



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE (PPGSA)

LUCINAURA PEREIRA GONÇALVES

**CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO, MARANHÃO, BRASIL**

São Luís
2023

LUCINAURA PEREIRA GONÇALVES

**CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO, MARANHÃO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão como requisito para a obtenção do título de mestra em Saúde e Ambiente.
Orientador: Prof. Dr. István van Deursen Varga
Coorientadora: Profa. Dra. Luana Lopes Padilha

São Luís
2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Gonçalves, Lucinaura Pereira.

Conhecimento do Controle Dietético de Hipertensos e Diabéticos Quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil / Lucinaura Pereira Gonçalves. - 2023.

172 p.

Coorientador(a): Luana Lopes Padilha.

Orientador(a): István van Deursen Varga.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2023.

1. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. 2. Diabetes Mellitus. 3. Hipertensão. 4. Quilombolas. 5. Saúde da População Negra. I. Padilha, Luana Lopes. II. Varga, István van Deursen. III. Título.

LUCINAURA PEREIRA GONÇALVES

**CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO DE HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO, MARANHÃO, BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão como requisito para a obtenção do título de mestra em Saúde e Ambiente.

Aprovada em: 30/05/2023

Banca Examinadora

Prof. Dr. István van Deursen Varga (Orientador)
Doutor em Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dra. Luana Lopes Padilha (Coorientadora)
Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
Instituto Federal do Maranhão (IFMA)

Prof. Dr. Antonio Rafael da Silva (Examinador interno ao PPGSA)
Doutor em Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Profa. Dra. Maria Tereza Borges Araújo Frota (Examinadora externa ao PPGSA)
Doutora em Nutrição em Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Prof. Dr. Hilton Pereira Silva (Examinador externo à UFMA)
Doutor em Antropologia/Bioantropologia, The Ohio State University (OSU)
Universidade Federal do Pará (UFPA) / Universidade de Brasília (UnB)

Profa. Dra. Wyllyane Rayana Chaves Carvalho (1ª Suplente)
Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
Faculdade Florence

Profa. Dra. Joelma Ximenes Prado Teixeira (2ª Suplente)
Doutora em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

“Sonhos I

O rei de Portugal
mandou ao meu povo matar
se Palmares ainda vivesse
em Palmares queria estar

Cumbe na Paraíba,
Alagoas, Macaco e Subupira
Mangueira, São Carlos,
Portela na Avenida
são quantos?

Ontem morri
em Andalaquituche,
Tabocas,
Amaro, Acotirene

Hoje no Juramento,
Borel,
Turano
Salgueiro

morro subindo morro
rolo ladeira cada dia
com decidido ar de defunto novo
quando desce a noite
vejo em cada fundo de prato
o reflexo da luz da vela
e sonhos para devorar”

*(José Carlos Limeira,
poeta das causas afro-brasileiras)*

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Todo, que está em toda parte e em tudo, Àquele que é Um sem um segundo, Àquele com quem me conecto através do Silêncio, único meio pelo qual somos quem éramos antes de assumirmos temporariamente esta forma e também quem seremos quando a nossa forma desaparecer, já dizia Eckhart Tolle. É através da conexão com o Todo que nos distanciamos das ilusões coletivas do eu, da matéria, do tempo e do livre-arbítrio e podemos acessar a consciência criadora. Mooji já dizia que “o problema não é o que o Ego diz; o problema... é o quanto se acredita nele...”.

Agradeço também a Pêdra e Geraldo, que me transmitiram a Vida, por terem me ensinado desde cedo que toda ação feita retorna àquele que a produziu e por sempre me incentivarem para que eu siga acreditando nos meus sonhos. Foram pessoas que naturalmente me fizeram ver tamanho valor na justiça e integridade das outras pessoas. Passaram a mim o mesmo que é passado por Swami Vivekananda quando diz que “o conhecimento do Absoluto não depende de nenhum livro, nem de coisa alguma; é absoluto em si mesmo... e, por muito que se estude, não se consegue este conhecimento, visto que não é teoria, é realização”.

Minha gratidão também se estende aos meus irmãos, Dinalva, Luzinaldo e Lucidalva, que me fazem vê o Um nesse mundo de multiplicidade, que me mostram, na prática, as bases para entender o que é a não-dualidade, o caminho do meio, o arquétipo do Integrado. O dualista, segundo uma definição de Swami Vivekananda, é aquele “que tende naturalmente a pensar que seu caminho é o único”, e por viver assim, não se beneficia do encontro com seu verdadeiro Eu. Sob outro conceito, o dualista também é aquele que manipula pessoas e situações. A manipulação se manifesta como um produto da abominação da sombra, que acaba não sendo integrada.

Também quero agradecer aos meus orientadores, István e Luana, por me ajudarem na minha expansão acadêmica, por me fazerem continuamente ter um novo ponto de vista acerca da pesquisa que originou esta dissertação. Afinal de contas, como já citado por Eckhart Tolle, “não precisamos sempre conceituar, interpretar ou rotular tudo o que vem a nossa consciência”. Só assim estaremos prontos para ver algo que seria pela mente nomeado como “novo”.

Agradeço ainda ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente e à Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão pelo apoio fornecido ao longo da trajetória do Curso.

Expresso meu agradecimento também ao Movimento Quilombola de Bequimão, à Secretaria Municipal de Saúde e a todos que compõem as equipes de Estratégia de Saúde da Família das comunidades quilombolas de Bequimão. Para os agentes comunitários de saúde, que me acompanharam em cada casa que entrei, minha gratidão sem fim.

Meu agradecimento profundo é ainda àqueles sem o qual não seria possível tornar esta pesquisa uma realidade, mesmo com o apoio daqueles já citados: os quilombolas hipertensos e diabéticos de Bequimão. Agradeço imensamente pela receptividade, confiança e vontade de contribuir. Percebi durante minha conversa com eles que a solicitude em participar de pesquisas (e várias outras já foram realizadas) é movida pela esperança de justiça social, de que suas vidas sejam melhoradas nos vários aspectos dela.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* têm prevalência maior na população negra do país. As implicações da alimentação no que tange o controle destas doenças dão ao conhecimento nutricional a possibilidade de preveni-las ou controlá-las. **Objetivo:** Investigar o conhecimento sobre o controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* de quilombolas do município de Bequimão, Maranhão, Brasil. **Métodos:** Estudo transversal realizado com 115 quilombolas hipertensos e diabéticos, em 2021, no município de Bequimão, Maranhão, Brasil. Por meio de entrevista face-a-face, foi aplicado no domicílio dos participantes um formulário, coletando-se características socioeconômicas, clínicas e de estilo de vida; bem como o conhecimento sobre o controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus*. Para a verificação de associação entre as variáveis do estudo, usou-se o teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher* ($p < 0,05$). **Resultados:** Dos quilombolas pesquisados, 65,22% eram hipertensos, 9,57% eram diabéticos e 25,22% detinham hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus*. A maioria era do sexo feminino (65,22%), com idade ≥ 60 anos (76,52%), com alguma escolaridade (68,70%), de cor preta/parda/negra (64,35%), de classe social D ou E (97,39%), diagnosticada com hipertensão arterial há mais de cinco anos (62,61%) e com diabetes *mellitus* há cinco ou menos anos (71,30%). As mulheres quilombolas hipertensas e/ou diabéticas viviam com menor renda mensal *per capita* que os homens ($p = 0,021$) e eram menos etilistas ($p = 0,027$). Era de conhecimento de 77,39% da população estudada que a dieta exerce papel terapêutico sobre as doenças investigadas, sendo os diabéticos os que mais possuíam esse entendimento ($p = 0,009$). O peso corporal foi compreendido como fator que influencia os níveis da pressão arterial e açúcar no sangue para 71,30% dos quilombolas estudados. Para 53,04% dos quilombolas, a alimentação influencia os valores de exames de rotina. A maior parte dos quilombolas compartilha de conhecimentos procedentes sobre os componentes dietéticos sódio, gorduras, fibras, carboidratos e açúcares de mesa e de conhecimentos improcedentes acerca do café e dos alimentos fontes de proteínas. A maioria sabe sobre o uso correto dos adoçantes. Para 35,65% dos entrevistados, a adoção de todas as práticas alimentares consideradas adequadas para suas doenças é inexequível, em razão da comercialização afastada das áreas quilombolas dos alimentos tidos como adequados (46,31%), do sabor (agradável ou não) dos alimentos (36,52%) e do menor recurso financeiro que possuem (9,75%). Falta à maioria dos quilombolas estudados conhecimento ou certeza sobre a qualidade da gordura, a presença de colesterol e o teor de sal de determinados alimentos, bem como sobre a capacidade de aumento glicêmico das diferentes combinações alimentares e dos açúcares de mesa não refinados. **Conclusão:** Os quilombolas hipertensos e diabéticos compreendiam que há uma relação entre a dieta seguida e o controle das suas doenças. Todavia, há lacunas a serem preenchidas no conhecimento nutricional deste grupo racial. Há a presença de seletividade alimentar e permanece ainda instalado nessas comunidades um panorama ininterrupto de marginalização socioespacial e realidade econômica adversa, os quais dificultam a experimentação de práticas alimentares mais adequadas às demandas de saúde dos quilombolas estudados.

Palavras-chave: Saúde da População Negra. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Quilombolas. Hipertensão. Diabetes *Mellitus*.

ABSTRACT

Introduction: Arterial hypertension and diabetes mellitus are more prevalent in the country's black population. The implications of food regarding the control of these diseases give nutritional knowledge the possibility of preventing or controlling them. **Objective:** To investigate knowledge about dietary control in arterial hypertension and diabetes mellitus among quilombolas in the municipality of Bequimão, Maranhão, Brazil. **Methods:** Cross-sectional study carried out with 115 hypertensive and diabetic quilombolas, in 2021, in the municipality of Bequimão, Maranhão, Brazil. Through a face-to-face interview, a form was applied at the participants' homes, collecting socioeconomic, clinical and lifestyle characteristics; as well as knowledge about dietary control in arterial hypertension and diabetes mellitus. To verify the association between the study variables, the chi-square or Fisher's exact test ($p < 0.05$) was used. **Results:** Of the surveyed quilombolas, 65.22% were hypertensive, 9.57% were diabetic and 25.22% had high blood pressure associated with diabetes mellitus. Most were female (65.22%), aged ≥ 60 years (76.52%), with some education (68.70%), black/brown/black (64.35%), of social class D or E (97.39%), diagnosed with arterial hypertension for more than five years (62.61%) and with diabetes mellitus for five or less years (71.30%). Hypertensive and/or diabetic Quilombola women lived with a lower per capita monthly income than men ($p = 0.021$) and were less alcoholic ($p = 0.027$). It was known by 77.39% of the studied population that the diet plays a therapeutic role on the investigated diseases, with diabetics being the ones who most had this understanding ($p = 0.009$). Body weight was understood as a factor that influences blood pressure and blood sugar levels for 71.30% of the studied quilombolas. For 53.04% of the quilombolas, food influences the values of routine exams. Most quilombolas share common knowledge about the dietary components of sodium, fats, fibers, carbohydrates and table sugars and unfounded knowledge about coffee and protein-rich foods. Most know about the correct use of sweeteners. For 35.65% of respondents, the adoption of all dietary practices considered appropriate for their illnesses is unfeasible, due to the marketing away from the quilombola areas of food considered adequate (46.31%), the taste (pleasant or not) food (36.52%) and the lowest financial resources they have (9.75%). Most of the quilombolas studied lack knowledge or certainty about the quality of fat, the presence of cholesterol and the salt content of certain foods, as well as about the glycemic increase capacity of different food combinations and unrefined table sugars. **Conclusion:** Hypertensive and diabetic quilombolas understood that there is a relationship between the diet followed and the control of their diseases. However, there are gaps to be filled in the nutritional knowledge of this racial group. There is a presence of food selectivity and an uninterrupted panorama of socio-spatial marginalization and adverse economic reality remains installed in these communities, which make it difficult to experiment with food practices that are more adequate to the health demands of the studied quilombolas.

Keywords: Health of the Black Population. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Quilombola Communities. Hypertension. Diabetes *Mellitus*.

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1	Caracterização socioeconômica dos quilombolas hipertensos e diabéticos, segundo o sexo. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.....	62
Tabela 2	Percepção dos quilombolas acerca da alimentação como medida terapêutica para o controle da hipertensão arterial e do diabetes <i>mellitus</i> , segundo a patologia, idade e escolaridade. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.....	65
Tabela 3	Práticas alimentares consideradas adequadas e adotadas e orientações sobre alimentação recebidas por meio de fontes outras às ações e serviços de saúde dos quilombolas hipertensos e diabéticos, a partir de componentes dietéticos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.....	70
Tabela 4	Razões que impedem os quilombolas hipertensos e diabéticos de aderirem a uma prática alimentar mais apropriada à hipertensão arterial e ao diabetes <i>mellitus</i> . Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.....	71

ARTIGO 2

Tabela 1	Caracterização socioeconômica e de estilo de vida dos quilombolas hipertensos e diabéticos, segundo o sexo. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.....	91
Tabela 2	Entendimento prático de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca das gorduras de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.....	94
Tabela 3	Entendimento prático de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca do sal de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.....	97
Tabela 4	Entendimento prático de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca dos açúcares de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.....	101

LISTA DE SIGLAS

ABEP	Critério Brasil de Classificação Econômica
Abia	Associação Brasileira da Indústria de Alimentos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADCT	Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
AHA	<i>American Heart Association</i>
ALA	Ácido Alfa-linolênico
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APA	Áreas de Proteção Ambiental
APS	Atenção Primária em Saúde
CC	Circunferência da Cintura
CFB	Constituição Federal Brasileira
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CT	Colesterol Total
DASH	<i>Dietary Approachs to Stop Hypertension</i>
DCCT	<i>Diabetes Control and Complications Trial</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DHA	Ácido Docosaenoico
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DPP	<i>Diabetes Prevention Program</i>
DRI	<i>Dietary Reference Intakes</i>
ELSA-Brasil	Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto
EPA	Ácido Eicosapentaenoico
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCP	Fundação Cultural Palmares
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
G6PD	Glicose-6-fosfato desidrogenase
GAPB	Guia Alimentar para a População Brasileira
HDL-c	Colesterol da lipoproteína de alta densidade
IMC	Índice de Massa Corporal
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
LDL	Lipoproteína de Baixa Densidade
LDL-c	Colesterol da lipoproteína de Baixa Densidade
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional do Brasil
MOQBEQ	Movimento Quilombola de Bequimão
MOQUIBOM	Movimento Quilombola do Maranhão
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PBF	Programa Bolsa Família
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNB	Política Nacional da Biodiversidade
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNSIPN	Política Nacional de Saúde Integral da População Negra
POF	Pesquisa de Orçamentos Familiares
PREDIMED	<i>Prevención con Dieta Mediterránea</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RCQ	Relação Cintura-Quadril

SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SUS	Serviço Único de Saúde
TG	Triglicerídeos
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VET	Valor Energético Total

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1	Comunidades Quilombolas no Brasil: do acesso à terra às condições de saúde atuais.....	18
3.1.1	Acesso à Terra e Papel sobre a Biodiversidade.....	18
3.1.2	Condições de Saúde das Populações Quilombolas.....	21
3.2	O Viver nos Quilombos Bequimãoenses: breve narrativa sobre aspectos próprios da realidade de vida das comunidades.....	25
3.3	Atenção Nutricional para a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus.....	33
3.3.1	Cloreto de Sódio.....	36
3.3.2	Cálcio, Magnésio e Potássio.....	38
3.3.3	Colesterol, Gorduras Saturadas e <i>Trans</i>	39
3.3.4	Fibras.....	40
3.3.5	Gorduras Monoinsaturadas e Polinsaturadas.....	41
3.3.6	Índice Glicêmico e Carga Glicêmica.....	43
3.3.7	Adoçantes.....	44
3.4	O Conhecimento Nutricional e o Papel da Nutrição no Contexto Alimentar Quilombola.....	45
4	MÉTODOS.....	51
4.1	Delineamento e Local do Estudo.....	51
4.2	População e Amostra do Estudo.....	51
4.3	Coleta de Dados e Variáveis Estudadas.....	52
4.4	Análise Estatística.....	54
4.5	Aspectos Éticos.....	55
5	RESULTADOS.....	56
5.1	ARTIGO 1: “Conhecimento do controle dietético de hipertensos e diabéticos quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil”.....	56
5.2	ARTIGO 2: “GORDURAS, SAL E AÇÚCARES DE ALIMENTOS: o conhecimento de quilombolas hipertensos e diabéticos da baixada maranhense”.....	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
	REFERÊNCIAS.....	119
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL E NO DIABETES MELLITUS.....	127
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	133
	APÊNDICE C – Artigo “O CONSUMO ALIMENTAR DE DIFERENTES	

GRUPOS POPULACIONAIS COM ANCESTRALIDADE AFRICANA: revisão integrativa da literatura”.....	135
ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO MOVIMENTO QUILOMBOLA DE BEQUIMÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	163
ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE BEQUIMÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	164
ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO.....	165

1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas por ocasionarem perda de qualidade de vida, limitações e incapacidades. Tais enfermidades abrangem as doenças do aparelho circulatório, o diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial, o câncer e a doença respiratória crônica. Constata-se que os mais acometidos por estas doenças são grupos sociais que detêm alguma vulnerabilidade, como por exemplo, os que se inserem nos perfis de baixa renda e escolaridade; o que justifica, por sua vez, o fato das maiores taxas de mortalidade por DCNT serem registradas nos países em desenvolvimento (MALTA et al., 2019).

No Brasil, em 2019, as DCNT provocaram a morte de 41,8% do grupo populacional com faixa etária de 30 a 69 anos. Tratando-se especificamente da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, as taxas de prevalência atuais do país alcançam as proporções de 26,3% e 9,1%, respectivamente (BRASIL, 2022a). Ressalta-se que a hipertensão arterial é definida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) como uma condição clínica multifatorial caracterizada por pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. A hipertensão arterial frequentemente apresenta-se associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (BARROSO et al., 2021).

O diabetes *mellitus*, por sua vez, consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Em geral, estas duas doenças têm ocorrência maior na população preta e parda do país, com a hipertensão arterial tendendo a ser mais complicada em negros, de ambos os sexos, e o diabetes *mellitus* atingindo mais frequentemente os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas) (BRASIL, 2017).

Embora tenham sido instituídas medidas importantes no atendimento à saúde da população negra, tais como o rastreamento assintomático do diabetes *mellitus* tipo 2 em pessoas que possuem raça/etnia de alto risco (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019) e o oferecimento de tratamento medicamentoso anti-hipertensivo diferenciado para os

indivíduos pretos e pardos (BARROSO et al., 2021), a população de pessoas negras do Brasil ainda é atingida por iniquidades em saúde. Neste contexto, inserem-se as comunidades quilombolas, que são consideradas símbolo da resistência à opressão histórica vivenciada durante o período de escravidão no Brasil (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

De modo geral, estas comunidades eram conhecidas pelo caráter camponês de suas práticas alimentares; todavia, por ocasião da incorporação de alimentos processados à rotina alimentar deste grupo racial, admite-se que tenha emergido um novo padrão alimentar quilombola, caracterizado por uma maior inclusão de produtos ultraprocessados e de fácil preparação, tais como macarrão instantâneo, alimentos enlatados e embutidos, refrigerantes e sucos artificiais. As implicações dessa transição alimentar, que é atribuída em parte à saída dos jovens das comunidades em busca de empregos nas cidades e à preferência quilombola pela prática extrativista, não se resumiram, no entanto, ao perímetro de uma aculturação alimentar, mas incidiram também sobre o estado nutricional deste grupo étnico, favorecendo o sobrepeso e a obesidade (AFONSO; CORRÊA; SILVA, 2020).

A relação existente entre o padrão dietético e o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* já se encontra bem documentada na literatura científica. Estudos epidemiológicos observacionais e de intervenção, como o DASH (*Dietary Approachs to Stop Hypertension*), o INTERHEART e o PREDIMED (*Prevención con Dieta Mediterránea*), ajudaram a consolidar diretrizes nutricionais, que preconizam até os tempos atuais, por exemplo, a dieta isenta de ácidos graxos *trans* e o consumo inferior a 7% do valor calórico total de ácidos graxos saturados para indivíduos que apresentam risco cardiovascular aumentado (FALUDI et al., 2017).

O estudo DCCT (*Diabetes Control and Complications Trial*), por sua vez, considerou a inclusão não prejudicial da sacarose no plano alimentar dos diabéticos, antes inserida no rol com indicação para completa eliminação; ao passo que o DPP (*Diabetes Prevention Program*) estabeleceu a meta de alcance e manutenção de, no mínimo, 7% de perda de peso para o diabético (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Nesse contexto, um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida de uma população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde. Deste modo, o conhecimento nutricional, que é o processo cognitivo individual relacionado à informação sobre alimentação e nutrição, pode exercer influência sobre a seleção alimentar e o sucesso na prevenção e controle das DCNT (BARBOSA et al., 2016).

Acrescenta-se ainda que o conhecimento nutricional tende a ser maior em pessoas que apresentam valores mais baixos para os indicadores antropométricos como o Índice de Massa

Corporal (IMC), a Circunferência da Cintura (CC) e a Relação Cintura-Quadril (RCQ), os quais refletem a presença de riscos cardiovasculares e metabólicos (VALMÓRBIDA et al., 2017; LÓPEZ-HERNÁNDEZ, 2020).

Destaca-se que além das condições predisponentes referenciadas acima, as quais, por si só, já reportam a vulnerabilidade em saúde das comunidades quilombolas, este grupo racial, em sua maioria, possui baixos níveis de escolaridade e renda e se localizam em áreas rurais, desprovidas, inclusive, de transporte coletivo (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

Sabendo-se que a caracterização sociodemográfica e econômica de populações também configura importante aspecto influenciador do conhecimento nutricional e do estado de saúde geral dos indivíduos (BARBOSA et al., 2016), buscar investigar os saberes dietéticos de populações quilombolas constitui-se em importante estratégia, haja vista a possibilidade do delineamento subsequente de políticas e programas nacionais com fins de educação alimentar e nutricional orientados para estas comunidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar o conhecimento sobre o controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* de quilombolas adultos do município de Bequimão, Maranhão, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Averiguar o conhecimento dos quilombolas adultos acerca do controle alimentar na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* ante as premissas dietoterápicas atuais direcionadas ao tratamento das duas doenças;
- ✓ Verificar nas comunidades estudadas a difusão realizada por diferentes fontes de informação quanto a condutas alimentares pertinentes ao controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*;
- ✓ Conhecer possíveis fatores interferentes da adesão quilombola a uma prática alimentar mais adequada à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*;
- ✓ Analisar os fatores associados ao conhecimento do controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* dos quilombolas adultos estudados.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Comunidades Quilombolas no Brasil: do acesso à terra às condições de saúde atuais

No Brasil são considerados remanescentes de quilombos os grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra, relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida, tal como consta no Decreto nº 4887, de 2003. Para a caracterização desses grupos, se faz necessário a autodefinição da própria comunidade (BRASIL, 2003).

Os estudos realizados com populações quilombolas já documentaram, até o presente momento, que este grupo racial vive em condições de vulnerabilidade social e biológica, encontrando-se submetido a iniquidades sociais, que são reflexos de processos históricos, onde enfrentam realidade socioeconômica excludente com relação à população brasileira em geral, detendo precárias condições de vida, baixa cobertura de serviços e políticas de saúde (TADDEI et al., 2016).

Acrescenta-se que os problemas enfrentados por estas comunidades, concebidos como efeitos cumulativos do racismo institucional, ao serem conhecidos e diagnosticados, tornam exequível a indicação de alternativas que assegurem a estas comunidades os direitos definidos na Constituição. Todavia, compreender aspectos ligados às situações de vida atuais deste grupo racial exige o conhecimento prévio da dinâmica escravista e suas implicações na vida dos descendentes de africanos escravizados, os quais vivem nessas áreas desde a abolição, de modo a compreender a luta destas comunidades no que tange a conquista do reconhecimento do direito de permanência nas terras onde moram, por exemplo (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016).

3.1.1 Acesso à Terra e Papel sobre a Biodiversidade

A estrutura da distribuição de terras no Brasil segue um padrão de desigualdade desde o regime de sesmarias, que consistia na doação de terras pela Coroa Portuguesa para quem tivesse o interesse e os meios para cultivá-la, iniciado por volta de 1530. Com o fim do regime de sesmarias, em 1822, foi regulamentada, em 1850, a Lei de Terras, que foi a primeira legislação voltada para a questão da terra do Brasil independente. A pretensão da lei era a regulamentação jurídica da propriedade fundiária e a delimitação do que seriam terras

devolutas (públicas) e propriedades privadas, sendo a comercialização a forma de obtenção de terras a partir de então (FERRAZ, 2021).

Dada as considerações pertinentes sobre qual seria a finalidade primordial da criação da Lei de Terras, considera-se ainda um outro propósito que motivaria a sua regulamentação. Além de regularizar a situação fundiária no Brasil, a Lei de Terras teria também a intenção de dificultar o acesso dos quilombolas daquela época (escravos fugidos) à terra, uma vez que já haviam intensas mobilizações para o fim da escravidão. Todavia, não foi por razões humanitárias que se sucedeu a abolição do regime escravista, em 13 de maio de 1888. A decisão tomada se sustentava na lógica capitalista de que manter um trabalhador assalariado, que também se tornaria um consumidor, geraria menos despesas do que continuar com o trabalho escravo (AMORIM; TÁRREGA, 2019).

Sem assistência estatal alguma e com grandes dificuldades de sustentar a própria vida, sendo inclusive criminalizado, um grande contingente populacional de ex-escravos passa a ser privado do acesso à terra e realiza variados tipos de migrações e expressões de territorialização, como quilombos e bairros rurais negros (FERRAZ, 2021). Só no ano de 1988 se concretizou a conquista jurídica dos grupos quilombolas pelo direito à terra, determinada pela nova e atual Constituição Federal Brasileira (CFB). Foi instituída, ainda nesse mesmo ano, a Lei Federal nº 7.668, que sancionou a criação da Fundação Cultural Palmares (MARQUES, 2017).

Desta forma, o regime de acesso à terra no país passou a considerar a previsão contida no Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que preceituava o direito de propriedade definitiva das terras ocupadas pelos remanescentes dos quilombos, ficando ao Estado a responsabilidade de emitir os títulos respectivos (BRASIL, 1988a). A criação da Fundação Cultural Palmares (FCP), vinculada ao Ministério da Cultura, veio atender a necessidade de institucionalizar os processos de reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por comunidades quilombolas, o que caracteriza esta entidade pública como promotora da preservação de valores culturais, sociais e econômicos decorrentes da influência negra na formação da sociedade brasileira (BRASIL, 1988b).

O nome da FCP foi dado em homenagem a Zumbi dos Palmares, último líder do Quilombo dos Palmares, localizado na região da Serra da Barriga, sítio arqueológico tombado, em Alagoas (MARQUES, 2017). Ressalta-se que as áreas de quilombos reuniam não só escravos em fuga, mas também negros libertos, indígenas e brancos que detinham problemas com a justiça (GONÇALVES, 2019). No ano de 2003, através do Decreto nº

4.887, a atribuição de titular terras quilombolas, entretanto, deixou de ser da FCP e passou a ser do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) (BRASIL, 2003).

A luta quilombola pela apropriação de um espaço para viver segue até os dias atuais e passou a significar também um ato de luta contra o racismo e a opressão (MARQUES, 2017). Até a data de 22 de abril de 2021, a FCP já havia certificado a existência de 3.212 comunidades quilombolas no país. Caso haja a persistência do atual ritmo de andamento dos procedimentos administrativos para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação da propriedade definitiva das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos, a regularização fundiária de todas essas 3.212 comunidades demorará mais de 777 anos. Em outras palavras, enquanto o período de legalização de escravização de pessoas negras durou cerca de 350 anos, a reparação da discriminação racial, no aspecto do acesso à terra, demorará mais que o dobro do tempo de vigência da escravidão (LEITE et al., 2021).

Ressalta-se que a ocupação e o uso da terra e dos recursos naturais nela existentes pelas comunidades quilombolas é condição necessária para sua reprodução cultural, social, religiosa, ancestral e econômica; bem como para que promovam a preservação da biodiversidade do país. (TADDEI et al., 2016). As Áreas de Proteção Ambiental (APA) representam grandes espaços cuja preservação é engendrada por muitas comunidades tradicionais. O município de Bequimão (Maranhão), a título de exemplo, localiza-se dentro de duas APA estaduais: a APA da Baixada Maranhense (que abrange as comunidades quilombolas Ariquipá, Marajá, Pericumã, Rio Grande e Sibéria) e a APA das Reentrâncias Maranhenses (que engloba as comunidades quilombolas Conceição, Juraraitá, Mafra, Ramal do Quindíua, Santa Rita e Sassuy). Diferentemente das Reservas Extrativistas, as APA permitem a presença humana, todavia, sujeitando-a ao uso sustentável de seus recursos (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

É em virtude de seus conhecimentos tradicionais, os quais são expressos, dentre outras formas, através do uso e manejo dos recursos naturais, que as comunidades quilombolas são consideradas um aspecto chave à conservação e ao desenvolvimento, inspirando novas possibilidades de sustentabilidade (BRUNO, 2018).

Esses conhecimentos tradicionais, conceituados como um conjunto de saberes, transmitidos oralmente, de geração em geração, abrangem tanto técnicas de manejo de recursos naturais e métodos de caça e pesca, quanto saberes acerca dos diversos ecossistemas e de propriedades farmacêuticas, alimentícias e agrícolas, além das próprias categorizações e classificações de espécies de fauna e flora utilizadas. Quilombolas, bem como, seringueiros, ribeirinhos, castanheiros, pescadores e indígenas revelam ainda o acesso direto a plantas e

animais, os quais servem de base para pesquisas científicas. Através desta facilitação, há diminuição de tempo, custo e energia para obtenção de novos medicamentos, cosméticos, produtos industriais, dentre outros (MATHEUS, 2019).

O decreto nº 4339, de 2002, que institui a Política Nacional da Biodiversidade (PNB), tem como aspecto central a proteção do conhecimento tradicional associado à biodiversidade, conhecimento este que pertence não só aos quilombolas, mas também aos indígenas e a outras comunidades locais, contra a exploração ilícita (sem consentimento prévio e sem repartição dos benefícios econômicos); reconhecendo, desta forma, o direito dessas populações de participar da tomada de decisões sobre assuntos relacionados e à repartição de benefícios econômicos (BRASIL, 2002).

Uma divisão justa e equitativa do lucro obtido, entretanto, não tem ocorrido, com os quilombolas usufruindo pouco do dividendo proveniente do produto ou processo desenvolvido a partir de seus saberes tradicionais. A lei federal de nº 13123, implementada em 2015, pelo que se documenta, apenas facilitou a exploração de elementos da biodiversidade, transferindo aos quilombolas mais uma causa a ser integrada à sua heterogênea luta por direitos. Desta forma, ao longo do tempo, a busca pela titulação definitiva da terra onde moram foi somada à reivindicação pela propriedade e pelos benefícios oriundos do uso lucrativo de seus saberes tradicionais, bem como à outras causas igualmente importantes para estas comunidades (MATHEUS, 2019).

Dentre as modificações trazidas pela lei referida acima, também denominada Nova Lei da Biodiversidade, está a facilitação do acesso ao conhecimento tradicional associado por parte das pesquisas científicas e a conversão para exceção da regra relacionada à repartição de benefícios, os quais passaram a ser entregues aos quilombolas através de outros meios que não o monetário. Esta alternativa, ao que tudo indica, não se mostra mais vantajosa para estas comunidades, haja vista os benefícios financeiros maiores que poderiam ser angariados, o que ajudaria a trazer melhorias a muitos aspectos de vida deste grupo racial, dentre eles, o relacionado as suas condições atuais de saúde (BRUNO, 2018).

3.1.2 Condições de Saúde das Populações Quilombolas

Em um estudo de revisão integrativa sobre as condições de saúde dos quilombolas brasileiros, com produções científicas publicadas no período de 2004 a 2015, foram detectados alta prevalência de hipertensão arterial e reflexos cardiovasculares; sobrepeso, obesidade e déficits estaturais em crianças; reduzida utilização de métodos contraceptivos;

baixa adesão à realização de exames preventivos e das mamas; bem como dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

Outra revisão de literatura mostrou que a insegurança alimentar e nutricional em territórios quilombolas do Brasil atinge índices superiores à média nacional. Enquanto sustentação a essa realidade, tem-se os eventos resultantes da insuficiência de políticas públicas na garantia de acesso aos alimentos. É elevado, por exemplo, o índice de insegurança alimentar e nutricional das famílias que recebem o benefício do Programa Bolsa Família (PBF). O Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), por sua vez, é permeado pela ineficiência do uso de recursos financeiros estaduais e municipais e dificuldades de logística na produção, distribuição e armazenamento dos alimentos oferecidos. Tem baixa adesão quilombola também o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), cujo acesso é dificultado não só pela ausência de assistência técnica local, mas também pelo baixo entendimento destas comunidades acerca do referido programa (AFONSO; CORRÊA; SILVA, 2020).

Dá-se ênfase ao fato de que o alcance da segurança e soberania alimentar por parte das populações quilombolas requer ações que estejam para além da distribuição de alimentos. O alimento que depende da terra poderia chegar se o território estivesse garantido para essas comunidades. Remete-se ao significado de segurança alimentar e nutricional contido na Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional do Brasil (LOSAN), lei nº 11.346, de 2006, que é o mesmo que ter acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem que haja o comprometimento do acesso a outras necessidades essenciais. Assim, para avançar nesse objetivo, também é preciso reestruturar e criar políticas públicas que correspondam às necessidades de saúde, educação e, sobretudo, à garantia do território e das territorialidades dessas comunidades no Brasil (EGGER; SILVA, 2022).

No que tange às doenças mais prevalentes na população negra como um todo do Brasil, a hipertensão arterial, o diabetes *mellitus* tipo 2, a doença falciforme e a deficiência de glicose-6-fosfato desidrogenase aparecem como principais nesse *ranking*. Tendo em vista essa maior demanda de atenção em saúde que o grupo étnico em questão requer, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2009 a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como objetivo reduzir desigualdades étnico-raciais e combater o racismo e a discriminação nas instituições e nos serviços do Serviço Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017).

Constata-se, porém, que entraves ainda impossibilitam a efetivação da referida Política. Estudo conduzido por Chehuen Neto et al. (2015), com fins de investigar o conhecimento da população negra acerca da PNSIPN, seus potenciais benefícios e as

dificuldades de acesso à saúde, revelou insatisfação da população estudada para com o acesso e a qualidade dos serviços prestados na rede pública, desconhecimento da população quanto a existência da PNSIPN e percepção de discriminação no atendimento em saúde.

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, também apontam que pessoas pretas e pardas, em relação às pessoas brancas, procuram menos atendimento de saúde; em menor proporção obtêm todos os medicamentos receitados no último atendimento de saúde; e em maior proporção internaram-se da última vez pelo SUS (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020a). Outros achados da pesquisa em questão também mostraram que a população negra, em relação à branca, tem menor autoavaliação de saúde como boa ou muito boa; consomem menos hortaliças e frutas e alimentos não ou minimamente processados; bem como são mais usuários de produtos derivados do tabaco (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020b).

No estado do Maranhão, um estudo realizado com 760 famílias quilombolas de 15 municípios mostrou que somente 30,7% das comunidades possuíam posto de saúde e que 65% delas contavam com visitas médicas, porém, em algumas comunidades, havia insatisfação quanto ao fato das consultas serem realizadas coletivamente, sem respeito à individualidade dos pacientes. Contingente significativo de quilombolas (33%) alegaram ainda que a tendência nas consultas é de que o médico apenas envie um enfermeiro ou agente de saúde para os trabalhos de prevenção e tratamento de doenças. Foi constatado ainda no estudo em questão inadequada periodicidade com que os quilombolas maranhenses realizam exames (com 57,0% deles não tendo realizado nenhum tipo de exame durante o ano) e expressivo desconhecimento (81%) de que existem doenças relacionadas à cor ou raça ou de que os negros têm mais probabilidade de serem acometidos por doenças específicas (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016).

No estado do Maranhão, também se tem documentado elevada prevalência de desnutrição em crianças quilombolas menores de 60 meses, conjuntamente a sua associação com a baixa estatura materna, conforme estudo conduzido nos municípios de Penalva-MA e Viana-MA (SILVEIRA; PADILHA; FROTA, 2020). Nestes mesmos municípios foi constatado ainda grande proporção de insegurança alimentar e nutricional (79,9%), com 32,2% das pessoas inseridas no contexto de insegurança leve, 25,7% no de moderada e 22% no de grave (SILVA et al., 2020). Também houve a identificação de insegurança alimentar e nutricional em todas as famílias quilombolas estudadas do município de Pedro do Rosário-MA, sendo que a forma grave foi mais expressiva em famílias chefiadas por homens solteiros, idosos, desempregados e indivíduos com baixa escolaridade (CÂMARA, 2022).

Em relação ao município de Bequimão-MA, o qual fica localizado no litoral ocidental maranhense, as condições de saúde já investigadas em estudos epidemiológicos revelam, por exemplo, que a maioria das mulheres idosas quilombolas avalia negativamente o seu estado de saúde geral (57,6%); apresenta multimorbidade (60,6%), com maior proporção de três ou mais condições crônicas (31,8%); leva cerca de três anos ou mais para procurar um cirurgião-dentista (53%); nunca se submeteu a um exame clínico das mamas (56,9%) e nunca fez mamografia (67,2%). Tratando-se da realização do último exame preventivo para câncer de colo do útero, 38,8% destas idosas o fizeram há pelo menos 3 anos e 14,6% nunca realizaram o referido exame (PINTO et al., 2022).

Em outro estudo também voltado à investigação de aspectos ligados à saúde dos quilombolas bequimãoenses, contudo, com população composta por homens e mulheres com idade a partir de 60 anos, foi verificado que o excesso de peso é mais prevalente em mulheres e idosos mais jovens (de idade menor que 80 anos), enquanto os homens e idosos com 80 anos ou mais apresentam-se mais desnutridos e com maior perda de massa corporal. Foi verificado ainda risco cardiovascular alto entre as mulheres quilombolas e em todas as faixas etárias, medido pelo perímetro da cintura e razão cintura quadril (SILVA et al., 2022).

Um outro problema a ser pontuado, é que nas comunidades quilombolas bequimãoenses não há postos de saúde. Sempre que necessário, o atendimento médico é realizado ou nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que ficam nas comunidades rurais e que atendem as comunidades quilombolas, ou no hospital ou posto de saúde, ambos localizados no Centro do município de Bequimão (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

A distância das comunidades quilombolas para as unidades de saúde varia entre 9,5 a 20 km. Além do longo percurso, a assistência dada pelas UBS de Bequimão é considerada mais centrada na atenção à saúde da mulher, especificamente no ciclo reprodutivo (gestantes, planejamento familiar e coleta de exames Papanicolau) e na saúde da criança de 0 a 5 anos, (acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e imunização). Para outros grupos populacionais, as ações estão centradas apenas em abordagens nosológicas, o que precariza o cuidado em saúde oferecido por essas UBS aos adolescentes, adultos e idosos, por exemplo (COSTA, 2021).

