

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

JÉSSICA RODRIGUES CLEMENTINO

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE MORADORES DA COMUNIDADE
QUILOMBOLA DO GURUGI, SITUADA NO MUNICÍPIO DO CONDE-PB**

JOÃO PESSOA

2016

JÉSSIKA RODRIGUES CLEMENTINO

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE MORADORES DA COMUNIDADE
QUILOMBOLA DO GURUGI, SITUADA NO MUNICÍPIO DO CONDE-PB**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna

JOÃO PESSOA

2016

C626p Clementino, Jéssika Rodrigues.

Perfil alimentar e nutricional de moradores da Comunidade
Quilombola do Gurugi, situada no município do Conde-PB /
Jéssika Rodrigues Clementino. - - João Pessoa, 2016.

37f.: il. -

Orientador: Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.
Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Estado Nutricional. 2. Consumo alimentar. 3.
Comunidade quilombola.
4. Gurugi.

Dedico este trabalho aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o autor e consumidor da minha vida. Aquele que me sustentou durante toda minha caminhada.

Aos meus pais, Andréa e Galberto, por todo apoio e incentivo, por me ensinarem a nunca desistir dos meus sonhos. Obrigada pelo amor incondicional.

Às minhas irmãs, Amanda, Gisele e Joyce, pela paciência e por me ajudarem sempre que preciso.

Às minhas amigas de infância, Hêmilie e Gêssica, que mesmo distantes sempre estiveram torcendo por mim.

Às minhas amigas da graduação, Érica, Flávia e Thaís, por nossa amizade e pelos trabalhos que fizemos durante esses quatro anos.

Agradeço em especial a Sandy e Taísa, sem vocês não seria possível concretizar este trabalho. Obrigada por todas as idas ao Gurugi.

Aos professores e em especial a professora Jailane de Souza Aquino, que além de professora foi uma amiga, pessoa por quem tenho um carinho imenso.

Ao meu orientador, Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna, por contribuir para realização desse trabalho.

À comunidade quilombola do Gurugi, por me acolher e receber da melhor forma.

Enfim, à todos que contribuíram de alguma maneira para a minha conquista.

Muito obrigada!

RESUMO

INTRODUÇÃO. Padrões alimentares estão mudando rapidamente na grande maioria dos países, as principais mudanças envolvem a substituição de alimentos *in natura* por alimentos industrializados, que aumentam do risco de ganho excessivo de peso. **OBJETIVO.** Avaliar o perfil alimentar e nutricional de quilombolas. **METODOLOGIA.** Estudo transversal, onde foram entrevistadas 30 famílias moradoras da comunidade quilombola do Gurugi, no município do Conde-PB. Foram coletados dados de consumo alimentar e condição socioeconômica. As variáveis antropométricas coletadas foram peso e estatura. Os dados obtidos foram inseridos no programa Microsoft Excel (2016), todas as variáveis foram descritas de acordo com as respostas, sendo utilizado tabelas de frequência para as variáveis categóricas, e foi feito o cálculo das médias das variáveis contínuas. **RESULTADOS.** Foi observado que 53,3% (n=57) possuíam o curso primário incompleto, a renda per capita média foi de R\$ 250,49 com uma variação de R\$ 51,12 até R\$ 1027,06 reais por pessoa, a maioria dos participantes (53,3%) moravam em casas de alvenaria acabada. Quanto ao IMC, os valores variaram de 20,6 até 46,7 Kg/m², sendo que a média foi de 28,5 Kg/m². Na avaliação das crianças a faixa etária de dois anos e menos de cinco, 40% encontravam-se com o peso elevado para idade. Quanto ao consumo alimentar, foram encontrados resultados positivos para a ingestão de frutas e feijão, tanto na população adulta como na infantil. **CONCLUSÃO.** Apesar da prevalência de excesso de peso, os quilombolas apresentaram um consumo alimentar satisfatório. Diante dos resultados encontrados tornam-se necessários mais estudos para que se possa conhecer o consumo alimentar e perfil nutricional das comunidades quilombolas.

