (88 = ainda mama ou 99 = Não sabe) *DESMAMOL/____/*
40. Porque deixou de mamar? *NMAMOUL/____/____/*
- (1) Leite insuficiente (2) Criança não queria (3) Criança estava doente (4) Mãe nunca teve a intenção (5) Mãe doente (6) Mãe trabalhava/estudava (7) Leite fraco (8) Mastite/bico invertido/Rachadura (9) Se ainda mama (99) Não sabe (88) NSA
41. Porque nunca mamou? *DESMAMEL/____/*
- (1) Leite insuficiente (2) Criança não queria (3) Criança estava doente (4) Mãe nunca teve a intenção (5) Mãe doente (6) Mãe trabalhava/estudava (7) Leite fraco (8) Mastite/bico invertido/Rachadura (9) Se ainda mama (99) Não sabe (88) NSA
42. <C> usou chupeta? (01) Sim, usou (02) Não, fez uso (03) Ainda faz uso. *CHUPETAL /____/*
43. **SE SIM**, Com que idade <C> começou a usar chupeta frequentemente? _____ (88) NSA *ICHUPETL /____/*
44. Com que idade <C> começou a receber:
- Água _____ Meses *IDAGUAI/____/____/*
- Chá _____ Meses *IDCHAI /____/____/*
- Leite em pó _____ Meses *IDLEITE /____/____/*
- Gogó _____ Meses *IDGOGO /____/____/*
- Achocolatado _____ Meses *IDLACH /____/____/*
- Açúcar/mel _____ Meses *IDOLAM /____/____/*
- Papa (Sopa) de Legumes _____ Meses *IDPAPA /____/____/*
- Arroz c/ feijão _____ Meses *IDACF /____/____/*
- Ovo _____ Meses *IDOVO /____/____/*
- Carne de boi, frango ou peixe _____ Meses *IDCARN /____/____/*
- 88 = NSA; 99 = NÃO SABE**
45. <C> já frequenta creche/escolinha? (1) Sim (2) Não *CRECHEL/____/____/*
46. **Se sim**, há quanto tempo a <C> frequenta a creche/escolinha? _____ meses (88) NSA *IDCRECHL/____/____/*
47. <C> está com diarreia hoje? (1) Sim (2) Não *DIARHOJEL/____/*
48. <C> teve diarreia nas 2 últimas semanas? (1) Sim (2) Não *DIARSEML/____/*
- Se NÃO nas duas questões anteriores (47 e 48, pule para a 51)** *TRATDIARL /____/*
49. **Se teve diarreia (Questões 47 e/ou 48):** Deu para <C> alguma coisa para tratar a diarreia? (1) Sim (2) Não → **PULE PARA A 51** (88) NSA
50. **Se SIM, como tratou?** (1) chá (2) medicamento (3) serviço de saúde (88)NSA *CTRATL/____/*
51. <C> teve tosse ou febre na última semana (desde o <dia da semana> da semana passada)? (1) Só tosse (2) Tosse + Febre (88) NSA (99) Não sabe *TOSSEL /____/*

52. <C> foi levada para se consultar nos últimos 30 dias?

(1) Sim (2) Não → **pule para 54** (99) Não sabe

CONS3ML / ___ /

53. **SE CONSULTOU:** Quantas vezes? _____ vezes

CONSVEZL / ___ /

Por quais motivos?

Rotina (1) Sim (2) Não (88) NSA

ROTINAL / ___ /

Diarreia (1) Sim (2) Não (88) NSA

CONSDARL / ___ /

Infecção respiratória (1) Sim (2) Não (88) NSA

CONSIRAL / ___ /

Infecção da pele (1) Sim (2) Não (88) NSA

CONSPELL / ___ /

Doenças infectocontagiosas (1) Sim (2) Não (88) NSA

CONSDINL / ___ /

Infecção do Trato Urinário (1) Sim (2) Não (88) NSA

CONSINFL / ___ /

Outros: _____

CONSTITUL / ___ /

CONSOUTL / ___ /

54. <C> foi internada nos últimos 12 meses? (1) Sim; (2) Não; (99) Não sabe

HOSPL / ___ / ___ /

55. **SE FOI INTERNADA:** Quantas vezes? _____ vezes (88) NSA

HOSPDIAL / ___ /

56. Por quais motivos?

Diarreia (1) Sim (2) Não (88) NSA

HOSDARL / ___ /

Infecção respiratória (1) Sim (2) Não (88) NSA

HOSIRAL / ___ /

Infecção da pele (1) Sim (2) Não (88) NSA

HOSPELEL / ___ /

Doenças infectocontagiosas (1) Sim (2) Não (88) NSA

HOSDINFL / ___ /

Infecção do Trato Urinário (1) Sim (2) Não (88) NSA

HOSITUL / ___ /

Outros: _____

HOSOUTL / ___ /

Formulário 11 – SAÚDE DO PRÉ-ESCOLAR
⇒ (APLICAR UM FORMULÁRIO PARA UMA CRIANÇA DE 2-5 ANOS)