Dada a necessidade de melhorar as condições de saúde das comunidades quilombolas de Bequimão, bem como de ampliar o posicionamento protecionista do poder público em relação a elas, conhecer a realidade de vida dos quilombolas bequimãoenses se torna uma via importante para a elaboração de estratégias em saúde que estejam coerentes com seus costumes e valores.

3.2 O Viver nos Quilombos Bequimãoenses: breve narrativa sobre aspectos próprios da realidade de vida das comunidades

Bequimão é um município cuja condição histórica foi marcada pela intervenção da coroa portuguesa com a criação da Companhia Geral do Grão-Pará e Maranhão, que tinha como objetivo de dar consequência ao projeto de enriquecer Portugal. Em função disso, toda região que hoje compreende boa parte dos municípios do litoral ocidental era considerada o lugar mais próspero do Maranhão. O contexto de formação de Bequimão, assim como de boa parte do Brasil, remete a origem colonial de exploração desse território pela metrópole, baseado no tripé: monocultura, latifúndio e escravidão (SILVA; FURTADO, 2010).

De acordo com a história de Bequimão, nos seus primórdios, a região que compreendia os limites do referido município era uma aldeia indígena denominada Tapuitininga, localizada na cabeceira do rio Tapuitininga (hoje denominado Itapetininga), o qual desemboca na baía de Cumã. Os primeiros habitantes foram os índios Tupi-Guarani e os Tupinambás. A aldeia Tapuitapera (hoje, a cidade de Alcântara) fazia limite com Tapuitininga (GONÇALVES; GONÇALVES, 2017).

A proximidade do mar e da nascente do Rio Itapetininga fizeram com que os nativos dessem o nome de “Cabeceira” à região que viria a ser o município de Bequimão. A partir de 1648, Cabeceira começou a prosperar, tornando-se uma das grandes responsáveis pelo abastecimento de farinha e arroz, subordinada administrativamente à Vila de Alcântara. As práticas econômicas mais significativas baseavam-se em agricultura e pesca. Em 1841, por iniciativa de Antônio Rodrigues, foi construída em Cabeceira uma capela que seria dedicada a Santo Antônio. A partir daí o município passou a ser chamado de “Freguesia de Santo Antônio das Almas”, nome que, mais tarde, seria simplificado para “Santo Antônio e Almas” (FURTADO, 2012).

Com a prosperidade dessa freguesia, os moradores começaram a buscar a emancipação, o que se concretizou em 31 de dezembro de 1923, quando Santo Antônio e Almas se desmembra de Alcântara e passa a se chamar “Godofredo Viana”, em homenagem ao então governador do Maranhão. Em 1930, o município muda novamente de nome, vindo a ser chamado pela alcunha de Bequimão. No entanto, em 1931, um decreto estadual volta a anexar o recente município ao território de Alcântara e somente em 1935, por meio do decreto nº 855, o município é definitivamente desmembrado de Alcântara, respondendo sob o nome definitivo de Bequimão e tendo, a partir de então, autonomia político-administrativa e um distrito sede (SILVA, 2014).

Devido ao sucesso das lavouras que eram desenvolvidas na região ocidental do Maranhão no século 19, diversos escravos chegaram a essa região para trabalhar com a atividade em questão. Antes mesmo do fim das lavouras, os negros escravizados do litoral ocidental maranhense já haviam criado os quilombos. No município de Bequimão, os territórios quilombolas permanecem até os dias atuais desenvolvendo atividades de resistência e subsistência (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020). Para os habitantes dessas comunidades, a posse da terra sustenta os laços familiares e demais relações desenvolvidas no território, fazendo com que permaneçam no local (GONÇALVES, 2019).

Assim, as comunidades quilombolas se constituíram como projetos políticos e coletivos de liberdade, espaços esses onde foram estabelecidas sociedades relativamente autônomas e com notável presença das tradições africanas. Atualmente, Bequimão possui 11 comunidades oficialmente reconhecidas como remanescentes de quilombos pela Fundação Cultural Palmares: Ramal de Quindíua, Santa Rita, Mafra, Ariquipá, Rio Grande, Sibéria, Marajá, Pericumã, Sassuí, Juraraitá e Conceição. Além dessas, estão em processo de certificação mais oito comunidades: Pontal, Monte Alegre, Monte Palma, Frexal, Águas Belas, Santa Tereza, Boa Vista e Iiritíua (SILVA et al., 2022).

A maioria dos moradores das comunidades quilombolas de Bequimão trabalha exclusivamente com a agricultura (45,8%), mas há ainda aqueles que criam animais (29,9%), bem como os que se dedicam ao extrativismo (24,3%). Estes grupos étnicos se dedicam ao cultivo de pequenas hortaliças, tais como a alface, a cebolinha e o cheiro-verde; e ao cultivo de grandes culturas, como por exemplo, o milho, o feijão, a mandioca, o arroz e algumas frutíferas, como a laranja, o murici, a batata doce, a banana, o coco e o abacate, geralmente próximas às casas. As mulheres participam ativamente das atividades hortícolas (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

Uma atividade própria das mulheres quilombolas bequimãoenses, na qual os homens atuam como colaboradores, diz respeito à quebra do coco babaçu. Essa atividade já foi a base de sustento das famílias até meados do século XX, mas, atualmente, tem importância secundária na economia das famílias quilombolas, sendo utilizada, basicamente, para o suprimento de azeite e “do leite”. Para a quebra do coco, as mulheres utilizam um machado ou uma foice, que fica com a lâmina para cima, onde as mulheres posicionam o fruto que será descascado com o auxílio de um pedaço de madeira, chamado “manceta” ou “malho”. Duas a três batidas no coco sobre a lâmina são suficientes para a extração das amêndoas (FURTADO, 2012).

A roça é feita nas comunidades quilombolas em forma de queima e pousio. Esse sistema consiste na derrubada e queima da vegetação, seguindo-se um período de cultivo e, após o declínio da fertilidade do solo, um período de pousio para restauração da fertilidade (JESUS et al., 2019). A área onde será feita a plantação, é escolhida por volta do mês de outubro de cada ano, onde são separadas e demarcadas com cruzeiros feitos artesanalmente com talos de palmeira de coco babaçu cercando toda a extensão da área escolhida, essa demarcação é respeitada por todas as pessoas moradoras do território. O cultivo de arroz, milho, feijão e mandioca é predominante nas roças das comunidades, de onde é garantido o sustento e o excedente é vendido ou trocado. No caso da mandioca, somente após a produção da farinha é que os produtores contam quanto a roça rendeu, o que eles chamam de “apuro da safra” (OLIVEIRA, 2016).

A atividade agrícola é, portanto, nessas comunidades uma importante fonte de renda, sendo quase inexistente a presença de empregos formais. O conhecimento utilizado nessa atividade é transmitido de pai para filho ao longo dos anos e consiste em técnicas tradicionais de preparo de solo, plantio, escolha de sementes, manejo de plantas, limpeza de área, época de plantio, época de colheita, condições climáticas favoráveis, etc. Tais conhecimentos são de extrema importância nas interações familiares, uma vez que é dele que provem a produção do alimento e, conseqüentemente, o sustento da família. Em média, o início das atividades na lavoura se dá por volta dos 11 anos de idade. Essa realidade é também vista em diversas comunidades tradicionais do país, onde a maioria das crianças acompanham seus pais e os ajudam nos mais diversos afazeres (JESUS et al., 2019).

Na comunidade Rio Grande, o arroz produzido é das seguintes variedades: agulha, lajeado e o vermelho, cuja colheita varia entre 5 a 6 meses. O milho plantado é o denominador “comum”, que é colhido em média em três meses, retirando-se dele as espigas, que serão utilizadas como semente para o próximo plantio, ficando estas penduradas nos esteios das próprias casas ou em paióis rústicos até secarem, quando serão debulhadas e guardadas as sementes, que serão utilizadas no plantio do ciclo seguinte (FURTADO, 2012).

O sistema de cultivo misto nas comunidades quilombolas bequimãoenses, além de assegurar uma dieta alimentar diversificada e nutritiva, apresenta vantagens como: manutenção da cobertura vegetal e proteção dos solos, maior controle das plantas espontâneas, otimização espacial através da combinação de plantas com hábitos de crescimento e estrutura de raízes diferenciadas resultando em melhor uso dos recursos ambientais (água, luz e nutrientes) e controle natural de fitopatógenos. Acrescenta-se a estas,

a vantagem do não uso de agrotóxicos por parte dos produtores das comunidades, favorecendo a saúde das famílias e o equilíbrio dos agroecossistemas (JESUS et al., 2019).

Paralelo às atividades agrícolas, tem-se ainda a criação de pequenos animais, entre os quais estão a criação de galinhas, bovinos, suínos, caprinos, patos, capotes e peixes. As aves são os animais com maior destaque dentre as espécies criadas. Das florestas, muitas famílias fazem a extração de frutas e produtos para alimentação e comercialização. Um exemplo dessa atividade é encontrado nas comunidades Rio Grande, Pericumã e Juraraitá, onde diversas famílias trabalham com o extrativismo de bacuri, buriti e outras frutas. Os produtos são recolhidos da natureza, consumidos pela família e comercializados *in natura* ou em forma de polpa, às margens das avenidas próximas e no centro de Bequimão (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

Destaca-se que a atividade de piscicultura começa a fazer parte da vida dos jovens quilombolas ainda bem cedo, geralmente a partir dos 15 anos. Isso se deve a natureza familiar da atividade, onde as atividades são divididas entre os membros da família, de modo que os mais novos auxiliam nos trabalhos diários como arraçoamento, despesca e comercialização dos peixes. O tambaqui, a tilápia e o híbrido tambatinga são as principais espécies de peixes cultivadas nas comunidades quilombolas de Bequimão, onde a produção de 7,7% dos piscicultores é destinada ao consumo próprio, a de 76,9% é voltada tanto para a subsistência quanto para a comercialização e a de 15,4% destina-se exclusivamente para a comercialização. O peixe comercializado é vendido principalmente para os feirantes do município (53,8%), consumidores locais (30,8%), prefeitura (7,7%) e os demais (7,7%) são destinados ao Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e ao PNAE (JESUS et al., 2020).

O extrativismo pesqueiro acontece principalmente no ecossistema manguezal e nos rios próximos. A população remanescente de quilombos de Bequimão extrai caranguejo, siris, camarão, ostra, tatioba, sarnambi e peixe. Mafra, Juraraitá, Rio Grande e Conceição, por estarem mais próximas ao manguezal, são as comunidades onde essa atividade é mais praticada. Cerca de 62,5% dos moradores das comunidades quilombolas utilizam os produtos do manguezal, e apenas 37,5% não utilizam. Geralmente, essa menor parcela corresponde aos moradores das comunidades mais distantes das áreas de manguezal que não têm fácil acesso a esses recursos (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

Em Rio Grande, há uma narrativa fantástica por detrás das pescarias abundantes, onde a história do encantado “Coronel Rei”, figura como um mito explicativo da organização simbólica da comunidade Rio Grande. Após o período das chuvas, antes da chegada da estiagem, quando o rio Grande atingia seu maior volume de água, era comum ouvir nas noites

o som de uma embarcação subindo o seu curso. A piscosidade do rio era atribuída à generosidade dessa figura da encantaria, que retribuía a passagem dada pelas águas do rio que banha esse território quilombola com a fartura de peixes para alimentar a comunidade. É através da pajelança em Rio Grande, também conhecida pelos mais velhos como “brianga,” que o Coronel Rei se manifesta. A pajelança é um ritual no qual o pajé incorpora entidades sobrenaturais que determinam os cantos e a dança que este irá realizar por toda a noite, ao som dos tambores e do acompanhamento das palmas e das vozes dos presentes nos refrões dos cantos entoados (FURTADO, 2012).

Em Ramal do Quindíua, além da agricultura familiar e da pesca, predomina enquanto fonte econômica para essa comunidade a extração de pedras. Todavia, a prática mais conhecida da comunidade é a extração de areia. A maioria dos moradores de Ramal de Quindíua possui sobrenomes comuns; em maior número os Rodrigues, os Cantanhede e os Amorim, muito provavelmente, sobrenomes dos antigos donos de escravos, adotados por seus ancestrais, visto que no Brasil escravista era comum os ex-escravos adotarem o sobrenome dos seus antigos senhores (GONÇALVES; GONÇALVES, 2017).

Na comunidade Ariquepá, bem como em outras que possuem maior população, é possível destacar dois tipos de trabalhadores: os que têm o trabalho agrícola como atividade principal e os que não exercem essa atividade como seu principal meio de vida. Os primeiros são as pessoas que trabalham predominantemente com a roça, pesca, caça, criação de animais e extrativismo. Já os segundos são os donos de quitandas e os assalariados contratados pela Prefeitura. Em geral estes últimos exercem a ocupação de professores, auxiliares administrativos, diretora de escola, faxineiras, merendeiras, agente comunitário de saúde (ACS) e técnico agrícola, ocupando cargos nas Secretarias Municipais de Saúde e Educação e no Sindicato de Trabalhadores e Trabalhadoras Rurais de Bequimão (SILVA, 2014).

O uso do solo, das matas e dos rios se dá de forma coletiva, obedecendo a critérios socialmente definidos, garantindo assim o trabalho na lavoura, na pesca e no extrativismo, embora com técnicas possivelmente predatórias, devido ao uso do fogo na limpeza dos terrenos das roças e da pesca de “tapagem”. Entretanto, como o objetivo é suprir de alimento as famílias, e não necessariamente produzir excedentes, estas práticas são limitadas a “quantidade de braços” disponíveis nas famílias e à necessidade de alimento destas, o que não tem desestabilizado a sustentabilidade do território (FURTADO, 2012).

Para se ter uma compreensão mais concreta acerca da predominância da economia voltada ao provisionamento familiar, apenas 9% de tudo o que é produzido nas comunidades quilombolas bequimãoenses, através da agricultura, criação de animais e extrativismo, é

destinado à comercialização. A renda per capita das comunidades remanescentes de quilombos de Bequimão fica em torno dos R\$ 277,19. Essa renda varia entre R\$ 83,53 (comunidade de Santa Rita) a R\$ 449,71 (comunidade de Sibéria). Além da agricultura (25,7%), as fontes de renda principais das comunidades advêm de benefícios sociais (42,4%), aposentadoria (16,7%) e de empregos formais (15,3%) (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

Na comunidade Mafra, é verificado que todas as mulheres moradoras envolvem-se diretamente com a agricultura, desenvolvendo desde atividades simples (produção de canteiros e plantios de frutas e hortaliças nas proximidades das residências), até construção de roças-de-toco, onde plantam a mandioca, o milho, arroz, abóbora e a macaxeira, produtos essenciais para a alimentação da família e complementação da renda (JESUS et al., 2019). Eventualmente este fato se dá pela maioria feminina encontrada nas comunidades quilombolas de Bequimão, onde os homens representam 38,2% de toda a população e as mulheres perfazem 61,8% de todos os moradores (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

A casa própria é tida pela maioria dos quilombolas de Bequimão (48,2%) como o principal bem adquirido. Um pouco mais da metade dessas casas são de alvenaria (58,3%); as demais (41,7%) são de taipas (construção artesanal) (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020). Em Mafra, todavia, as moradias de taipa perfazem quase a totalidade das casas (95,5%) (JESUS et al., 2019). Em Rio Grande, a maior parte (67,24%) das moradias também é coberta com palha da palmeira de babaçu, cuja edificação é coletiva e se torna um evento que aglutina tradicionalmente os moradores da comunidade (FURTADO, 2012).

Das onze comunidades, apenas seis possuem escolas: Ramal de Quindíua, Pericumã, Marajá, Ariquipá, Rio Grande e Juraraitá, ficando as crianças das demais comunidades sujeitas a se deslocarem até as comunidades vizinhas para frequentar as aulas. Boa parte da população quilombola possui apenas o Ensino Fundamental incompleto (43,1%), e apenas 3,4% da população conseguiu finalizar essa etapa da educação. Outros 8,3% são analfabetos. Já 33,3% conseguiu concluir o Ensino Médio, enquanto 7,6% o fizeram pela metade. Somente 4,3% possuem curso de nível superior (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

Mesmo sem o apoio dos profissionais de saúde locais, as práticas tradicionais ainda se fazem presentes nas comunidades quilombolas de Bequimão. Há benzedeadas que têm como especialidade benzer e orar para “carne aberta” (o que seria distensão muscular para a patologia). Outras benzem apenas para mal olhado ou quebranto em crianças e para “arca caída” (anomalia do apêndice xifoide) e retirada de “sol na cabeça” (fortes dores de cabeça) em adultos. Já a prática de partejar vem enfrentando dificuldades na sua transmissão intergeracional. Atualmente, a maioria das gestantes quilombolas procura o hospital

municipal quando chegada a hora do parto. Assim, a demanda de mexer a barriga e colocar o bebê na posição correta para parir se tornou atualmente a prática mais comum das parteiras. Apesar disso, as parteiras ainda são respeitadas localmente, exercendo um papel muito importante no atendimento à saúde da mulher e da criança (COSTA, 2021).

No campo religioso, as comunidades quilombolas de Bequimão possuem uma forte expressão cultural afrodescendente, embora a religião predominante seja o Catolicismo (uma herança europeia). A religião e as danças são marcas profundas e consolidam um sincretismo, a exemplo, é possível citar o tambor de crioula, a dança do cacuriá e o forró de caixa, além dos rituais nos chamados “terreiros”. De um modo geral, as pessoas frequentam missas, cultos e rituais africanos. A relação dança-religião ou sagrado-profano pode ser vista através dos festejos realizados nas comunidades quilombolas bequimãoenses. Na comunidade Ramal do Quindíua, o festejo que é mais expressivo é o de São Benedito, comemorado sempre no período do natal. Geralmente o tambor de crioula, que é organizado conjuntamente com a comunidade Santa Rita, é realizado como forma de reverência ao Santo, dito padroeiro de todos os pretos (GONÇALVES; GONÇALVES, 2017).

Na comunidade Rio Grande, é realizado anualmente a festa do santo padroeiro de Bequimão, Santo Antônio. O festejo do Santo, em Rio Grande, acontece há mais de dois séculos, e se confunde ou configura a própria existência dessa comunidade. Segundo Dona Ildenê, a atual “dona do Santo”, a imagem foi trazida para o território pelos antepassados de seu marido, o Sr. Luís Mariano, após receber graças que foram atribuídas ao Santo. Em agradecimento, iniciaram a realização de uma festa, que perdura até os dias atuais. A comemoração tem início sempre no dia 31 de maio e encerra-se com uma festa dançante, que ocorre nos dias 12 e 13 do mês de junho (OLIVEIRA, 2016).

Além da festa dançante, o festejo de Santo Antônio em Rio Grande é composto por novenas e procissão. A distribuição das tarefas, bem como as obrigações e privilégios, é conduzida pelo tutor do Santo, Seu Luís Mariano, que, por sua vez, transfere essa atribuição para sua esposa, D. Ildenê, a quem cabe definir a pessoa responsável pela organização de cada novena. Os ritos da procissão já estão definidos tradicionalmente e fica a cargo de seu Agnaldo, que é o rezador “oficial” do festejo. A definição do “dono da festa dançante”, que finaliza os festejos antonianos na comunidade no mês de junho, fica sob a responsabilidade do seu Luís Mariano (FURTADO, 2012).

O “dono da festa” é responsável pela alimentação dos convidados e pela organização financeira da festa dançante, onde geralmente é contratado uma radiola de *reggae*, que faz a animação da festa no encerramento do festejo. Já as responsabilidades atribuídas aos

quilombolas novenários em seus dias de novena são: garantir que cada novenário receba um bolo de tapioca com uma garrafa de refrigerante de 250 ml, embalado em papel celofane, disponibilizar água, refrigerante e vinho aos rezadores durante a reza, bem como café com bolo ou pão para todos os presentes ao final da celebração da novena (OLIVEIRA, 2016).

Destaca-se que o forró de caixa se manifesta de forma espontânea quando da realização do festejo em Rio Grande, bem como em outras ocasiões festivas. As músicas entoadas pelo forró de caixa constituem-se em breves composições ritmadas, repetidas várias vezes em intervalos que não passam de três minutos, sempre tocado por duas ou três caixeiros (como são chamadas as mulheres que tocam o forró de caixa). Os instrumentos de percussão são a “caixa” e as “vaquetas”. A primeira se assemelha a um tambor, feito com couro, barbante e uma madeira mais flexível que fica em uma das extremidades (substituída mais recentemente por latões de alumínio). Já as “vaquetas” são dois pedaços de madeira finos feitos do pau de atiriba, também chamados de “pauzinhos” pelas mulheres caixeiros (FURTADO, 2012).

A comunidade Ariquipá também realiza festas marcadas pelo catolicismo rural, como a Festa de São Sebastião (de 10 a 20 de Janeiro), bem como pelo sincretismo religioso, como a pajelança (realizada no dia 08 de Dezembro). Também são tocados o tambor de crioula e o forró de caixa por integrantes mais idosos da comunidade. Para animar os mais jovens, foi criado um grupo de dança *country*, chamado “Heróis da Vaquejada”, que se apresenta nos arraiais de São João. A Vaquejada também ocorre na comunidade, no mês de Agosto, acompanhada pelos bailes de *reggae* (SILVA, 2014).

É importante acrescentar que as comunidades quilombolas do município de Bequimão, organizam-se também de forma política, em prol de uma articulação local para o atendimento de demandas específicas das comunidades. Esta forma de organização, criada em 2016, recebeu o nome de Movimento Quilombola de Bequimão (MOQBEQ), que é um desdobramento do Movimento Quilombola do Maranhão (MOQUIBOM). O MOQBEQ conseguiu avançar em termos de organicidade, estando à frente dos processos de autodefinição pela FCP, bem como promovendo formações para as lideranças comunitárias, bem como para as comunidades como um todo. Ademais, o MOQBEQ também atua sensibilizando o poder público para a observância do direito ao acesso às políticas públicas, incentivando as organizações internas em cada comunidade e buscando parcerias para o desenvolvimento de atividades de promoção à saúde, educação e lutas pela regularização fundiária dos seus territórios (GONÇALVES, 2019).

O MOQBEQ realiza um planejamento anual que compreende tanto atos políticos,

como por exemplo, a Marcha da Consciência Negra, realizada em novembro de 2017, quanto atividades culturais, como o Dia do Quilombolinha e o Festival de Cultura, que se constituem ações de fortalecimento das pertencças raciais e étnicas das comunidades. Em 2017, como fruto da pressão constante do referido movimento sobre a gestão municipal, foi assinada uma lei decretando feriado em Bequimão no dia 20 de novembro, dia da Consciência Negra, sendo essa a primeira lei de feriado municipal no Maranhão (FURTADO; SILVA, 2018). Bequimão também foi o primeiro município brasileiro a instituir anualmente a Semana do Bebê Quilombola, que tem como objetivo viabilizar os meios de garantir os direitos de crianças quilombolas de até 6 anos de idade (GONÇALVES, 2019).

Não é raro em conversas informais ou em momentos de confrontos com o poder público ou participando das esferas de controle social, as lideranças quilombolas de Bequimão referirem-se a si ou ao movimento que integram da seguinte forma: “eu como um quilombolas (...) ou o nosso movimento quilombolas (...)”. A adjetivação no plural é usada com o propósito de englobar toda a comunidade à qual pertencem, todos os quilombolas que a compõem, reforçando a ideia de que os interesses reivindicados através da fala e das ações das lideranças têm por detrás o ímpeto de todo o grupo (FURTADO; SILVA, 2018).

Tomando-se como base ainda o entendimento de que o padrão alimentar é um importante fator de risco modificável para eventos cardíacos e metabólicos (LÓPEZ-HERNÁNDEZ, 2020), conclui-se que conhecimentos acerca do controle alimentar na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* podem ser melhor difundidos e efetivados nas comunidades quilombolas de Bequimão em virtude dessa concepção quilombola, de que cada integrante equivale a um complexo, de que em si há também o todo das comunidades (FURTADO; SILVA, 2018).

3.3 Atenção Nutricional para a Hipertensão Arterial e o Diabetes *Mellitus*

A atenção nutricional compreende os cuidados relativos à alimentação e nutrição voltados à promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos (BRASIL, 2013). A atenção nutricional deve estar associada às demais ações de atenção à saúde no SUS, a fim de contribuir para a conformação de uma rede integrada, resolutiva e humanizada de cuidados, tendo a Atenção Primária em Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (BRASIL, 2022b).

Nesse intuito, o processo de organização e gestão dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (RAS) deverá ser iniciado pelo diagnóstico da

situação alimentar e nutricional da população adscrita aos serviços e equipes de Atenção Básica. A vigilância alimentar e nutricional possibilitará a constante avaliação e organização da atenção nutricional no SUS, identificando prioridades de acordo com o perfil alimentar e nutricional da população assistida (BRASIL, 2013).

No âmbito da APS, a prática da atenção nutricional deve ser desenvolvida por equipes multiprofissionais, com a participação de profissionais da área de nutrição dando suporte e instrumentalizando os demais membros no desenvolvimento de ações relacionadas à alimentação, respeitando as atividades específicas de cada profissão. Apesar dos esforços para a criação de equipes capazes de compartilhar o cuidado integral aos usuários da APS, as orientações sobre alimentação saudável na prática podem acabar centradas na figura do nutricionista, o que limita e restringe a disseminação dessas informações. Ressalta-se que a atividade de prescrição dietética é privativa deste profissional, mas a orientação alimentar pode e deve ser realizada por qualquer profissional das equipes de APS (BRASIL, 2022b).

Além do fornecimento de orientação alimentar, cabe ainda aos profissionais da APS a identificação dos indivíduos que se encontram com dificuldades para aquisição de alimentos *in natura* (alimentos obtidos diretamente de plantas ou de animais, sem qualquer alteração após deixar a natureza) ou minimamente processados (alimentos *in natura* que foram submetidos a processos que não envolvem adição de substâncias). Uma vez identificados os indivíduos nessas condições, algumas possibilidades podem ser apontadas para auxiliá-los, tais como, a procura por assistência social no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). No CRAS, a pessoa é orientada sobre os benefícios assistenciais ofertados e pode ser inscrita no Cadastro Único para programas sociais. Nos casos em que o usuário tem baixa escolaridade e/ou dificuldade de compreensão a respeito das orientações alimentares pode ser necessário que o profissional da APS atue junto ao CRAS (BRASIL, 2022c; BRASIL, 2022e).

Embora a Atenção Básica seja a porta preferencial de entrada dos usuários no sistema de saúde, as demandas para a atenção nutricional podem ser identificadas em outros pontos da RAS. Dessa forma, a atenção nutricional nos demais pontos de atenção à saúde também deve ser realizada dentro de uma rede integrada de cuidados de forma transversal a outras políticas específicas e com a participação de equipes multidisciplinares, respeitando-se as atividades particulares dos profissionais que as compõem, assim como na Atenção Básica. Nesse sentido faz-se necessária a elaboração de protocolos, manuais e normas técnicas que orientem a organização dos cuidados relativos à alimentação e nutrição na Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2013).

Com base nessa necessidade, o MS, em parceria com pesquisadores de Instituições de Ensino Superior, criou um conjunto de três protocolos que compõe a série “Protocolos de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus”, protocolos estes elaborados com a finalidade de instrumentalizar a orientação alimentar individualizada pelos profissionais da APS (BRASIL, 2022b).

A utilização dos protocolos consiste no preenchimento inicial do formulário dos Marcadores de Consumo Alimentar para Uso na APS, seguido da proposição ordenada de orientações alimentares, as quais são apresentadas cada uma a partir de um fluxograma direcional. Os protocolos contêm ainda sugestões de estratégias que podem ser transmitidas pelos profissionais da APS com o intuito de os usuários superarem obstáculos que impedem a sua adesão às orientações alimentares propostas (BRASIL, 2022c; BRASIL, 2022e).

Os protocolos destinados ao cuidado de pessoas adultas com hipertensão arterial e diabetes *mellitus* acompanhadas pela APS, dentre outras orientações, trazem a necessidade da ingesta de frutas com maior teor de potássio, tais como, banana-da-terra/banana comprida, prata ou nanica, laranja-pera, mexerica ou tangerina, mamão formosa, goiaba, abacate e melão; do consumo diário de legumes, verduras e alimentos do grupo dos feijões; de evitar o consumo de bebidas e alimentos ultraprocessados (caracterizados pela presença de substâncias alimentares de nenhum ou raro uso culinário e com pouca ou nenhuma quantidade de alimentos *in natura* ou minimamente processados), tais como refrigerante, água de coco de caixinha, suco em pó, bebidas achocolatadas, embutidos, biscoitos salgados ou recheados e barras de cereais; e da importância de alimentar-se sempre que possível em companhia e ambientes apropriados, com atenção e sem se envolver em outras atividades (BRASIL, 2022c).

Convém ressaltar que os protocolos supracitados foram elaborados a partir do levantamento das principais referências e diretrizes contemporâneas para a orientação alimentar de pessoas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus, sendo incorporadas, no caso das duas últimas doenças, as orientações mais atuais das Sociedades Brasileiras de Cardiologia e Diabetes, de modo a abarcar as especificidades em torno da alimentação em cada doença abordada e fundi-las às recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (GAPB) (BRASIL, 2022b).

Desta forma, o controle dietético da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* visa não apenas à redução dos níveis pressóricos e glicêmicos, mas também à incorporação permanente de hábitos alimentares saudáveis. A atuação isolada dos componentes dietéticos que integram

padrões alimentares considerados adequados ao controle das duas doenças estudadas são abordados a seguir (CUPPARI, 2019).

3.3.1 Cloreto de Sódio

Há muito tempo o cloreto de sódio tem sido considerado importante fator no desenvolvimento e na intensidade da hipertensão arterial, com muitas citações na literatura acerca da correlação entre o aumento da prevalência da hipertensão arterial e a ingestão de sal. Dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) mostraram que o consumo médio do sal do brasileiro é de 11,4 g/dia (CUPPARI, 2019). Considera-se ainda que 75% do sal consumido provenha de alimentos processados, onde este é adicionado para dar sabor ou como conservante; outros 10% são intrínsecos aos alimentos; e os 15% restantes são provenientes da adição realizada durante ou após o cozimento (TADDEI et al., 2016).

O sódio em excesso inicialmente eleva a pressão arterial por aumentar a volemia e, conseqüentemente, o débito cardíaco. Posteriormente, por mecanismos de autorregulação, há aumento da resistência vascular periférica, mantendo elevados os níveis da pressão arterial. Além de seu efeito isolado, a alta ingestão de sódio ativa diversos mecanismos pressores, como aumento da vasoconstrição renal, aumento da reatividade vascular aos agentes vasoconstritores e elevação dos inibidores da bomba de sódio e potássio (CUPPARI, 2019).

A SBC recomenda que a ingestão de sódio adicionado (pela indústria ou no preparo em casa) seja limitada a aproximadamente 2 g/dia (equivalente a cerca de 5 g de sal por dia); bem como indica que a dieta com baixo teor de sódio seja acompanhada do consumo adequado de frutas e vegetais, a fim de potencializar o efeito benéfico sobre a pressão arterial (BARROSO et al., 2021). Para alcançar esta recomendação, a orientação nutricional a pacientes hipertensos preconiza o preparo das refeições com pouco sal e a não utilização de saleiro à mesa, além da não ingestão de produtos processados, tais como enlatados, embutidos, conservas, molhos prontos, caldos de carne, temperos prontos e defumados (CUPPARI, 2019).

A redução gradativa da quantidade de sal adicionada aos alimentos é uma importante estratégia para que a ingesta desse tempero se aproxime de pequenas quantidades, pois o gosto por alimentos salgados é aprendido e não inerente, portanto, modificável. Em um período de aproximadamente 4 a 6 semanas é possível adaptar o paladar humano para um padrão com menor quantidade de sal (BRASIL, 2022c). Evidências científicas mostram que a diminuição do consumo de sódio adicionado para 3 g/dia produz uma redução em 50% do

número anual de casos incidentes de doença coronariana, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio e mortes por qualquer causa (TADDEI et al., 2016).

O uso de limão ou vinagre pode ajudar a reduzir a necessidade de adição de sal ao temperar saladas, por exemplo. Para dar mais sabor às preparações, o uso de temperos naturais pode ser incentivado em quantidades generosas, por exemplo, cebola, alho, louro, salsinha, cheiro verde, cebolinha, manjerição, pimenta-do-reino, cominho, hortelã, jambu, orégano, coentro, alecrim, pimentão, tomate e tomilho. Cultivar em casa temperos naturais é uma ótima opção. Os temperos podem ser plantados no quintal da casa ou em vasos pendurados em muros ou apoiados em lajes ou sacadas. O preparo e o uso de “temperos de ervas” também auxiliam na redução da quantidade de sal utilizada nas preparações. Eles consistem em uma mistura de partes iguais de orégano, manjerição, alecrim, pimenta ou qualquer outra erva aromática seca que seja da preferência do usuário (BRASIL, 2022c).

Há consenso de que alguns indivíduos com hipertensão arterial exibem maior redução da pressão arterial em resposta a uma diminuição na ingestão de sódio do que outros. (MAHAN; RAYMOND, 2018). Os indivíduos que apresentam relevante redução na pressão arterial quando submetidos à diminuição da ingestão de sódio são denominados “sal-sensíveis”. Já aqueles que não obtêm essa redução são considerados “sal-resistentes” (VITOLLO, 2015). Em geral, os indivíduos que são mais sensíveis aos efeitos do sal e do sódio tendem a ser negros, obesos e de meia-idade ou idosos, sobretudo se tiverem diabetes *mellitus*, doença renal crônica ou hipertensão arterial sistêmica (MAHAN; RAYMOND, 2018).

Os substitutos do sal contendo cloreto de potássio e menos cloreto de sódio (30% a 50%) também se mostram úteis para reduzir a ingestão de sódio e aumentar a de potássio, apesar de limitações em seu uso. Todavia, considera-se a necessidade do esforço combinado entre indústria de alimentos, governos nas diferentes esferas e público em geral para a redução eficaz do consumo de sal pela população brasileira, já que a maior proporção do sal consumido é aquele contido nos alimentos processados (BARROSO et al., 2021). Através de acordos assinados entre o MS e a Associação Brasileira da Indústria de Alimentos (Abia), para reduzir o teor de sódio nos alimentos, foi possível retirar, de 2011 para 2012, o total de 1295 toneladas de sódio, presente em bisnaguinhas, pães de forma e macarrões instantâneos (TADDEI et al., 2016).

3.3.2 Cálcio, Magnésio e Potássio

Estudos populacionais indicam que a ingestão elevada de cálcio está inversamente associada à pressão arterial, podendo reduzir em 23% o risco de desenvolvimento de hipertensão arterial. O consumo de laticínios, vegetais folhosos, sardinha e salmão constitui a base da recomendação nutricional (TADDEI, et al., 2016). Contudo, destaca-se que os alimentos lácteos apresentam maior biodisponibilidade, em razão da presença de vitamina D e lactose. Nos casos de intolerância à lactose, queijos e iogurtes podem ser recomendados, pois constituem boas fontes de cálcio e menores quantidades de lactose do que o leite, bem como produtos com redução do teor desse carboidrato pela hidrólise enzimática ou de bactérias lácticas (VITOLLO, 2015).

O magnésio também tem destaque como um potente inibidor da contração do músculo liso vascular e pode desempenhar um papel na regulação da pressão arterial como vasodilatador. Com frequência, uma dieta com alto teor de magnésio está correlacionada com a redução da pressão arterial. Ensaios de suplementação com magnésio demonstraram reduções da pressão sistólica de 3 a 4 mmHg e da pressão diastólica de 2 a 3 mmHg, com maiores efeitos dependentes da dose com uma suplementação de pelo menos 370 mg/dia (MAHAN; RAYMOND, 2018). A suplementação com magnésio também pode produzir um efeito favorável na glicemia de jejum e perfil lipídico (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Entretanto, as recomendações sugerem atender à ingestão diária necessária de cálcio e magnésio a partir de fontes alimentares e não de suplementos (MAHAN; RAYMOND, 2018).

O aumento nos níveis de potássio, em torno de 750 a 1000 mg por dia, pode reduzir a pressão arterial em 2 a 3 mmHg. A ingestão de alimentos ricos em potássio (inhame, feijão preto, abóbora, cenoura, abacate, banana, laranja, mamão, maracujá) e a substituição do sal por temperos como alho, salsa, coentro, cebola, cebolinha, limão e louro têm como objetivo manter a oferta de potássio da dieta em 3500 mg por dia (TADDEI, et al., 2016). A maior ingestão deste mineral também está associada ao risco mais baixo de acidente vascular encefálico. Pessoas com pressão arterial inicial mais elevada, negros em comparação com os brancos e aqueles com maior consumo de sódio tendem a se beneficiar de maiores reduções da pressão arterial provocadas pelo potássio (MAHAN; RAYMOND, 2018).

3.3.3 Colesterol, Gorduras Saturadas e *Trans*

Estudos epidemiológicos têm mostrado relação positiva ou neutra entre colesterol dietético e risco de doença cardiovascular. As principais fontes de colesterol dietético são produtos de origem animal como gema de ovo, laticínios integrais, carnes gordas, frutos do mar, miúdos e vísceras (TADDEI, et al., 2016). Apesar de ainda se discutir o real impacto do uso de alimentos ricos em colesterol, especialmente a gema do ovo, no desenvolvimento das doenças cardiovasculares, as recomendações para o consumo de colesterol alimentar permanecem restritas a 200 mg/dia (CUPPARI, 2019).

No que tange às gorduras saturadas, seu consumo excessivo está associado positivamente aos níveis de colesterol total (CT) e LDL-c e ao aumento do risco de doenças cardiovasculares. Entretanto, não é aconselhável eliminar totalmente as gorduras saturadas da alimentação, pois isso poderia causar, por exemplo, ingestão inadequada de proteína e alguns micronutrientes (VITOLLO, 2015). A recomendação de consumo preconizada pela SBC para indivíduos saudáveis é a de menos que 10% do valor calórico total da dieta. Se houver presença de risco cardiovascular aumentado, a indicação é que essa proporção seja inferior à 7% (FALUDI et al., 2017).

Dentre as gorduras saturadas a mais abundante é o ácido palmítico (carnes e óleo de palma), seguido do esteárico (cacau), mirístico (leite e coco) e, em pequena quantidade, ácido láurico (coco) (IZAR et al., 2021). Considera-se que esses ácidos graxos não causam interferência na elevação do colesterol da mesma maneira. O esteárico tem menor efeito na elevação do colesterol plasmático do que o mirístico e o palmítico. Isso ocorre por causa da rápida conversão do ácido esteárico em oleico, que é um ácido graxo monoinsaturado. A gordura saturada, quando comparada ao colesterol alimentar, possui maior efeito sobre a colesterolemia, tendo impacto até três vezes maior que ele, uma vez que favorece a formação do LDL-c, o chamado “colesterol ruim”, e dificulta a retirada do mesmo da circulação (CUPPARI, 2019).

Em relação às gorduras *trans*, estas não são essenciais e não conferem benefícios ao organismo. Era recomendada anteriormente que a ingestão dessas gorduras fosse de até 1% do valor energético total da dieta (2 g para uma dieta de 2000 kcal) (VITOLLO, 2015). Todavia, a publicação da Resolução da Diretoria Colegiada nº 632, de 2022, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), determinou a proibição da produção, importação, uso e oferta de óleos e gorduras parcialmente hidrogenados para uso em alimentos e de alimentos

formulados com estes ingredientes a partir de 1º de janeiro de 2023, o que implica na eliminação das gorduras *trans* dos alimentos industrializados (BRASIL, 2022d).