PALAVRAS CHAVE: Estado Nutricional. Consumo alimentar. Comunidade quilombola. Gurugi.

ABSTRACT

INTRODUCTION. Dietary patterns are rapidly changing in most countries, as major changes in a food substitution in industrialized animal feed, which increase the risk of overweight. **OBJECTIVE.** To evaluate the food and nutritional profile of quilombolas. **METHODOLOGY.** A cross-sectional study was carried out in which 30 families living in the quilombola community of Gurugi were interviewed, in the municipality of Conde-PB. Data were collected on food consumption and socioeconomic status. As anthropometric variables collected were weight and height. The data were not entered in the Microsoft Excel program (2016), all variables were described according to the answers, frequency tables were used for categorical variables and the means of the continuous variables were calculated. **RESULTS.** It was observed that 53.3% (n = 57) had incomplete primary education, an average per capita income of R \$ 250.49, ranging from R \$ 51.12 to R \$ 1027.06 per person, the majority Of the participants (53.3%) lived in houses of finished masonry. Regarding BMI, the values range from 20.6 to 46.7 kg / m², with an average of 28.5 kg / m². In the evaluation of children aged two years and less than five, 40% were weight-for-age. Regarding food consumption, positive results for fruit and bean intake, both in the adult and in the infant population. **CONCLUSION.** Despite the prevalence of overweight, quilombolas have a satisfactory food intake. In view of the results found, more studies are useful in order to know the food consumption and nutritional profile of the quilombola communities.

KEY WORDS: Nutritional status. Food consumption. Quilombola community. Gurugi.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	8
2.1 COMUNIDADE QUILOMBOLA	8
2.2 COMUNIDADE QUILOMBOLA GURUGI	9
2.3 AVALIAÇÃO DO PERFIL ALIMENTAR.....	10
2.4. ESTADO NUTRICIONAL	12
2.4.1 Avaliação antropométrica.....	13
3 METODOLOGIA.....	15
3.1 TIPO DE ESTUDO	15
3.2 ÁREA DE ESTUDO	15
3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM.....	15
3.4 COLETA DE DADOS	15
3.5 ANÁLISE DOS DADOS	16
3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	16
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	17
4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES	17
4.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	17
4.3 CONSUMO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS	19
4.4 CONSUMO DO ADULTO	23
5. CONCLUSÃO.....	25
APÊNDICE	30
ANEXO A.....	31
ANEXO B.....	34
ANEXO C.....	35
ANEXO D.....	37

1 INTRODUÇÃO

As comunidades quilombolas integram parte das comunidades tradicionais que vivem em busca de conhecimento, fortalecimento e da garantia de seus direitos. Entre os direitos básicos e fundamentais está o acesso à alimentação em qualidade e quantidade suficiente, respeitando as características culturais de cada grupo populacional.

A alimentação depende de diversos aspectos como fatores econômicos, sociais e culturais, desta maneira é importante conhecer o comportamento alimentar das pessoas vivendo em comunidades quilombolas, especialmente pelo aumento o consumo de alimentos ultraprocessados, externos à cultura tradicional deste grupo e que tem provocado o aumento da prevalência do excesso de peso na população em geral e nos grupos específicos mais vulneráveis.

Conhecer o consumo habitual da comunidade quilombola, bem como a sua situação nutricional é uma maneira de analisar a condição de saúde destes indivíduos e planejar estratégias de promoção à saúde mais adequadas.

Desta forma, este estudo teve como objetivo descrever aspectos relacionados ao consumo alimentar e ao perfil antropométrico de adultos e crianças moradores da comunidade quilombola do Gurugi, Conde-PB.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 COMUNIDADE QUILOMBOLA

Acredita-se que os negros escravizados trouxeram a palavra “quilombo”, mas o seu conceito ganhou modificações em diferentes momentos e regiões. No Brasil, o termo foi utilizado para indicar uma área, onde se reuniam grupos de resistência ao sistema escravocrata (CALHEIROS; STADTLER, 2010).