SAÚDE MATERNA

- | | |
|---|--|
| 1. Número de ordem da mãe da criança (conferir no formulário 2): | ORDEMP
 _ _ / _ _ |
| 2. Quantos filhos a senhora já teve perguntar se não for a mulher que respondeu o questionário 5 . | FILHOSP
 _ _ / _ _ |
| 3. A senhora fez pré-natal quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não | MAEPRENP _ _ |
| 4. Com que idade gestacional iniciou as consultas? _____ IG (88) NSA | IGCONSP _ _ |
| 5. Fez quantas consultas em todo pré-natal? _____ consultas (88) NSA | CONSULTP _ _ |
| 6. Caso a mãe tenha realizado pré-natal , nas consultas recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe (88) NSA | SEMPRENP _ _ |
| 7. A senhora fumava antes da gravidez? (1) Sim (2) Não | AFUMOUP _ _ |
| 8. A senhora fumou quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não | FUMOUP _ _ |
| 9. A senhora bebia antes da gravidez <C>? (1) Sim (2) Não | ABEBEUP _ _ |
| 10. A senhora bebeu quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não | BEBEUP _ _ |
| 11. Quando a senhora estava grávida de <C> apresentou problemas de saúde?
(1) Sim (2) Não SE NÃO, pule para 13 | PROBSAUP _ _ |
| 12. SE SIM , qual problema?
(1) DHEG (pressão aumentada a partir da 20ª semana) (2) Diabetes gestacional (3) Anemia (4) DHEG + DG (4) DHEG + DG + Anemia (6) Infecção urinária (88) NSA | QCOMPLIP
 _ _ _ _ |
| 13. Quanto a senhora pesava antes de ficar grávida do <C>? _____ Kg
Confirmado? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato | PESOPREP
 _ _ _ _ |
| 14. Ao final da gestação a senhora estava pesando quanto? (É o último peso registrado pelo menos duas semanas antes do parto) _____ Kg
Confirmado? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato | PESOAN _ _ _ _
PESOFINP
 _ _ _ _
PESODEP _ _ _ _ |

SAÚDE DA CRIANÇA

- | | |
|---|--|
| 15. Número de ordem da criança no cadastro da família (conferir no form. 2): | ORDECP
 _ _ / _ _ |
| 16. Data de nascimento: DATNP _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ | |
| 17. Sexo: (1) Feminino (2) Masculino | SEXOP _ _ |
| 18. A <C> recebeu vitamina A? (1) Sim (2) Não (88) NSA (cartão não visto) | VITAP _ _ |
| 19. Se sim , quantas doses? _____ Data da última dose ___/___/___ | DOSVITAP _ _ |
| 20. Peso ao nascer (g) _____ | PNP _ _ _ _ |
| 21. Peso ao nascer foi visto no cartão (1) Sim; (2) Não; (88) NSA. | PNCONFIP
 _ _ _ _ |
| 22. Verificar no cartão da criança peso e comprimento aos 06 meses.
Peso _____ Comprimento _____ Não consta (3) (88) NSA | PESO6P _ _ _ _
COMPRI6P
 _ _ _ _ |
| 23. <C> Nasceu: (1) Antes do tempo (< 37 semanas) (2) Tempo certo (>37 a 42 semanas)
(99) Não sabe | CRINASCP _ _ _ _
// |
| 24. A criança mamou no peito? (1) Sim (2) Não (3) Ainda mama | MAMOUP _ _ |
| 25. Logo, após o parto alguma pessoa na maternidade (enfermeira, técnico de enf.) colocou o bebê para ser amamentado? (1) Sim (2) Não (99) Não sabe. | MAMOUHP _ _ |
| 26. SE <C> mamou , com quanto tempo depois do parto à senhora conseguiu amamentar a <C>? _____ horas | MAMOUHP _ _ |
| 27. SE NÃO conseguiu amamentar <C> logo após o parto, o que foi oferecido? (1) Soro (2) Leite materno (3) Fórmula láctea (99) Não sabe. | NMAMOUHP
 _ _ |
| 28. SE MAMOU , até que idade só deu leite do peito, sem incluir chá, água ou outro leite?
_____ dias _____ meses (3 = ainda mama ou 99 = Não sabe) | DESDIASP _ _
DESMAMOUP
 _ _ |
| 29. Porque deixou de mamar?
(1) Leite insuficiente (2) Criança não queria (3) Criança estava doente (4) Mãe nunca teve a intenção (5) Mãe doente (6) Mãe trabalhava/estudava (7) Leite fraco (8) Mastite/bico invertido/Rachadura (9) Se ainda mama (99) Não sabe (88) NSA | NMAMOUP
 _ _ / _ _ |