Quando comparadas dietas enriquecidas com ácidos graxos polinsaturados e dietas enriquecidas com ácidos graxos *trans*, estas últimas ocasionam a elevação da concentração de LDL-c, ao mesmo tempo em que produzem a redução do colesterol das lipoproteínas de alta densidade (HDL-c) e dos triglicerídeos (TG) plasmáticos (CUPPARI, 2019).

3.3.4 Fibras

As fibras consumidas atuam de maneira diversa sobre o metabolismo. As fibras solúveis reduzem o tempo de trânsito gastrointestinal, produzindo melhor controle glicêmico e diminuindo a absorção enteral do colesterol. Já as fibras insolúveis não atuam sobre a colesterolemia, mas agem contribuindo para a saciedade e para o controle de peso. Além disso, ambas atuam na preservação da saúde intestinal. As fibras solúveis são representadas pela pectina (frutas) e pelas gomas (aveia, cevada e leguminosas, tais como o grão-de-bico, a lentilha e a ervilha), enquanto as fibras insolúveis estão presentes na celulose (trigo), hemicelulose (grãos) e lignina (hortaliças) (CUPPARI, 2019).

A ação das fibras solúveis na redução do colesterol está relacionada a formação de um gel que se liga aos ácidos biliares no lúmen intestinal, aumentando a excreção nas fezes do colesterol dietético e diminuindo sua reabsorção durante o ciclo entero-hepático. Essa redução induz a síntese de novos ácidos biliares, diminuindo o colesterol disponível para incorporação em lipoproteínas. Quanto maior o grau de viscosidade da fibra, maior o efeito de redução do colesterol. Além disto, as fibras solúveis e o amido resistente são fermentados por bactérias presentes no intestino grosso, produzindo ácidos graxos de cadeia curta, que auxiliam na redução dos níveis de colesterol (FALUDI et al., 2017).

No que se refere às fibras totais da dieta, a recomendação de consumo é que seja, no mínimo, de 25 g por dia, as quais atuariam na prevenção de doenças cardiovasculares (FALUDI et al., 2017). Há ainda a indicação de 20 g para cada 1000 quilocalorias da dieta para os diabéticos, a fim de que seja alcançado o controle glicêmico pós-prandial e dos lipídeos séricos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Para a redução do colesterol, o *Psyllium* é a fibra solúvel mais estudada. Uma revisão de estudos indica que doses de 7 a 15 g ao dia estão associadas com uma redução de 5,7% a 20,2% de LDL-c e redução de 2 a 14,8% de CT. O *Psyllium* parece não afetar significativamente os níveis de HDL-c e TG. Estudos com aveia demonstram resultados

semelhantes ao *Psyllium*, com redução de 5,3 a 5,6% do LDL-c, sem efeitos significativos sobre o HDL-c e os TG. Vale ressaltar que é no farelo de aveia onde se encontram os maiores teores de fibras solúveis, tais como as betaglucanas, que precisam ser consumidas diariamente em quantidades próximas a 3 g (FALUDI et al., 2017).

3.3.5 Gorduras Monoinsaturadas e Polinsaturadas

Dos ácidos graxos monoinsaturados, o ácido oleico (ômega-9) se apresenta como o mais abundante encontrado na natureza, e representa cerca de 90% de todos os ácidos graxos monoinsaturados, sendo os principais óleos-fonte os de oliva e canola. Os monoinsaturados ocupam papel de destaque também na composição dos ácidos graxos de diversos frutos secos, tais como macadâmia (59%), avelã (46%), amendoim (41%), amêndoas (31%), castanha-de-caju (27%) e pistache (24%) (IZAR et al., 2021). Estas gorduras, quando consumidas em substituição às saturadas, podem estar associadas à redução do risco cardiovascular, porém as evidências são menos robustas do que em relação às gorduras polinsaturadas (FALUDI et al., 2017).

Outra fonte de gordura monoinsaturada é o *high oleic acid*, óleo que vem sendo utilizado em alguns países e pode ser preparado a partir de óleos de girassol, canola ou soja. Com devida atenção ao teor elevado de ácidos graxos saturados, produtos cárneos também são considerados fontes importantes de gordura monoinsaturada, respondendo, em alguns casos, entre 40% e 50% da composição de alimentos como carne de boi, frango e porco (IZAR et al., 2021).

Dados epidemiológicos mostram que populações que vivem no Mediterrâneo possuem menor risco de desenvolver doenças cardiovasculares em decorrência do tipo de alimentação adotada, na qual a principal fonte de gordura é o azeite de oliva associado ao alto consumo de cereais, vegetais e frutas (CUPPARI, 2019). A dieta do Mediterrâneo, que contempla baixo teor de ácidos graxos saturados e predomínio de monoinsaturados, induz menor lipemia pós-prandial em indivíduos com DM2 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

As gorduras polinsaturadas da série ômega 6 classificam-se em linoleico, cujas principais fontes são óleos (girassol, milho e soja), nozes e castanha-do-pará, e ácido araquidônico, obtido a partir da conversão endógena do ácido linoleico. Os principais ácidos graxos da série ômega 3 são o ácido alfa-linolênico (ALA) de origem vegetal, cujas fontes principais são a soja, a canola, a linhaça e a chia, e os ácidos eicosapentaenoicos (EPA) e docosaexaenoico (DHA), provenientes de peixes e crustáceos de águas muito frias dos

oceanos Pacífico e Ártico. Destaca-se que o ácido graxo linoleico (da série ômega 6) e o ácido alfa-linolênico (da série ômega 3) são considerados essenciais aos seres humanos, sendo necessária sua aquisição por meio da alimentação. No entanto, de acordo com *Dietary Reference Intakes* (DRI), sua suplementação não é necessária, uma vez que a ingestão moderada de óleo de soja ou canola (cerca de 15 mL/dia) garante o consumo adequado (IZAR et al., 2021).

Os ácidos EPA e DHA podem ser produzidos endogenamente por ação enzimática sobre o ALA, porém essa conversão é limitada e sofre interferência de fatores fisiológicos e externos (IZAR et al., 2021). São mais associados à proteção cardiovascular os ácidos graxos EPA e DHA, embora o ALA também exerça ação cardioprotetora. Assim, as diferentes fontes de ômega 3 contribuem de forma significativa para a redução de TG e para o aumento discreto do HDL-c (FALUDI et al., 2017); bem como para a diminuição da progressão da aterosclerose. Em pacientes com diabetes *mellitus*, as gorduras polinsaturadas, de origem animal ou vegetal, também mostraram ter efeito protetor sobre a albuminúria (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Outra fonte de ácidos graxos da série ômega 3 é o óleo de *krill*, processado do *krill* da Antártida (*Euphausia superba*), um crustáceo semelhante ao camarão e que é encontrado nos mares do Sul. O óleo de *krill* é uma fonte singular de EPA e DHA, pois a maior parte dos ácidos graxos ômega 3 ocorre naturalmente em fosfolípidos e não na forma de TG, com uma razão da biodisponibilidade dos ácidos graxos ômega 3 de *krill* para os ácidos graxos ômega 3 marinhos da ordem de 2:1. Por ser hidrossolúvel, o óleo de *krill* apresenta melhor digestibilidade e ele não oferece o risco de contaminação por mercúrio. Estudo realizado com indivíduos com valores limítrofes ou elevados de TG que receberam óleo de *krill* de 1,0 a 4,0 g ao dia, por 6 semanas, mostrou redução de 18,6 a 19,9 mg/dL, enquanto com 0,5 g, a redução foi de 13,3 mg/dL (FALUDI et al., 2017).

Os ácidos graxos polinsaturados também reduzem o CT e o LDL-c. Dentre os mecanismos que possibilitam essa redução, a menor produção e a maior remoção de LDL-c, bem como a alteração da estrutura das LDL de modo a diminuir o conteúdo de colesterol da partícula, estão como principais. Vale a pena ressaltar que a concentração dos ácidos graxos ômega-3 (EPA e DHA) depende da composição do fitoplâncton local (CUPPARI, 2019) e também do modo de preparo de alguns alimentos, como por exemplo, o peixe, cujo teor de gorduras polinsaturadas pode variar em até 220 vezes para uma mesma espécie (FALUDI et al., 2017).

3.3.6 Índice Glicêmico e Carga Glicêmica

O índice glicêmico refere-se à velocidade em que o alimento é digerido e absorvido no trato digestório no período pós-prandial. Já a carga glicêmica mede o impacto da dieta sobre a glicemia (CUPPARI, 2019). Algumas sociedades, inclusive, recomendam especificamente o uso de dietas de baixo índice glicêmico como estratégia primária para o melhor controle do diabetes *mellitus*, uma vez que é consenso que a qualidade e a quantidade dos carboidratos consumidos afetam a resposta glicêmica e, também, que a observação do índice glicêmico e da carga glicêmica pode trazer benefícios adicionais quando o total de carboidratos da refeição é contabilizado (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

O índice glicêmico dos alimentos foi desenvolvido para comparar os efeitos fisiológicos dos carboidratos sobre a glicose. O mesmo mede a área relativa sob a curva glicêmica pós-prandial de 50 g de carboidrato digerível comparado a 50 g de um alimento-padrão, que pode ser a glicose ou o pão branco. Para o cálculo da carga glicêmica estimada dos alimentos, das refeições e dos hábitos alimentares, multiplica-se o índice glicêmico pela quantidade de carboidratos disponível (dividido por 100) em cada alimento e então são totalizados os valores de todos os alimentos em uma refeição ou hábito alimentar. Por exemplo, duas fatias de pão branco com índice glicêmico de 75 e 30 g de carboidratos têm carga glicêmica de 22,5 ($75 \times 30/100 = 22,5$) (MAHAN; RAYMOND, 2018).

Uma vez que elevam as concentrações de glicose e insulina, os alimentos de alto índice glicêmico, como o açúcar de mesa, alteram os mecanismos de regulação da homeostase da glicose e o efeito da transição do estado pós-prandial para o estado absorptivo. Vale ressaltar que há ainda outras repercussões diretas e indiretas sobre o metabolismo causadas pela ingestão de alimentos de alto índice glicêmico, tais como a redução dos níveis de HDL-c, a elevação dos níveis de TG plasmáticos e corporal, a resistência à insulina, o aumento do apetite, a lipogênese e o ganho de peso corporal (TADDEI et al., 2016).

Reduções da hemoglobina glicada de 0,2 a 0,5%, após a inclusão de dietas com baixo índice glicêmico, também foram demonstradas em estudos. Dietas contendo alimentos com baixo índice glicêmico, com no mínimo 175 g diárias de carboidratos, são indicadas para pacientes com diabetes *mellitus*. Estes devem ser distribuídos de 10 a 15% no café da manhã, 30% no almoço e jantar e o restante nos lanches, objetivando-se evitar episódios de hiperglicemia, hipoglicemia ou cetose (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

3.3.7 Adoçantes

Adoçantes substituem a sacarose com a finalidade de reduzir o valor de energia e a ocorrência de elevações glicêmicas. No Brasil, os edulcorantes aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), abrangem sorbitol, manitol, isomaltitol, maltitol, sacarina, ciclamato, aspartame, estévia, acessulfame-K, sucralose, neotame, taumatina, lactitol, xilitol e eritritol (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Já a aprovação pela *Food and Drug Administration* (FDA) inclui acessulfame-K, *luo han guo*, neotame, aspartame, sacarina sódica, estévia e sucralose (CUPPARI, 2019).

De modo geral, os adoçantes recebem uma classificação que os diferenciam em dois tipos: os adoçantes nutritivos, que produzem uma resposta glicêmica mais baixa e contêm, em média, 2 calorias por grama e os adoçantes não nutritivos (ou não calóricos), que podem facilitar a redução da ingestão dos açúcares adicionados (MAHAN; RAYMOND, 2018).

Tendo em vista a necessidade de orientação sobre níveis seguros ou máximos para o consumo dos adoçantes não nutritivos, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu limites diários para sacarina (2,5 mg/kg de peso corporal), ciclamato (11 mg/kg de peso), aspartame (40 mg/kg de peso), acessulfame-K (15 mg/kg de peso), esteviosídeo (5,5 mg/kg de peso) e sucralose (15 mg/kg de peso); limites estes que são válidos no Brasil, por terem sido aceitos pela ANVISA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019).

Em publicação recente sobre o uso dos adoçantes não nutritivos, a OMS, todavia, passou a desaconselhar a sua utilização para fins de redução do risco de DCNT ou controle do peso corporal. A recomendação se aplica a todos os adoçantes não nutritivos sintéticos e naturais ou modificados que não são classificados como açúcares presentes em alimentos e bebidas manufaturados ou vendidos isoladamente para serem adicionados pelos consumidores a alimentos e bebidas, tais como, acessulfame-K, aspartame, advantame, ciclamatos, neotame, sacarina, sucralose, estévia e derivados de estévia. Embora a OMS tenha considerado que a recomendação não se estende aos indivíduos diabéticos, a relevância desta foi sublinhada para crianças e adultos de qualquer idade, inclusive gestantes e lactantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023).

Apesar de não terem quantidades máximas sugeridas, os adoçantes nutritivos, tais como os poliólcoois (sorbitol, manitol, maltitol, xilitol, eritritol, polidextrose e isomalte), devem ser consumidos com moderação, pois podem favorecer a ocorrência de flatulência e diarreia (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). Este tipo de adoçante, segundo a diretriz da OMS que trata sobre a ineficácia dos adoçantes não nutritivos para o

controle ponderal e redução do risco de DCNT, podem, porém, continuar a ser indicados para o alcance de um adequado peso corporal para pessoas hipertensas e diabéticas, quando importantes para a adesão dos indivíduos ao plano alimentar, uma vez que a referida recomendação não se aplica aos adoçantes nutritivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023).

No entanto, convém ressaltar que os adoçantes não são essenciais ao tratamento do diabetes *mellitus*, mas podem favorecer o convívio social e a flexibilidade do plano alimentar (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019). A OMS considera ainda que consumir alimentos que contenham apenas o açúcar natural que é inerente a sua composição, tais como frutas ou alimentos e bebidas isentos da adição de açúcares, ajudará a melhorar a qualidade da dieta e deve ser a alternativa primária das pessoas, ao invés da utilização dos adoçantes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2023).

Nesse contexto, verifica-se que a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis e a melhoria do autocuidado em relação à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*, são dependentes de conhecimentos sobre alimentação e nutrição (VALMÓRBIDA et al., 2017). A atenção nutricional na APS, por proporcionar um atendimento mais centrado e direcionado ao usuário, considerando, desta forma, suas necessidades e sua inserção sociocultural, permite o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada; ações estas que auxiliam as pessoas a desenvolverem o conhecimento nutricional necessário para gerirem decisões sobre sua própria saúde (BRASIL, 2022b).

3.4 O Conhecimento Nutricional e o Papel da Nutrição no Contexto Alimentar Quilombola

Um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida de uma população é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde. O conhecimento sobre um determinado desfecho em saúde, principalmente sobre as DCNT e seus fatores de risco, pode ser útil para ajudar a evitar o surgimento de um agravo, podendo também influenciar na busca pelo tratamento, quando já se têm informações precisas sobre a doença estabelecida (BARBOSA et al., 2016). Convertido em atitudes e autorregulação alimentar, o conhecimento nutricional se torna um importante determinante de estados nutricionais, tais como, o sobrepeso e a obesidade, os quais tem o comportamento alimentar como um de seus fatores modificáveis (LÓPEZ-HERNÁNDEZ, 2020).

Já foi encontrado associação entre o conhecimento nutricional e variáveis como idade, renda e escolaridade; bem como entre este conhecimento e as escolhas e práticas alimentares saudáveis. Destaca-se que a relação entre o que as pessoas realmente sabem e o que elas fazem tem sido considerada como “altamente tênue”. O conhecimento não estimula a mudança, mas atua como uma ferramenta importante quando as pessoas anseiam mudar. Sendo assim, a conscientização da importância de uma alimentação saudável é o primeiro passo para ocorrer mudanças no comportamento alimentar (BARBOSA et al., 2016).

O menor conhecimento sobre alimentação e nutrição foi identificado entre obesos portadores de doenças crônicas não transmissíveis, onde as pontuações mais baixas no formulário aplicado estiveram associadas a resultados elevados para IMC, CC e RCQ, indicadores estes que têm relação conhecida com a quantidade de gordura abdominal, a qual é associada ainda ao risco cardiovascular. Nessa mesma investigação, a escolaridade esteve relacionada com a média de acertos, e as mulheres tiveram melhor desempenho, o que pode ser explicado pela cultura vigente que atribui às mulheres a responsabilidade pela compra de alimentos e preparo de refeições para toda a família (VALMÓRBIDA et al., 2017).

A teoria social cognitiva enfatiza que o comportamento do indivíduo é determinado pela interação de fatores pessoais e ambientais. Neste contexto, a experiência pessoal de cada indivíduo configura pressupostos cognitivos que irão constituir princípios de valores e crenças que dão, mediante a realidade vivenciada por cada um, sentido e previsão aos acontecimentos. Assim, o comportamento e o resultado advindos da experiência pessoal são dependentes tanto das escolhas conscientes do indivíduo como dos fatos que ocorrem no meio em que o homem está inserido. Como consequência, fatores como influências sociais do ambiente, falta de motivação, sentimentos de baixa autoestima, crenças e tradições da sociedade colaboram para inibir modificações no estilo de vida, principalmente nos hábitos alimentares (BARBOSA et al., 2016).

O GAPB foi elaborado com o objetivo de facilitar o acesso das pessoas, famílias e comunidades a conhecimentos sobre características e determinantes de uma alimentação adequada e saudável, possibilitando que ampliem a autonomia para fazer melhores escolhas para sua vida, reflitam sobre as situações cotidianas, busquem mudanças em si próprios e no ambiente onde vivem, contribuam para a garantia da segurança alimentar e nutricional para todos e exijam o cumprimento do direito humano à alimentação adequada e saudável (BRASIL, 2014). O Guia é o material de apoio mais usado pelos profissionais de saúde do país para orientação alimentar (30,5%), seguido dos Cadernos de Atenção Básica (29,7%),

todavia, a proporção de profissionais que o utilizam reforça a necessidade de ampliação de sua divulgação (BRASIL, 2022b).

Na Psicologia Cognitiva, podem-se distinguir dois tipos principais de conhecimento: o declarativo e o processual. O primeiro é definido como o conhecimento de fatos e coisas, o conhecimento de “o que é”. Por exemplo, que o limão é uma boa fonte de vitamina C, que o consumo adequado de frutas e legumes pode prevenir a hipertensão arterial, entre outros. Já o processual é o conhecimento sobre a forma como as ações são executadas. São exemplos: como escolher entre dois lanches o que é mais saudável ou como compor uma dieta equilibrada (BARBOSA et al., 2016).

Enquanto a memória declarativa decai com o passar do tempo, a memória processual não é afetada por este. Toda a aprendizagem começa pelo conhecimento declarativo, por exemplo, por meio de recomendações nutricionais. Nesse primeiro momento, onde a maioria do conhecimento está no formato declarativo, a performance é demorada e está sujeita a erros, haja vista que o conhecimento declarativo é passível de esquecimento. Uma falha de memória é um estado em que itens de memória declarativa necessários para executar a tarefa não podem ser recuperados da memória devido à falta de prática. No segundo momento, o conhecimento é representado usando uma mistura de memória declarativa e processual, onde o treinamento mantém ativo o conhecimento declarativo. Ao chegar no terceiro momento, o conhecimento já está no formato processual, não havendo a deterioração da memória processual. O conhecimento processual pode ser obtido através dos efeitos da repetição espaçada, da testagem, da prática intercalada e do feedback (CARVALHO et al., 2021).

A repetição espaçada é uma técnica de estudos baseada em evidências científicas que demonstram que revisões espaçadas de uma determinada informação aumentam a capacidade de retenção a longo prazo, exercendo influência sobre a curva de esquecimento (NASCIMENTO, 2023). O porquê da repetição espaçada ser mais eficaz do que a repetição intensiva pode ser explicada pelo fato de que para incorporar a nova aprendizagem na memória de longo prazo é necessário um processo de consolidação, ou seja, as representações da nova aprendizagem ganham significado, sendo fortalecidos e conectados aos conhecimentos prévios. Por isso, a aprendizagem duradoura requer tempo para as repetições mentais e os outros processos de consolidação. Quando se realiza a repetição intensiva, em um único momento, a aprendizagem apoia-se na memória de curto prazo (CARVALHO et al., 2021).

A testagem, por sua vez, é baseada na constatação de que pessoas submetidas a alguma forma de teste (provas, resolução de questões, revisão de *flashcards*, resolução de

situações-problema), retêm mais informações do que aqueles que simplesmente revisam o estudo de forma passiva (NASCIMENTO, 2023). Diversos estudos apontam que testar de novo e testar várias vezes em sessões espaçadas é mais eficiente do que estudar de novo. Isto porque recuperar informações da própria memória favorece a modificação do próprio traço de memória, aumentando, conseqüentemente, a possibilidade de sucesso futuro na recuperação das informações aprendidas (CARVALHO et al., 2021).

A prática intercalada é definida como a implementação de um cronograma de prática que combina diferentes tipos de problemas ou um cronograma de estudo que mistura diferentes tipos de material, em uma única sessão de estudo (FERREIRA; HÜBNER, 2021). Uma das explicações do porquê da prática intercalada ser mais eficaz que a prática de um único conceito é que a intercalação melhora a capacidade do cérebro de distinguir ou discriminar conceitos. Ou seja, cada tentativa de prática é diferente da última, então as respostas mecânicas não funcionam. Esse processo pode melhorar a capacidade de aprender recursos essenciais de habilidades e conceitos, o que permite melhor selecionar e executar a resposta correta. Outra explicação possível é que a intercalação permite um contexto de treinamento mais variado que a prática de um único conceito, e essa variabilidade introduz interferência, sendo benéfica para a retenção a longo prazo (CARVALHO et al., 2021).

O processo de ensino-aprendizagem pode ser regulado ainda por meio do *feedback*, pois este fornece continuamente informações tanto para quem recebe o conhecimento quanto para quem o oferece, numa via de mão dupla. Esse instrumento também tem o potencial de estimular o desenvolvimento da capacidade reflexiva e auto avaliativa pois, ao receber o *feedback*, é possível ajuizar sobre seu próprio desempenho e descobrir como incorporar as novas práticas sugeridas. Ser oportuno no *feedback* também significa respeito à privacidade na devolutiva, pois é essencial que quem recebe o conhecimento tenha liberdade para manifestar suas dúvidas, medos e fraquezas (MONTES; RODRIGUES; AZEVEDO, 2019). Quanto à estrutura, o *feedback* pode ser de verificação ou elaboração. O *feedback* de verificação indica se a resposta está certa ou errada enquanto o de elaboração facilita o destinatário para chegar à resposta correta (CARVALHO et al., 2021).

Tendo em vista a complexidade envolta dos processos que levam à apreensão de conhecimento, é cabível deduzir que populações com menor acesso à saúde podem carecer de condições para criar tanto memórias declarativas quanto processuais, o que compromete a qualidade do seu autocuidado em saúde. A título de exemplo, em estudo desenvolvido em comunidades quilombolas para investigar o conhecimento sobre saúde bucal de pais e filhos, foi verificado que os pais possuem pouco conhecimento para orientar seus filhos da

importância de se desenvolver uma boa higienização na região da boca. Os autores notaram a desorientação dos pais sobre a importância de supervisionar a saúde bucal de seus filhos pelo menos até os seus dez anos de idade, período em que a criança desenvolve autonomia para realizar sozinha os cuidados em questão (RODRIGUES et al., 2011).

Dá-se ênfase à prevalência de hipertensão arterial nas comunidades quilombolas do Maranhão, que é de 64%, ao mesmo tempo em que a presença de ferimentos com dificuldade para cicatrização é de 15%, o que pode sugerir um controle inadequado do diabetes *mellitus*. Verifica-se que, desta forma, os quilombolas do Maranhão carecem de um maior acesso ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, doenças que são consideradas de domínio da saúde pública. É necessário que seja oferecido o tratamento adequado destas doenças, que reconhecidamente têm maior incidência nessas populações, e que os profissionais de saúde estendam adequadamente seus conhecimentos para as áreas rurais. Dentre os tratamentos utilizados para a melhoria da qualidade de vida, quando na presença das doenças étnicas referidas, está o controle através da dieta (SILVA; FERREIRA; RODRIGUES, 2016).

Todavia, este controle, ao ser fornecido por nutricionistas, precisa vir tipificado de modo a respeitar a singularidade alimentar das comunidades quilombolas. Este exercício de compreender e considerar as tradições alimentares destes grupos raciais faz com que ao se incidir sobre sua rotina alimentar haja, no interior dos quilombos, um desmonte da hegemonização da alimentação e dos sistemas alimentares, que representam uma ameaça tanto aos saberes e modos de viver e produzir dos quilombolas quanto a sua relação intrínseca com os alimentos (FONTOLAN; LIMA, 2022).

Essa relação, por sua vez, inclui desde o produzir até o consumir de forma ritualística e doméstica. Daí o que se tem é um alimento sacralizado que é capaz de dar equilíbrio biológico, mítico, mental e social, ou seja, de dar saúde, sendo, por isso, chamado de alimento “biomítico”. O alimento produzido pelos quilombolas pode ainda ser denominado de “agroecológico” porque remete ao alimento que possui uma relação justa com a terra, com quem planta e come e integra um ciclo maior dessa cadeia produtiva que surge pautado nos conhecimentos tradicionais milenares (EGGER; SILVA, 2022).

Todavia, embora o alimento produzido traga um equilíbrio que dá saúde aos quilombolas, alimentos ultraprocessados também adentraram as comunidades e passaram a integrar os hábitos alimentares dos quilombolas, o que contribuiu para a maior tendência de sobrepeso e obesidade nessas populações (AFONSO; CORRÊA; SILVA, 2020). O estado nutricional de obesidade é um dos principais fatores de risco para a hipertensão arterial e o

diabetes *mellitus*, sendo a orientação alimentar um aspecto fundamental do acompanhamento das pessoas que possuem essa condição. O MS recomenda que o diagnóstico de obesidade na APS seja realizado com base no IMC (BRASIL, 2022e).

Além do consumo alimentar, a obesidade também é fortemente ligada à prática de atividade física. Seus determinantes são de natureza demográfica, socioeconômica, epidemiológica e cultural, além de questões ambientais, o que torna a obesidade uma doença multifatorial. Esses fatores interagem ainda de forma complexa, exigindo que a obesidade seja tratada tendo em vista toda a sua complexidade e determinação social (BRASIL, 2013).

No contexto quilombola, os profissionais de saúde podem recomendar, por exemplo, que raízes e tubérculos sejam preferencialmente cozidos ou assados, pois, quando fritos, absorvem grande quantidade de óleo ou gordura. Os ovos de galinha, por sua vez, podem ser apontados como bons substitutos para as carnes vermelhas, assim como as roças e as hortas comunitárias podem ser estimuladas no sentido de reduzir os custos dos alimentos. Há a necessidade ainda de alertar que as formas de produção, distribuição, comercialização e consumo de alimentos ultraprocessados afetam de modo desfavorável a cultura, a vida social e o meio ambiente, pois desvalorizam os hábitos alimentares das comunidades tradicionais, sendo decorrentes de um sistema alimentar não sustentável, com base na pouca diversidade de alimentos (BRASIL, 2022e).

Acrescenta-se ainda que a prescrição dietética pelo nutricionista deve contribuir para a garantia da soberania alimentar e nutricional dos quilombolas, que é um pilar do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e, no Brasil, é um direito assegurado pela LOSAN. Essa lei é essencial para a construção de sistemas alimentares sustentáveis e para o fortalecimento daqueles já existentes, o que permite, por exemplo, que as comunidades quilombolas definam livremente suas relações com os alimentos e com os seus territórios, sem a interferência do mercado (FONTOLAN; LIMA, 2022). Uma adequada atuação do profissional nutricionista perpassa pelo entendimento de que para as comunidades quilombolas o comer é também um ato político, visto que se constitui em uma possibilidade de reverenciar a ancestralidade e lutar pela própria existência dentro desse contexto de país colonizado (EGGER; SILVA, 2022).

4 MÉTODOS

4.1 Delineamento e Local do Estudo

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com abordagem domiciliar, realizado nas comunidades quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil. O referido município fica situado na região do litoral ocidental do Maranhão (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2023) e possui, ao todo, 11 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, sendo elas: Aripipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria (FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES, 2022).

Essas comunidades não ficam tão próximas do centro do município. Há um percurso médio de 14,18 km para a chegada ao centro, com distâncias que variam de 5 (Rio Grande) a 22 km (Pericumã). O acesso se dá via estradas vicinais. Apesar de distantes da sede do município, todas as 11 comunidades quilombolas possuem energia elétrica (JESUS; LOURENÇO; FUNO, 2020).

4.2 População e Amostra do Estudo

Dados acerca da prevalência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* na população quilombola de Bequimão, Maranhão, Brasil, foram solicitados à Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) meses antes da realização da coleta de dados. Em conversa com a Secretária, ela indicou a necessidade de obter um levantamento atualizado dos quilombolas detentores das doenças de interesse junto às equipes do programa Estratégia de Saúde da Família (ESF). Foi compartilhado o contato telefônico de todas as enfermeiras que atendiam, através do referido programa, as 11 comunidades que seriam visitadas, e após contatá-las, as listagens nominais atualizadas puderam ser elaboradas, mediante a cooperação dos ACS de cada uma das comunidades quilombolas.

A prevalência de hipertensão arterial e diabetes *mellitus* foi contabilizada considerando-se apenas os quilombolas com diagnóstico definitivo de hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus* (excluindo-se, desta forma, os pré-hipertensos e pré-diabéticos). Conforme as informações contidas nas listagens, em junho de 2021, haviam nas comunidades quilombolas bequimãoenses 109 hipertensos, 19 diabéticos e 30 quilombolas com hipertensão

arterial conjunta ao diabetes *mellitus*, o que totaliza 158 quilombolas hipertensos e/ou diabéticos (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2021).

Quando da realização do cálculo amostral para definir o número mínimo de pessoas que precisariam ser entrevistadas, considerou-se 95% de nível de confiança, 5% de erro amostral e 29,12% de prevalência máxima de hipertensos e/ou diabéticos pretos e pardos do Brasil (BRASIL, 2022a). Assim, para a presente pesquisa, seria necessário ter uma população amostral de, ao menos, 81 quilombolas, para que esta fosse representativa da população estudada. O total de 115 quilombolas compuseram a amostra desta pesquisa, sendo 75 hipertensos, 11 diabéticos e 29 com hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus*.

Foram incluídas na pesquisa pessoas hipertensas e/ou diabéticas maiores de 18 anos de idade, que apresentavam tempo de diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes *mellitus* igual ou superior a três meses e que se encontravam em casa e disponíveis para a entrevista. Não foram incluídos no estudo, todavia, os quilombolas que estavam viajando para outra cidade na ocasião das coletas, as pessoas acometidas por acidente vascular cerebral, as gestantes, uma mulher e um homem que possuíam deficiência auditiva, bem como um homem com doença de Alzheimer.

4.3 Coleta de Dados e Variáveis Estudadas

A coleta de dados foi aplicada durante o período transcorrido de 21 de junho de 2021 a 04 de setembro de 2021, por meio de entrevista face-a-face, utilizando-se o formulário intitulado “Conhecimento do Controle Dietético na Hipertensão Arterial e no Diabetes *Mellitus*” (APÊNDICE A), o qual foi desenvolvido pelos pesquisadores e valeu-se da adição e adaptação de três questões contidas em um questionário sobre conhecimentos em nutrição para adultos (GUADAGNIN, 2010).

No início, experimentou-se realizar as coletas na ocasião de atividades coletivas das equipes de ESF, ocorridas nas dependências de barracões ou escolas das comunidades, com fins de vacinação contra influenza, preenchimento da caderneta de saúde da pessoa idosa, etc. O percurso até as comunidades era feito através de automóveis que estavam à disposição das equipes e em datas previamente pré-estabelecidas a partir do cronograma mensal de atividades, que era montado de acordo com os dias da semana que cada equipe de ESF trabalhava.

Contudo, em função da incompatibilidade de datas disponíveis para as idas às comunidades quilombolas, bem como da menor produtividade decorrente da aplicação do

formulário junto às visitas de ESF, uma vez que o tempo médio de pesquisa com cada quilombola levava, no mínimo, 30 minutos e as visitas da ESF às comunidades tomavam, no máximo, 2 horas, optou-se por desenvolver nova metodologia para dar seguimento à presente pesquisa. A partir de então, em dias agendados previamente com os ACS, que se mostraram muito solícitos em colaborar com este estudo, foi iniciada a aplicação da pesquisa nos domicílios das pessoas participantes.

As datas marcadas para a realização da coleta de dados foram, em sua maioria, aos sábados. Alguns dias antes, o ACS fazia pessoalmente o convite para a participação na presente pesquisa aos quilombolas cujos nomes estavam contidos na listagem de pessoas hipertensas e/ou diabéticas da comunidade e que, ao mesmo tempo, preenchessem os critérios de inclusão do presente estudo. Acrescenta-se que o convite informal endereçado aos quilombolas participantes deste estudo foi realizado sob circunstâncias próprias do cotidiano do ACS, ou seja, na igreja, no caminho para a roça, em quitandas, ambientes festivos, etc.

No dia agendado para a coleta de dados, a chegada à casa dos ACS se dava às sete horas da manhã. A proximidade entre os ACS e os quilombolas a serem visitados, fazia com que os ACS previssem acertadamente informações sobre o horário em que se acharia determinados quilombolas em casa, se estes estavam viajando, etc. A locomoção entre uma casa e outra se dava mediante o uso das motocicletas dos ACS. Apenas em duas comunidades o itinerário foi realizado a pé. A coleta de dados ocorria tanto no turno matutino quanto no vespertino. No horário de almoço, a casa do ACS era cedida para descanso, retomando-se as coletas por volta das uma hora e trinta minutos da tarde.

De modo geral, houve acolhimento por parte dos quilombolas participantes para com a presente pesquisa. Procurou-se fazê-los compreender de que o presente estudo seria um retrato do atual conhecimento deles acerca de como deve ser a alimentação de pessoas que possuem hipertensão arterial e diabetes *mellitus*. Para com os quilombolas mais idosos, foi demandado um tempo razoavelmente maior para completar a aplicação do formulário, em função da necessidade de repetir as questões não audíveis por eles. As entrevistas foram marcadas ainda pela presença na sala de grande parte dos demais moradores, os quais assistiam curiosos às perguntas feitas. Eram quase sempre mais novos que os quilombolas participantes e não interferiam nas perguntas pessoais, mostrando, desta forma, que estão acostumados com o método de pesquisa empregado; porém, se prontificavam a esclarecer muitas das perguntas de natureza socioeconômica.

Em relação ao instrumento de coleta de dados utilizado na presente pesquisa, este foi dividido em dois blocos. Assim, no primeiro bloco foram coletadas informações

socioeconômicas e demográficas, sondando-se o sexo (feminino e masculino), a idade (30-59 anos e ≥ 60 anos), o tempo de diagnóstico da doença (≤ 5 anos e > 5 anos), a escolaridade (analfabeto/sem escolaridade e com escolaridade), a cor da pele (preta/parda/negra, não preta e outra), a renda mensal *per capita* ($\leq 1/4$ salário mínimo, $> 1/4$ salário mínimo a $1/2$ salário mínimo e $> 1/2$ salário mínimo), a classe social (A, B, C e D/E), obtida a partir da aplicação do Critério Brasil de Classificação Econômica (ABEP, 2021), e o recebimento de benefícios sociais do governo (não e sim).

A partir do segundo bloco do formulário, investigou-se o conhecimento dos quilombolas acerca do controle alimentar, verificando-se os seguintes domínios: A – Percepção da alimentação enquanto uma medida terapêutica para o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*; B – Sondagem de fatores individuais que desfavorecem o controle dietético da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*; C – Conhecimento sobre a influência do estado nutricional e da alimentação nos valores de indicadores usados para avaliação em saúde; D – Conhecimento acerca do conteúdo de gordura e sal de alimentos e da capacidade de combinações alimentares impactarem diferentemente os níveis de açúcar no sangue; E – Conhecimento sobre fontes alimentares de colesterol e gorduras “boas” (insaturadas) e “más” (saturadas e *trans*); e F – Conhecimento sobre informações básicas relacionadas ao uso de açúcares e adoçantes.

Cada um dos conhecimentos coletados sobre o controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* foram analisados ante premissas contidas tanto em diretrizes e posicionamentos da Sociedade Brasileira de Cardiologia (BARROSO et al., 2021; FALUDI et al., 2017; IZAR et al., 2021; e PRÉCOMA et al., 2019), quanto nas diretrizes mais atuais da Sociedade Brasileira de Diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2019) e em uma declaração da *American Heart Association* (LICHTENSTEIN et al., 2021). A organização norte-americana foi incluída com o intuito de apreciar informações não presentes nas publicações sobre alimentação das agências nacionais. Por conseguinte, no presente estudo, os conhecimentos coletados que estavam em consonância com estas premissas foram considerados procedentes e os que estavam em desalinhamento com estas mesmas recomendações foram considerados improcedentes.

4.4 Análise Estatística

Após a coleta, os dados foram digitados no *Microsoft Office Excel®* (2016) e armazenados em banco de dados. Para a verificação da associação entre as variáveis

categóricas do estudo, usou-se o teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher*. A análise estatística foi realizada no *software Stata®*, versão 14.0. O nível de significância adotado foi de 5% (p -valor $<0,05$).

4.5 Aspectos Éticos

Em todas as casas visitadas, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) e sanadas as dúvidas acerca da execução da Pesquisa. Todos os que aceitaram participar do estudo tiveram sua assinatura/registro de digital coletados. A pesquisa cumpriu as diretrizes e as normas expressas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, a qual regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. A anuência para a realização do estudo foi concedida pelo Movimento Quilombola de Bequimão (ANEXO A) e pela Secretaria Municipal de Saúde (ANEXO B).

A aprovação do presente estudo foi concedida pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob nº de parecer 3.801.055 (ANEXO C).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO 1: “Conhecimento do controle dietético de hipertensos e diabéticos quilombolas adultos de Bequimão, Maranhão, Brasil”

A ser submetido à Revista **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, de Categoria A3 no Qualis/Capes (apresentado no modelo de formatação da Revista).

Resumo

Este estudo objetivou investigar o conhecimento sobre o controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* de quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil. Foi realizado um estudo transversal, com 115 quilombolas hipertensos e diabéticos. Usou-se o teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher* ($p < 0,05$) para verificar associações entre as variáveis estudadas. A maioria dos quilombolas tem conhecimentos procedentes sobre sódio, gorduras, fibras, carboidratos e açúcares de mesa e conhecimentos improcedentes em relação ao café e alimentos proteicos. A comercialização afastada das áreas quilombolas dos alimentos tidos como adequados (46,31%), o sabor dos alimentos (36,52%) e a condição econômica (9,75%) aparecem como principais motivos para a não adoção de todas as práticas alimentares consideradas adequadas. Conclui-se que há a necessidade da implementação de políticas públicas que convirjam para a supressão do insuficiente conhecimento quilombola sobre o controle alimentar das doenças estudadas.