A princípio estes grupos eram conhecidos como quilombos ou mocambos, mas o termo que se legitimou como definição foi de abrigo para escravo fugido (REIS, 1996). A composição do quilombo naquele período, eram predominantemente por negros que fugiram e indivíduos de outros grupos étnicos desenraizados de suas comunidades (REIS, 1996; CALHEIROS; STADTLER, 2010).

A formação de comunidades quilombolas teve início em diferentes situações, como doações de terras, compra de terras por famílias alforriadas, conquistas através de prestação de serviços e até mesmo o recebimento de terras em troca de serviços religiosos, que são as chamadas terras de santos. O que demonstra a percepção de poder em relação a terra, através de ordens religiosas (BRASIL, 2013).

Define-se como quilombola, segundo preceitos de auto atribuição. Evidenciando a importância da trajetória histórica e do modo de definição territorial, além da hipótese da ancestralidade negra. No processo de reconhecimento de comunidades quilombolas não se faz necessário atestar questões referentes a cultura, uma vez que suas tradições não se mantiveram estáticas (FREITAS, 2013).

A partir da promulgação da Constituição de 1988, em seu Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias asseguram as comunidades tradicionais, nas quais se incluem os quilombolas, o reconhecimento e o direito aos seus territórios. Historicamente as comunidades quilombolas para formar e manter-se como unidade social tiveram como pilares a coletividade, a solidariedade para formação econômica e cultural (BRASIL, 2012).

Quanto ao acesso à terra, a partir da promulgação do Artigo 68 do ADCT e os Artigos 215 e 216 da Constituição Federal (1988), o Instituto de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) iniciou uma rotina de regularização das áreas de quilombo, emitindo títulos de domínio e reconhecendo esses territórios. Ainda quanto à terra, no período de 1999 a 2002, a Fundação Cultural Palmares assume a tarefa de titulação dos territórios quilombolas. Mas é no período de 2003 a 2010 que ocorrem avanços significativos na política de regularização fundiária devido à publicação dos

Decretos nº 4.883 e 4.887/2003, que devolve a competência de regularização fundiária ao INCRA. (BRASIL, 2013).

Atualmente define-se como comunidade quilombola grupos étnico-raciais segundo critérios de autoatribuição, que possuam ligações territoriais, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida (BRASIL, 2003). A ancestralidade, parentesco, tradições e práticas culturais são características peculiares da organização da comunidade, pois é o que lhes conferem o pertencimento ao grupo. Existe uma luta contínua em busca do direito à permanência e ao reconhecimento legal de posse das terras ocupadas e cultivadas para moradia e subsistência, assim como a execução de suas práticas religiosas (LEITE, 2000). Esta definição destaca um avanço na discussão sobre as comunidades quilombolas, que sofreram tanto com julgamentos e enfrentam desigualdades até os dias atuais, porque admite a diversidade de formação destes agrupamentos, observada ao longo dos 300 anos de escravidão no Brasil e mesmo após a abolição (BRASIL, 2009b).

Estima-se que em todo o país exista mais de três mil comunidades quilombolas presentes em pelo menos 24 estados brasileiros. Os únicos estados que não registram ocorrências destas comunidades são o Acre e Roraima, além do Distrito Federal (BRASIL, 2013).

Desde 2003, na Paraíba, foram criados um conjunto de leis e decretos com o intuito de viabilizar o reconhecimento das terras quilombolas. No entanto, até outubro de 2013, foram identificadas 39 (trinta e nove) comunidades, sendo 37 (trinta e sete) certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP). Desse total 27 têm processos abertos junto ao INCRA, esperando por uma finalização (BANAL, 2013).