30. Porque nunca mamou? *DESMAMEP* /___/
 (1) Leite insuficiente (2) Criança não queria (3) Criança estava doente (4) Mãe nunca teve a intenção (5) Mãe doente (6) Mãe trabalhava/estudava (7) Leite fraco (8) Mastite/bico invertido/Rachadura (9) Se ainda mama (99) Não sabe (88) NSA
31. <C> já frequentou creche/escolinha? (1) Sim (2) Não *CRECHEP*
 /___//___/
32. <C> está com diarreia hoje? (1) Sim (2) Não *DIARHOJEP*
 /___/
33. <C> teve diarreia nas 02 últimas semanas? (1) Sim (2) Não *DIARSEMP* /___/
SE NÃO nas questões 32 e/ou 33
34. **Se teve diarreia (Questões 32 e/ou 33):** Deu para <C> alguma coisa para tratar a diarreia? (1) Sim (2) Não → *SE NÃO, pule para 36* (8) NSA *TRATDIARP* /___/
35. **Se SIM, como tratou?** (1) chá (2) medicamento (3) serviço de saúde (8) NSA *COTRATP*
 /___/
36. <C> Teve tosse/febre? (1) Só tosse (2) TOSSE+FEBRE (8) NSA (9) Não sabe *TOSSE*/___/
37. <C> foi levada para se consultar nos últimos 30 dias?
 (1) Sim (2) Não → *SE NÃO, pule para 39* (99) Não sabe *CONS3MP*/___/
38. **SE CONSULTOU:** *CONSVEZP* /___/
 Quantas vezes? _____ vezes
 Por quais motivos?
ROTINAP /___/
 Rotina (1) Sim (2) Não (8) NSA *CONSDARP* /___/
 Diarreia (1) Sim (2) Não (8) NSA *CONSRAP* /___/
 Infecção respiratória (1) Sim (2) Não (8) NSA *CONSPERP* /___/
 Infecção da pele (1) Sim (2) Não (8) NSA *CONSDINP* /___/
 Doenças infectocontagiosas (1) Sim (2) Não (8) NSA *CONSINFP* /___/
 Infecção do Trato Urinário (1) Sim (2) Não (8) NSA *CONSITUP* /___/
 Outros: _____ *CONSOUTP* /___/
39. <C> foi internada nos últimos 12 meses?
 (1) Sim (2) Não (99) Não sabe *HOSPP* /___//___/
40. **SE FOI INTERNADA** *HOSPDIAP* /___/
 Quantas vezes? _____ vezes (88) NSA
 Por quais motivos?
HOSDARP /___/
 Diarreia (1) Sim (2) Não (8) NSA *HOSIRAP* /___/
 Infecção respiratória (1) Sim (2) Não (8) NSA *HOSPELEP* /___/
 Infecção da pele (1) Sim (2) Não (8) NSA *HOSDINFP* /___/
 Doenças infectocontagiosas (1) Sim (2) Não (8) NSA *HOSITUP* /___/
 Infecção do Trato Urinário (1) Sim (2) Não (8) NSA *HOSOUTP* /___/
 Outros: _____

APÊNDICE C – Formulários para entrevista da Pesquisa Quilombola



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)	
7. Data da entrevista	dataentrevista	_ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _	
8. Quantas pessoas residem nesta casa?	npeçoascasa	_ _ _ _	
9. 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)			
_____, _____, _____, _____			
10. Algum morador tem telefone celular? Qual o número para contato? _____			
11. Entrevistador:		12. 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. r e l a ç ã o	3. s e x o [1] m [2] f	7. i d a d e a n o s	8. e l e g i v e l	9. cor/raça (autoreferida)	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																		

☞ 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/RAÇA	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	6-Autônomo 7-Aposentado/pensionista 8-Criança/estudante 9-Agricultor familiar 10-Pescador/Catador	☞ 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 N° 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
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
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
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
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
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
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
8	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
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	
9	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
10	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
11	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
12	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
13	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
14	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

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	IGN	
*	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 (NÃO), 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									