Palavras-chave: Saúde da População Negra. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Quilombolas. Hipertensão. Diabetes *Mellitus*.

Knowledge of the dietary control of hypertensive and diabetic Quilombolas from Bequimão, Maranhão, Brazil

Abstract

This study aimed to investigate knowledge about dietary control in arterial hypertension and diabetes mellitus among quilombolas from Bequimão, Maranhão, Brazil. A cross-sectional study was carried out with 115 hypertensive and diabetic quilombolas. The chi-square or Fisher's exact test ($p < 0.05$) was used to verify associations between the studied variables. Most quilombolas have valid knowledge about sodium, fats, fibers, carbohydrates and table sugars and inadequate knowledge about coffee and protein foods. The commercialization far from the quilombola areas of the foods considered adequate (46.31%), the taste of the foods (36.52%) and the economic condition (9.75%) appear as the main reasons for not adopting all practices food considered adequate. It is concluded that there is a need to implement public policies that converge to the suppression of insufficient quilombola knowledge on food control of the studied diseases.

Keywords: Health of the Black Population. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Quilombola Communities. Hypertension. Diabetes *Mellitus*.

Conocimiento del control dietético de Quilombolas hipertensas y diabéticas de Bequimão, Maranhão, Brasil

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo investigar el conocimiento sobre el control dietético en hipertensión arterial y diabetes mellitus entre quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil. Se realizó un estudio transversal con 115 quilombolas hipertensas y diabéticas. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado o exacta de Fisher ($p < 0,05$) para verificar asociaciones entre las variables estudiadas. La mayoría de los quilombolas tienen un conocimiento válido sobre el sodio, las grasas, las fibras, los carbohidratos y los azúcares de mesa y un conocimiento inadecuado sobre el café y los alimentos proteicos. La comercialización lejos de las áreas quilombolas de alimentos considerados adecuados (46,31%), el sabor de los alimentos (36,52%) y la condición económica (9,75%) aparecen como las principales razones para no adoptar todas las prácticas alimentarias consideradas adecuadas. Se concluye que existe la necesidad de implementar políticas públicas que converjan a la supresión del insuficiente conocimiento quilombola sobre el control alimentario de las enfermedades estudiadas.

Palabras clave: Salud de la Población Negra. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. Quilombola. Hipertensión. Diabetes *Mellitus*.

Introdução

A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são doenças que têm ocorrência maior na população preta e parda do Brasil, com a primeira tendendo a ser mais complicada em negros, de ambos os sexos, e a segunda atingindo mais frequentemente os homens negros (9% a mais que os homens brancos) e as mulheres negras (em torno de 50% a mais do que as mulheres brancas)¹. A maior incidência destas doenças na população preta e parda também vem acompanhada por graves iniquidades em saúde que pesam de maneira mais contundente sobre a população negra. Neste contexto, inserem-se as comunidades quilombolas, que são consideradas símbolo da resistência à opressão histórica vivenciada durante o período de escravidão no Brasil².

De modo geral, estas comunidades eram conhecidas pelo caráter camponês de suas práticas alimentares; todavia, por ocasião da incorporação de alimentos processados à rotina alimentar deste grupo racial, admite-se que tenha emergido um novo padrão alimentar quilombola, caracterizado por uma maior inclusão de produtos ultraprocessados e de fácil preparação, tais como macarrão instantâneo, alimentos enlatados e embutidos, refrigerantes e sucos artificiais. As implicações desta transição alimentar, que é atribuída em parte à saída dos jovens das comunidades em busca de empregos nas cidades e à preferência quilombola pela prática extrativista, não se resumiram, no entanto, ao perímetro de uma aculturação alimentar, mas incidiram também sobre o estado nutricional deste grupo étnico, favorecendo o sobrepeso e a obesidade³.

Assim, tomando como base estas premissas, que ilustram a alta prevalência da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* nas populações quilombolas, bem como as iniquidades em saúde que pesam sobre essas comunidades e o novo padrão alimentar existente no interior dos quilombos, o presente estudo teve como objetivo investigar o conhecimento sobre o controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* de quilombolas do município de Bequimão, Maranhão, Brasil.

Método

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com abordagem domiciliar, cuja população foi constituída por hipertensos e diabéticos residentes das

comunidades quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil. O município fica situado na região do litoral ocidental do Maranhão⁴ e possui, ao todo, 11 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, sendo elas: Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria⁵.

A amostra do estudo compreendeu 115 quilombolas, número representativo da população. Esta quantidade de participantes foi obtida por meio de cálculo amostral, considerando: 95% de nível de confiança, 5% de erro amostral, 29,12% de prevalência máxima de hipertensos pretos e pardos do Brasil⁶ e uma população total de 158 quilombolas hipertensos e/ou diabéticos, segundo informações repassadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Bequimão – MA, em junho de 2021⁷.

Foram incluídos na pesquisa as pessoas maiores de 18 anos de idade, que apresentaram tempo de diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes *mellitus* igual ou superior a três meses e que assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ao passo que, aqueles acometidos por acidente vascular cerebral e as gestantes, não integraram a população do estudo.

Por meio de entrevista face-a-face, sondou-se características socioeconômicas, clínicas e de estilo de vida; bem como conhecimentos sobre o controle alimentar na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* dos quilombolas.

As variáveis socioeconômicas, clínicas e de estilo de vida coletadas foram: sexo (feminino e masculino), idade (30-59 anos e ≥ 60 anos), tempo de diagnóstico da comorbidade (≤ 5 anos e > 5 anos), escolaridade (analfabeto/sem escolaridade e com escolaridade), cor da pele (preta/parda/negra, não preta e outra), renda mensal *per capita* ($\leq 1/4$ salário mínimo, $> 1/4$ salário mínimo a $1/2$ salário mínimo e $> 1/2$ salário mínimo), classe social (A, B, C e D/E), benefícios sociais do governo (não e sim), tabagismo (não e sim), ingestão de álcool (não e sim), frequência de ingestão alcoólica (todo dia, semanalmente e esporadicamente), tipo de bebida alcoólica ingerida (cachaça, cerveja, cachaça + cerveja e vinho) e conduta alcoólica (aceitável e inapropriada).

A classe social foi obtida a partir da aplicação do Critério Brasil de Classificação Econômica⁸. Já o consumo de álcool foi mensurado a partir do registro da ingestão por ocasião em lata, litro ou copo (de diferentes capacidades) para cada tipo de bebida consumida. Após a obtenção dos volumes das bebidas, converteu-se os líquidos em doses. Foi considerada ingestão excessiva quando esta ultrapassava

uma dose para mulheres (15g de etanol/dia) e duas doses para homens (30g de etanol/dia)⁹.

Os conhecimentos dos quilombolas sobre o controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* foram coletados a partir de dados relacionados tanto à percepção da alimentação enquanto uma medida terapêutica para o controle das duas doenças, quanto ao entendimento sobre a influência do estado nutricional e da dieta nos valores de indicadores usados para avaliação em saúde. A análise destes conhecimentos ocorreu ante as premissas contidas em diretrizes, declarações e posicionamentos sobre a alimentação na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* publicados recentemente^{10,11,12,13,14,9}.

Foi investigado ainda no presente estudo as razões que impedem os quilombolas hipertensos e diabéticos de aderirem a uma prática alimentar mais adequada à sua doença; bem como a difusão realizada por diferentes fontes de informação no que concerne às condutas dietéticas voltadas ao tratamento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*.

Após a coleta, os dados foram digitados no *Microsoft Office Excel®* e armazenados em banco de dados. Para a verificação da associação entre as variáveis categóricas do estudo, usou-se o teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher*. A análise estatística foi realizada no *software Stata®*, versão 14.0. O nível de significância adotado foi de 5% (p -valor $<0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sob nº de parecer 3.801.055. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados, mediante a leitura e assinatura do TCLE. Foram colhidas as assinaturas ou digitais do polegar da mão dominante para atestar o consentimento em compor a população do Estudo.

Resultados

De acordo com os dados encontrados, observou-se que os quilombolas pesquisados eram, em sua maioria, do sexo feminino (65,22%), idosos (76,52%), com alguma escolaridade (68,70%), de cor preta/parda/negra (64,35%) e hipertensos (65,22%). Quase a totalidade dos quilombolas pertencia às classes sociais D e E (97,39%), com diagnóstico de hipertensão arterial há mais de cinco

anos (62,61%) e diagnóstico de diabetes *mellitus* há tempo menor que cinco anos (82,61%). Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos para a variável renda mensal *per capita* ($p = 0,021$), a qual revelou que as mulheres quilombolas hipertensas e/ou diabéticas viviam com menor renda mensal *per capita* em comparação aos homens (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização socioeconômica dos quilombolas hipertensos e diabéticos, segundo o sexo. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Variável	Total		Sexo				p-valor ²
			Feminino n=75 (65,22%)		Masculino n=40 (34,78%)		
	n	%	n	%	n	%	
Doença							0,470
Hipertensão Arterial	75	65,22	48	64,00	27	67,50	
Diabetes <i>Mellitus</i>	11	9,57	09	12,00	02	5,00	
Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i>	29	25,22	18	24,00	11	27,50	
Idade (anos)							0,269
30-59	27	23,48	20	26,67	07	17,50	
≥60	88	76,52	55	73,33	33	82,50	
Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial (anos)							0,699
≤5	43	37,39	29	38,67	14	35,00	
>5	72	62,61	46	61,33	26	65,00	
Tempo de diagnóstico do diabetes mellitus (anos)							0,590
≤5	95	82,61	63	84,00	32	80,00	
>5	20	17,39	12	16,00	08	20,00	
Escolaridade							0,840
Analfabeto/ Sem escolaridade	36	31,30	23	30,67	13	32,50	
Com escolaridade	79	68,70	52	69,33	27	67,50	
Cor da pele							0,921
Preta/Parda/Negra	74	64,35	49	65,33	25	62,50	
Amarela, Branca e Indígena	04	03,48	03	4,00	01	2,50	
Castanha, Clara, Escura, Fula/Vermelha e Morena	35	30,43	22	29,33	13	32,50	
Não quis informar	02	01,74	01	01,33	01	02,50	
Renda mensal¹							0,817
≤ 1 salário mínimo	57	49,57	37	49,33	20	50,00	
> 1 e ≤ 2 salários mínimos	40	34,78	27	36,00	13	32,50	
> 2 e ≤ 3 salários mínimos	17	14,78	10	13,33	07	17,50	
> 3 e ≤ 4 salários mínimos	01	0,87	01	1,33	-	-	
Moradores na casa							0,450
≤ 2 pessoas	54	46,96	32	42,67	22	55,00	

≥ 3 e ≤ 6 pessoas	54	46,96	38	50,67	16	40,00	
≥ 7 pessoas	07	6,09	05	6,67	02	5,00	
Renda mensal <i>per capita</i>¹							0,021
≤1/4 salário mínimo (≤275 reais)	28	24,35	22	29,33	06	15,00	
>1/4 salário mínimo a 1/2 salário mínimo (>275 a 550 reais)	38	33,04	28	37,77	10	25,00	
> 1/2 salário mínimo (> 550 reais)	49	42,61	25	33,33	24	60,00	
Benefícios sociais do governo							0,287
Não	79	68,70	49	65,33	30	75,00	
Sim	36	31,30	26	34,67	10	25,00	
Classe social							0,957
Classe C	03	2,61	02	2,67	01	2,50	
Classe D/E	112	97,39	73	97,33	39	97,50	
Total	115	100,00	75	100	40	100,00	

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Salário mínimo vigente no ano de 2021 (R\$ 1.100,00).

² Teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher* ($p < 0,05$).

No que tange ao conhecimento dos quilombolas acerca do controle exercido pela alimentação sobre a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, verificou-se que 77,39% da população estudada compreende que a dieta pode exercer papel terapêutico sobre as doenças investigadas. A diferença estatística encontrada revelou ainda que os diabéticos são os que apresentaram esse entendimento em maior proporção ($p = 0,009$). No que diz respeito à oferta de recomendações dietéticas dirigidas à condição cardiometabólica dos quilombolas em ações e serviços de saúde, os que possuíam hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus* foram os mais assistidos ($p = 0,025$), sendo que 72,17% de toda a amostra estudada já recebeu recomendações alimentares do setor Saúde (Tabela 2).

Foi constatado ainda a presença considerável de informações dietéticas advindas de fontes outras às ações e serviços de saúde (60,87%). Esta parcela de quilombolas estudada é principalmente caracterizada por possuir hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus* ($p = 0,001$), idade inferior a 60 anos ($p = 0,040$) e alguma escolaridade ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

No presente estudo, as fontes de informação encontradas que se constituem como alheias ao setor Saúde foram: familiar ou amigo (47,37%), programa de televisão ou de rádio (46,05%), revista ou jornal (2,63%), *Google* (2,63%) e redes sociais (1,31%) (dados não apresentados em tabelas e/ou gráficos).

O peso corporal foi compreendido enquanto fator que influencia os níveis de pressão arterial e açúcar no sangue para 71,30% dos quilombolas. No que tange ao entendimento de que a alimentação influencia os valores de exames de rotina feitos pelos quilombolas, verificou-se que apenas um pouco mais da metade da população estudada já sabia dessa relação (53,04%) e 39,13% dos quilombolas mostrou não saber ou ter certeza sobre ela. Ambos os conhecimentos apresentaram maior disseminação no grupo que possuía alguma escolaridade, em que a relação do peso corpóreo com a pressão arterial e o açúcar sanguíneo apresentou valor de $p < 0,0001$ e a relação da alimentação com exames rotineiros obteve valor de $p = 0,032$ (Tabela 2).

Tabela 2. Percepção dos quilombolas acerca da alimentação como medida terapêutica para o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, segundo a patologia, idade e escolaridade. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Variável	Total		Doença						p-valor ⁶	Idade				p-valor ⁶	Escolaridade				p-valor ⁶
			HA ¹		DM ²		HA e DM ²			30-59		≥60			A ³ / SE ⁴		CE ⁵		
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Alimentação pode ajudar no controle da hipertensão e do diabetes?									0,009					0,060					0,180
Não	05	4,35	02	2,67	-	-	03	10,34		-	-	05	5,68		03	8,33	02	2,53	
Ajuda apenas no controle da hipertensão	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-	
Ajuda apenas no controle do diabetes	01	0,87	-	-	01	9,09	-	-		01	3,70	-	-		-	-	01	1,27	
Ajuda no controle de ambos	89	77,39	56	74,67	10	90,91	23	79,31		24	88,89	65	73,86		24	66,67	65	82,28	
Não sabe/não tem certeza	20	17,39	17	22,67	-	-	03	10,34		02	7,41	18	20,45		09	25,00	11	13,92	
Recebeu através de ações e serviços de saúde, recomendações alimentares para o controle da hipertensão e/ou do diabetes?									0,025					0,811					0,374
Não	32	27,83	27	36,00	02	18,18	03	10,34		08	29,63	24	27,27		12	33,33	20	25,32	
Sim	83	72,17	48	64,00	09	81,82	26	89,66		19	70,37	64	72,73		24	66,67	59	74,68	
Houve outras fontes que forneceram orientações alimentares para o controle da									0,001					0,040					<0,0001

hipertensão e/ou do diabetes?																			
Não	45	39,13	39	52,00	02	18,18	04	13,79		06	22,22	39	44,32		24	66,67	21	26,58	
Sim	70	60,87	36	48,00	09	81,82	25	86,21		21	77,78	49	55,68		12	33,33	58	73,42	
Estar com o peso adequado ou acima do adequado influencia de alguma forma os níveis da pressão arterial e açúcar no sangue?									0,587					0,107					<0,0001
Não	11	9,57	07	9,33	2	18,18	2	6,90		02	7,41	09	10,23		05	13,89	06	7,59	
Influencia apenas nos níveis da pressão arterial	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-	
Influencia apenas nos níveis de açúcar no sangue	01	0,87	01	1,33	-	-	-	-		-	-	01	1,14		01	2,78	-	-	
Influencia no controle de ambos	82	71,30	50	66,67	08	72,73	24	82,76		24	88,89	58	65,91		15	41,67	67	84,81	
Não sabe/não tem certeza	21	18,26	17	22,67	01	9,09	03	10,34		01	3,70	20	22,73		15	41,67	06	7,59	
A alimentação influencia os valores de exames de rotina feitos por você, como por exemplo, Glicemia de Jejum e Colesterol Total?									0,443					0,735					0,032
Não	07	6,09	04	5,33	01	9,09	02	6,90		02	7,41	05	5,68		01	2,78	06	7,59	
Sim	61	53,04	35	46,67	07	63,64	19	65,52		16	59,26	45	51,14		14	38,89	47	59,49	
Sim, mas não influencia todos os	02	1,74	01	1,33	-	-	01	3,45		-	-	02	2,27		-	-	02	2,53	

exames citados																			
Não sabe/não tem certeza	45	39,13	35	46,67	03	27,27	07	24,14		09	33,33	36	40,91		21	58,33	24	30,38	

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Hipertensão Arterial

² Diabetes *Mellitus*

³ Analfabeto

⁴ Sem escolaridade

⁵ Com escolaridade

⁶ Teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher* ($p < 0,05$)

Encontrou-se também proporção considerável de quilombolas que compartilharam de conhecimentos imprecisos acerca do café e dos alimentos fontes de proteínas, expressos em práticas alimentares consideradas adequadas (54,54% e 40,00%, respectivamente), práticas alimentares adotadas (50,00% e 35,55%, respectivamente) e orientações alimentares adquiridas por meio de fontes diversas às ações e serviços de saúde (100,00% e 65,00%, respectivamente) (Tabela 3).

As categorias: “deixar de ingerir o café” e “ingerir sempre o café acompanhado do leite” constituíram as informações imprecisas coletadas sobre o café. Já em relação às informações imprecisas sobre o consumo de proteína, foram obtidas as seguintes categorias: “deixar de consumir a carne bovina/consumir apenas peixe e frango”; “fazer a substituição da carne bovina pelo mingau de farinha de mandioca”; “deixar de consumir a carne de porco ou o peixe de esporão ou o camarão ou o pato”; “consumir menos o peixe e mais a carne bovina”; “dá preferência ao feijão preto” e “deixar de consumir feijão em excesso” (dados não apresentados em tabelas e/ou gráficos).

Todavia, encontrou-se também nas comunidades estudadas conhecimentos precisos, os quais foram expressos por práticas alimentares consideradas adequadas acerca das fontes dietéticas de sódio (98,21%), gorduras (100,00%), fibras (100,00%), carboidratos e açúcares de mesa (96,61%). Encontrou-se ainda as proporções de 98,11%, 100,00%, 100,00% e 96,07%, na devida ordem de nutrientes, para as práticas alimentares adotadas; bem como as equivalências respectivas de 90,00%, 95,65%, 90,47% e 95,65%, para as orientações alimentares adquiridas por meio de fontes diversas às ações e serviços de saúde (Tabela 3).

O ato de “consumir mais frutas ou verduras” (16,26%) apresentou-se como o mais citado no rol das práticas alimentares consideradas adequadas, seguido do ato de “ingerir menos sal” (15,95%). Tratando-se do conjunto das práticas alimentares adotadas, houve uma inversão de posição em relação às duas práticas referidas acima, onde o ato de “ingerir menos sal” foi a prática alimentar mais adotada (17,13%), enquanto o ato de “consumir mais frutas ou verduras” ficou na segunda posição (13,29%) (dados não apresentados em tabelas e/ou gráficos).

Em relação às três práticas alimentares subsequentes do conjunto das práticas consideradas adequadas e do conjunto das práticas adotadas, houve uma aglutinação, o que determinou o mesmo percentual entre elas. Assim, as práticas

que ocuparam as três posições seguintes dos dois conjuntos foram: “restringir o consumo de óleos vegetais e gorduras animais” (9,20%), “consumir mais alimentos cozidos, assados ou grelhados/não consumir frituras” (8,59%) e “consumir menos carne bovina/consumir mais peixe e frango” (7,36%) (dados não apresentados em tabelas e/ou gráficos).

No que diz respeito às recomendações recebidas de fontes divergentes às ações e serviços de saúde, as práticas alimentares que ocuparam as cinco posições primeiras, foram: “consumir mais frutas ou verduras” (13,42%); “restringir o consumo de óleos vegetais e gorduras animais” conjunto a “consumir menos pão, arroz, farinha de mandioca ou outras massas” (6,71%); “ingerir menos sal” conjunto a “deixar de consumir carne de porco ou peixe de esporão ou camarão ou pato” (6,04%); “evitar o consumo de açúcar de adição, bebidas açucaradas ou doces” (5,37%); e “consumir mais alimentos cozidos, assados ou grelhados/não consumir frituras” conjunto a “consumir menos carne bovina/consumir mais peixe e frango” (4,03%) (dados não apresentados em tabelas e/ou gráficos).

Tabela 3. Práticas alimentares consideradas adequadas e adotadas e orientações sobre alimentação recebidas por meio de fontes outras às ações e serviços de saúde dos quilombolas hipertensos e diabéticos, a partir de componentes dietéticos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Variáveis	Sódio		Gorduras		Fibras		Proteínas		Café		Carboidratos e açúcares de mesa		Outras informações alimentares	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Práticas alimentares consideradas adequadas														
Procedentes	55	98,21	74	100,00	55	100,00	33	60,00	05	45,45	57	96,61	-	-
Improcedentes	01	1,78	-	-	-	-	22	40,00	06	54,54	02	3,38	-	-
Práticas alimentares adotadas														
Procedentes	52	98,11	70	100,00	40	100,00	29	64,44	05	50,00	49	96,07	06 ¹	75,00 ¹
Improcedentes	01	1,88	-	-	-	-	16	35,55	05	50,00	02	3,92	02 ²	25,00 ²
Orientações alimentares adquiridas por meio de fontes distintas às ações e serviços de saúde														
Procedentes	09	90,00	22	95,65	19	90,47	07	35,00	-	-	22	95,65	03 ¹	60,00 ¹
Improcedentes	01	1,00	01	4,34	02	9,52	13	65,00	03	100,00	01	4,34	02 ²	40,00 ²

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Conhecimento sobre ingesta de calorias, vinho e alimentos fonte de vitamina C, folato e cálcio.

² Conhecimento sobre ingesta de calorias, proteína animal e alimentos preservados através de congelamento.

O total de 41 quilombolas (35,65%) alegou não conseguir adotar todas as práticas alimentares que consideravam adequadas para o controle das doenças apresentadas. As razões encontradas como impedoras da adesão quilombola à rotina alimentar que melhor atenderia às suas especificidades cardiometabólicas estão descritas na tabela a seguir. Destacaram-se, dentre as justificativas, a comercialização afastada das áreas quilombolas dos alimentos tidos como adequados (46,31%), o sabor (agradável ou não) dos alimentos (36,52%) e o menor recurso financeiro para adquirir os alimentos apropriados (9,75%) (Tabela 4).

Tabela 4. Razões que impedem os quilombolas hipertensos e diabéticos de aderirem a uma prática alimentar mais apropriada à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus*. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Razões encontradas	Total	
	n	%
Os comércios de frutas ou verduras ficam localizados em áreas distantes das regiões quilombolas	12	29,26
A carne bovina (que devia ser consumida com menor frequência) é encontrada com mais facilidade nos comércios localizados nas áreas quilombolas quando comparada ao peixe e ao frango	05	12,19
Dispõe de pouco recurso financeiro para a aquisição de frutas ou verduras	04	9,75
A farinha de mandioca é muito consumida em razão do sabor agradável	03	7,31
Alimentos com muito sal, como o camarão salgado, são muito consumidos em razão do sabor agradável	03	7,31
Os alimentos integrais não são consumidos (ou são pouco consumidos) porque o sabor não é agradável	03	7,31
As frituras são consumidas em razão do sabor agradável	02	4,87
A carne bovina (que devia ser eliminada da alimentação) dá mais sustância que o mingau de farinha de mandioca	01	2,43
A carne bovina é muito consumida em razão do sabor agradável	01	2,43
A carne de porco é muito consumida em razão do sabor agradável	01	2,43
As frutas e verduras não são consumidas (ou são pouco consumidas) porque o sabor não é agradável	01	2,43
O comércio de ovos fica localizado em áreas distantes das regiões quilombolas	01	2,43
O feijão não é consumido (ou é pouco consumido) porque o sabor não é agradável	01	2,43
O leite que precisaria acompanhar o café causa desconfortos gastrointestinais	01	2,43
Os comércios de massas substitutas do arroz ficam localizados em áreas distantes das regiões quilombolas	01	2,43
Considera-se negligente se tratando de adquirir frutas ou verduras	01	2,43
Total	41	100,00

Fonte: Elaboração própria, 2021.

Discussão

O estudo revelou que a maior parte dos quilombolas compartilha de conhecimentos procedentes sobre os componentes dietéticos sódio, gorduras, fibras, carboidratos e açúcares de mesa e de conhecimentos improcedentes acerca

do café e dos alimentos fontes de proteínas; os diabéticos são os que mais compreendem que a alimentação pode auxiliar no controle das doenças estudadas e os que apresentam hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus* têm mais acesso às recomendações dietéticas. Entre aqueles para os quais a adoção das práticas alimentares consideradas adequadas é inexequível, os principais fatores citados como interferentes foram a comercialização afastada das áreas quilombolas dos alimentos tidos como adequados, o sabor dos alimentos e o menor recurso financeiro para aquisição dos alimentos adequados.

Embora tenha representado a proporção maioritária na presente pesquisa, o total dos autodeclarados pretos/pardos/negros (64,35%) foi acentuadamente menor que a soma dos pretos (63,3%), pardos (19,4%) e negros (7,6%) da população quilombola geral do município estudado¹⁵. Destaca-se que a identidade negra tem experimentado uma maior apreensão em todo o território brasileiro. Ao contrapor os dados dos censos demográficos de 2012 e 2021, por exemplo, é possível constatar a diminuição dos que se declaram brancos (de 46,3% para 43,0%), concomitante ao aumento dos que se autopercebem pretos (de 7,4% para 9,1%) e pardos (de 45,6% para 47,0%)¹⁶.

No que se refere aos participantes que nomearam a sua cor de forma distinta às categorias sugestionadas no presente estudo (castanha, clara, escura, fula/vermelha e morena), estes deixaram evidente a existência de uma variada percepção sobre a cor da pele nas comunidades quilombolas bequimãoenses. A maior proporção encontrada para a autodeclaração “morena” (85,71%), eventualmente surge do desdobramento da chamada “democracia racial”, em virtude de sua referência a uma certa valorização desta cor¹⁷.

Em 1970, Gilberto Freyre, chegou a antever que pelo ano 2000 a “morenidade” seria uma característica do homem brasileiro, o qual já estaria imerso numa tendência crescente para pensar sobre si mesmo como um ser moreno. Essa maior valorização da referida cor de pele seria desencadeada por fatores estéticos (a cor morena seria um tipo atraente para brancos e negros puros) e biológicos (a pele escura, isto é, amarela, parda, preta ou morena, seria mais eficiente que a pele alva na resistência ao que houvesse de deletério para o homem, como por exemplo, a luz mais intensa dos trópicos). Em face do exposto, o “ideal da morenidade” conseguiria antecipar a chegada de um panorama social e político de menor divisão

da humanidade, se traduzindo no atalho à brasileira para que o país vivesse em um mundo civilizado¹⁸.

Ainda que a “ideologia do morenamento” (dessa valorização da “morenidade”) seja alienante, em contrapartida, opera como um escape defensivo à afirmação da identidade negra. Os efeitos da ideologia em questão combinados com os estereótipos negativos diretamente associados à cor e à raça negra provocaram o surgimento de um grande número de denominações para designar as cores dos não brancos (do moreno à pessoa de cor, do marrom ao escurinho, etc.). Desse modo, o uso do termo “moreno”, nos dias de hoje, não se restringe tão somente ao mecanismo de negação de si e da negrura do corpo, mas do ponto de vista (inter)subjetivo, via de regra, representa também a afirmação de algo que carrega alguma aceitação social: o ser moreno¹⁷.

Para se apreender o conhecimento dos quilombolas acerca do controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus*, é preciso retomar primeiramente a definição do termo “conhecimento”, que nas investigações em saúde recebe seu significado genérico, ou seja, trata-se de uma informação factual e interpretativa que leva à compreensão/entendimento ou que é útil para se tomar alguma decisão ou desenvolver alguma ação informada previamente¹⁹. Ele ainda é classificado pela Psicologia Cognitiva como declarativo, quando se refere a “saber o quê” (conhecimento sobre fatos) e processual, quando está relacionado ao “saber como”²⁰.

A proporção significativa de quilombolas que compartilha do conhecimento declarativo de que a alimentação contribui para o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* (77,39%), parece acompanhar o aumento da compreensão de questões ligadas à promoção de saúde por parte dos remanescentes de quilombos. Em estudo realizado em Sergipe, por exemplo, com o objetivo de também investigar o conhecimento e as atitudes dos quilombolas frente às medidas para o controle do *Aedes aegypti*, foi evidenciado apropriado entendimento da população estudada quanto ao controle, à proliferação e às arboviroses transmitidas pelo vetor; bem como foram identificadas atitudes adequadas acerca da limpeza da calha e caixa d’água e em relação aos cuidados necessários com o entulho no quintal²¹.

Eventualmente, o crescimento registrado no panorama de acesso a consultas médicas pela população do Brasil, o qual se elevou de 71,2%, em 2013, para 76,2%, em 2019, no âmbito da região Nordeste⁶, pode estar convergindo para uma

eminente mudança no conhecimento dietético das comunidades quilombolas, que pode ser visualizada, na presente pesquisa, através da proporção obtida dos que já receberam, em ações e serviços de saúde, recomendações sobre como alimentar-se adequadamente com fins de controlar a sua doença (72,17%), proporção esta, por sinal, semelhante à descrita acima para o Nordeste.

O achado referente ao maior acesso às recomendações alimentares provenientes de ações e serviços de saúde por parte dos que possuem hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus*, reflete a tendência de elevação do atendimento pela Atenção Primária em Saúde para com a população idosa brasileira que possui multimorbidades (os com idade a partir de 60 anos foram a maioria no presente estudo), a qual aumentou em aproximadamente 12 pontos percentuais no período de 2008 (50%) à 2019 (61,5%). O aumento do registro de atendimento aos idosos brasileiros que possuem apenas hipertensão arterial ou diabetes *mellitus*, no mesmo período de tempo, não foi, entretanto, tão expressivo²².

Destaca-se que a multimorbidade causada pela coexistência das duas doenças estudadas contribui para o aumento do risco de morte em cerca de sete vezes, sobretudo quando resultante de complicações cardiovasculares⁹. Em um outro estudo realizado com a população quilombola idosa do município de Bequimão foi verificado maior prevalência de risco cardiovascular alto (52,7%), medido pelo indicador razão cintura quadril, sendo que, entre as mulheres, principalmente aquelas com idade maior que 70 anos, esse perfil de morbidade foi maior²³.

Os que possuem hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus* também recebiam mais informações alimentares de fontes diversas ao setor Saúde, assim como os menores de 60 anos de idade e aqueles com alguma escolaridade. É provável que a coexistência das duas doenças no indivíduo adulto e com escolaridade tenha a capacidade de despertar maior curiosidade quanto às práticas alimentares adequadas às doenças em questão. E isto leve a uma percepção de necessidade, bem como a uma busca por mais informações com familiares, amigos, programa de televisão, revistas, *internet* e redes sociais, com o objetivo de obter informações úteis para tentar controlar a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* e, desta forma, ter maior qualidade de vida.

Além disso, o fato de os diabéticos apresentarem maior conhecimento sobre o auxílio fornecido pela dieta para o controle da sua doença, em relação aos outros dois grupos (hipertensos e diabéticos/hipertensos), parece ressoar com dados

nacionais. Na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2019, os diabéticos detiveram percentuais que se sobrepuseram aos dos hipertensos no que se refere ao recebimento de algumas recomendações transmitidas em atendimento médico, tais como, manter um padrão de alimentação saudável (94,9%) e preservar o peso adequado (92,1%); ao passo que os hipertensos apresentaram as proporções respectivas de 87,2% e 84,4%, para ambas as recomendações²⁴.

É importante que seja sublinhado que o controle dietético é igualmente importante para as doenças estudadas, o que o faz compor o conjunto das diretrizes da SBC e da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD)^{9,10}.

A parcela dos que não foram alfabetizados ao associar-se a menor compreensão de que o peso corpóreo é um determinante dos valores da pressão arterial e açúcar no sangue, assim como ao menor entendimento sobre o impacto da alimentação nos exames de rotina, reforça o inadequado letramento funcional em saúde como um preditor de risco para a saúde de pessoas com doenças crônicas, isto porque ocasiona dificuldades quanto à compreensão das instruções, da leitura de rótulos, de receitas e bulas de medicamentos. Ao tratar-se de um indivíduo idoso, tais obstáculos podem apresentar impactos mais significativos, uma vez que os baixos níveis de alfabetização da população idosa brasileira se constituem em aspecto influenciador do inadequado letramento funcional em saúde. O *Institute of Medicine* e o *National Academy of Medicine* destacam que o letramento em saúde é multidimensional, resultante de uma complexa convergência entre fatores sociais, serviços de saúde e educação²⁵.

Admite-se que a perda ponderal, quando considerada significativa, ou seja, $\geq 5\%$ do peso inicial, pode reduzir a pressão arterial, bem como as taxas sanguíneas de LDL-c, TG e glicose¹⁴. Para aqueles que detêm diabetes *mellitus* ou pré-diabetes e que estejam com sobrepeso ou obesidade, considera-se que a perda de peso deva ser de pelo menos 5 a 10%, dados os conhecidos efeitos terapêuticos da perda ponderal para a diminuição dos níveis glicêmicos, prevenção ou retardação do desenvolvimento do diabetes *mellitus* e melhora do perfil lipídico²⁶.

Adicionalmente, a proporção encontrada para o desconhecimento ou a falta de certeza de que a alimentação influencia os valores de exames de rotina (39,13%), revelou que, apesar da crença identificada nas comunidades de que a alimentação é capaz de controlar a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, há pouca compreensão sobre as vias pelas quais a alimentação pode conferir

efetivamente o controle das doenças estudadas. Pode-se exemplificar a relação estabelecida entre a alimentação e a obtenção de resultados favoráveis ao controle metabólico de hipertensos e diabéticos citando-se, como exemplo, o efeito de diminuição do risco cardiovascular, advindo da substituição na dieta de gorduras saturadas por insaturadas (monoinsaturadas e polinsaturadas). Tratando-se das gorduras polinsaturadas, estas estão envolvidas na redução de triglicerídeos (TG) plasmáticos e, quando substituem as gorduras saturadas em um plano alimentar, promovem também diminuição da glicemia e da hemoglobina glicada¹². As fibras solúveis, por sua vez, também apresentam efeitos benéficos sobre a glicemia e o metabolismo dos lipídios⁹.

Como exemplo de fontes vegetais de gordura polinsaturada que podem ser encontradas nas comunidades quilombolas estudadas tem-se a macaúba²⁷ e a castanha de caju, que também é fonte de gordura monoinsaturada e exerce redução importante sobre os valores de colesterol total (CT) e LDL-c ao ser incluída num plano alimentar rotineiro²⁸. Além dos efeitos positivos sobre o perfil lipídico, é fundamentado ainda pela literatura científica o impacto de alimentos como a farinha da casca do maracujá, que embora não seja produzida pelas comunidades estudadas, provoca a diminuição dos níveis glicêmicos de pessoas dislipidêmicas e com diabetes *mellitus*⁹.

A maior proporção de conhecimentos procedentes acerca da maioria das fontes dietéticas investigadas (sódio, gorduras, fibras e carboidratos e açúcares de mesa) constitui-se em condição vantajosa para o autocuidado dos quilombolas. Destaca-se que negros, idosos e diabéticos experimentam efeito maior na redução da pressão arterial com a restrição de sódio¹⁰. Em relação às gorduras, é esperado que haja a substituição parcial de gorduras saturadas por insaturadas e que os ácidos graxos *trans* sejam excluídos da dieta, uma vez que aumentam a concentração plasmática de LDL-c e induzem intensa lesão aterosclerótica, condições que culminam em maior risco cardiovascular¹¹.

Há a recomendação para o consumo de, no mínimo, 25 gramas de fibras por dia para a prevenção de doenças cardiovasculares¹¹; bem como também há a indicação de que o consumo de fibra dietética por diabéticos seja de 20 gramas para cada 1000 kcal ingeridas para a consecução do controle glicêmico pós-prandial e dos lipídeos séricos. O consumo de carboidrato, por sua vez, deve ser reduzido, mas não inferior a 130 gramas/dia para adultos; e deve haver ainda a associação do

seu consumo com gorduras monoinsaturadas, fibras e atividade física, o que garante resultados favoráveis em relação ao perfil lipídico, à pressão arterial e a perda de peso em pessoas com diabetes *mellitus*⁹.

No que diz respeito aos açúcares de adição, nos quais se incluem a sacarose e o xarope de milho, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a recomendar, a partir de 2015, o consumo máximo de 5% das calorias do valor energético da dieta¹¹.

A maior proporção de conhecimentos imprecisos acerca do consumo de café e dos alimentos fontes de proteínas deixa evidente mais uma lacuna a ser preenchida no conhecimento dietético dos quilombolas estudados. Destaca-se que, apesar dos estudos publicados ainda não permitirem a obtenção de conclusões consistentes acerca da ingestão de café, o consumo moderado da bebida tem mostrado corroborar para um menor risco de doenças cardiovasculares quando se considera a não ingestão ou o consumo ocasional²⁹. Na falta de evidências experimentais robustas, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial recomendam que o consumo de café não exceda quantidades baixas a moderadas (≤ 200 mg de cafeína), o que se traduz em duas xícaras de 150 mL de café em pó coado, visto que nessa bebida há 235 mg de cafeína para cada 355 mL¹⁰.

No que diz respeito à ingestão de proteína, a *American Heart Association* (AHA) recomenda o consumo de fontes alimentares como plantas, laticínios com baixo teor de gordura ou sem gordura, peixes, frutos do mar e carne ou frango na forma de cortes magros e não processados¹³. Corroboraram a esta recomendação os achados obtidos no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil), os quais apontaram a relação existente entre o consumo de determinados produtos cárneos e o comprometimento dos níveis glicêmicos normais. Nas mulheres, o alto consumo de carne processada esteve associado à ocorrência de resistência insulínica; nos homens, as carnes vermelha e processada associaram-se ao desenvolvimento não só da resistência insulínica como também do diabetes *mellitus*³⁰.

Desta forma, o consumo de fontes alimentares de proteína precisa se deter às formas saudáveis e não ser substituído pela ingestão de fontes alimentares pertencentes a outros grupos, como verificado em uma das categorias de respostas citadas acima. A composição nutricional de 15 a 20% do valor energético da dieta, que é a mesma para indivíduos saudáveis, constitui-se na recomendada proporção de

proteína para os indivíduos diabéticos. Ademais, acrescenta-se que, em indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2, a proteína ingerida parece aumentar a insulina sem elevar as concentrações plasmáticas de glicose, o que reitera a indicação do consumo acertado⁹.

Em relação às razões encontradas como impedoras da adesão quilombola às práticas alimentares consideradas adequadas, a mais mencionada foi a localização longínqua dos comércios de alimentos tidos como apropriados para consumo. Destaca-se que este achado, por si só, conduz à inferência de que não haveria a produção local de produtos alimentares para a subsistência quilombola. Todavia, em pesquisa recente realizada com a população geral dos quilombos do município de Bequimão foi verificado que tanto a criação de animais quanto o cultivo de hortaliças e frutíferas se constituíam em práticas comuns destinadas ao consumo familiar, estando a produção com fins de comercialização restrita a apenas 9%¹⁵.

Destaca-se que na população quilombola geral do município de Bequimão aqueles com idade de 17 a 61 anos compõem 84,7% dos moradores das comunidades, o que deixa subentendido que um pequeno percentual detém idade a partir de 62 anos, por exemplo¹⁵. No presente estudo, a proporção de quilombolas com idade de 60 anos ou mais foi a maioria, com representação de 76,53%. A convergência destes dados com os descritos acima (acerca da prática de criação e cultivo de alimentos para subsistência) corrobora para o pressuposto de que a chegada à terceira idade, ao menos para os quilombolas hipertensos e diabéticos, levaria a um distanciamento das atividades ligadas à produção de alimentos.

Além da maioria idosa identificada e da presunção de abandono das práticas agropecuárias quando chegada a idade de 60 anos, verificou-se também que contingente significativo de quilombolas residem com, no máximo, mais uma pessoa (46,96%), que quase sempre é o cônjuge. A reunião destas três premissas, por sua vez, conduz a dedução de que os quilombolas estudados poderiam deter uma maior dependência de alimentos comprados.

Considerando a escassa destinação do que é produzido ao comércio, ficando cada família dependente da própria produção de alimentos, os quilombolas estudados se veem imersos em desertos alimentares, que dentre os vários conceitos pariformes que lhes são atribuídos, são compreendidos como áreas urbanas ou áreas rurais sem acesso imediato a alimentos frescos, saudáveis e acessíveis. De acordo com o Mapeamento de Desertos Alimentares no Brasil, em 12

das 21 capitais brasileiras analisadas pelo estudo, as localidades do país em que existe uma quantidade menor de estabelecimentos que oferecem alimentos saudáveis são também as áreas onde os chefes dos domicílios têm a menor renda, o que contribui para que as populações mais pobres não tenham na alimentação um mecanismo de promoção de boa saúde³¹.

Os achados acerca do poder econômico da população estudada, onde quase a totalidade dos quilombolas pertencem às classes sociais D e E (97,39%) e parcela expressiva não recebe benefício social do governo (68,70%), sugerem também, sobretudo quando combinados, que possivelmente não há um acesso regular por parte dos quilombolas às práticas alimentares referidas por eles como adotadas. Este contexto econômico, por sua vez, também corrobora a hipótese de que as comunidades estudadas vivenciariam situações coincidentes com cenários próprios de insegurança alimentar e nutricional.

A situação se torna mais agravante quando se considera os lares das mulheres quilombolas hipertensas e/ou diabéticas estudadas, cuja menor renda *per capita* encontrada também acompanha achados nacionais para a população como um todo, onde mais mulheres (30,4%) recebem até 1 salário mínimo em comparação aos homens (22%) e mais mulheres encontram-se sem rendimento em suas ocupações ou recebendo somente benefícios (8,5%) em relação a população masculina (4,5%)³².

A inclusão da pergunta acerca da identificação quilombola nas comunidades certificadas pela FCP no questionário do Censo Demográfico Brasileiro 2022 representa a possibilidade de maior visibilidade deste grupo racial nas Estatísticas Oficiais, uma vez que será possível distinguir os quilombolas dos demais grupos populacionais negros do país. Assim, torna-se possível compreender suas demandas específicas, as quais, como visualizado na presente pesquisa, perpassam pela implementação de ações que promovam aos quilombolas o acesso circunvizinho e regular a alimentos, o conhecimento de formas de preparo agradáveis ao paladar, a compreensão individual sobre a participação dos alimentos no controle de doenças, a elevação do poder de compra e o fomento à produção agropecuária e à comercialização.

Como limitações do presente estudo, destaca-se que não integrou o conjunto de objetivos desta pesquisa a investigação da frequência com que alimentos considerados adequados eram consumidos, uma vez que a pesquisa se delimitou a

investigação do conhecimento já adquirido pelos quilombolas sobre como controlar, por meio da dieta, a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. Desta forma, não se pode verificar a veracidade das práticas alimentares referidas como adotadas pelos quilombolas, o que oportuniza a ocorrência do viés de resposta. Ademais, a natureza transversal e o fato de ter sido desenvolvido em um município selecionado por conveniência, não permite a inferência dos resultados encontrados para outras populações quilombolas.

Todavia, esta pesquisa tem como ponto forte o ineditismo da investigação em populações quilombolas, o que abre caminho para o desenvolvimento de novos estudos com a mesma temática. Em meio aos achados que apresentam lacunas no conhecimento nutricional dos quilombolas estudados, bem como precárias condições econômicas, moradia distante de pontos de venda de alimentos adequados e repulsa ou preferência gustativa a alimentos apropriados ou inapropriados, respectivamente, verifica-se a necessidade da implementação de políticas públicas efetivas e integradas, que convirjam para a supressão dos problemas que perpetuam o insuficiente conhecimento quilombola sobre o controle alimentar das doenças estudadas.

Considerações finais

O presente estudo conduz à conclusão de que as ações e serviços de saúde têm atuado de forma importante no que tange ao oferecimento de recomendações dietéticas para os quilombolas estudados e estes compreendem que há uma relação entre a dieta seguida e o controle da sua doença. Todavia, o atual arcabouço de conhecimento dietético destas populações ainda possui incompletudes, o que impede os quilombolas de se beneficiarem de suficiente acervo cognitivo para a tomada de decisões acerca de sua saúde.

No que diz respeito aos alimentos fontes de sódio, gorduras, fibras e açúcares de mesa, há compreensão por grande parte dos quilombolas quanto a sua recomendação dietética. Em contrapartida, foi detectado limitado conhecimento acerca da influência do café e dos alimentos fontes de proteínas sobre o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*; além da menor compreensão de que o hábito alimentar impacta os resultados de exames de rotina feitos por eles.

Os diabéticos foram os que apresentaram maior entendimento de que a alimentação pode exercer efeito terapêutico sobre as doenças investigadas; os que tinham hipertensão arterial e diabetes *mellitus* de forma conjunta foram os que receberam mais recomendações dietéticas do setor Saúde, bem como eram os que buscavam mais informações em outras fontes de informação. De maneira semelhante, os adultos e aqueles com alguma escolaridade foram os que mais obtinham informações alimentares de fontes diversas às ações e serviços de saúde. A escolaridade relacionou-se ainda com a percepção de que o peso corporal influencia os níveis pressóricos e glicêmicos e de que a dieta seguida pode refletir-se nos exames de rotina.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: MS [internet]. 2017 [citado 10 abr. 2023]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
2. Cardoso CS, Melo LO, Freitas DA. Condições de Saúde nas Comunidades Quilombolas. Rev enferm UFPE on line. 2018; 12(4): 1037-45.
3. Afonso LFC, Corrêa NAF, Silva HP. Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas no Brasil: um balanço da literatura indexada. Segur Aliment Nutr 2020; 27:1-13.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. Conheça cidades e estados do Brasil. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
5. Fundação Cultural Palmares (FCP). Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (Crqs). Informações publicadas no Diário Oficial da União de 22/08/2022. [internet]. 2022 [citado 20 abr. 2023]. Disponível em: https://www.palmares.gov.br/?page_id=37551.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE [internet]. 2020 [citado 20 abr. 2023]. Disponível em:

<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>.

7. Secretaria Municipal de Saúde. Número de hipertensos e diabéticos das comunidades de Aripipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria e informações sobre a cobertura do programa de Estratégia de Saúde da Família [dados não publicados]. Bequimão (Maranhão): Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

8. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021. [internet]. 2021 [citado 20 abr. 2023]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

9. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020. São Paulo: Editora Clannad [internet]. 2019 [citado 20 abr. 2023]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>.

10. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol 2021; 116(3):516-658.

11. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol 2017; 109(2):1-76.

12. Izar MCO, Lottenberg AM, Giraldez VZR, Santos Filho RD, Machado RM, Bertolami A et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. Arq Bras Cardiol 2021; 116(1):160-212.

13. Lichtenstein AH, Appel LJ, Vadiveloo M, Hu FB, Kris-Etherton PM, Rebholz CM et al. Dietary Guidance to Improve Cardiovascular Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation 2021; 144(23): 472-487.

14. Précoma DB, Oliverira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol 2019; 113(4):787-891.

15. Jesus PP, Lourenço CB, Funo ICSA. Comunidades remanescentes de quilombos de Bequimão, MA: caracterização socioeconômica e ambiental. Revisão

de Carolina Batista e Silva Coelho; Romulo Fernando Lemos Gomes. São Luís: Núcleo de Maricultura do Instituto Federal do Maranhão-NUMAR, 2020.

16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos moradores: 2020-2021. Rio de Janeiro: IBGE [internet]. 2022 [citado 20 abr. 2023]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101957>. Acesso em: 05 set. 2022.

17. Costa ES, Schucman L.V. Identidades, Identificações e Classificações Raciais no Brasil: O Pardo e as Ações Afirmativas. Estudos e Pesquisas em Psicologia 2022; 22(2): 466-484.

18. Freyre G. O Brasileiro como Tipo Nacional de Homem Situado no Trópico e, na sua Maioria, Moreno: Comentários em Torno de um Tema Complexo. In: Revista Brasileira de Cultura - Publicação trimestral do Conselho Federal de Cultura. Título do livro. Ano 2. Rio de Janeiro: Ministério de Educação e Cultura; 1970. p. 41-57.

19. Barbosa LB, Vasconcelos SM, Correia LO, Ferreira RC. Estudos de avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. Cien Saude Colet 2016; 21(2):449-62.

20. Carvalho DRS, Nery NML, Santos TM, Cecilio-Fernandes D. Simulação em saúde: história e conceitos cognitivos aplicados. Rev. Inter. Educ. Saúde 2021; 5(1): 9-16.

21. Santos DBC, Gomes MHP, Cardoso LCC, Oliveira LE, Lima SO, Oliveira CCC. Conhecimentos e atitudes sobre o controle do Aedes aegypti em comunidades Quilombolas de Sergipe. Saud Pesq 2021; 14(4).

22. Cesário VAC, Santos MM, Mendes TCO, Souza Júnior PRB, Lima KC. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. Cien Saude Colet 2021; 26(9): 4033-4044.

23. SILVA TC, Martins Neto C, Carvalho CA, Almeida PC, Rodrigues LS, Oliveira BLCA. Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas. Cien Saude Colet 2022; 27(1): 219-230.

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE [internet]. 2020 [citado 20 abr. 2023]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>.

25. Scortegagna HM, Santos PCS, Santos MIPO, Portella MR. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. Esc Anna Nery 2021; 25(4).

26. Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI, Blonde L, Bloomgarden ZT, Bush MA et al. Consensus Statement by The American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2018 Executive Summary. Endocr Pract 2018; 24(1): 91-120.

27. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Tabela Brasileira de Composição de Alimentos. 4. ed. Campinas: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação – UNICAMP; 2011.

28. Mah E, Schulz JA, Kaden VN, Lawless AL, Rotor J, Mantilla LB et al. Cashew consumption reduces total and LDL cholesterol: a randomized, crossover, controlled-feeding trial. Am J Clin Nutr 2017; 105(5): 1070-1078.

29. Lorenzo AD, Curti V, Tenore GC, Nabavi SM, Daglia M. Effects of tea and coffee consumption on cardiovascular diseases and relative risk factors: an update. Curr Pharm Des 2017; 23(17).

30. Aprelini CMO, Luft VC, Velásquez Meléndez G, Schmidt MI, Mill JG, Molina MCB. Consumo de carne vermelha e processada, resistência insulínica e diabetes no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). Rev Panam Salud Publica 2019; 43.

31. Oliveira ES, Jesus AP, Martinez RA. Disponibilidade de acesso a alimentos saudáveis nos municípios da microrregião Ilhéus-Itabuna do Estado da Bahia (Brasil). Finisterra 2021; 56(118): 111-129.

32. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE [internet]. 2022 [citado 20 abr. 2023]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298887>.

6.2 ARTIGO 2: “GORDURAS, SAL E AÇÚCARES DE ALIMENTOS: o conhecimento de adultos quilombolas hipertensos e diabéticos da baixada maranhense”

A ser submetido à revista **Ciência & Saúde Coletiva**, de Categoria A3 no Qualis/Capes (apresentado no modelo de formatação da Revista).

Resumo

O objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento de quilombolas sobre as gorduras, sal e açúcares no controle dietético da hipertensão arterial e do diabetes mellitus, no município de Bequimão, Maranhão, Brasil. Foi conduzido um estudo transversal, com 115 quilombolas, coletando-se características socioeconômicas, clínicas e de estilo de vida e conhecimentos sobre o controle alimentar na hipertensão arterial e no diabetes mellitus. Para a verificação da associação entre as variáveis estudadas, usou-se o teste qui quadrado ou Exato de Fisher ($p < 0,05$). Falta à maioria dos quilombolas conhecimento ou certeza sobre a qualidade da gordura e o teor de sal dos alimentos, bem como sobre a capacidade de aumento do açúcar no sangue propiciado por diferentes combinações alimentares e pelos açúcares de mesa não refinados. É importante a realização de mais pesquisas, a fim de que sejam corretamente identificadas as necessidades de conhecimento dietético das comunidades quilombolas das várias regiões do país.

Palavras-chave: Saúde da População Negra. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Quilombolas. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

FATS, SALT AND SUGARS IN FOOD: the knowledge of hypertensive and diabetic quilombolas from Maranhão

Abstract

The objective of this study was to investigate the knowledge of quilombolas about fats, salt and sugars in the dietary control of arterial hypertension and diabetes mellitus, in the municipality of Bequimão, Maranhão, Brazil. A cross-sectional study was conducted with 115 quilombolas, collecting socioeconomic, clinical and lifestyle characteristics and knowledge about dietary control in arterial hypertension and diabetes mellitus. To verify the association between the studied variables, the chi-square or Fisher's exact test ($p < 0.05$) was used. Most quilombolas lack knowledge or certainty about the quality of fat and salt content of food, as well as the ability to increase blood sugar provided by different food combinations and unrefined table sugars. It is important to carry out more research with the same objective, so that they are correctly identified with the dietary knowledge needs of quilombola communities in the various regions of the country.

Keywords: *Health of the Black Population. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Quilombola Communities. Hypertension. Diabetes Mellitus.*

Introdução

As causas de maior mortalidade no mundo atualmente são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*. Nesse sentido, um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida das populações acometidas por essas doenças é o aumento da sua capacidade de compreender os fenômenos relacionados à sua saúde. O conhecimento, para a Psicologia Cognitiva, pode ser declarativo ou processual. O primeiro é definido como o conhecimento de fatos e coisas, como por exemplo, que o consumo adequado de frutas e legumes pode prevenir a hipertensão arterial. Já o processual é o conhecimento sobre a forma como as ações são executadas, o que pode ser exemplificado pela capacidade de escolher entre dois lanches aquele que é mais saudável¹.

A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são duas doenças que acometem mais frequentemente a população negra do país². Nesse cenário, chama-se a atenção para os grupos quilombolas, que residem em áreas remotas, compostas, em grande parte, por descendentes de escravos fugidos que ainda vivem em vulneráveis condições de vida e saúde. Essas comunidades são encontradas em todas as regiões do Brasil, mas a grande maioria delas está no Nordeste brasileiro, sobretudo na Bahia (30,0%) e no Maranhão (27,7%)³.

Dado à localização longínqua com que estes grupos populacionais se situam em relação aos centros urbanos, torna-se de grande relevância investigar os conhecimentos em saúde que chegaram a essas comunidades no que tange ao controle de doenças que lhes são mais prevalentes. Neste sentido, o objetivo desta pesquisa foi investigar o conhecimento de quilombolas sobre as gorduras, sal e açúcares no controle dietético da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*, no município de Bequimão, Maranhão, Brasil.

Métodos

População e Amostra do Estudo

Estudo transversal, com abordagem domiciliar, cuja população foi constituída por hipertensos e diabéticos residentes nas comunidades quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil. O município fica situado na região do litoral ocidental do Maranhão⁴ e possui, ao todo, 11 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, sendo elas: Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria⁵.

A amostra deste estudo compreendeu 115 quilombolas, número representativo da população investigada, a qual possui 158 quilombolas bequimãoenses hipertensos e/ou diabéticos, segundo informações repassadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Bequimão, em junho de 2021⁶. A quantidade de participantes foi obtida considerando-se 95% de nível de confiança, 5% de erro amostral e 29,12% de prevalência máxima de hipertensos e/ou diabéticos pretos e pardos do Brasil⁷.

Foram incluídos na pesquisa as pessoas maiores de 18 anos de idade, que apresentaram tempo de diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes *mellitus* igual ou superior a três meses e que assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); ao passo que, aqueles acometidos por acidente vascular cerebral e as gestantes, não integraram a população do estudo.

Coleta de Dados e Variáveis Estudadas

Por meio de entrevista face-a-face, utilizando-se um formulário desenvolvido pelos pesquisadores e que se valeu da adição e adaptação de três questões contidas em um formulário sobre conhecimentos em nutrição para adultos⁸, foram verificadas as características socioeconômicas, clínicas e de estilo de vida; bem como conhecimentos sobre as gorduras, sal e açúcares no controle alimentar da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* dos quilombolas.

Assim, foram coletados dados sobre o sexo (feminino e masculino), idade (30-59 anos e ≥ 60 anos), tempo de diagnóstico da doença (≤ 5 anos e > 5 anos), escolaridade (analfabeto/sem escolaridade e com escolaridade), cor da pele (preta/parda/negra, não preta e outra), renda mensal *per capita* ($\leq 1/4$ salário mínimo, $> 1/4$ salário mínimo a $1/2$ salário mínimo e $> 1/2$ salário mínimo), classe social (A, B, C e D/E), benefícios sociais do governo (não e sim), tabagismo (não e sim), ingestão de álcool (não e sim), frequência de ingestão alcoólica (todo dia, semanalmente e esporadicamente), tipo de bebida alcoólica ingerida (cachaça, cerveja, cachaça + cerveja, e vinho) e conduta alcoólica (aceitável e inapropriada).

A classe social foi obtida a partir da aplicação do Critério Brasil de Classificação Econômica⁹. Já o consumo de álcool foi mensurado a partir do registro da ingestão por ocasião em lata, litro ou copo (de diferentes capacidades) para cada tipo de bebida consumida. Após a obtenção dos volumes das bebidas, converteu-se os líquidos em doses. Foi considerada ingestão excessiva quando esta ultrapassava uma dose para mulheres (15g de etanol/dia) e duas doses para homens (30g de etanol/dia)¹⁰.

Avaliou-se também na amostra estudada o conhecimento sobre o conteúdo de gordura e sal de alimentos; o entendimento da capacidade de combinações alimentares impactarem diferentemente os níveis de açúcar no sangue; e a compreensão sobre quais alimentos são

fontes de colesterol, de gorduras que podem fazer bem (insaturadas) e de gorduras que podem trazer malefícios (saturadas e *trans*) à saúde; bem como o conhecimento sobre informações básicas relacionadas ao uso de açúcares e adoçantes.

Análise Estatística

Os dados foram digitados no *Microsoft Office Excel®* (2016) e armazenados em um banco de dados. Para a verificação da associação entre as variáveis categóricas do estudo, usou-se o teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher*. A análise estatística foi realizada no *software Stata®*, versão 14.0. O nível de significância adotado foi de 5% (p -valor $<0,05$).

Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), sob nº de parecer 3.801.055. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados, mediante a leitura e assinatura do TCLE.

Resultados

Os achados do presente estudo mostraram que há nas comunidades quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil mais hipertensos (65,22%) e uma proporção expressiva daqueles que possuem hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus* (25,22%). Os dados socioeconômicos e do estilo de vida, segundo o sexo, estão descritos na Tabela 1.

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos para a renda mensal *per capita* ($p=0,021$) e o consumo de bebida alcoólica ($p=0,027$), revelando que as mulheres em estudo têm menos condição financeira e são menos etilistas que os homens (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e de estilo de vida dos quilombolas hipertensos e diabéticos, segundo o sexo. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Variável	Total		Sexo				p-valor ²
			Feminino 65,22% (n=75)		Masculino 34,78% (n=40)		
	n	%	n	%	n	%	
Doença							0,470
Hipertensão Arterial	75	65,22	48	64,00	27	67,50	
Diabetes <i>Mellitus</i>	11	9,57	09	12,00	02	5,00	
Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i>	29	25,22	18	24,00	11	27,50	
Idade (anos)							0,269
30-59	27	23,48	20	26,67	07	17,50	
≥60	88	76,52	55	73,33	33	82,50	
Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial (anos)							0,699
≤5	43	37,39	29	38,67	14	35,00	
>5	72	62,61	46	61,33	26	65,00	
Tempo de diagnóstico do diabetes <i>mellitus</i> (anos)							0,590
≤5	95	82,61	63	84,00	32	80,00	
>5	20	17,39	12	16,00	08	20,00	
Escolaridade							0,840
Analfabeto/ Sem escolaridade	36	31,30	23	30,67	13	32,50	
Com escolaridade	79	68,70	52	69,33	27	67,50	
Cor da pele							0,838
Preta/Parda/Negra	74	64,35	49	65,33	25	62,50	
Amarela, branca e indígena	04	3,48	03	4,00	01	2,50	
Castanha, clara, escura, fula/vermelha e morena	37	32,17	23	30,67	14	35,00	
Não quis informar							
Renda mensal (em salários mínimos)							0,817
≤ 1	57	49,57	37	49,33	20	50,00	
> 1 e ≤ 2	40	34,78	27	36,00	13	32,50	
> 2 e ≤ 3	17	14,78	10	13,33	07	17,50	
> 3 e ≤ 4	01	0,87	01	1,33	-	-	

Moradores na casa							0,450
≤ 2 pessoas	54	46,96	32	42,67	22	55,00	
≥ 3 e ≤ 6 pessoas	54	46,96	38	50,67	16	40,00	
≥ 7 pessoas	07	6,09	05	6,67	02	5,00	
Renda mensal per capita							0,021
≤ 1/4 salário mínimo (≤ 275 reais) ¹	28	24,35	22	29,33	06	15,00	
> 1/4 salário mínimo a 1/2 salário mínimo (> 275 a 550 reais) ¹	38	33,04	28	37,77	10	25,00	
> 1/2 salário mínimo (> 550 reais) ¹	49	42,61	25	33,33	24	60,00	
Benefícios sociais do governo							0,287
Não	79	68,70	49	65,33	30	75,00	
Sim	36	31,30	26	34,67	10	25,00	
Classe social							0,957
Classe C	03	2,61	02	2,67	01	2,50	
Classe D/E	112	97,39	73	97,33	39	97,50	
Bebida alcoólica							0,027
Não	86	74,78	61	81,33	25	62,50	
Sim	29	25,22	14	18,67	15	37,50	
Frequência de ingestão de bebida alcoólica							0,477
Todo dia	04	13,79	01	7,14	03	20,00	
Semanalmente	03	10,34	01	7,14	02	13,33	
Esporadicamente	22	75,86	12	85,71	10	66,67	
Tipo de bebida alcoólica							0,205
Cachaça	05	17,24	01	7,14	04	26,67	
Cerveja	19	65,52	11	78,57	08	53,33	
Cachaça e cerveja	02	6,90	-	0,00	02	13,33	
Vinho	03	10,34	02	14,29	01	6,67	
Conduta de ingestão de bebida alcoólica							0,119
Aceitável	05	17,24	04	28,57	01	6,67	
Inapropriada	24	82,76	10	71,43	14	93,33	
Tabagismo							0,410
Não	106	92,17	68	90,67	38	95,00	
Sim	09	7,83	07	9,33	02	5,00	
Total	115	100,00	75	100,00	40	100,00	

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Salário mínimo vigente no ano de 2021 (R\$ 1.100,00).

² Teste qui quadrado ou Exato de Fisher ($p < 0,05$).

Sobre as gorduras presentes nos alimentos, obteve-se proporção de 73,91% de acertos em relação a qual porção de alimento (1 fatia pequena de bolo com recheio ou 1 pão branco) possui maior composição de gordura. Todavia, a maioria dos quilombolas estudados não sabia

distinguir ou tinha certeza sobre a qualidade da gordura (se gordura conhecida como “boa” ou “má” à saúde) presente na castanha de caju (69,57%), sardinha fresca (62,61%), carne de boi (58,26%), macaúba (71,30%) e pastel (62,61%) (Tabela 2).

Observou-se ainda que 57,39% dos entrevistados não sabiam ou tinham certeza acerca de qual alimento era fonte de colesterol (se alimento de origem animal ou vegetal), sendo os homens ($p=0,043$) e os hipertensos ($p=0,002$) os que mais possuíam essa falta de informação ou dúvida. Encontrou-se também diferença estatística significativa ao se considerar a doença apresentada, os diabéticos ($p=0,002$) foram os que mais erraram a pergunta sobre o alimento fonte de colesterol (Tabela 2).

Tabela 2. Entendimento prático de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca das gorduras de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Pergunta	Total		Sexo				p-valor ³	Doença						p-valor ³
			Feminino		Masculino			HA ¹		DM ²		HA e DM		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
O que você acredita que contém mais gordura: 1 fatia pequena de bolo com recheio ou 1 pão branco?							0,705							0,762
Acertos	85	73,91	58	77,33	27	67,50		54	72,00	10	90,91	21	72,41	
Erros	17	14,79	10	13,33	07	17,50		11	14,66	01	9,09	05	17,24	
Não sabe/não tem certeza	13	11,30	07	9,33	06	15,00		10	13,33	0	0,00	03	10,34	
Quais dos alimentos abaixo você acredita que possuem gorduras “boas” e gordura “más”?														
Castanha de caju							0,568							0,835
Acertos	22	19,13	15	20,00	07	17,50		13	17,33	03	27,27	06	20,69	
Erros	13	11,30	10	13,33	03	7,50		10	13,33	01	9,09	02	6,90	
Não sabe/não tem certeza	80	69,57	50	66,67	30	75,00		52	69,33	07	63,64	21	72,41	
Sardinha (peixe fresco)							0,321							0,939
Acertos	33	28,70	25	33,33	08	20,00		20	26,67	04	36,36	09	31,03	
Erros	10	8,70	06	8,00	04	10,00		06	8,00	01	9,09	03	10,34	
Não sabe/não tem certeza	72	62,61	44	58,67	28	70,00		49	65,33	06	54,55	17	58,62	
Carne de boi							0,113							0,867
Acertos	45	39,13	33	44,00	12	30,00		27	36,00	05	45,45	13	44,83	
Erros	03	2,61	03	4,00	-	-		02	2,67	-	-	01	3,45	
Não sabe/não tem certeza	67	58,26	39	52,00	28	70,00		46	61,33	06	54,55	15	51,72	
Macaúba							0,248							0,359
Acertos	20	17,39	16	21,33	04	10,00		14	18,67	02	18,18	04	13,79	
Erros	13	11,30	07	9,33	06	15,00		07	9,33	-	-	06	20,69	
Não sabe/não tem certeza	82	71,30	52	69,33	30	75,00		54	72,00	09	81,82	19	65,52	
Pastel							0,232							0,468
Acertos	43	37,39	31	41,33	12	30,00		25	33,33	05	45,45	13	44,83	
Erros	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-	

Não sabe/não tem certeza	72	62,61	44	58,67	28	70,00		50	66,67	06	54,55	16	55,17	
Qual desses alimentos possui colesterol: peixe, arroz ou ambos?							0,043							0,002
Acertos	08	6,96	05	6,67	03	7,50		07	9,33	-	-	1	3,45	
Erros	41	35,66	32	42,66	09	22,50		16	21,33	08	72,73	17	58,62	
Não sabe/não tem certeza	66	57,39	38	50,67	28	70,00		52	69,33	03	27,27	11	37,93	

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Hipertensão Arterial

² Diabetes *Mellitus*

³ Teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher* ($p < 0,05$)

No que diz respeito ao sal dos alimentos, houve mais acertos dados por mulheres ($p<0,0001$) tratando-se da quantidade de sal (muito ou pouco) existente nos temperos industrializados. Os diabéticos ($p=0,009$), por sua vez, ofereceram mais respostas corretas acerca da quantidade de sal presente na salsicha, ao passo que os que possuem hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus* ($p=0,020$) deram respostas mais corretas à pergunta sobre o teor de sal do macarrão instantâneo. Verificou-se ainda que a quantidade de sal existente no catchup e em temperos industrializados é indefinida por 54,78% e 47,83% da população estudada, respectivamente, ao passo que o sal de vegetais cozidos e do alho e cheiro verde é conhecido por 99,13% e 97,39% dos quilombolas, respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3. Entendimento prático de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca do sal de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Pergunta	Total		Sexo				p-valor ³	Doença						p-valor ³
			Feminino		Masculino			HA ¹		DM ²		HA e DM		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Quais dos alimentos abaixo você acredita que possuem muito ou pouco sal?														
Catchup							0,166							0,420
Acertos	26	22,61	21	28,00	05	12,50		15	20,00	03	27,27	08	27,59	
Erros	26	22,61	16	21,33	10	25,00		14	18,67	03	27,27	09	31,03	
Não sabe/não tem certeza	63	54,78	38	50,67	25	62,50		46	61,33	05	45,45	12	41,38	
Salsicha							0,058							0,009
Acertos	57	49,57	39	52,00	18	45,00		28	37,33	09	81,82	20	68,97	
Erros	21	18,26	17	22,67	04	10,00		17	22,67	01	9,09	03	10,34	
Não sabe/não tem certeza	37	32,17	19	25,33	18	45,00		30	40,00	01	9,09	06	20,69	
Vegetais cozidos							0,463							0,764
Acertos	114	99,13	74	98,67	40	100		74	98,67	11	100,00	29	100,00	
Erros	01	0,87	01	1,33	-	-		01	1,33	-	-	-	-	
Não sabe/não tem certeza	-	-	-	-	-	-								
Macarrão instantâneo							0,404							0,020
Acertos	53	46,09	37	49,33	16	40,00		27	36,00	05	45,45	21	72,41	
Erros	33	28,70	22	29,33	11	27,50		25	33,33	04	36,36	04	13,79	
Não sabe/não tem certeza	29	25,22	16	21,33	13	32,50		23	30,67	02	18,18	04	13,79	
Temperos industrializados							0,000							0,221
Acertos	49	42,61	43	57,33	06	15,00		27	36,00	05	45,45	17	58,62	
Erros	11	9,57	06	8,00	05	12,50		07	9,33	02	18,18	02	6,90	
Não sabe/não tem certeza	55	47,83	26	34,67	29	72,50		41	54,67	04	36,36	10	34,48	
Alho e cheiro verde							0,115							0,214
Acertos	112	97,39	74	98,67	38	95,00		74	98,67	10	90,91	28	96,55	
Erros	01	0,87	01	1,33	-	-		01	1,33	-	-	-	-	
Não sabe/não tem certeza	02	1,74	-	-	02	5,00		-	-	01	9,09	01	3,45	

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Hipertensão Arterial

² Diabetes *Mellitus*

³ Teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher* ($p < 0,05$)

Em relação ao entendimento dos quilombolas sobre os açúcares de alimentos, obtiveram-se percentuais mais relevantes para o desconhecimento ou falta de certeza (53,04%) sobre a capacidade de determinadas combinações alimentares aumentarem mais rapidamente que outras o açúcar no sangue (Tabela 4).

Destaca-se ainda que a pergunta que tratava se o consumo de uma porção de fibra (2 fatias pequenas de manga) combinada a uma porção de carboidrato (1 pedaço pequeno de macaxeira) aumenta mais rápido ou não o açúcar no sangue que o consumo combinado de duas porções de carboidratos (1 pedaço pequeno de macaxeira com 1/2 espiga de milho pequena) foi a que obteve menos acertos e mais erros pelos quilombolas em geral ($p=0,034$) (Tabela 4).

Os hipertensos foram ainda os que mais apresentaram desconhecimento ou falta de certeza acerca da pergunta referida acima (se uma combinação com alimento fonte de fibra tem mais capacidade ou não de aumentar o açúcar no sangue que uma combinação somente de carboidratos) ($p=0,034$) (Tabela 4).

Os hipertensos também foram, por sua vez, os que mais responderam deter desconhecimento ou falta de certeza se o consumo de duas porções de carboidratos (2 colheres de sopa de arroz branco com 2 colheres de sopa de farinha de mandioca) aumenta mais rápido ou não o açúcar no sangue que o consumo de uma porção de carboidrato (2 colheres de sopa de farinha de mandioca) combinada a uma porção de proteína (2 pedaços pequenos de peixe cozido) ($p=0,005$) (Tabela 4).

Em relação aos açúcares de mesa, notou-se que 37,39% dos entrevistados acredita que quando o açúcar não é refinado este não contribui para o aumento significativo da glicemia, embora a maioria (60,00%) não saiba ou tenha certeza do efeito destes açúcares sobre a glicemia, indefinição esta que se mostrou mais presente nos hipertensos ($p=0,001$) (Tabela 4).

Apesar do pouco conhecimento sobre o aumento do açúcar no sangue proporcionado por diferentes combinações de alimentos e pelos açúcares de mesa, a maioria dos quilombolas respondeu corretamente tanto à pergunta sobre a existência de uma quantidade máxima que é segura para se ingerir cada adoçante (84,35%), que obteve mais acertos dos quilombolas com hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus* ($p=0,031$), quanto à questão que tratava sobre a necessidade dos adoçantes no tratamento do diabetes (67,83%) (Tabela 4).

Tabela 4. Entendimento prático de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca dos açúcares de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Pergunta	Total		Sexo				p-valor ³	Doença						p-valor ³
			Feminino		Masculino			HA ¹		DM ²		HA e DM		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Qual dessas combinações de alimentos você acredita que aumenta mais rápido o açúcar no sangue?														
2 colheres de sopa de arroz branco + 2 colheres de sopa de farinha de mandioca OU 2 colheres de sopa de farinha de mandioca + 2 pedaços pequenos de peixe cozido							0,756							0,005
Acertos	40	34,78	27	36,00	13	32,50		17	22,67	06	54,55	17	58,62	
Erros	14	12,17	10	13,33	04	10,00		12	16,00	01	9,09	01	3,45	
Não sabe/não tem certeza	61	53,04	38	50,67	23	57,50		46	61,33	04	36,36	11	37,93	
2 fatias pequenas de manga + 1 pedaço pequeno de macaxeira OU 1 pedaço pequeno de macaxeira + 1/2 espiga de milho pequena							0,220							0,034
Acertos	23	20,00	13	17,33	10	25,00		16	21,33	02	18,18	05	17,24	
Erros	31	26,96	24	32,00	07	17,50		13	17,33	05	45,45	13	44,83	
Não sabe/não tem certeza	61	53,04	38	50,67	23	57,50		46	61,33	04	36,36	11	37,93	
2 colheres de sopa de abacate + 1 colher de sopa de farinha de mandioca OU 1 colher de sopa de farinha de mandioca + 1 fatia fina de batata doce							0,777							0,114
Acertos	45	39,13	31	41,33	14	35,00		24	32,00	05	45,45	16	55,17	
Erros	09	7,83	06	8,00	03	7,50		05	6,67	02	18,18	02	6,90	
Não sabe/não tem certeza	61	53,04	38	50,67	23	57,50		46	61,33	04	36,36	11	37,93	
Quais das afirmações abaixo, sobre açúcares e adoçantes, são verdadeiras e quais são falsas?														
O açúcar mascavo tem capacidade bem menor de aumentar o açúcar no sangue em comparação ao							0,268							0,001

<i>branco</i>														
Acertos	03	2,61	02	2,67	01	2,50		02	2,67	01	9,09	-	-	
Erros	43	37,39	32	42,67	11	27,50		18	24,00	07	63,64	18	62,07	
Não sabe/não tem certeza	69	60,00	41	54,67	28	70,00		55	73,33	03	27,27	11	37,93	
<i>Cada adoçante possui uma quantidade máxima que pode ser consumida diariamente por cada pessoa</i>							0,242							0,031
Acertos	97	84,35	65	86,67	32	80,00		59	78,67	10	90,91	28	96,55	
Erros	02	1,74	02	2,67	-	-		01	1,33	01	9,09	-	-	
Não sabe/não tem certeza	16	13,91	08	10,67	08	20,00		15	20,00	-	-	01	3,45	
<i>Os adoçantes não são essenciais para o tratamento do diabetes, apenas dão o sabor doce para as preparações alimentares</i>							0,059							0,051
Acertos	78	67,83	56	74,67	22	55,00		45	60,00	08	72,73	25	86,21	
Erros	11	9,57	07	9,33	04	10,00		07	9,33	02	18,18	02	6,90	
Não sabe/não tem certeza	26	22,61	12	16,00	14	35,00		23	30,67	01	9,09	02	6,90	

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Hipertensão Arterial

² Diabetes Mellitus

³ Teste qui quadrado ou Exato de Fisher (p<0,05)

Discussão

O Estudo revelou que a maior parte dos quilombolas desconhece ou têm pouca informação em relação às diferentes gorduras de alimentos, ou seja, que existem as que podem ser benéficas e as que podem fazer mal à saúde de pessoas hipertensas e diabéticas; ao teor de sal presente no catchup e nos temperos industrializados; aos diferentes aumentos da glicemia propiciados por combinações alimentares específicas; bem como ao efeito de elevação significativa do açúcar no sangue ao se consumir açúcares de adição não refinados. Todavia, em relação aos adoçantes, houve maior conhecimento sobre seu uso, com a maioria dos quilombolas estudados compreendendo que há um limite máximo de ingestão destes e que sua utilidade está apenas no sabor doce que proporcionam, não compondo o tratamento indicado ao diabetes *mellitus*.

O total encontrado para os autodeclarados pretos/pardos/negros da população estudada (64,35%) se mostrou expressivo, todavia, há referência sobre uma apreensão ainda maior da identidade negra por parte das comunidades quilombolas bequimãoenses. Em estudo realizado com a população geral dos quilombos do município de Bequimão, foi verificado que uma proporção de 90,3% dos quilombolas se autoreconhecia como preto, pardo ou negro¹¹.

A maioria hipertensa no presente estudo (65,22%) parece refletir a proporção maioritária de hipertensos no Brasil, os quais perfazem 26,3% da população brasileira, número praticamente três vezes maior que a população de diabéticos no Brasil, cuja prevalência é de 9,1%⁷.

Destaca-se que a hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular, em que o indivíduo apresenta muito mais aterosclerose, levando ao acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência vascular periférica e doença renal. Além da hipertensão arterial, outras doenças, como por exemplo, o diabetes

mellitus, a obesidade, o sedentarismo e a dislipidemia, bem como fatores socioeconômicos, tais como o baixo nível de escolaridade e renda, também se constituem em fatores predisponentes ao risco cardiovascular¹².

A baixa condição socioeconômica encontrada no presente estudo, expressa tanto pela quase inteireza da população amostral pertencendo às classes sociais D ou E (97,39%), quanto pela maior parcela correspondente aos que não recebem benefícios sociais do governo (68,70%) ilustram a condição de vulnerabilidade para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares a qual estas populações estão submersas.