FORM Nº 6 – SAÚDE DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Comunidade: _____	cad_quest: [] - [] [] - [] [] [] []
1. Nome da mãe: _____	Nomemae _____
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no form 2)	ncadpesm ____ ____
3. Nome da criança: _____	nomec5 _____
4. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpsc5 ____ ____
AVISO: Neste momento da entrevista, solicite os Cartões da Gestante e da Criança	
5. Data de Nascimento da criança	datanasc __ __ / __ __ / __ __ __
6. A data de nascimento foi: (1) Informada pela mãe (2) Verificada em documento (Certidão Nasc, Cartão da Criança, Doc da maternidade; Batistério)	infodn ____
7. Sexo (1) Masculino (2) Feminino	sexoc ____
8. A senhora fez o pré-natal quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não	prenc ____
9. Com quantos meses iniciou as consultas do pré-natal? _____ meses (88) NSA (99) IGN	igconst ____ ____
10. Fez quantas consultas em todo pré-natal <C>? _____ consultas (88) NSA (99) IGN	qcons ____ ____
11. Essas consultas foram sempre no mesmo serviço? (1) Sim (2) Em 2 locais (3) Em 3 locais (4) Em 4 ou mais locais (8) NSA (9) IGN	varioserv ____
12. O mês que iniciou o pré-natal e a quantidade de consultas foram verificados no Cartão da Gestante? (1) Sim, só o mês de início (2) Sim, só a quantidade (3) Sim, para os dois (4) Não (8) NSA	confcart ____
13. Nas consultas de pré-natal de <C>, recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	orientam ____
14. A senhora fumava antes ou fumou durante a gravidez de <C>? (1) Sim, fumei antes (2) Sim, fumava antes e fumei durante a gravidez (3) Nunca fumei nem antes nem durante a gravidez	fumoges ____
15. A senhora tomava bebidas alcoólicas antes da gravidez de <C> ou bebeu quando estava grávida de <C>? (1) Sim, bebia antes (2) Sim, bebia antes e bebi durante a gravidez (3) Nunca bebi nem antes nem durante a gravidez	bebeges ____
16. Quanto a senhora pesava antes de ficar grávida de <C>? _____, ____ kg (9999) IGN	pesopre ____ ____ ____ , ____
17. Como foi verificado esse peso? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato (8) NSA	confppre ____
18. Ao final da gestação, a senhora estava pesando quanto (é o último peso registrado, pelo menos, duas semanas antes do parto)? _____, ____ kg (9999) IGN	pesofim ____ ____ ____ , ____
19. Como foi verificado esse peso final? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato (8) NSA	confpfinal ____
20. <C> tem cartão de vacinas? (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha, perdeu (4) Nunca teve	cartvac ____
21. O cartão de vacina está atualizado? (1) Sim (2) Não (8) NSA	cartatual ____
22. Quantas vezes foi realizada a antropometria em <C> nos últimos 12 meses? _____ vezes (88) NSA	antropom ____ ____
23. Verificar no cartão da criança peso e comprimento aos 6 meses Peso: _____ g (88888) NSA (criança < 6m) (99999) IGN Comprimento: _____ cm (888) NSA (criança < 6m) (999) IGN	peso6m ____ ____ ____ ____ ____ comp6m ____ ____ , ____
24. Peso ao nascer _____ gramas (9999) IGN	pnc ____ ____ ____ ____
25. Esse peso foi verificado no Cartão da Criança? (1) Sim (2) Não (8) NSA	verificpn ____
26. <C> nasceu: (1) Antes do tempo / Prematuro (< 37 semanas) (2) No tempo certo (> 37 a 42 semanas) (3) Depois do tempo (≥ 42 semanas) (9) IGN	condnasc ____
27. Qual foi o tipo de parto de <C>? (1) Vaginal Hospitalar (2) Vaginal Domiciliar (3) Cesárea (4) Outro (8) Não lembra (9) IGN	tipparto ____
28. A <C> teve diarreia ou fez cocô mole mais de 3 vezes por dia, de ontem até agora, ou nas 2 últimas semanas? (1) Sim, de ontem até agora (2) Sim, ontem e nas últimas duas semanas (3) Sim, apenas nas últimas duas semanas (4) Não (9) IGN	diar2sem ____
29. A <C> teve tosse ou febre nas últimas duas semanas até hoje? (1) Só Tosse (2) Só Febre (3) Tosse + Febre (4) Não (9) IGN	tossfeb ____
30. A <C> foi levada para se consultar nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não → Pule para 33 (9)IGN	consul30 ____
31. Quantas vezes se consultou? _____ vezes (88) NSA	qtcons ____ ____
32. Por quais motivos se consultou? (01) Rotina (02) Diarreia (03) Infecção respiratória (04) Infecção da pele (05) Doenças infectocontagiosas (06) Infecção do Trato Urinário (07) Mais de um motivo (08) Outra doença Qual? _____ (88) NSA (99) IGN	motcons ____ ____
33. A <C> foi internada nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não → Pule para 36 (9) IGN	inter12m ____
34. Se SIM, quantas vezes? _____ vezes (8)NSA (9) IGN	interqts ____
35. Por quais motivos? (1) Diarreia (2) Infecção respiratória (3) Infecção da pele (4) Doenças infectocontagiosas (5) Infecção do Trato Urinário (6) Mais de um motivo (7) Outra doença Qual? _____ (8)NSA (9) IGN	intermot ____
36. Quanto tempo por dia, a <C> fica em frente a algum aparelho eletrônico de tela como televisão, computador, celular ou outro? (anotar ao lado em minutos, após calcular) _____ min → Se nada = 000	c2eletr ____ ____ ____