Destaca-se que a entrada no Programa Bolsa Família, por exemplo, pode acontecer mesmo se a família não tiver crianças ou adolescentes, caso a renda mensal per capita for de até 105 reais (situação de extrema pobreza). Já as Cestas de Alimentos para Famílias Quilombolas são destinadas aos que configuram situação de vulnerabilidade e insegurança alimentar e nutricional; ao passo que o Programa Auxílio Gás contempla famílias com renda familiar mensal per capita menor ou igual a meio salário-mínimo. Na presente pesquisa, o contingente de 57,39% dos quilombolas vive com até meio salário-mínimo (R\$ 550,00), o que denota que estas populações não estão recebendo a proteção social que lhe é devida¹³.

Sendo a hipertensão arterial e também as condições socioeconômicas desfavoráveis fatores que estão mais associados ao risco cardiovascular, é presumível que a população quilombola hipertensa e diabética de Bequimão, Maranhão, Brasil, detenha risco cardiovascular importante. Em um estudo recente conduzido com as pessoas idosas de todas as 11 comunidades quilombolas bequimãoenses, foi evidenciado a presença do risco cardiovascular elevado na maior parte da população estudada (52,7%), assim como também foi demonstrado que o referido risco é maior entre as mulheres quilombolas idosas e em todas as suas faixas etárias ($p=0,001$)³.

Considerando que os achados sobre o risco cardiovascular da pesquisa que investigou idosos quilombolas bequimãoenses podem ser transpostos ao presente estudo, onde obteve-se parcela maior de mulheres (65,22%) e de quilombolas com idade a partir de 60 anos (76,52%), depreende-se que o controle dos níveis da pressão arterial e açúcar no sangue por meio da adesão a uma alimentação adequada às duas doenças estudadas se faz de suma importância para a prevenção de eventos cardiovasculares nestas populações. Todavia, a prática de uma alimentação que promova esse controle só é possível quando antecedida de um conhecimento dietético satisfatório, que englobe os benefícios produzidos pelos alimentos para com a pressão arterial, o açúcar no sangue e o metabolismo como um todo das pessoas hipertensas e diabéticas.

Acerca da conduta alcoólica dos quilombolas, diferentemente dos achados da presente pesquisa (em que 82,76% do público etilista ingeria excessivamente bebida alcoólica), um estudo com adultos quilombolas do estado do Rio Grande do Sul obteve prevalência de apenas 8,2% para a ingesta alcoólica inapropriada¹⁴. Apesar destes dois estudos fazerem alusão a um pressuposto contraste entre os conhecimentos sobre o consumo alcoólico adequado das regiões Nordeste e Sul do país, a última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) apontou que 66,5% das pessoas acometidas pela hipertensão arterial e 71,6% das que detêm diabetes *mellitus* compartilham da recomendação de não beber excessivamente¹⁵.

Recentemente, um estudo prospectivo com quase 100 mil indivíduos, reiterou a imprescindibilidade de continuar orientando a população como um todo sobre a necessidade de respeitar a ingesta diária máxima de etanol. Os resultados obtidos na pesquisa em questão conduziram à conclusão já disseminada em redações de diretrizes nutricionais de que é a quantidade de bebida alcoólica ingerida em cada ocasião (e não a frequência de consumo na semana) que se traduz em fator que pode propiciar o desenvolvimento da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*¹⁶.

Ressalta-se que a predisposição ao risco cardiovascular dos quilombolas bequimãoenses hipertensos e diabéticos também ocorre como consequência da maior proporção encontrada no presente estudo de desconhecimento ou falta de certeza sobre a qualidade das gorduras dos alimentos (se benéficas ou não à saúde). Isto porque as gorduras monoinsaturadas, exemplos de gorduras que fazem bem à saúde, ao serem consumidas em substituição às gorduras saturadas (conhecidas como gorduras que fazem mal à saúde), diminuem o risco cardiovascular¹⁷. Estas gorduras monoinsaturadas estão presentes no óleo de canola, amendoim e castanha-de-caju¹⁸.

As evidências acerca da diminuição deste risco são, contudo, mais robustas quando se trata das gorduras polinsaturadas, também exemplos de gorduras conhecidas por serem benéficas à saúde. Estas gorduras contribuem de forma significativa para a redução dos triglicerídeos (TG) e para o aumento discreto das lipoproteínas de alta densidade (HDL-c)¹⁷, bem como para a redução do colesterol total (CT) e das lipoproteínas de baixa densidade (LDL-c)¹⁹. As gorduras polinsaturadas são encontradas em alimentos como a castanha-do-pará e os óleos de girassol, milho e soja¹⁸.

O achado de que os homens e os hipertensos quilombolas são os que mais desconhecem os diferentes tipos de gorduras de alimentos e, conseqüentemente, seus efeitos, se traduz em um importante dado epidemiológico, posto que os homens, em comparação às mulheres, tendem a ter risco cardiovascular mais alto, como já concluído pelo Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)²⁰. Ademais, a hipertensão arterial é tida como o principal fator de risco no mundo para morte e doenças cardiovasculares. Além do gênero e da comorbidade presente, no Brasil e em países desenvolvidos, fatores do ambiente, tais como baixo nível socioeconômico e moradia em áreas residenciais mais pobres, também contribuem para o aumento da mortalidade por eventos cardiovasculares¹².

Destaca-se que o não conhecimento acerca do teor de sal presente no catchup e nos temperos industrializados de boa parte dos quilombolas estudados pode ser resultante do ainda vigente modelo de rotulagem nutricional, que é excludente e não alinhado ao nível educacional da população brasileira, que possui 29% de analfabetos funcionais²¹. Admite-se que a implementação da rotulagem nutricional frontal trará importantes avanços, com a declaração das quantidades de açúcares adicionados, gorduras saturadas e sódio na parte mais visível das embalagens. Entretanto, esta medida não beneficia pessoas analfabetas e crianças pequenas (que estão desenvolvendo suas preferências alimentares), visto que não há uma transmissão concomitante no formato de desenho ilustrativo, onde seja possível identificar, sem precisar da habilidade de leitura textual, qual o(s) nutriente(s) que está(ão) em excesso²².

No que se refere ao desconhecimento por parte da maioria dos quilombolas acerca da possibilidade de controle dos níveis de açúcar no sangue a partir de combinações alimentares em que o alimento fonte de carboidrato é posto em associação a um alimento fonte de proteína, fibra ou gordura, é possível constatar que também falta a estas populações conhecimentos dito “processuais” sobre o controle dietético, ou seja, conhecimentos que são retidos pela memória de longo prazo. Este achado implica na detecção de que às informações em saúde que chegam a essas comunidades não são periodicamente reforçadas. Como consequência, os quilombolas não desenvolveram a capacidade de fazer escolhas adequadas em relação aos alimentos que poderão compor cada uma de suas refeições.

Dá-se ênfase às diferentes respostas glicêmicas pós-prandiais que o carboidrato, a proteína, a gordura e a fibra oferecem isoladamente. Os carboidratos são totalmente convertidos em glicose, em um período que varia de 15 minutos a 2 horas. As proteínas, por sua vez, passam por essa conversão numa proporção de 35 a 60% e durante o intervalo de 3 a 4 horas. Já as gorduras têm apenas 10% de sua composição transformada em glicose, de 3 a 5 horas depois. As fibras, que geralmente acompanham os alimentos fonte de carboidratos,

quando classificadas como solúveis, também oferecem um retardamento do aumento glicêmico, e quando de natureza insolúvel, agem contribuindo para a saciedade e para o controle de peso¹⁰.

Embora os hipertensos tenham se constituído no grupo que mais desconhecia os efeitos de diferentes combinações de alimentos contendo o carboidrato sobre a glicemia, não se deve minimizar a importância desse conhecimento para os quilombolas com hipertensão arterial, pois a informação sobre o impacto das combinações de alimentos sobre o açúcar no sangue se faz importante para a manutenção de um adequado peso corporal. É parte das recomendações voltadas às pessoas hipertensas a prevenção do ganho de peso e da obesidade, uma vez que o excesso de peso é reconhecidamente um fator relacionado à elevação da pressão arterial. Em hipertensos, a perda de peso significativa ($\geq 5\%$ do peso inicial) ocasiona a melhora nos níveis de pressão arterial, LDL-c, TG e glicose, retardando, inclusive, o aparecimento do diabetes *mellitus*¹².

Um outro fator que pode contribuir para o excesso de peso é a crença de que os açúcares de mesa não refinados, tais como o açúcar mascavo, não contribuem para o aumento significativo da glicemia, informação esta que é partilhada por um contingente importante de quilombolas hipertensos e/ou diabéticos. Convém ressaltar que o açúcar mascavo e o açúcar refinado produzem aumentos glicêmicos estatisticamente iguais²³. Quando da montagem de um plano alimentar, a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda que a sacarose (ou açúcar de mesa) participe do valor energético total da dieta (VET) em proporção de, no máximo, 5 a 10%. Existem, no entanto, efeitos positivos adicionais para a população diabética quando a sacarose compõe até 5% do VET, atual recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a população sadia¹⁰.

Diferentemente do conhecimento relacionado aos açúcares de mesa, obteve-se na presente pesquisa uma maior proporção de adequado entendimento acerca do uso de

adoçantes. Presumivelmente estas populações não fazem uso deste ingrediente da dieta, visto que, no Brasil, os adoçantes dietéticos apresentam prevalência maior de uso nas classes econômicas A e B²⁴.

Todavia, a investigação deste item alimentar se deu na medida em que se procurava identificar nestas populações a existência de informações equivocadas e que favoreceriam o uso indiscriminado dos adoçantes. De modo geral, os adoçantes não são essenciais para o controle glicêmico. Apenas facilitam pontualmente o convívio social e/ou promovem flexibilidade no plano alimentar. Todavia, convém que sejam utilizados com moderação, dentro dos limites diários recomendados pela OMS e aceitos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁰.

Verifica-se, desta forma, a necessidade da implementação de programas de educação alimentar e nutricional que formem memórias declarativas e processuais a essas comunidades, os quais devem considerar ainda a sua composição majoritária de idosos e os seus baixos níveis educacionais. O conhecimento sobre os alimentos e sua importância para a manutenção da boa saúde nas doenças investigadas, o entendimento quanto às combinações de alimentos que melhor propiciariam os controles glicêmico e do peso corporal, bem como a compreensão sobre as recomendações das porções alimentares e sua frequência de consumo devem ser objetos essenciais desses programas.

As ações de educação alimentar e nutricional, devem, contudo, ser tipificadas de modo a respeitar a singularidade alimentar das comunidades quilombolas. Este exercício de compreender e considerar as tradições alimentares destes grupos raciais faz com que ao se incidir sobre sua rotina alimentar haja, no interior dos quilombos, um desmonte da hegemonização da alimentação e dos sistemas alimentares, que representam uma ameaça tanto aos saberes e modos de viver e produzir dos quilombolas quanto a sua relação intrínseca com os alimentos²⁵.

Acrescenta-se, porém, que as ocorrências de hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, seja em populações quilombolas ou urbanas, estão relacionadas à pandemia de obesidade, que juntamente com a pandemia de desnutrição e as mudanças climáticas constituem uma sindemia global. Na raiz comum desses três problemas está a insustentabilidade dos sistemas alimentares atuais, influenciados por determinantes socioculturais, demográficos e políticos. Nesse sentido, o controle alimentar da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* não perpassa apenas pela oferta de educação alimentar e nutricional, mas também necessita de uma transformação radical no modo de vida, consumo, transporte e alimentação. Para tal, é urgente que haja o fortalecimento e melhoria dos sistemas de saúde, que devem integrar a nutrição e a saúde planetária como um serviço básico²⁶.

Como limitações deste estudo, tem-se a sua natureza transversal e o fato de ter sido desenvolvido em um município selecionado por conveniência, o que não permite a inferência dos resultados encontrados para outras populações quilombolas. Entretanto, destaca-se como ponto forte o ineditismo da investigação em comunidades quilombolas brasileiras.

Conclusão

O presente estudo conduz à conclusão de que a maioria dos quilombolas hipertensos e diabéticos de Bequimão, Maranhão, Brasil, desconhece ou não tem certeza sobre a qualidade da gordura, a presença ou não de colesterol e o teor de sal dos alimentos, bem como sobre a influência dos alimentos fonte de proteína, fibra e gordura nos níveis de açúcar no sangue, com diferenças no conhecimento alimentar entre os sexos e entre as doenças apresentadas. Todavia, conhecimentos apropriados também foram encontrados nessas comunidades, expressos pela correta identificação da existência de teor maior de gordura no bolo com recheio em comparação ao pão branco, do teor de sal existente na salsicha, vegetais cozidos,

macarrão instantâneo e alho e cheiro verde; bem como pelo correto entendimento sobre o uso dos adoçantes.

É necessário que sejam criadas e implementadas ações de educação alimentar e nutricional que respeitem os hábitos e costumes quilombolas, de modo a possibilitar melhor controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* nessas comunidades; bem como é urgente que haja convergência e integração entre as políticas com impacto sobre a saúde, meio ambiente e economia do Sistema Único de Saúde, possibilitando, desta forma, que o sistema alimentar vigente no país seja mais justo, saudável e sustentável, e como consequência, haja a diminuição mais efetiva de fatores de risco, complicações e mortalidade associados ao conjunto das doenças crônicas não transmissíveis.

Referências

1. Barbosa LB, Vasconcelos SM, Correia LO, Ferreira RC. Estudos de avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):449-62.
2. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília: MS, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
3. Silva TC, Martins Neto C, Carvalho CA, Viola PC, Rodrigues LD, Oliveira BL. Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas. *Cien Saude Colet* 2022; 27(1):219-30.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. *Conheça cidades e estados do Brasil*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.

5. Fundação Cultural Palmares (FCP). *Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (Crqs)*. Informações publicadas no Diário Oficial da União de 22/08/2022.

Disponível em: https://www.palmares.gov.br/?page_id=37551.

6. Secretaria Municipal de Saúde. *Número de hipertensos e diabéticos das comunidades de Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria e informações sobre a cobertura do programa de Estratégia de Saúde da Família* [dados não publicados]. Bequimão (Maranhão): Secretaria Municipal de Saúde, 2021.

7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021*. Brasília: MS, 2022.

Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>.

8. Guadagnin, SC. *Elaboração e Validação de Questionário de Conhecimentos em Nutrição para Adultos* [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.

9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). *Critério de Classificação Econômica Brasil*. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021.

Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.

10. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020* [internet]. São Paulo: Editora Clannad, 2019. Disponível em:
<http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>.
11. Jesus PP, Lourenço CB, Funo ICSA. Comunidades remanescentes de quilombos de Bequimão, MA: caracterização socioeconômica e ambiental. Revisão de Carolina Batista e Silva Coelho; Romulo Fernando Lemos Gomes. São Luís: *Núcleo de Maricultura do Instituto Federal do Maranhão-NUMAR*, 2020.
12. Précoma DB, Oliverira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol* 2019; 113(4):787-891.
13. Brasil. Site Oficial do Governo Brasileiro. *Programas Sociais*. Disponível em:
<https://www.gov.br/pt-br/categorias/assistencia-social/programas-sociais>.
14. Pauli S, Bairros FS, Nunes LN, Neutzling MB. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(9):3293-3303.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em:
<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>.

16. Choi JW, Han E, Kim TH. Risk of Hypertension and Type 2 Diabetes in Relation to Changes in Alcohol Consumption: A Nationwide Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19(9): 4941.
17. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol* 2017; 109(2):1-76.
18. Izar MCO, Lottenberg AM, Giraldez VZR, Santos Filho RD, Machado RM, Bertolami A et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. *Arq Bras Cardiol* 2021; 116(1):160-212.
19. Cuppari, L. *Nutrição Clínica no Adulto*. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2019.
20. Zarife AS, Fraga-Maia H, Mill JG, Lotufo P, Griep RH, Fonseca MJM et al. Variabilidade da Pressão Arterial em Única Visita e Risco Cardiovascular em Participantes do ELSA-Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2022; 119(4):505-511.
21. Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF). *INAF Brasil 2018 - Indicador de Alfabetismo Funcional: Resultados preliminares*. Instituto Paulo Montenegro: Ação Social do IBOPE, 2018. Disponível em: https://acaoeducativa.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Inaf2018_Relat%C3%B3rio-Resultados-Preliminares_v08Ago2018.pdf.

22. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *ANVISA aprova norma sobre rotulagem nutricional*. Brasil: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/aprovada-norma-sobrerotulagem-nutricional>.
23. Ferreira, FS; Silva, MAM. Resposta glicêmica do açúcar de coco, sacarose e açúcar mascavo em indivíduos saudáveis. *Brazilian Journal of Health Review* 2021; 4(4): 14427-14437.
24. Arrais PSD, Vianna MPN, Zaccolo AV, Moreira LIM, Thé PMP, Quidute ARP et al. Utilização de adoçantes no Brasil: uma abordagem a partir de um inquérito domiciliar. *Cad Saude Publica* 2019; 35(11).
25. Fontolan MV, Lima RS. A dimensão étnico-racial do Direito Humano à Alimentação Adequada. *Res, Soc Dev* 2022; 11(11): 1-9.
26. Machado AD, Bertolini AM, Brito LS, Amorim MS, Gonçalves MR, Cardoso RAC et al. O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. *Cien Saude Colet* 2021; 26(10):4511-4518.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribuiu para que o conhecimento das comunidades quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil acerca do controle alimentar na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* ganhasse os primeiros contornos de sua elucidação. A maior parte dos quilombolas hipertensos e diabéticos está na terceira idade e se autodeclara preta/parda/negra. As ações e serviços de saúde têm atuado de forma importante no que tange ao oferecimento de recomendações dietéticas para os quilombolas estudados e estes compreendem que há uma relação entre a dieta seguida e o controle da sua doença. Todavia, o atual arcabouço de conhecimento dietético destas populações ainda possui incompletudes, o que impede os quilombolas de se beneficiarem de suficiente acervo cognitivo para a tomada de decisões acerca de sua saúde.

No que diz respeito aos alimentos fontes de sódio, gorduras, fibras e açúcares de mesa, há compreensão por grande parte dos quilombolas quanto a sua recomendação dietética. Uma maior proporção da população estudada também conhece que há teor maior de gordura no bolo com recheio em comparação ao pão branco; sabe identificar o teor de sal (muito ou pouco) presente na salsicha, vegetais cozidos, macarrão instantâneo e alho e cheiro verde; bem como possui correto entendimento sobre o uso dos adoçantes.

Em contrapartida, foi detectado limitado conhecimento acerca da influência do café e dos alimentos fontes de proteínas sobre o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*; além da menor compreensão de que o hábito alimentar impacta os resultados de exames de rotina feitos por eles. Encontrou-se também maior desconhecimento ou falta de certeza sobre a qualidade da gordura da castanha de caju, sardinha fresca, carne de boi, macaúba e pastel; sobre a presença ou não de colesterol nos alimentos; sobre o teor de sal presente no catchup e nos temperos industrializados; sobre a influência de alimentos fonte de proteína, fibra e gordura no aumento mais demorado do açúcar no sangue; e sobre a capacidade de açúcares de mesa não refinados aumentarem a glicemia da mesma forma que o açúcar branco.

Além de informações primordiais para o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus* se encontrarem faltantes no conhecimento dietético dos quilombolas estudados, houve ainda a constatação, através do presente estudo, que permanece instalado nessas comunidades panorama ainda ininterrupto de marginalização socioespacial e realidade econômica adversa, e que há a presença seletividade alimentar, os quais dificultam a

experimentação de práticas alimentares mais adequadas às demandas de saúde dos quilombolas estudados.

Em relação aos fatores associados, os diabéticos apresentaram maior entendimento de que a alimentação pode exercer efeito terapêutico sobre as doenças investigadas; os que tinham hipertensão arterial e diabetes *mellitus* de forma conjunta referiram receber mais recomendações dietéticas do setor Saúde, bem como buscavam mais informações em outras fontes de informação. De maneira semelhante, os adultos e aqueles com alguma escolaridade também procuravam informações em fontes diversas às ações e serviços de saúde. A escolaridade relacionou-se ainda com a percepção de que o peso corporal influencia os níveis pressóricos e glicêmicos e de que a dieta seguida pode refletir-se nos exames de rotina.

Este estudo também revelou que os hipertensos e os homens eram os que mais desconheciam ou não tinham certeza sobre a presença ou não de colesterol nos alimentos; que as mulheres, os diabéticos e os que possuem hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus* são os que têm mais conhecimento acerca do teor de sal existente nos temperos industrializados, na salsicha e no macarrão instantâneo, respectivamente; e que os hipertensos são os que possuem mais desconhecimento ou falta de certeza sobre a capacidade de aumento glicêmico mais demorado de combinações alimentares envolvendo a proteína e a fibra, bem como sobre a capacidade de açúcares de mesa não refinados também aumentam consideravelmente o açúcar no sangue.

Embora se tenha verificado a necessidade de intervir com educação alimentar e nutricional nessas comunidades, considera-se que esta não deve ser orientada por um modelo de alimentação saudável eurocêntrica e excludente. O nutricionista, bem como os demais profissionais de saúde, precisa considerar os costumes alimentares dos quilombolas, de modo a facilitar a soberania alimentar e nutricional destas comunidades. A relação estabelecida pelas populações quilombolas com os alimentos transpassa a necessidade de consumo para a sobrevivência, uma vez que ela representa também a possibilidade de perpetuação deste grupo racial, e, desta forma, a proteção para que suas lutas tenham posteriormente o êxito almejado.

Até o presente momento inexistiam estudos com o objetivo de avaliar o conhecimento dietético de grupos quilombolas no que concerne ao tratamento de doenças, mesmo a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus*, tão frequentes nessas populações. Sendo assim, é necessária a realização de mais pesquisas voltadas à investigação do conhecimento alimentar das comunidades quilombolas no que diz respeito ao controle de doenças, a fim de que sejam analisadas a efetividade e a completude das informações recebidas em saúde. Os resultados advindos da reunião de vários estudos poderão nortear, por sua vez, a criação e a

reformulação contínua de políticas e programas voltados tanto à educação quanto à segurança alimentar e nutricional deste grupo racial. O impacto destas medidas, a médio ou longo prazo, poderá ser visualizado a partir de menores índices de complicações associadas à hipertensão arterial e ao diabetes *mellitus* nas populações quilombolas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, L.F.C.; CORRÊA, N.A.F.; SILVA, H.P. Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil: um balanço da literatura indexada. **Segurança Alimentar e Nutricional**, v. 27, 2020.

AMORIM, L.P.; TÁRREGA, M.C.V.B. O Acesso à Terra: a Lei de Terras “1850” como obstáculo ao direito territorial quilombola. **Emblemas**, v. 16, n. 1, 2019.

APRELINI, C.M.O. et al. Consumo de carne vermelha e processada, resistência insulínica e diabetes no Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil). **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 43, 2019.

ARRAIS, P.S.D. et al. Utilização de adoçantes no Brasil: uma abordagem a partir de um inquérito domiciliar. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). **Critério De Classificação Econômica Brasil**. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>. Acesso em: 2 set. 2022.

BARBOSA, L.B. et al. Estudos de avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, 2016.

BARROSO, W.K.S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 3, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/diretrizes-brasileiras-de-hipertensao-arterial-2020/>. Acesso em: 29 jun. 2022.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** [internet]. Brasília (DF): Senado, 1988a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. **Decreto nº 4339 de 22 de agosto 2002**. Institui princípios e diretrizes para a implementação da Política Nacional da Biodiversidade. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4339.htm. Acesso em: 25 out. 2019

BRASIL. **Decreto nº 4887 de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/D4887.htm. Acesso em 25 out. 2019.

BRASIL. **Lei nº 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. Acesso em: 25 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 632, de 24 de março de 2022**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022d. Dispõe sobre a restrição de uso de gorduras trans industriais em alimentos.

Disponível em:

http://antigo.anvisa.gov.br/documents/10181/6414038/RDC_632_2022_.pdf/d9ff597a-6151-4b90-94e4-049e379891c9. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a População Brasileira** [internet]. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/publicacoes-para-promocao-a-saude/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf/view. Acesso em 28 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição** [internet]. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS** [internet]. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em 2 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira – orientação alimentar de pessoas adultas com hipertensão arterial** [internet]. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA5NQ==>. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira – orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade** [internet]. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022e. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjA5Ng==>. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira – orientação alimentar de pessoas adultas com obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus: bases teóricas e metodológicas** [internet]. 1. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022b. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/fasciculo1_protocolos_alimentar_adultas_obesidade.pdf. Acesso em: 8 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2022a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>. Acesso em: 2 set. 2022.

BRASIL. Site Oficial do Governo Brasileiro. **ANVISA aprova norma sobre rotulagem nutricional** [internet]. Brasil: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/aprovada-norma-sobrerotulagem-nutricional>. Acesso em: 19 abr. 2021.

BRASIL. Site Oficial do Governo Brasileiro. **Programas Sociais** [internet]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/categorias/assistencia-social/programas-sociais>. Acesso em 30 abr. 2023.

BRUNO, S.F. **Benefícios da biodiversidade para as comunidades quilombolas**: a nova legislação os sustenta? 2018. Dissertação (Mestrado em Engenharia Ambiental) – Centro de Tecnologia e Ciências, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2018.

CÂMARA, J.H.R. **Análise do panorama nutricional de uma comunidade quilombola da Amazônia Maranhense na pandemia da COVID-19**. Orientador: VARGA, I.V.D. 2022. Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, 2022.

CARDOSO, C.S.; MELO, L.O.; FREITAS, D.A. Condições de Saúde nas Comunidades Quilombolas. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v.12, n.4, 2018.

CARVALHO, D.R.S. et al. Simulação em saúde: história e conceitos cognitivos aplicados. **Revista Internacional de Educação e Saúde**, v. 5, n. 1, 2021.

CESÁRIO, V.A.C. et al. Tendências de acesso e utilização dos serviços de saúde na APS entre idosos no Brasil nos anos 2008, 2013 e 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.26, n. 9, 2021.

CHEHUEN NETO, J.A. et al. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: implementação, conhecimento e aspectos socioeconômicos sob a perspectiva desse segmento populacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, 2015.

CHOI, J.W.; HAN, E.; KIM, T.H. Risk of Hypertension and Type 2 Diabetes in Relation to Changes in Alcohol Consumption: A Nationwide Cohort Study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.19, n. 9, 2022.

COSTA, A.S.V. **Idosos Quilombolas**: condições sociais e práticas de cuidados na atenção primária em município da baixada maranhense. Orientadora: CARVALHO, B.L.C.A. 2021. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021.

COSTA, E.S.; SCHUCMAN, L.V. Identidades, Identificações e Classificações Raciais no Brasil: O Pardo e as Ações Afirmativas. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 22, n. 2, 2022

CUPPARI, L. **Nutrição Clínica no Adulto**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2019.

EGGER, D.S.; SILVA, V.C. **Caderno de experiência de pesquisa em saúde e povos tradicionais de matriz africana**: para a promoção de soberania e segurança alimentar e nutricional. Rio de Janeiro: Ed. dos Autores, 2022.

FALUDI, A.A. et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 109, n. 2, 2017.

FERRAZ, J.F.A. Um dos Cativéis da Liberdade: a restrição do acesso à terra a pessoas negras. **Revista Aurora**, v.14, 2021

FERREIRA, F.S.; SILVA, M.A.M. Resposta glicêmica do açúcar de coco, sacarose e açúcar mascavo em indivíduos saudáveis. **Brazilian Journal of Health Review**, v.4, n.4, 2021.

FONTOLAN, M.V.; LIMA, R.S. A dimensão étnico-racial do Direito Humano à Alimentação Adequada. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 11, 2022.

FREYRE, G. O Brasileiro como Tipo Nacional de Homem Situado no Trópico e, na sua Maioria, Moreno: Comentários em Torno de um Tema Complexo. **Revista Brasileira de Cultura do Ministério da Educação e Cultura**, v. 2, n. 6, 1970.

FUNDAÇÃO CULTURAL PALMARES. **Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (Crqs)**. Informações publicadas no Diário Oficial da União de 22/08/2022. Disponível em: https://www.palmares.gov.br/?page_id=37551. Acesso em: 20 out. 2022.

FURTADO, M. L. S. **Aquilombamento no Maranhão: um Rio Grande de (im)possibilidades**. Orientadora: SILVA, M.A.M. 2012. Tese (Doutorado em Geografia) – Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, Presidente Prudente, 2012.

FURTADO, M.L.S.; SILVA, R.A. Das Andanças do Movimento Quilombolas na Amazônia Legal Maranhense: uma nova gramática na luta por territórios em conflitos. **Cadernos CERU**, v. 29, n. 2, 2018.

GARBER, A.J. et al. Consensus Statement by The American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2018 Executive Summary. **Endocrine Practice**, v. 24, n. 1, 2018.

GONÇALVES, D.P.; GONÇALVES, P.P.P. História e Memória de Quilombo: raízes, relatos da comunidade Ramal de Quindíua em Bequimão/Ma. **Revista da ABPN**, v. 9, 2017.

GONÇALVES, D.P. **Da Escola no Quilombo à Escola do Quilombo: as propostas pedagógicas como possibilidade de diversificar o currículo das escolas quilombolas de Ensino Fundamental no município de Bequimão (MA)**. Orientadora: ALBUQUERQUE, M.J. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão de Ensino da Educação Básica) – Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, 2019.

GUADAGNIN, S. C. **Elaboração e Validação de Questionário de Conhecimentos em Nutrição para Adultos**. Orientador: ITO, M. K. 2010. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

INDICADOR DE ALFABETISMO FUNCIONAL. **INAF BRASIL 2018 - Indicador de Alfabetismo Funcional**: Resultados preliminares [internet]. Instituto Paulo Montenegro: Ação Social do IBOPE, 2018. Disponível em: https://acaoeducativa.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Inaf2018_Relat%C3%B3rio-Resultados-Preliminares_v08Ago2018.pdf. Acesso em: 19 abr. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades@. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>. Acesso em: 24 jan. 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE, 2020a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde**: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: características gerais dos moradores: 2020-2021. Rio de Janeiro: IBGE, 2022a. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101957>. Acesso em: 05 set. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: síntese de indicadores. Rio de Janeiro: IBGE, 2022b. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=298887>. Acesso em: 28 jan. 2022.

IZAR, M.C.O. et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 116, n. 1, 2021.

JESUS, P.P. et al. Percepção Socioeconômica de uma Comunidade Quilombola do Município de Bequimão – Ma, Brasil. In: IV Congresso Internacional das Ciências Agrárias, 2019, Teresina. **Anais [...]**. Teresina: COINTER-PDVAgro, 2019.

JESUS, P.P. et al. Caracterização do Perfil e Capacitação Técnica de Piscicultores das Comunidades Remanescentes de Quilombos do Município de Bequimão – Ma. In: V Congresso Internacional das Ciências Agrárias, 2020, Recife. **Anais [...]**. Recife: COINTER-PDVAgro, 2020.

JESUS, P.P.; LOURENÇO, C.B.; FUNO, I.C.S.A. **Comunidades remanescentes de quilombos de Bequimão, MA**: caracterização socioeconômica e ambiental. Revisão de Carolina Batista e Silva Coelho; Romulo Fernando Lemos Gomes. São Luís: Núcleo de Maricultura do Instituto Federal do Maranhão-NUMAR, 2020.

LEITE, M.M.G. et al. Raça e Exclusão do Acesso à Terra: a luta do movimento quilombola para a regularização fundiária dos territórios quilombolas. **InSURgência**: revista de direitos e movimentos sociais, v. 7, n. 2, 2021.

LICHTENSTEIN, A.H. et al. Dietary Guidance to Improve Cardiovascular Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. **Circulation**, v. 144, n. 23, 2021.

LÓPEZ-HERNÁNDEZ, L. et al. Improved Nutritional Knowledge in the Obese Adult Population Modifies Eating Habits and Serum and Anthropometric Markers. **Nutrients**, v. 12, n 11, 2020.

LORENZO, A.D. et al. Effects of tea and coffee consumption on cardiovascular diseases and relative risk factors: an update. **Current Pharmaceutical Design**, v. 23, n. 17, 2017.

MACHADO, A.D. et al. O papel do Sistema Único de Saúde no combate à sindemia global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, 2021.

MAH, E. et al. Cashew consumption reduces total and LDL cholesterol: a randomized, crossover, controlled-feeding trial. **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 105, n. 5, 2017.

MAHAN, L. K; RAYMOND, J. L. **Krause: alimentos, nutrição e dietoterapia**. 14. ed. Elsevier: Rio de Janeiro, 2018.

MALTA, D.C. et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 22, 2019.

MARQUES, T. P. **A questão do negro e a cultura organizacional**: estudo de caso da Fundação Cultural Palmares. 2017. 59 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Comunicação Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2017.

MATHEUS, A.C.C. OS Conhecimentos Tradicionais Associados à biodiversidade. **Ponto de Vista Jurídico**, v.8, n. 2, 2019.

MONTES, L.G.; RODRIGUES, C.I.S.; AZEVEDO, G.R. Avaliação do processo de *feedback* para o ensino da prática de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.72, n.3, 2019.

NASCIMENTO, L.M. **Repetição Espaçada e sua Influência na Memória de Longo Prazo**: um estudo teórico e reflexivo. 2023. 30f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Medicina) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2023.

OLIVEIRA, A.P.S. **Fé, Etnicidade e Resistência**: a comunidade festeja um santo em aquilombamento. Orientadora: FURTADO, M.L.S. 2016. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Ciências Sociais) – UNIVERSIDADE ESTADUAL DO MARANHÃO, São Luís, 2016.

OLIVEIRA, E.S.; JESUS, A.P.; MARTINEZ, R.A. Disponibilidade de acesso a alimentos saudáveis nos municípios da microrregião Ilhéus-Itabuna do Estado da Bahia (Brasil). **Finisterra**, v.56, n.118, 2021.

PINTO, C.S. et al. Perfil das condições de saúde das idosas quilombolas no município de Bequimão, Maranhão: dados do IQUIBEQ. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 55, n. 4, 2022.

PAULI, S. et al. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, 2019.

PRÉCOMA, D.B. et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 113, n. 4, 2019.

RODRIGUES, S.A. et al. Educação em saúde em comunidades quilombolas. **Revista Gaúcha de Odontologia**, v.59, n.3, 2011.

SANTOS, D.B.C. et al. Conhecimentos e atitudes sobre o controle do *Aedes aegypti* em comunidades Quilombolas de Sergipe. **Saúde e Pesquisa**, v. 14 n. 4, 2021.

SCORTEGAGNA, H.M. et al. Letramento funcional em saúde de idosos hipertensos e diabéticos atendidos na Estratégia Saúde da Família. **Escola Anna Nery**, v. 25, n. 4, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. **Número de hipertensos e diabéticos das comunidades de Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria e informações sobre a cobertura do programa de Estratégia de Saúde da Família** [dados não publicados]. Bequimão (MA): SMS, 2021.

SILVA, C.B.R.; FERREIRA, C.G.S.; RODRIGUES, F.L. Saúde Quilombola no Maranhão. **Revista Ambivalências**, v. 4, n. 7, 2016.

SILVA, E. K. P. et al. Insegurança Alimentar em Comunidades Rurais no Nordeste Brasileiro: faz diferença ser quilombola? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 2017.

SILVA, J.C.C. **Comunidades Quilombolas, Etnopobreza e Assistência Social: ressignificações do “ser pobre” em Ariquipá – MA**. Orientadora: ARAÚJO, M.S.S. 2014. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas) – Centro de Ciências Sociais, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.

SILVA, M.A.M.; FURTADO, M.L.S. Respeito à igualdade pela diferença: o contexto das políticas públicas e a questão quilombola no Maranhão. **O público e o privado**, n. 16, 2010.

SILVA, R.M.C. et al. Infância e saberes quilombolas: participação das crianças e cultura lúdica no quilombo de Ariquipá – MA. **Desidades**, n. 32, 2022.

SILVA, T.C. et al. Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, 2022.

SILVEIRA, V.N.C.S.; PADILHA, L.P.; FROTA, M.T.B.A. Desnutrição e fatores associados em crianças quilombolas menores de 60 meses em dois municípios do estado do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, 2020.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020** [internet]. São Paulo: Editora Clannad, 2019. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2022.

TADDEI, J. A. A. C. **Nutrição em Saúde Pública**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2016.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. **Tabela Brasileira de Composição de Alimentos**. 4. ed. Campinas: Núcleo de Estudos e Pesquisas em Alimentação – UNICAMP, 2011.

VALMÓRBIDA, J.L. et al. Nutritional knowledge and body mass index: A cross-sectional study. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 63, n. 9, 2017.

VITOLO, M.R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Use of non-sugar sweeteners**: WHO guideline. Geneva: World Health Organization, 2023.

ZARIFE, A.S. et al. Variabilidade da Pressão Arterial em Única Visita e Risco Cardiovascular em Participantes do ELSA-Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v.119, n. 4, 2022.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL E NO DIABETES *MELLITUS*

CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL E NO DIABETES MELLITUS	Comunidade:		
	Entrevistador (a):		
	Data: ___/___/___ Ficha nº _____		
BLOCO A - CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS, CLÍNICAS E DE ESTILO DE VIDA			
Nome: _____ / Telefone: _____			
Patologia presente: (1) Hipertensão (2) Diabetes (3) Hipertensão e diabetes			
A01) Sexo: (1) Feminino (2) Masculino			
A02) Qual é a sua idade?			
(1) 18 - 29 anos (2) 30 - 39 anos (3) 40 - 59 anos (4) ≥ 60 anos			
Data de nascimento: ____/____/_____			
A03) Há quanto tempo atrás foi lhe dado o diagnóstico de hipertensão?			
_____ anos atrás			
_____ meses atrás			
(1) Não se aplica			
A04) Há quanto tempo atrás foi lhe dado o diagnóstico de diabetes?			
_____ anos atrás			
_____ meses atrás			
(1) Não se aplica			
A05) Até onde você estudou?			
(1) Analfabeto	(5) Ensino Médio Completo		
(2) Ensino Fundamental Incompleto	(6) Ensino Superior Incompleto		
(3) Ensino Fundamental Completo	(7) Ensino Superior Completo		
(4) Ensino Médio Incompleto	(8) Não quer informar		
A06) Que cor é a sua pele?			
(1) Amarela	(3) Indígena	(5) Parda	(7) Outra: _____
(2) Branca	(4) Preta	(6) Negra	(8) Não quer informar
A07) Qual é a renda total, por mês, da sua família?			
Renda 1: R\$ _____			
Renda 2: R\$ _____			
Renda 3: R\$ _____			
Renda 4: R\$ _____			
Renda 5: R\$ _____			
Nº de moradores na casa: _____			

Auxílios de Benefícios sociais do governo:

Benefício 1: _____ R\$ _____

Benefício 2: _____ R\$ _____

Benefício 3: _____ R\$ _____

Renda Total: R\$ _____

(1) ≤ 1 salário mínimo(3) > 2 e ≤ 3 salários mínimos(5) > 4 salários mínimos(2) > 1 e ≤ 2 salários mínimos(4) > 3 e ≤ 4 salários mínimos

(8) Não quer informar

A08) Classificação Econômica Brasil:

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe da família

Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos

	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

(1) Classe A (45 – 100 pontos)

(3) B2 (29 – 37 pontos)

(5) C2 (17 – 22 pontos)

(2) Classe B1 (38 – 44 pontos)

(4) C1 (23 – 28 pontos)

(6) D-E (0 – 16 pontos)

A 09) Você ingere bebida alcoólica?

(1) Não [passar para a questão A14]

(2) Sim

(1) Todo dia

(2) Quase todo dia [4 a 6 vezes por semana]

(3) Semanalmente [1 ou 2 vezes por semana]

(4) Esporadicamente

A10) Quais bebidas você geralmente ingere numa mesma ocasião e em que quantidades [usar lata, litro, copo, etc.]?

Descrição: _____

Se homem:

(1) Conduta aceitável - Até 2 doses de álcool

[Se a ingestão for de, no máximo, 2 latas de cerveja de 350 mL ou 2 taças de vinho de 150 mL ou 90 mL de bebidas destiladas]

(2) Conduta inapropriada - Mais de 2 doses de álcool

[Se a ingestão for maior que 2 latas de cerveja de 350 ml ou 2 taças de vinho de 150 mL ou 90 mL de bebidas destiladas]

Se mulher:

(1) Conduta aceitável - Até 1 dose de álcool

[Se a ingestão for de, no máximo, 1 lata de cerveja de 350 mL ou 1 taça de vinho de 150 mL ou 45 mL de bebidas destiladas]

(2) Conduta inapropriada - Mais de 1 dose de álcool

[Se a ingestão for maior que 1 lata de cerveja de 350 ml ou 1 taça de vinho de 150 mL ou 45 mL de bebidas destiladas]

A11) Você fuma?

(1) Não

(2) Sim

Domínio investigado	BLOCO B – CONHECIMENTO SOBRE O CONTROLE DIETÉTICO
A	B01) Na sua opinião, a alimentação pode ajudar no controle da hipertensão e do diabetes? (1) Não [passar para a questão B05] (4) Ajuda no controle de ambos (2) Ajuda apenas no controle da hipertensão (9) Não sabe/não tem certeza [passar para a questão B05] (3) Ajuda apenas no controle do diabetes
	B02) Na sua opinião, quais práticas alimentares são consideradas ideais para manter o controle <u>da hipertensão e/ou do diabetes</u>?
	B03) Quais práticas alimentares são adotadas por você para manter o controle <u>da hipertensão e/ou do diabetes</u> [atentar para o uso da expressão que vir ao caso]?

B	B04) [válida apenas se houver discrepância entre as respostas das questões B02 e B03] Quais são os motivos pelos quais o que você considera ideal como prática alimentar para o controle <u>da hipertensão e/ou do diabetes</u> não constitua exatamente a sua prática alimentar para o controle dessa (s) doença (s)? B05) Você recebeu, através de ações e serviços de saúde, recomendações alimentares para o controle <u>da hipertensão e/ou do diabetes</u>? (1) Não (2) Sim B06) Além das ações e serviços de saúde, houveram outras fontes que forneceram a você orientações alimentares para o controle <u>da hipertensão e/ou do diabetes</u>? (1) Não [passar para a questão B08] (2) Sim. Quais? (1) Programa de tevê ou de rádio (4) Redes sociais (como o WhatsApp) (2) Revista ou jornal (5) Familiar ou amigo (3) Google B07) Quais orientações alimentares você recebeu de cada uma das fontes mencionadas na questão anterior?
C	B08) Na sua opinião, estar com o peso adequado ou acima do adequado influencia de alguma forma os níveis da pressão arterial e açúcar no sangue? (1) Não (4) Influencia no controle de ambos (2) Influencia apenas nos níveis da pressão arterial (9) Não sabe/não tem certeza (3) Influencia apenas nos níveis de açúcar no sangue B09) Na sua opinião, a alimentação influencia os valores de exames de rotina feitos por você, como por exemplo, Glicemia de Jejum, Colesterol Total, Triglicerídeos, LDL e HDL? (1) Não (4) Não conhece um ou mais dos exames citados (2) Sim (9) Não sabe/não tem certeza (3) Sim, mas não influencia todos os exames citados
D	B10) O que você acredita que contém mais gordura: 1 fatia pequena de bolo com recheio ou 1 pão branco? (1) 1 fatia pequena de bolo com recheio (9) Não sabe/não tem certeza (2) 1 pão branco (3) Ambos

D	B11) Quais dos alimentos abaixo você acredita que possuem muito ou pouco sal?			
		Muito	Pouco	Não sabe/não tem certeza
	Catchup	(1)	(2)	(9)
	Salsicha	(1)	(2)	(9)
	Vegetais cozidos	(2)	(1)	(9)
	Macarrão instantâneo	(1)	(2)	(9)
	Temperos industrializados	(1)	(2)	(9)
	Alho e cheiro verde	(2)	(1)	(9)
	B12) Qual dessas combinações de alimentos você acredita que aumenta mais rápido o açúcar no sangue?			
	(1) 2 colheres de sopa de arroz branco + 2 colheres de sopa de farinha de mandioca	ou	(2) 2 colheres de sopa de farinha de mandioca + 2 pedaços pequenos de peixe cozido	
(2) 2 fatias pequenas de manga + 1 pedaço pequeno de macaxeira	(1) 1 pedaço pequeno de macaxeira + 1/2 espiga de milho pequena			
(2) 2 colheres de sopa de abacate + 1 colher de sopa de farinha de mandioca	(1) 1 colher de sopa de farinha de mandioca + 1 fatia fina de batata doce			
(9) Não sabe/não tem certeza				
E	B13) Quais dos alimentos abaixo você acredita que possuem gorduras boas e gordura más?			
		Boas	Más	Não sabe/não tem certeza
	Castanha de caju	(1)	(2)	(9)
	Sardinha (peixe fresco)	(1)	(2)	(9)
	Carne de boi	(2)	(1)	(9)
	Macaúba	(1)	(2)	(9)
	Pastel	(2)	(1)	(9)
	B14) Qual desses alimentos possui colesterol?			
	(1) Peixe	(9) Não sabe/não tem certeza		
	(2) Arroz			
(3) Ambos				

F	B15) Quais das afirmações abaixo, sobre açúcares e adoçantes, são verdadeiras e quais são falsas?	Verdadeiro	Falso	Não sabe/não tem certeza
	I. O açúcar mascavo tem capacidade bem menor de aumentar o açúcar no sangue em comparação ao branco	(2)	(1)	(9)
	II. Cada adoçante possui uma quantidade máxima que pode ser consumida diariamente por cada pessoa	(1)	(2)	(9)
	III. Os adoçantes não são essenciais para o tratamento do diabetes, apenas dão o sabor doce	(1)	(2)	(9)

Legenda: A – Percepção da alimentação enquanto uma medida terapêutica para o controle da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*; B – Sondagem de fatores individuais que desfavorecem o controle dietético da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*; C – Conhecimento sobre a influência do estado nutricional e da alimentação nos valores de indicadores usados para avaliação em saúde; D – Conhecimento acerca do conteúdo de gordura e sal de alimentos e da capacidade de combinações alimentares impactarem diferentemente os níveis de açúcar no sangue; E – Conhecimento sobre fontes alimentares de colesterol e gorduras “boas” (insaturadas) e “más” (saturadas e *trans*); F – Conhecimento sobre informações básicas relacionadas ao uso de açúcares e adoçantes.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidar o (a) senhor (a) a participar como voluntário (a) da pesquisa **Conhecimento do Controle Dietético de Hipertensos e Diabéticos Quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil**. A Pesquisa tem como objetivo investigar o conhecimento de quilombolas do município de Bequimão (MA) quanto ao controle, através da alimentação, da hipertensão e do diabetes e os seus hábitos alimentares e, com isso, contribuir para o desenvolvimento futuro de ações de educação alimentar e nutricional e políticas públicas voltadas às populações quilombolas, atendendo as suas necessidades e demandas específicas.

A Pesquisa se destina a ser realizada com pessoas com idade mínima de 18 anos e que tenham sido diagnosticadas com hipertensão ou diabetes há pelo menos três meses. Não farão parte do Estudo, entretanto, aqueles acometidos por acidente vascular cerebral (AVC) e mulheres em período gestacional. Assim, caso o (a) senhor (a) aceite participar desta pesquisa, serão feitas a você perguntas sobre:

- ✓ Sua situação socioeconômica (sua escolaridade, cor da pele, renda familiar, bens domiciliares e acesso a serviços públicos) e clínica (tempo de diagnóstico de hipertensão ou diabetes e uso de medicações, insulinas e suplementos nutricionais);
- ✓ Seu estilo de vida (uso de álcool e fumo);
- ✓ Seu conhecimento sobre o controle, através da alimentação, da hipertensão e do diabetes;

Esta pesquisa traz como risco a eventual sensação de incômodo advinda das perguntas que lhe serão feitas. Contudo, caso queira, você pode deixar de responder as questões que lhe causarem esta sensação, bem como, se achar necessário, poderá interromper definitivamente a entrevista. Portanto, mesmo que o (a) senhor (a) queira participar agora, o (a) senhor (a) pode voltar atrás, descontinuando sua participação na Pesquisa.

Para participar deste estudo o (a) senhor (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O fato de não querer participar também não lhe trará qualquer penalidade. O (a) senhor (a) terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa, estando os resultados da mesma à sua disposição quando finalizada. Saiba que a Pesquisa oferece total sigilo e confidencialidade quanto as suas informações coletadas e você não será identificado (a) em nenhuma publicação produzida com dados deste estudo.

Se o (a) senhor (a) sofrer qualquer insulto, agravo ou consequência negativa resultante da sua participação nesta pesquisa, ou se acreditar que não tenha sido tratado razoavelmente, poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis por esta pesquisa (listados abaixo) em horário

comercial, das 8 às 12 horas e das 14 às 18 horas. Entretanto, as instituições de ensino vinculadas a Pesquisa não preveem nenhuma forma de compensação financeira por possíveis agravos.

Caso tenha dívidas em relação aos procedimentos éticos de pesquisas realizadas com seres humanos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), para o qual este Estudo foi enviado para fins de análise ética. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) fica localizado na Rua Barão de Itapary, nº 227, quarto andar, Centro, São Luís, Maranhão, CEP 65.020-070 e tem o seguinte contato telefônico: (98) 2109 1250.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelos pesquisadores e a outra será fornecida ao senhor (a). Os dados coletados no Estudo ficarão arquivados com os pesquisadores por um período de cinco anos. Decorrido este tempo, os documentos serão devidamente avaliados e terão, em seguida, sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. A sua aceitação em participar desta pesquisa implicará na sua rubrica em todas as páginas e na sua assinatura na última página deste termo.



Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Bequimão, _____ de _____ de 2021.

Assinatura da pessoa Participante

Assinatura da pessoa Pesquisadora

Identificação das pessoas Pesquisadoras:

Lucinaura Pereira Gonçalves,
Nutricionista e Mestranda do Programa
de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente
da Universidade Federal do Maranhão
Endereço: **Praça Madre Deus nº 02 - 2º
andar, Bairro Madre Deus - São Luís
- Maranhão**
CEP: 65025-560
Fone: (98) 98210-6053
E-mail: **lucinaurapereira@gmail.com**

István Van Deursen Varga, Médico e
Professor Doutor do Programa de Pós-
Graduação em Saúde e Ambiente da
Universidade Federal do Maranhão
Endereço: **Praça Madre Deus nº 02 - 2º
andar, Bairro Madre Deus - São Luís
- Maranhão**
CEP: 65025-560
Fone: 32729590
E-mail: **ivarga@uol.com.br**

Luana Lopes Padilha, Nutricionista e
Professora Doutora da Faculdade Estácio
de São Luís
Endereço: **Rua Grande, 1455, Centro,
São Luís - Maranhão**
CEP: 65.020-250
Fone: (98) 3214 6450
E-mail: **padilhalluana@yahoo.com.br**

APÊNDICE C – Artigo “O CONSUMO ALIMENTAR DE DIFERENTES GRUPOS POPULACIONAIS COM ANCESTRALIDADE AFRICANA: revisão integrativa da literatura”

Submetido à revista **Ciência & Saúde Coletiva**, de Categoria A3 no Qualis/Capes (apresentado no modelo de formatação da Revista).

Resumo

O objetivo desta revisão é analisar a produção científica mundial sobre o consumo alimentar de diferentes grupos com ancestrais africanos. Foram buscados trabalhos nas bases de dados da SciELO, PubMed, AIM, ASN, BVS e no Catálogo de Teses e Dissertações da CAPES. Os resultados encontrados convergem à compreensão de que as populações negras no mundo estão sujeitas a hábitos alimentares precários. Conclui-se pela necessidade de efetivar políticas e intervenções que visem à promoção da alimentação adequada para estes grupos em todo o mundo.

Palavras-chave: *Saúde da População Negra. Grupos com Ancestrais do Continente Africano. Políticas Públicas de Saúde. Inquéritos Alimentares.*

FOOD CONSUMPTION OF DIFFERENT POPULATIONAL GROUPS WITH AFRICAN ANCESTRY: integrative review of the literature

Abstract

The objective of this review was to analyze the world scientific production about food consumption of different groups with ancestry in Africa. Publications were searched in the SciELO, PubMed, AIM, ASN, BVS databases, and in the Catalogue of Thesis and Dissertations of the CAPES. The results found converge with the understanding that black populations in the world are subject to poor eating habits. It is concluded that there is a need to implement policies and interventions aimed at promoting adequate nutrition for these groups around the world.

Key-words: *Health of the black population. Groups with ancestry in the African continent. Public health policies, Dietary surveys.*

Introdução

A qualidade da dieta é reconhecida como determinante modificável de grande valor para a promoção de estilos de vida saudáveis, visto que fatores dietéticos estão intimamente ligados ao aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), por influenciarem as variáveis biológicas que medeiam o risco para essas doenças¹. Destaca-se que dietas densas em energia; ricas em açúcares, gorduras totais e saturadas; e pobres em fibras e micronutrientes, frequentemente levam à obesidade, que, por sua vez, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de DCNTs, incluindo diabetes mellitus tipo 2, alguns tipos de câncer e doenças cardiovasculares².

Além de favorecer efeitos mórbidos, os hábitos alimentares inadequados contribuem ainda para o aumento da mortalidade por DCNT's. O estudo *Global Burden of Disease* 2017, mostrou que uma dieta aquém do que é considerado ideal é responsável por mais mortes que quaisquer outros riscos conhecidos globalmente, incluindo o tabagismo. Destaca-se que embora o sódio, o açúcar e as gorduras tenham sido o foco principal do debate sobre a política alimentar nas últimas duas décadas, os principais fatores dietéticos de risco para mortalidade, de acordo com o referido estudo são, além das dietas com alto teor de sódio, as dietas com baixas quantidades de grãos integrais, frutas, nozes e sementes, vegetais e ácidos graxos ômega-3; cada um destes respondendo por mais de 2% das mortes globais³.

A relação entre segmentos populacionais "racialmente" diferenciados e o desenvolvimento de doenças crônicas vem sendo abordada por diversos autores nos últimos anos. Por exemplo, uma investigação nos Estados Unidos que acompanhou sua população de meia-idade durante o período de 1998 a 2014, identificou diferenças raciais e étnicas nas taxas referentes ao acúmulo de doenças crônicas ao longo do tempo e ao aparecimento de multimorbidade (ter duas ou mais doenças crônicas ao mesmo tempo). Foi verificado que os

negros não hispânicos tendem a adentrar a meia-idade com uma carga mais alta de doenças crônicas e a desenvolver multimorbidade, em média, mais cedo do que os brancos não hispânicos⁴.

Investigações sobre os padrões de consumo de alimentos podem fornecer um meio de monitorar tendências, identificar áreas geográficas atingidas por desigualdades, bem como avaliar o impacto das políticas públicas, contribuindo assim, em última análise, para a promoção de melhorias nas práticas dietéticas e redução de gastos com doenças⁵.

Tomando como base a relação já estabelecida entre os fatores dietéticos e as DCNTs, bem como a identificada entre este grupo de doenças e a população negra, verifica-se que investigar o consumo alimentar dessas populações, em diferentes contextos, é essencial para nortear estratégias e políticas de alimentação voltadas à promoção de saúde e prevenção de DCNTs. O presente estudo objetiva analisar a produção científica mundial acerca do consumo alimentar de populações constituídas por pessoas com ancestralidade no continente africano, com vistas a identificar a qualidade do seu consumo alimentar, bem como conhecer o volume dessa investigação nos tempos atuais, observando-se as especificidades das diferentes regiões.

Métodos

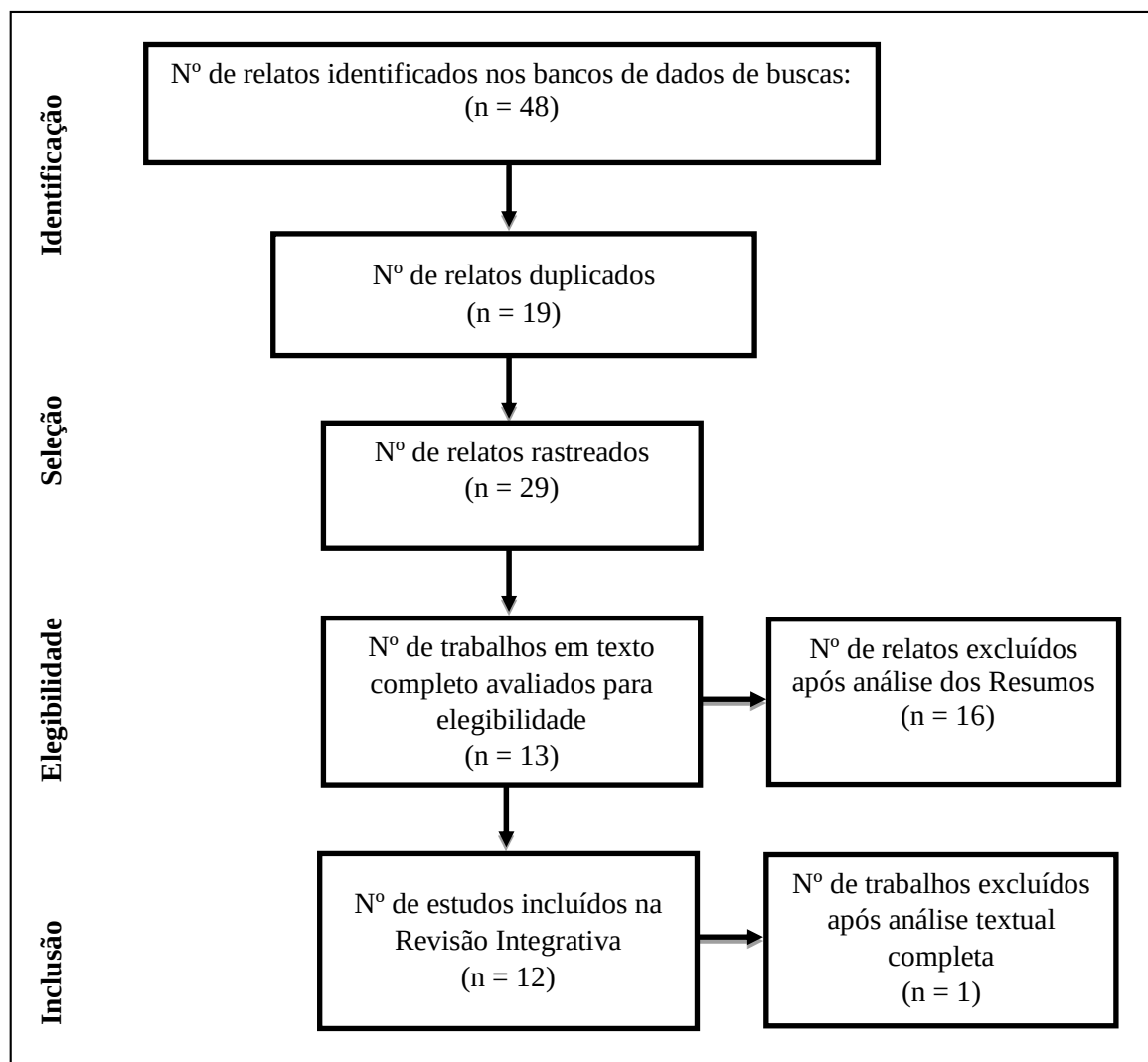
As bases de dados bibliográficas utilizadas foram: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, *National Center for Biotechnology Information (PubMed)*, *African Index Medicus (AIM)*, *American Society for Nutrition (ASN)*, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e o Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). A busca foi realizada no período de 03/01/2022 a 22/01/2022, e escolheu-se de forma eletiva bases de dados que contivessem, além de trabalhos do continente africano

e outras áreas geográficas, estudos brasileiros, em razão deste ser o segundo país (estando a Nigéria na primeira posição) com maior população negra no mundo (AREDE, 2017).

As buscas foram realizadas em inglês e português, por meio da combinação dos termos: “Food Consumption/Consumo de Alimentos”, “Eating habits/Hábitos alimentares”, “African Continental Ancestry Group/Grupo com Ancestrais no Continente Africano” e “Maroon Communities/Comunidades Quilombolas”.

A revisão coletou artigos científicos, dissertações e teses com datas de publicação referentes ao período de 2012 a 2021 e que tivessem como público-alvo adolescentes e adultos. O Estudo foi norteado pelas orientações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses* (PRISMA)⁶.

Foram identificados 48 trabalhos nas bases de dados supracitadas, dos quais 19 estavam duplicados, obtendo-se, portanto, por meio do rastreamento, 29 trabalhos. Após análise dos títulos e resumos, excluíram-se 16 estudos, cuja orientação para eliminação baseou-se nas seguintes justificativas: a amostra populacional era de bebês, crianças, gestantes ou nutrízes; composta por indivíduos detentores de alguma doença crônica; o estudo destinava-se a estabelecer associações entre a ingestão alimentar e o risco para o desenvolvimento de certas doenças; os hábitos alimentares não eram avaliados a partir do consumo dos diferentes grupos de alimentos; o estudo se propunha a investigar uma única refeição, alimento, nutriente ou composto bioativo de alimento; e o objeto de análise era o comportamento de indivíduos frente aos alimentos (investigando, por exemplo, aspectos como escolha para compra e consumo de refeições junto à televisão). Após avaliação para elegibilidade, 1 trabalho completo (artigo científico) foi excluído, por se tratar de mesmo estudo apresentado em uma das dissertações incluídas. Neste sentido, seguindo o fluxo analítico do PRISMA 12 artigos foram incluídos nesta revisão (Figura 1).

Figura 1. Fluxograma dos estudos selecionados para revisão integrativa.

Resultados

Dos estudos incluídos, cinco eram originários do Brasil^{7,8, 9, 10,11}, cinco de países da África^{12,13,2,14,15} e os dois restantes, do Reino Unido¹⁶ e Estados Unidos¹⁷. Quanto ao tamanho amostral, os estudos evidenciaram variação entre eles, podendo-se dividi-los em amostras com menos de 100 indivíduos, com até 300, e com um número de participantes maior que 300.

No que se refere ao tipo de pesquisa, todas as investigações apresentaram desenho transversal, com cinco estudos fazendo uso de questionários adaptados, quatro deles utilizando como instrumento de coleta de dados um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e três dos estudos utilizando um Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h). Duas das investigações utilizaram a técnica de aplicação tripla do R24h (Quadro 1).

Os estudos brasileiros contemplaram os remanescentes das comunidades quilombolas, os quais constituem grupos populacionais descendentes dos “quilombos” (*kilombos*), termo pertencente ao idioma dos povos de línguas bantu (habitantes da região de Angola), cujo significado faz referência a “acampamentos guerreiros na floresta”¹⁸. O Decreto Brasileiro de nº 4887, de 20 de novembro de 2003, traz, por sua vez, uma designação legal para os remanescentes das comunidades dos quilombos, definindo-os como “grupos étnico-raciais, segundo critérios de autoatribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”¹⁹.

Em relação aos demais estudos, as pesquisas realizadas no continente africano incluíram investigações sobre o consumo alimentar de populações negras residentes da África Subsaariana^{12,13,2,14,15}. O estudo europeu, por sua vez, investigou negros descendentes do Caribe e da África Ocidental¹⁶. Enquanto os pesquisadores dos Estados Unidos investigaram negros nascidos no exterior e negros de nacionalidade estadunidense¹⁷.

Apesar das diferenças metodológicas na avaliação dos hábitos alimentares, o conjunto dos resultados encontrados nesta revisão permite compreender que a população negra no mundo tem consumido excessivamente os seguintes itens alimentares: carboidratos, gorduras saturadas, sal e produtos ultraprocessados; assim como tem consumido em menor proporção frutas, verduras, leite e derivados.

Quadro 1. Produções científicas que abordaram o consumo alimentar de grupos com ancestralidade no continente africano, em ordem cronológica.

Autor/Ano	Amostra/Local	Abordagem Metodológica	Principais Resultados
Figueiredo et al., 2011	83 pessoas adultas com idade média variando entre 42 a 64 anos, da comunidade quilombola do Limoeiro de Bacupari, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.	Estudo transversal, com amostragem de conveniência, utilizando um questionário consolidado.	Os alimentos mais consumidos pela população amostral foram arroz, feijão e carne; as bebidas mais consumidas foram a água (26,67%), sucos (17,46%) e chimarrão (17,03%); nos lanches, destacaram-se as frutas (25%) e as bolachas (31,4%). Os laticínios apresentaram-se pouco prevalentes no hábito alimentar (7,75%), bem como o consumo de óleos (3,33%) e doces/açúcar (5,83%). Não houve a investigação de fatores associados ao consumo alimentar.
Berg et al., 2012	161 graduandos em enfermagem do Cabo Oriental, África do Sul.	Pesquisa transversal. Fotos e embalagens de alimentos foram usadas para ajudar na determinação do tamanho das porções. Foi utilizado o Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h), com aplicação tripla, além de um questionário de frequência alimentar.	A maioria da população da amostra não atendeu às recomendações de ingestão para os grupos de legumes (97,5% comeram <3 porções por dia), frutas (42,2% comeram <2 porções por dia) e laticínios (92,6% comeram <2 porções por dia); enquanto 78,3% comeram ≥4 porções por dia de açúcar ou doces. A maioria consumia diariamente margarina, óleo ou gordura (68,3%); açúcar (59,0%); e pão (55,9%). Entretanto, poucos relataram ingestão diária de vegetais (12,4%), frutas (23,6%), suco de frutas (21,2%) e leite (15,6%). O consumo de menos de seis porções de carboidratos por dia e a ingestão diária de leite desnatado associou-se com a condição de baixo peso corporal; ao passo que o consumo de doces ou chocolates esteve associado com sobrepeso ou obesidade. O consumo de energia foi significativamente maior entre homens do que entre mulheres.

Onyiriuka; Umoru; Ibeawuchi, 2013.	2.166 adolescentes de duas escolas públicas voltadas para a educação de meninas, do ensino médio, da Área de Governo local de Oredo, estado de Edo, Nigéria	Estudo Transversal. Nenhuma amostragem foi realizada, visto que todas as alunas das escolas compuseram o público-alvo. Foi utilizado um questionário anônimo autoaplicável, já testado em adolescentes de outra escola situada na mesma área de governo.	A frequência de consumo diário de frutas e vegetais apresentou-se muito baixa (15,2%), enquanto os refrigerantes obtiveram percentual elevado para ingestão diária (58,7%). Alimentos ricos em amido foram os mais consumidos (89,6%), ao passo que o leite e derivados foram os menos ingeridos (8,1%). A prevalência de sobrepeso e obesidade esteve associada a prática de pular refeições.
Goff et al., 2014.	133 indivíduos negros, de 18 a 75 anos de idade, de ascendência afro-caribenha (n=50) ou da África Ocidental (n=83), moradores de Londres, Reino Unido.	Pesquisa transversal. Foi utilizado o R24h, que teve tripla aplicação (com pelo menos 1 dia de fim de semana e 1 dia de semana). O tamanho das porções foi indicado mediante o uso de um atlas alimentar e de medidas caseiras.	A dieta dos participantes da África Ocidental forneceu mais energia, gorduras totais, gordura saturada e sódio, provenientes de alimentos tradicionais, em comparação com os participantes do Caribe, que apresentaram dieta mais dependente de alimentos "ocidentalizados", como as bebidas adoçadas com açúcar. O tempo maior de residência no Reino Unido associou-se com dietas mais ricas em energia, gordura e sal. O sódio foi significativamente mais consumido pelos que detinham maior escolaridade, ao passo que o consumo de açúcar esteve associado a condição de empregado.
Oliveira; Caldeira, 2016.	756 quilombolas adultos do norte de Minas Gerais, Brasil.	Pesquisa transversal. Foi utilizado um inquérito domiciliar, que sondou dados sobre os hábitos alimentares.	Dos participantes, 23,5% apresentaram elevado consumo de refrigerante; 41,8% e 40,7%, alimentavam-se de carnes gordurosas e frango com pele, respectivamente; 66,1%, apresentaram baixo consumo de frutas; 26,9% utilizavam sal diretamente no prato; 24,1% eram tabagistas; e 31,6% ingeriam bebidas alcoólicas de forma excessiva. O consumo de carne com gordura associou-se à idade menor que 40

			anos; assim como a ingestão elevada de refrigerantes, o consumo de frango com pele, a baixa ingestão de frutas e o uso de sal diretamente no prato associaram-se a escolaridade menor ou igual a 4 anos.
Steyn et al., 2016.	544 indivíduos de 19 a 64 anos de idade da cidade do Cabo, África do Sul	Estudo transversal, com amostragem selecionada aleatoriamente nas mesmas áreas amostradas em estudo conduzido no ano de 1990. Foi utilizado o R24h. Fotografias em tamanho real e medidas caseiras foram usadas para identificar o tamanho das porções.	A ingestão de gordura foi maior em 2009 entre os homens de 19 a 44 anos (32% da energia total da dieta) e entre as mulheres de mesma idade (33,4% da energia total da dieta) em comparação com o ano de 1990, onde a ingestão de gordura foi de 25,9% entre os homens e de 27% entre as mulheres. O consumo de carboidratos, em 2009, por sua vez, foi menor para homens (53,2%) e mulheres (55,5%) de 19 a 44 anos em relação ao ano de 1990, onde os homens ingeriram 61,3% e as mulheres, 62%. A ingestão de alimentos ricos em colesterol também aumentou nos homens de 19 a 44 anos (em 1990 era de 265 mg e em 2009 era de 359,8 mg), ao passo que, entre as mulheres, aumentou consideravelmente tanto entre as mulheres de 19 a 44 anos, quanto entre as de 45 a 64 anos (em 1990, o primeiro grupo ingeria 213 mg de colesterol e o segundo, 174 mg; e em 2009 o primeiro grupo já ingeria 285,9 mg e o segundo 216,3 mg). A ingestão de açúcar aumentou significativamente em mulheres. A urbanização associou-se inversamente ao consumo de carboidratos e positivamente a ingestão de gorduras totais, saturadas e monoinsaturadas e ao percentual de energia das gorduras da dieta.
Arede, 2017.	297 indivíduos entre 18 e 59 anos de idade de comunidades	Estudo transversal, de amostragem probabilística com demanda	Os homens apresentaram alto consumo de carnes com gordura (62,26 %), consumo excessivo de bebida alcoólica (85,58%),

	quilombolas do município de Salvaterra, Ilha do Marajó, Estado do Pará, Brasil	espontânea. Foi utilizado um questionário de frequência alimentar (QFA) semiquantitativo	tabagismo (48,08%). As mulheres apresentaram alto consumo de carne com gordura (79,06%) e consumo excessivo de bebida alcoólica (65,26 %). Entretanto, ambos os gêneros apresentaram alto consumo de frutas, verduras e legumes (75,52%, para as mulheres e 77,83%, para os homens). O consumo de leite integral foi maior entre as mulheres (60,73%), em comparação com os homens (36,79%).
Brown et al., 2018.	4.319 adultos negros de 22 a 79 anos dos Estados Unidos, de nacionalidade estadunidense (n=3.911) e estrangeira (n=408)	Estudo transversal, que usou dados de 2003 a 2012 do <i>National Health and Nutrition Examination Survey</i> (NHANES). Para medir a qualidade das dietas foram utilizadas adaptações dos escores do <i>Alternative Healthy Eating Index – 2010</i> (AHEI-2010) e da <i>Dietary Approaches to Stop Hypertension</i> (DASH).	A análise realizada com o AHEI-2010, mostrou que os negros nascidos no exterior têm ingestão diária menor de bebidas adoçadas com açúcar, carne vermelha processada e sódio; bem como ingestão maior de vegetais, frutas, grãos inteiros e ácidos graxos ômega 3. As pontuações mais altas, obtidas através da DASH, para vegetais, frutas, grãos inteiros, bebidas adoçadas com açúcar e carnes vermelhas processadas revelam também que os negros nascidos no exterior possuem melhor consumo alimentar.
Leyvraz et al., 2018.	588 adultos de 25 a 65 anos de áreas urbanas de cinco países da África Subsaariana (Benin, Guiné, Quênia, Moçambique e Seychelles).	Estudo transversal, cuja seleção baseou-se na conveniência de uma estratégia de amostragem, através de um questionário adaptado da Organização Mundial da Saúde.	Os alimentos básicos consumidos com mais frequência foram milho (Benin); arroz e pão (Guiné, Moçambique e Seychelles); milho e pão (Quênia). O peixe foi a fonte de proteína animal mais frequente em todos os países. Frutas e vegetais eram consumidos todos os dias em Seychelles. Quênia também apresentou consumo diário de frutas. As bebidas ingeridas com mais frequência foram chá no Quênia, Moçambique e Seychelles; café na Guiné e sucos de frutas no Benin. Alimentos processados, com alto teor de sal, como carnes

			processadas, queijo, pizzas e lanches salgados, eram consumidos com pouca frequência em todos os países; entretanto, alimentos ricos em sal, como sopas, pão e condimentos salgados, eram consumidos com frequência nesses países. Sal e condimentos salgados eram raramente adicionados à mesa (11%). O uso de condimentos salgados (como os caldos em cubos) associou-se a níveis de escolaridade mais baixos. Enquanto a adição de sal à mesa ocorreu com frequência significativamente menor entre o público feminino.
Braga, 2019.	62 pessoas da comunidade quilombola de Cocalinho, município de Santa Fé do Araguaia, Estado de Tocantins, Brasil	A pesquisa foi do tipo transversal, com levantamento de dados quantitativos, obtidos por um QFA.	Os carboidratos representaram 43,64% da dieta; as proteínas, 35,15%; os açúcares, 9,99%; hortaliças e frutas, 7,47%; e óleos, 3,75%. Constatou-se ainda que os alimentos de origem industrializada estavam sendo consumidos na mesma proporção que os de origem não industrializada. Não houve a investigação de fatores associados ao consumo alimentar.
Rothman et al., 2019.	452 mulheres residentes em áreas rurais e urbanas de Maseru e Berea, Lesoto.	Estudo Transversal. Foi utilizado um QFA não quantificado, desenvolvido com base em alimentos comumente consumidos no país.	As fontes de proteína consumidas quase todos os dias por mais de 50% das participantes eram grãos secos. As participantes urbanas consumiam frango, ovos e leite integral com mais frequência; assim como salsichas, bebidas adoçadas, maionese e margarina. As participantes urbanas também tinham acesso maior a frutas e vegetais variados. Não houve a investigação de fatores associados ao consumo alimentar.
Sousa et al., 2019.	390 adolescentes de 10 a 19 anos quilombolas	Estudo transversal, de base populacional, com abordagem	Observou-se baixo consumo de frutas (30,8%), hortaliças (44,3%) e leite (24,4%). Quando comparados os grupos

	(167) e não quilombolas (223) da zona rural do sudoeste do Estado da Bahia, Brasil.	domiciliar. Foi utilizado um QFA dos últimos 7 dias. O instrumento foi adaptado da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) de 2012 e da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)	quilombolas e não quilombolas, os quilombolas tiveram maior consumo de feijão; entretanto, o consumo de hortaliças, frutas e leite foi inferior ao dos não quilombolas. O consumo de feijão e biscoitos/bolachas salgadas estiveram associados ao comportamento de realizar o desjejum; enquanto o consumo de hortaliças em geral e na forma crua foi associado ao menor índice econômico. As pessoas de nível econômico E apresentaram menor ingestão regular de frutas. As pessoas com idade igual ou maior que 15 anos tiveram um menor consumo de leite. O consumo de biscoitos doces esteve associado ao nível econômico D. O comportamento de realizar o desjejum apresentou associação com o nível econômico mais baixo.
--	---	--	---

Discussão

Inicialmente, é importante destacar que a definição de um ou mais grupos raciais como “população negra” constituinte de um país atende a distintos critérios de classificação adotados pelos censos demográficos de cada nação. Nos Estados Unidos, por exemplo, o *Bureau of the Census* adota o sistema de autoidentificação para cor/raça e há a possibilidade das pessoas relatarem mais de uma cor dentre as cinco categorias pré-definidas: branco (*white*), preto ou afro-americano (*black or african american*), asiático (*asian*), nativo americano ou nativo do Alasca (*american indian or alaskan native*) e nativo do Havaí ou das outras ilhas do Pacífico (*native hawaiian or other Pacific islander*)²⁰.

Na África do Sul, após o fim do *Apartheid*, o *Statistics South Africa* divide a população em quatro grupos: preto africano (*blackaffrican*), mestiço (*coloured*), indiano ou asiático (*indianorasian*) e branco (*white*)²¹. Já no Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que produz os dados demográficos oficiais do país, adota atualmente cinco categorias de "cor/raça" (branco, preto, pardo, amarelo e indígena), sendo os indivíduos autoidentificados como pretos e pardos os constituintes da população negra²². Apesar das diferentes formas de classificação, historicamente, as pessoas de pele escura e outras características fenotípicas associadas aos grupos populacionais originários da África subsaariana e seus descendentes na diáspora são identificadas mundialmente como negras.

Em linhas gerais, em que pesem as limitações e diferenças amostrais, os estudos incluídos nesta revisão apontaram para inadequações alimentares, ainda que distintas entre si, quanto ao consumo de alimentos ou grupos de alimentos específicos pela população negra em diversos países de três continentes. Destaca-se que dois dos estudos analisaram o consumo alimentar das populações tendo como referência as recomendações contidas em guias alimentares quanto às porções a serem consumidas de cada um dos grupos de alimentos^{10,12}.

Atualmente essas diretrizes existem em 90 países e, compartilham, apesar das diferenças culturais e epidemiológicas entre as nações, orientações dietéticas comuns, como por exemplo, a inclusão majoritária na dieta de frutas, vegetais e alimentos amiláceos; o consumo de alimentos de origem animal e legumes; a diminuição de sal, açúcar e gordura; e o consumo de diversos tipos de alimentos em proporções adequadas²³.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as evidências científicas já consolidadas atribuem aos alimentos ricos em energia e às dietas pobres em micronutrientes o desenvolvimento da obesidade; enquanto as doenças cardiovasculares estão relacionadas ao consumo de gorduras saturadas e *trans*, bem como à ingestão elevada de sódio e álcool; o câncer e o diabetes, por sua vez, estão associados a ingesta aumentada de energia²⁴.