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	

FORM. Nº 17 – TESTE DE TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM ÁLCOOL, CIGARRO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS (ASSIST 3.1)

INFORMAÇÃO 1: Esse formulário deve ser aplicado a MULHERES > 19 anos e < 60 anos

1. Nome _____ nompas	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadassist __ __

Prezado, <entrevistado>, na sua vida, quais destas substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)		Não	Sim
assist1	Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3
assist2	Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, caninha, rum, tequila, gim)	0	3
assist3	Maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)	0	3
assist4	Cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, Cachimbo, brilho)	0	3
assist5	Estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, Moderine, mdma)	0	3
assist6	Inalantes (solventes, cola de sapateiro, corretivo, verniz, Tíner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da Loló)	0	3
assist7	Hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3
assist8	Alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, Cacto)	0	3
assist9	Opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)	0	3
assist10	Outras (especificar): _____	0	3

Se "NÃO" em todos os itens, investigue: "**Nem mesmo quando estava na escola?**"

Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

12. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	2	3	4	6	assist12a
b. Bebida alcoólica	0	2	3	4	6	assist12b
c. <substância>	0	2	3	4	6	assist12c


AVISO: Se "NUNCA" em todos os itens da questão 12, pule para a questão 16.

13. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	3	4	5	6	assist13a
b. Bebida alcoólica	0	3	4	5	6	assist13b
c. <substância>	0	3	4	5	6	assist13c
14. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <substância> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	4	5	6	7	assist14a
b. Bebida alcoólica	0	4	5	6	7	assist14b
c. <substância>	0	4	5	6	7	assist14c
15. Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso <substância> você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	5	6	7	8	assist15a
b. Bebida alcoólica	0	5	6	7	8	assist15b
c. <substância>	0	5	6	7	8	assist15c
16. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <substância>?	Não, nunca!	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses	CÓD (resposta)		
a. Derivados do Tabaco	0	6	3	assist16a		
b. Bebida alcoólica	0	6	3	assist16b		
c. <substância>	0	6	3	assist16c		

17. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <substância>?	Não, nunca!	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	6	3	assist17a
b. Bebida alcoólica	0	6	3	assist17b
c. <substância>	0	6	3	assist17c
18. Alguma vez você já usou drogas por injeção? uso não-médico	0	6	3	assist18

ANEXOS

ANEXO A – Comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Pesquisa Estadual)


UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Maceió – AL, 10/12/2012

Senhor (a) Pesquisador (a), Haroldo da Silva Ferreira
Monica Lopes de Assumpção
Tema Maria de Menezes Toledo Florêncio
Bernardo Lessa Horta

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 07/12/2012, em e com base no parecer emitido pelo (a) relator (a) do processo nº 09093012.0.0000.5013 sob o título, **II Diagnóstico de Saúde da População Materno-Infantil do Estado de Alagoas**, vem por meio deste instrumento comunicar a aprovação do processo supra citado, com base no item VIII.13, b, da Resolução nº 196/96.

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, item V.4).

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).

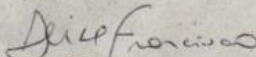
Relatórios parciais e finais devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos no Cronograma do Protocolo e na Res. CNS, 196/96.

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.

Válido até Dezembro de 2013.


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

ANEXO B – Comprovante de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Pesquisa Quilombola)


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.

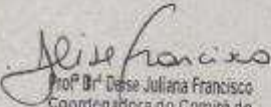
Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e sua justificativa. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o (a) pesquisador (a) ou patrocinador(a) deve enviá-los 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.ª Dese Juliana Francisco
Coordenadora do Comitê de
Ética em Pesquisa -UFAL