Para conhecer o consumo alimentar de grupos com ancestralidade no continente africano, os estudos utilizaram diferentes questionários. É preciso considerar que os tipos de inquéritos alimentares utilizados apresentam vantagens e desvantagens. O QFA, por exemplo, não altera o padrão de consumo, elimina as variações de consumo do dia a dia e tem um baixo custo; ao mesmo tempo em que depende da memória do entrevistado, dos hábitos alimentares passados, das habilidades cognitivas, não estimando o consumo absoluto. O R24h, por sua vez, é de rápida aplicação, não altera a ingestão alimentar, pode ser utilizado em qualquer faixa etária e em analfabetos, além de ter um baixo custo, porém, depende da memória do entrevistado, da capacidade do entrevistador em estabelecer uma comunicação boa com o entrevistado, além de a ingestão relatada poder ser atípica²⁶.

A validade do QFA e também a do R24h já foram investigadas no que tange a adequação de nutrientes e o risco de desenvolvimento de doenças crônicas; todavia, a literatura acadêmica relata que ocorrem variações na qualidade das dietas investigadas, de acordo com o instrumento de coleta de dados utilizado, o que converge para a necessidade da padronização de inquéritos alimentares para o estudo de populações específicas^{27,28}.

Os estudos com adolescentes realizados na Nigéria e no Brasil apontam uma baixa ingestão de frutas, hortaliças e leite por este público^{11,13}. Destaca-se que os adolescentes vivenciam uma fase da vida bastante suscetível a influências acerca dos hábitos alimentares, o que cria um dilema entre consumir alimentos que os identificam como “alguém moderno e descontraído” ou adotar hábitos saudáveis que proporcionem benefícios à saúde¹¹.

Quando ocorre o desenvolvimento de uma doença crônica na fase da adolescência, há atraso do crescimento e da maturação dos sistemas biológicos, por ocasião da falta de nutrientes, o que desencadeia alterações funcionais e metabólicas²⁵. Por exemplo, a ausência relativa ou absoluta da enzima lactase (que causa a intolerância à lactose) pode, ocasionalmente, ter relação com o menor consumo de leite e derivados pelos adolescentes

estudados, visto que esta condição já é prevalente em 70% da população mundial, particularmente na Ásia, África e América do Sul. Contudo, enfatiza-se que alguns países (11%) já trazem em seus guias alimentares recomendações sobre a inclusão de alternativas não lácteas ao leite²³.

Nos estudos do Brasil, verificou-se baixa ingestão de laticínios, elevado consumo de gorduras e alimentos ultraprocessados, uso excessivo de bebidas alcoólicas e hábito tabagista entre os povos quilombolas, os quais são acometidos historicamente por longo processo de exclusão social, inclusive em relação aos cuidados de saúde e à insegurança alimentar e nutricional^{8,29}. Na Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2017-2018, verificou-se a diminuição do consumo dos leites integral e desnatado pela população brasileira geral quando comparados os períodos de 2008-2009 e 2017-2018. Nesta mesma pesquisa também foi possível identificar que os refrigerantes estão entre os itens alimentares com maiores médias de consumo diário *per capita*³⁰.

Se tratando especificamente da ingestão alcoólica e do uso de produtos derivados do tabaco, a Pesquisa Nacional de Saúde do Brasil publicada em 2019 mostra que há maior consumo de bebida alcoólica pela população branca; ao passo que o hábito tabagista tem mais adeptos na população preta e parda do país³¹.

Destaca-se que nas populações quilombolas, o sobrepeso e a obesidade abdominal têm constituído importantes problemas de saúde, principalmente entre as mulheres^{32,33}. Prevalência elevada de hipertensão arterial também tem sido observada nestas populações, onde o tabagismo se mostra como fator associado³⁴. Estas DCNT's, por sua vez, apresentam-se como reflexos da transição nutricional pela qual estas populações estão passando, fazendo com que adquiram certa dependência dos produtos ultraprocessados, ao mesmo tempo em que abandonam o plantio para autoconsumo³³.

Em trabalho recente, Câmara (2022), que pesquisou o panorama nutricional de uma comunidade quilombola na Baixada Ocidental Maranhense (também integrante da Amazônia Maranhense), corrobora todas as observações acima, chamando atenção, além dos determinantes propriamente socioeconômicos da situação de suas/seus moradoras/es, para o racismo institucional e estrutural/sistêmico a que vem sendo secularmente submetidas/os³⁵.

Os estudos no continente africano apontaram baixa ingestão de leite e hortaliças e elevado consumo de gorduras e carboidratos nos grupos investigados. Ressalta-se que os países da África Subsaariana também se encontram em uma transição nutricional, mais precisamente nos estágios iniciais, sendo esta fortemente impactada pelo crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) dos países, bem como pelo barateamento dos produtos ultraprocessados nesses locais, influenciando o aumento do sobrepeso e da obesidade. Em vários estudos da África Subsaariana (incluindo Benin, Angola, África do Sul, Nigéria, Tanzânia e Togo) a obesidade também se mostrou associada às doenças cardiovasculares³⁶, o que se traduz em um sério problema de saúde pública, visto que o continente africano já tem prevalência de obesidade de 20%; assim como de hipertensão de 48%; e de diabetes de 5,1%, porém a população apresenta baixos índices de acesso a serviços de saúde³⁷.

O estudo do Reino Unido, país reconhecido por sua diversidade étnica e qualidade dos serviços públicos de saúde, mostrou que a residência no país tornou a dieta da população negra britânica descendente do Caribe (majoritária em números totais) e da África Ocidental (com crescimento mais acelerado) mais rica em energia, gordura e sal¹⁶. Destaca-se que, das 6 regiões monitoradas pela OMS, a Europeia é a mais gravemente afetada pelas DCNT's. As doenças cardiovasculares, o diabetes, o câncer e as doenças respiratórias (as quatro principais DCNTs do continente) em conjunto representam 77% da carga de doenças e quase 86% de mortalidade prematura na Europa³⁸.

Apesar destes registros, identifica-se uma inclinação menor, por parte dos países europeus, em apurar dados sobre o consumo alimentar de suas populações. Tomando-se como base o período iniciado em 1990, menos de dois terços dos 53 países europeus monitorados pela OMS efetivaram pesquisas nacionais com o propósito de analisar os hábitos dietéticos das populações. Os países europeus que perpetuam esta lacuna epidemiológica são pertencentes principalmente às regiões Central e Oriental, o que revela a necessidade, nestas regiões, de evidências adequadas para nortear o desenvolvimento de políticas públicas de nutrição⁵.

Os dois estudos que consideraram a heterogeneidade de suas populações negras (ocorridos no Reino Unido e Estados Unidos) apontam para a importância de desagregar as etnias e considerar o local de nascimento dos indivíduos, visto que o processo de aculturação, decorrente do contato continuado entre culturas, é determinante para a formação dos hábitos alimentares^{16, 17}.

Dentre os fatores associados ao consumo alimentar das populações negras do mundo, três se destacaram: o gênero, a idade e a escolaridade. Assim, homens negros tendem a ter maior consumo de energia¹², ao mesmo tempo em que mulheres negras adicionam sal à mesa com menor frequência¹⁴. No que tange a idade, estas populações ao completarem 15 anos tendem a consumir menos leite a partir de então¹¹ e até a idade dos 40 anos consomem mais carne com gordura. Se tratando da escolaridade, quanto maior for esta, mais alimentos ricos em sódio tenderão a ser consumidos⁸; ao passo que quando há níveis de escolaridade mais baixos, há maior uso de condimentos salgados¹⁴. Estes padrões alimentares, também são comuns a outros grupos vulnerabilizados nesses países como imigrantes e pessoas de baixa renda, em sua maioria negros, o que demonstra os impactos históricos do racismo globalmente.

Como qualquer investigação, este estudo também tem potenciais limitações. Uma delas é o fato de que nem sempre a mesma palavra, tais como “negro” ou “pardo”, tem a mesma conotação em diferentes países, como no Brasil e na África do Sul. Nos diferentes países esses termos designam grupos cultural, étnica e às vezes até biologicamente diferentes, o que traz limites nas possibilidades de comparação.

Uma outra possível limitação deste estudo é que os trabalhos analisados apresentaram características metodológicas e populações diversas. Entretanto, a qualidade técnica dos artigos foi avaliada e todos os que foram selecionados apresentaram rigor metodológico e relevância para serem inseridos e mantidos nesta revisão. A variabilidade encontrada referente aos instrumentos de coleta e análise; bem como a possibilidade de um determinado inquérito não traduzir, de fato, a qualidade da dieta, acentua a necessidade de maior testagem e padronização dos métodos que caracterizaram o consumo alimentar das populações negras. Sanadas estas questões, será possível desenvolver uma melhor comparação entre os estudos, de forma a identificar mais definitivamente os padrões comuns às diferentes populações negras, associados ao racismo estrutural e outros determinantes sociais que perpetuam ainda um consumo alimentar inadequado por parte destes grupos.

Conclusões

Diante da literatura científica encontrada, é possível concluir que populações negras de diferentes lugares do mundo apresentam condições alimentares pouco saudáveis, o que se traduz em expressivo fator de risco para o desenvolvimento de DCNTs. Considerando que a qualidade da alimentação está determinada pelas faixas de renda, poder aquisitivo, condições de moradia e acesso a serviços públicos, etc..., por sua vez determinadas por políticas públicas e relações sociais também sujeitas às diversas formas de racismo, e que as populações negras

mundialmente são vítimas de diversas formas de discriminação, incluindo racismo institucional, estrutural e ambiental, que fazem com que tenham menos acesso a insumos, serviços, produtos e alimentos de qualidade em comparação com a população branca, há necessidade não apenas de mais estudos sobre as suas condições alimentares, mas também mais atenção dos organismos nacionais e internacionais às necessidades desses grupos mais vulnerabilizados.

Entre povos e comunidades tradicionais, a perda de acesso a suas fontes tradicionais de comida, em grande medida causada por práticas de racismo ambiental (como a eliminação da cobertura vegetal, a presença de garimpo e de madeiras ilegais, e a não demarcação de seus territórios, condições historicamente negligenciadas ou mesmo estimuladas por agentes públicos) é a principal causa da má qualidade de sua alimentação.

Por exemplo, no que se refere às comunidades quilombolas no Maranhão e no Pará, diversos estudos enfocando aspectos de seu perfil epidemiológico (além da segurança alimentar), corroboram a indicação do racismo institucional e estrutural e a perda de territórios como determinantes de primeira grandeza de suas diversas vulnerabilidades^{39,40,41,42}. Por isso, o reconhecimento de sua existência, o respeito e a garantia de proteção aos seus territórios são determinantes para a melhoria do perfil epidemiológico, da qualidade de vida e da alimentação dessas comunidades.

Em meio às tendências relacionadas ao racismo estrutural, demais fatores sócio-históricos e ausência de serviços de saúde que populações negras enfrentam mundialmente e que influenciam no desenvolvimento de DCNTs, verifica-se a urgência de efetivar intervenções que visem à implementação de estratégias de promoção de alimentação adequada e saudável para estes grupos, em particular no caso do Brasil, conforme previsto na Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

Considerando-se, sobretudo, a nova conjuntura antecipada para as políticas de saúde voltadas à população negra brasileira, propiciada pelo governo federal eleito, à partir de 2023, e o decorrente horizonte promissor também recém-aberto pela criação dos Ministérios da Igualdade Racial e dos Povos Indígenas, cabem algumas importantes reflexões acerca das políticas públicas voltadas aos povos e comunidades tradicionais (categoria em que incluem tanto os povos e comunidades indígenas, quanto as quilombolas).

Nesta perspectiva, destacamos que as categorias de cor/raça utilizadas por censos demográficos são, em grande medida, apenas definições técnico-acadêmicas. Para boa parte da população, não é evidente, por exemplo, a diferença entre as categorias "preto" e "negro", como é confusa e polissêmica a categoria "pardo", frequentemente entendida (inclusive por acadêmicos) como sinônimo de "mestiços" e/ou "miscigenados"^{43,44}: ora, quem não seria, a rigor, em maior ou menor grau, "miscigenado" no Brasil (e no mundo)? No entanto, a população autoidentificada como negra, em todas as partes do mundo, sofre desproporcionalmente os afeitos das iniquidades sociais e econômicas, que se manifestam também nas suas formas de alimentação, seu estado nutricional e nas morbidades a estes associadas, tornando urgente que se amplie o volume de investigações sobre a sua situação sócio-epidemiológica e as ações para a eliminação de todas as forças de racismo e discriminação globalmente.

Referências

1. Merhzad R. (Ed). *Obesity: Global Impact and Epidemiology*. Elsevier: Amsterdã. 2020.

2. Steyn NP, Jaffer N, Nel J, Levitt N, Steyn K, Lombard C et al. Dietary Intake of the Urban Black Population of Cape Town: The Cardiovascular Risk in Black South Africans (CRIBSA) Study. *Nutrients* 2016; 8(5):285.
3. Global Burden of Disease 2017. Association Between Dietary Factors and Mortality From Heart Disease, Stroke, and Type 2 Diabetes in the United States. *JAMA* 2019; 317(9): 912-924.
4. Quiñones AR, Botoseneanu A, Markwardt S, Nagel CL, Newsom JT, Dorr DA et al. Racial/ethnic differences in multimorbidity development and chronic disease accumulation for middle-aged adults. *PLOS ONE* 2019; 14(6).
5. Rippin HL, Hutchinson J, Evans CE, Jewell J, Breda JJ, Cade JE. National nutrition surveys in Europe: a review on the current status in the 53 countries of the WHO European region. *Food Nutr Res* 2018, 62(1362).
6. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde* 2015; 24(2).
7. Figueiredo AC, Boaz CMS, Bonacina CM, Fabricio FK, Silva KVCL. Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro de Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil. *RFO UPF* 2011; 16(2): 130-135.
8. Oliveira SKM, Caldeira AP. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. *Cad Saude Coletiva* 2016, 24(4): 420-427.

9. Arede ANF. *Prevalência dos Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas não Transmissíveis em Quilombolas Marajoaras*. [dissertação]. Belém (PA): Universidade Federal do Pará; 2017.
10. Braga KP. *Análise da Segurança Alimentar e Fatores Associados na Comunidade Remanescente Quilombola de Cocalinho – TO*. 2019. Dissertação (Mestrado em Demandas Populares e Dinâmicas Regionais) – Universidade Federal do Tocantins, Araguaína, 2019.
11. Sousa BC, Medeiros DS, Curvelo MHS, Silva EKP, Teixeira CSS, Bezerra VM et al. Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano, Brasil. *Cienc Saude Colet* 2019, 24(2):419-430.
12. Van Den Berg VL, Okeyo AP, Dannhauser A, Nel M. Body weight, eating practices and nutritional knowledge amongst university nursing students, Eastern Cape, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2012, 4(1): 323.
13. Onyiriuka NA, Umoru DD, Ibeawuchi AN. Weight status and eating habits of adolescent Nigerian urban secondary school girls. *S Afr J Child Health* 2013; 7(3): 108-112.
14. Leyvraz M, Mizéhoun-Adissoda C, Houinato D, Baldé NM, More ADS, Viswanathan B et al. Food Consumption, Knowledge, Attitudes, and Practices Related to Salt in Urban Areas in Five Sub-Saharan African Countries. *Nutrients* 2018; 10(8): 1028.
15. Rothman M, Ranneileng M, Nel R, Walsh C. Nutritional status and food intake of women residing in rural and urban areas of Lesotho. *S Afr J Clin Nutr* 2019, 32(1):21-27.

16. Goff LM, Timbers L, Hannah E, Knight A. Dietary intake in Black British adults; an observational assessment of nutritional composition and the role of traditional foods in UK Caribbean and West African diets. *Public Health Nutr* 2014; 18(12):2191–2201.
17. Brown AGM, Houser RF, Mattei J, Rehm CD, Mozaffarian D, Lichtenstein AH et al. Diet quality among US-born and foreign-born non-Hispanic blacks: NHANES 2003–2012 data. *Am J Clin Nutr* 2018; 107(5): 695-706.
18. Silva ME. Organização Quilombola: impactos e avanços na constituição do processo de regularização territorial. [dissertação] Belo Horizonte (MG): Escola Superior Dom Helder Câmara; 2016.
19. BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. *Diário Oficial da União*, 2003; 20 nov.
20. United States Census Bureau. *About the Topic of Race*. Última revisão da página em 1º de março de 2022. Washington, DC: US Census Bureau, 2022. Disponível em: <https://www.census.gov/topics/population/race/about.html>. Acesso em 20 abr. 2023.
21. Statistics South Africa. *Census 2011 Census in brief*. Pretoria: Statistics South Africa, 2012. Disponível em: https://www.statssa.gov.za/?page_id=3955. Acesso em 20 abr. 2023.

22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS* [Internet]. 3. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf. Acesso em: 8 jun. 2018.
23. Herforth A, Arimond M, Álvarez-Sánchez C, Coates J, Christianson K, Muehlhoff. A Global Review of Food-Based Dietary Guidelines. *Adv Nutr* 2019; 10(4):590-605.
24. World Health Organization. *Diet, Nutrition, and the Prevention of Chronic Diseases*. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, 2003.
25. World Health Organization. *The Adolescent with a Chronic Condition: Epidemiology, developmental issues and health care provision*. Department of Child and Adolescent Health and Development. Geneva: World Health Organization, 2007.
26. Fisberg RM, Marchioni DML, Colucci ACA. Avaliação do Consumo Alimentar e da Ingestão de Nutrientes na Prática Clínica. *Arq Bras Endocrinol Metabol* 2009; 53(5):617-624.
27. Rodrigues PRM, Souza RAG, Cnop ML, Monteiro LS, Coura CP, Brito AP et al. Dietary quality varies according to data collection instrument: a comparison between a food frequency questionnaire and 24-hour recall. *Cad Saude Publica* 2016; 32(2).

28. Procter-Gray E, Olendzki B, Kane K, Churchill L, Hayes RB, Aguirre A et al. Comparison of Dietary Quality Assessment Using Food Frequency Questionnaire and 24-hour-recalls in Older Men and Women. *AIMS Public Health* 2017; 4(4): 326-346.
29. Afonso LFC, Corrêa NAF, Silva HP. Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas no Brasil: um balanço da literatura indexada. *Segur Aliment Nutr* 2020, 27.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil*. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.
32. Soares, DA; Barreto, SM. Sobrepeso e obesidade abdominal em adultos quilombolas, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica* 2014; 30(2): 341-354.
33. Melo MFT, Silva HP. Doenças Crônicas e os Determinantes Sociais da Saúde em Comunidades Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista da ABPN, Dossiê Saúde da População Negra* 2015; 7(16):168-189.
34. Santos DMS, Prado BS, Oliveira CCC, Santos MAA. Prevalência da Hipertensão Arterial Sistêmica em Comunidades Quilombolas do Estado de Sergipe, Brasil. *Arq Bras Cardiol* 2019; 113(3):383-390.

35. Câmara JHR. *Análise do panorama nutricional de uma comunidade quilombola da Amazônia Maranhense na pandemia da COVID-19*. [dissertação]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2022.
36. Steyn NP, Mchiza ZJ. Obesity and the nutrition transition in Sub-Saharan Africa. *Ann N Y Acad Sci* 2014; 1311(1):88-101.
37. Mudie K, Tan MMJ, Kendall L, Addo J, Silva IS, Quint J, Smeeth L, Cook S, Nitsch D, Natamba B, Olive FXG, Ako A, Perel P. Non-communicable diseases in sub-Saharan Africa: a scoping review of large cohort studies. *J Glob Health* 2019; 9(2).
38. World Health Organization. *European food and nutrition action plan 2015 –2020*. WHO Regional Office for Europe; Copenhagen, 2014.
39. Cardoso RLS. *Vulnerabilidade às IST/AIDS entre jovens de uma comunidade quilombola do município de Turiaçu/MA*. 2011. [dissertação]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2011
40. Reis, CSR. *Mulheres Quilombolas: direitos sexuais e reprodutivos e o acesso à saúde*. [dissertação]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2021.
41. Anunciação D, Pereira LL, Silva HP, Nunes APN, Soares, JO. (Des)Caminhos na Garantia da Saúde da População Negra e no Enfrentamento ao Racismo no Brasil. *Cien Saude Colet*, 27(10):3861-3870, 2022.

42. Filgueiras LA, SILVA HP. Socioecologia e Saúde de Populações Quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Tessituras, Dossiê Antropologia Biológica* 2020; 8(2):351-370.
43. Petruccelli JL, Saboia AL (Org.). *Características Étnico-Raciais da População: Classificações e Identidades*. 1. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.
44. Varga, IVD. A Cabeça Branca da Hidra e seus pântanos: subsídios para novas pesquisas sobre comunidades indígenas, quilombolas e camponesas na Amazônia Maranhense. *Revista de História* 2019; 1(1):1-34.

ANEXO A – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DO MOVIMENTO QUILOMBOLA DE BEQUIMÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Nós, Gilcineia Cantanhede Almeida, Crisdivaldo Pires Rodrigues,
Luciano Rodrigues e Rodrigues, Nelma Pereira Rodrigues,
Dimaël Sá Rodrigues e Fábio Costa Silva

na qualidade de representantes do Movimento Quilombola de Bequimão (MOQBEO), autorizamos que a pesquisadora Lucinaura Pereira Gonçalves, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, desenvolva sua pesquisa intitulada CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO E HÁBITO ALIMENTAR DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO, MARANHÃO, BRASIL, pesquisa esta vinculada ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, sob a orientação dos professores István Van Deursen Varga e Luana Lopes Padilha.

Declaramos que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. E estando ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nesse estudo, concordamos em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº 466/2012;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento do Estudo;
- 3) A ausência de despesas (decorrentes da participação nessa pesquisa) para esta instituição;
- 4) A liberdade de retirarmos nossa anuência quanto a realização dessa pesquisa a qualquer momento, no caso do não cumprimento dos itens acima.

Esta declaração é válida apenas sob a condição de haver parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa ao qual o Estudo será submetido.

Bequimão, 21 de outubro de 2019

Gilcineia Cantanhede Almeida

Coordenação Executiva do MOQBEO

Crisdivaldo Pires Rodrigues

Coordenação Executiva do MOQBEO

Luciano Rodrigues e Rodrigues

Coordenação Executiva do MOQBEO

Nelma Pereira Rodrigues

Coordenação Executiva do MOQBEO

Dimaël Sá Rodrigues

Coordenação Executiva do MOQBEO

Fábio Costa Silva

Coordenação Executiva do MOQBEO

ANEXO B – DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DE BEQUIMÃO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA

CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

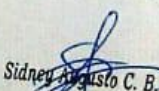
Eu, Sidney Augusto C. B. Bouères na qualidade de representante da Secretaria Municipal de Saúde de Bequimão, autorizo que a pesquisadora Lucinaura Pereira Gonçalves, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, desenvolva sua pesquisa intitulada CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO E HÁBITO ALIMENTAR DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO, MARANHÃO, BRASIL, pesquisa esta vinculada ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, sob a orientação dos professores István Van Deursen Varga e Luana Lopes Padilha.

Declaro que esta instituição apresenta infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa. E estando ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados nesse estudo, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução CNS nº 466/2012;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento do Estudo;
- 3) A ausência de despesas (decorrentes da participação nessa pesquisa) para esta instituição;
- 4) A liberdade de retirar minha anuência quanto a realização dessa pesquisa a qualquer momento, no caso do não cumprimento dos itens acima.

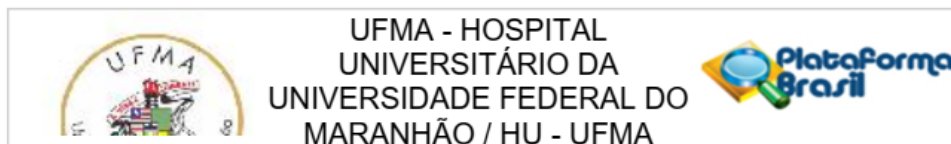
Esta declaração é válida apenas sob a condição de haver parecer favorável emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa ao qual o Estudo será submetido.

Bequimão, 18 de outubro de 2019


Sidney Augusto C. B. Bouères
Secretário de Saúde
Bequimão/MA
Portaria nº 07/2019
Secretaria Municipal de Saúde

(carimbo da Instituição)

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONHECIMENTO DO CONTROLE DIETÉTICO E HÁBITO ALIMENTAR DE HIPERTENSOS E DIABÉTICOS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO, MARANHÃO,

Pesquisador: Luana Lopes Padilha

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 25686619.2.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.801.055

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa. (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1458502. V2. Datado de 09/01/2020.

INTRODUÇÃO:

A hipertensão arterial e o diabetes constituem a primeira causa de hospitalização no sistema público de saúde do Brasil e estão relacionados ao desenvolvimento de outras doenças crônicas e complicações (BRASIL, 2011). A hipertensão arterial é definida pela Sociedade Brasileira de Cardiologia como uma condição clínica multifatorial caracterizada por pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg. A mesma frequentemente apresenta-se associada a distúrbios metabólicos, alterações funcionais e/ou estruturais de órgãos-alvo (SBC, 2016). O diabetes, por sua vez, consiste em um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia persistente, decorrente de deficiência na produção de insulina ou na sua ação, ou em ambos os mecanismos, ocasionando complicações em longo prazo. A hiperglicemia persistente está associada a complicações crônicas micro e macrovasculares, aumento de morbidade, redução da qualidade de vida e elevação da taxa de mortalidade (SBD,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

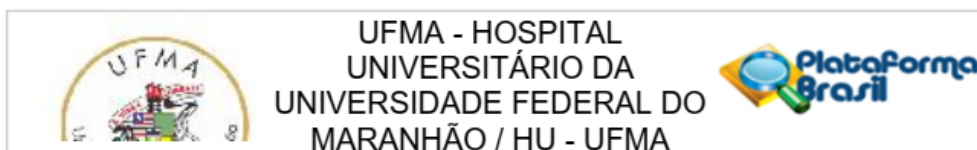
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.801.055

2017). Estima-se que o impacto causado pelo diabetes e complicações da hipertensão arterial (cardíacas, renais e acidente vascular encefálico) sobre a produtividade do trabalho e a renda familiar no Brasil correspondeu, entre 2006 e 2015, a uma perda no valor de US\$ 4,18 bilhões (SBC, 2016). No Brasil, observa-se que estas duas patologias ocorrem mais comumente na população negra (BRASIL, 2017). A combinação de determinantes genéticos com fatores ambientais desfavoráveis, tais como baixa escolaridade e renda familiar insuficiente, bem como estresse (advindo da pobreza e discriminação racial, por exemplo), parecem ser os fatores envolvidos na etiologia das doenças supracitadas entre pretos e pardos (LESSA, 1998). Todavia, evidencia-se que a predominância da hipertensão e do diabetes no grupo populacional referido não é acompanhada pela necessária equidade racial no acesso à saúde, o que confere mais um fator inerente ao desenvolvimento destas doenças. Dados publicados pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 revelaram que a população negra tem menor acesso a consultas médicas e odontológicas em comparação à população branca. A pesquisa também mostrou que as regiões que detêm menor acesso aos serviços de saúde são a Norte e a Nordeste (IBGE, 2013). Na posse cognitiva das informações citadas acima e sabendo-se ainda que as regiões Nordeste e Norte abrigam significativo contingente de comunidades quilombolas (estando as mesmas na 1ª e 3ª posição, respectivamente, no ranking de regiões com maior número de comunidades quilombolas no país) (FCP, 2017), torna-se possível verificar com nitidez a situação de vulnerabilidade sobreposta às populações quilombolas no que diz respeito ao desenvolvimento de doenças como a hipertensão e o diabetes. Um inquérito populacional sobre condições de vida e saúde realizado em comunidades quilombolas do sudoeste da Bahia apontou para a existência desta vulnerabilidade na população quilombola brasileira (BEZERRA et al., 2014). Destaca-se que a dietoterapia faz parte de um conjunto de medidas terapêuticas, não farmacológicas, e que tem como principal objetivo diminuir a morbidade e a mortalidade de indivíduos (CUPPARI, 2019). Considerável é a importância destas medidas terapêuticas, as quais a dietoterapia integra, que se presume que para muitos hipertensos as medidas não farmacológicas teriam a capacidade de controlar, por si só, os níveis da pressão arterial ou reduzir o número de medicações, a frequência de tomadas e a posologia (BRASIL, 2001). Além disso, a associação entre alimentação adequada e redução sobre o risco cardiovascular e as complicações associadas ao diabetes já está bem comprovada por uma série de evidências científicas. Estudos demonstram que as doenças cardiovasculares podem ser reduzidas em 30% com modificações na dieta que conduzam a uma alimentação saudável, com equilíbrio entre valor energético, macro e micronutrientes. E a terapia nutricional em diabéticos promove melhora do controle glicêmico, redução dos níveis de

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

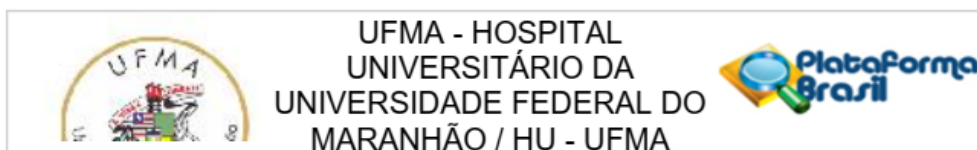
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.801.055

hemoglobina glicada em 1 a 2%, prevenção das complicações tardias associadas, melhora da disposição física e qualidade de vida (CUPPARI, 2019).

MÉTODO:

Natureza e Espaço Geográfico:

Tratar-se-á de um estudo de delineamento transversal, cuja população será constituída por hipertensos e diabéticos residentes das comunidades quilombolas do município de Bequimão, cuja localização abrange a região do litoral ocidental do Maranhão (IBGE, 2018). O Município abriga em seu território o total de 11 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP, 2019). Tais comunidades possuem em conjunto 133 quilombolas hipertensos e diabéticos; e todas são atendidas pelo programa Estratégia de Saúde da Família, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS, 2018).

População e Amostra do Estudo:

Tem-se a pretensão de aplicar o Estudo com toda a população quilombola hipertensa e diabética do município de Bequimão (o que diz respeito, de acordo com o referenciado acima, ao número de 133 indivíduos), desde que os critérios de inclusão e exclusão da Pesquisa favoreçam sua participação.

Instrumento de Coleta de Dados:

A coleta de dados será aplicada nos domicílios dos participantes, através de entrevista face-a-face, utilizando-se dois formulários. O formulário intitulado "Conhecimento do Controle Dietético na Hipertensão e no Diabetes" (APÊNDICE A) é de caráter quali-quantitativo e foi desenvolvido pelos pesquisadores, valendo-se da adição e adaptação de três questões contidas em um questionário sobre conhecimentos em nutrição para adultos (GUADAGNIN, 2010). O formulário intitulado "Frequência de Consumo Alimentar" (APÊNDICE B), por sua vez, é resultado da adaptação de um questionário de consumo alimentar desenvolvido para o estudo de dieta e doenças não transmissíveis (FURLAN-VIEBIG; PASTOR-VALERO, 2004). O formulário "Conhecimento do Controle Dietético na Hipertensão e no Diabetes" está dividido em três blocos. No bloco A, há a sondagem de características socioeconômicas, clínicas e de estilo de vida, a saber: sexo, idade; tempo de diagnóstico da doença; uso de medicações, insulinas e suplementos nutricionais; escolaridade; cor da pele; ocupação; situação conjugal; renda familiar mensal; classe social (ABEP, 2019); consumo

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

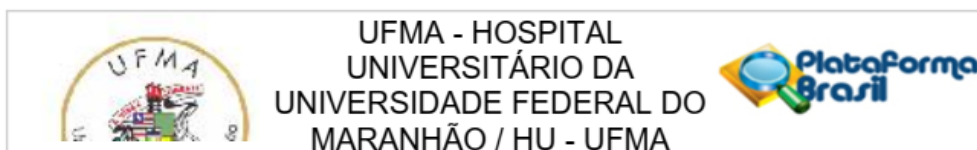
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.801.055

de álcool e tabagismo. O bloco B do formulário supracitado, no que lhe concerne, se destina a investigação do estado nutricional dos participantes, sendo expresso através das variáveis correspondentes a peso; altura; circunferências do pescoço (CP), da cintura (CC), do quadril (CQ) e da panturrilha (CPant); pregas cutâneas tricipital (PCT), bicipital (PCB), suprailíaca (PCSI) e subescapular (PCSE); dados de bioimpedância elétrica, como resistência (R), reatância (Xc) e ângulo de fase (AF); além das relações cintura-quadril (RCQ) e cintura-estatura (RCE). O último bloco do formulário referenciado acima (o bloco C), por sua vez, se propõe a investigar conhecimentos sobre o controle alimentar dos quilombolas; assim, neste bloco, serão avaliados os seguintes domínios: Percepção da alimentação enquanto uma medida terapêutica para o controle da hipertensão e do diabetes; Acesso a informações e práticas alimentares que conduzem ao controle dietético da hipertensão e do diabetes; Conhecimento sobre a influência do estado nutricional e da alimentação nos valores de indicadores usados para avaliação em saúde; Conhecimento quanto ao conteúdo de gordura e sal de alimentos e à capacidade de aumento glicêmico de combinações alimentares; Conhecimento sobre fontes alimentares de colesterol e gorduras "boas" (insaturadas) e "más" (saturadas e trans); e Conhecimento sobre informações básicas relacionadas ao uso de açúcares e adoçantes. O formulário "Frequência de Consumo Alimentar" conduz à investigação da ingesta de componentes dietéticos que possibilitam ou desfavorecem o controle da hipertensão e do diabetes. Assim, se propõe a analisar a ingesta de sódio; de fibras e potássio; de colesterol, gorduras saturadas e trans; de cálcio; de gorduras polinsaturadas e monoinsaturadas; e de carboidratos (com análise ainda da carga glicêmica destes).

Critério de Inclusão:

Quilombolas com idade mínima de 18 anos e que concederem sua anuência para participação na Pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Critério de Exclusão:

Quilombolas que apresentarem tempo menor que três meses de diagnóstico de hipertensão ou diabetes, gestantes e acometidos por acidente vascular cerebral (AVC).

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

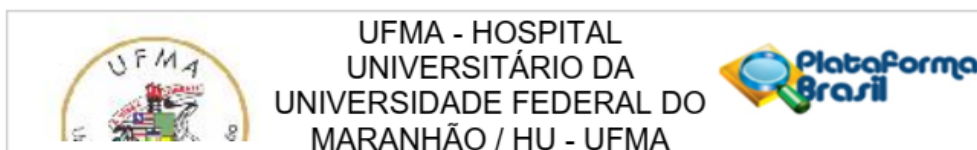
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.801.055

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS:

1. Objetivo Geral

Avaliar o conhecimento sobre o controle dietético na hipertensão e no diabetes e os hábitos alimentares de indivíduos quilombolas do município de Bequimão.

2. Objetivos Específicos

- Analisar o conhecimento existente sobre alimentação voltado para o controle da hipertensão e do diabetes nas comunidades estudadas;
- Avaliar os hábitos alimentares dos quilombolas ante as premissas dietoterápicas atuais dirigidas ao tratamento da hipertensão e do diabetes;
- Identificar o estado nutricional dos quilombolas avaliados;
- Verificar nas comunidades estudadas a difusão realizada por diferentes fontes de informação quanto a condutas alimentares pertinentes ao controle da hipertensão e do diabetes;
- Conhecer possíveis fatores que impedem os quilombolas hipertensos e diabéticos de aderirem a uma prática alimentar mais adequada às suas especificidades cardiometabólicas;
- Averiguar a existência de associações entre o conhecimento do controle dietético na hipertensão e no diabetes, os hábitos alimentares e o estado nutricional das comunidades avaliadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

SEGUNDO O AUTOR:

RISCOS:

Os riscos desta pesquisa estão relacionados a avaliação e durante os exercícios, pois pode haver alterações no batimento do coração e na respiração, além de dores momentâneas na mão e/ou perna. Entretanto, durante a avaliação e os exercícios você será monitorizado por meio de um aparelho que mede o batimento cardíaco e a respiração a todo momento. Além disso, você será avaliado quanto a presença de dor e qualquer outro sintoma. E em qualquer uma destas situações citadas acima, a avaliação ou atendimento serão interrompidos e será garantida toda a assistência médica, de enfermagem e fisioterapia necessárias.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

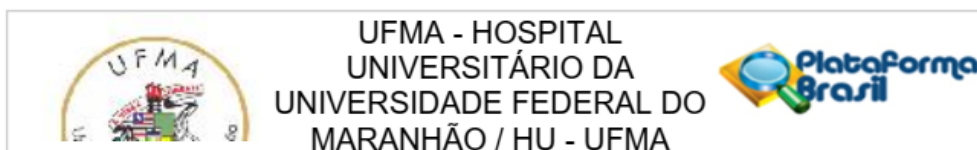
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.801.055

BENEFÍCIOS:

Os benefícios esperados dizem respeito à possibilidade de evitar que os pacientes submetidos a cirurgia cardiovascular sofram alterações da força muscular periférica e capacidade funcional associadas ao procedimento cirúrgico e, dessa forma sugerir a adoção desse protocolo nas Unidades de Cuidados Cirúrgicos Cardiovasculares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa epidemiológica de campo, de grande relevância para a comunidade local e científica, pois estudando os hábitos alimentares de pacientes com estas patologia muito prevalentes, poderá revelar a necessidade de ações de educação alimentar mais incisivas nas comunidades que integrarão o Estudo, bem como direcionar estas ações e estratégias em saúde de forma a promover comportamento alimentar que suprima as inadequações dietéticas dos quilombolas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

ATENTAR PARA O INÍCIO DA COLETA DOS DADOS.

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12 e suas complementares. sendo considerado APROVADO.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

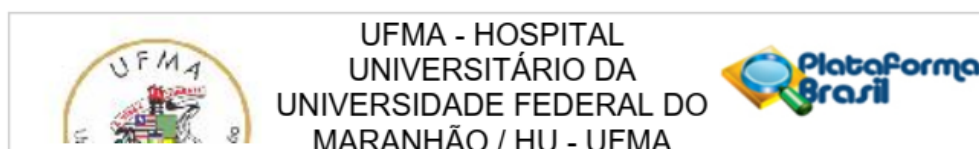
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.801.055

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa–CEP–HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto. Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1458502.pdf	09/01/2020 11:22:24		Aceito
Outros	CARTARESPOTA.docx	09/01/2020 11:21:48	Luana Lopes Padilha	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	CEPSubmissaoProjetoLucinaura.docx	12/12/2019 09:36:50	Luana Lopes Padilha	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLELucinaura.docx	26/11/2019 17:17:05	Luana Lopes Padilha	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CEPDeclaracaoDeInstituicaoEIInfraestrutura.docx	31/10/2019 07:31:34	Luana Lopes Padilha	Aceito
Cronograma	CEPCRONOGRAMA.docx	31/10/2019 07:30:27	Luana Lopes Padilha	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	31/10/2019 07:14:36	Luana Lopes Padilha	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

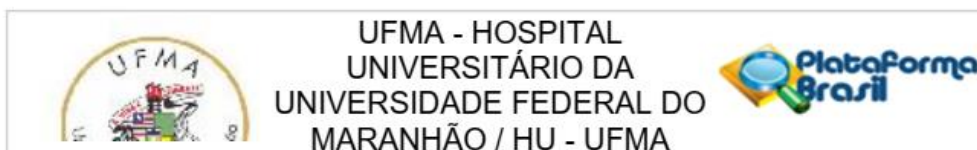
UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.801.055

SAO LUIS, 15 de Janeiro de 2020

Assinado por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br