2.2 COMUNIDADE QUILOMBOLA GURUGI

Foi no interior do aldeamento indígena da Jacoca, dos índios Tabajaras, que em 1614 surgiu o Gurugi. O aldeamento foi uma concessão feita pela Coroa Portuguesa em retribuição aos nativos pela aliança firmada no processo de conquista do que hoje conhecemos como espaço paraibano. Os aldeamentos tinham como objetivo manter os indígenas sob o controle da metrópole, sob a ideologia de catequização dos povos gentios. No entanto, com o decorrer do processo colonizatório esses aldeamentos começaram a se desagregar, fato que se concretizou totalmente em 1850 a partir da Lei de Terras especificamente entre os anos de 1864 e 1868 (PALITOT, 2005). A Lei de Terras preservou os latifúndios e manteve grande parte das famílias, que trabalhavam no campo pobres longe da posse legal das terras.

Dentre os muitos territórios quilombolas presentes no estado da Paraíba, o Gurugi comparece como uma das Comunidades “remanescentes” de um antigo quilombo (ANJOS, 1999). O reconhecimento como tal foi concedido em 2006 pela Fundação Cultural Palmares. Localizada no município de Conde, litoral sul da região da Mata Paraibana, essa Comunidade hoje está dividida em Gurugi I e Gurugi II.

A comunidade quilombola de Gurugi hoje é composta por 160 famílias perfazendo um total de cerca de 640 pessoas.

2.3 AVALIAÇÃO DO PERFIL ALIMENTAR

Padrões de alimentação estão mudando rapidamente na grande maioria dos países e, em particular, naqueles economicamente emergentes. As principais mudanças envolvem a substituição de alimentos in natura ou minimamente processados de origem vegetal (arroz, feijão, mandioca, batata, legumes e verduras) e preparações culinárias à base desses alimentos por produtos industrializados prontos para consumo. (BRASIL, 2014).

Monitorar o padrão de consumo alimentar de indivíduos ou grupos é uma importante ferramenta para discernir mudanças em relação ao consumo, bem como, para caracterizar comportamentos alimentares que se enquadram como inadequados. Além disso, pode ser utilizado como um indicador indireto do estado nutricional de uma população. A utilização de informações referentes à dieta, e em especial as particularidades quanto às combinações de alimentos como as descritas por padrões alimentares, apresenta a vantagem de proporcionar o aumento do conhecimento a respeito do papel que desempenha sobre determinados fatores de risco à saúde, considerando as interações que ocorrem entre os nutrientes (SILVA et al. 2016).

Os hábitos alimentares dos brasileiros têm sido caracterizados como de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, por apresentarem elevado consumo de alimentos calóricos, ricos em açúcares, gorduras, sal e aditivos e também pobres em vitaminas, sais minerais e fibras (RODRIGUES, 2013).

Estudar o consumo alimentar de uma população é capaz de gerar informações que refletem a sua organização social, uma vez que a alimentação constitui uma das atividades humanas mais antigas e importantes, sendo todos fundamentais na dinâmica da evolução das sociedades (OLIVEIRA, et al. 2013).

Uma vez que a alimentação se dá em função do consumo de alimentos e não de nutrientes, uma alimentação saudável deve estar baseada em práticas alimentares que tenham significado social e cultural. Os alimentos têm gosto, cor, forma, aroma e textura e todos esses componentes precisam

ser considerados na abordagem nutricional. Os nutrientes são importantes; contudo, os alimentos não podem ser resumidos a veículos deles, pois agregam significações culturais, comportamentais e afetivas singulares que jamais podem ser desprezadas. Portanto, o alimento como fonte de prazer e identidade cultural e familiar também é uma abordagem necessária para promoção da saúde (BRASIL, 2005).

Dentre os métodos de inquéritos de avaliação do consumo alimentar e dietético destacam-se: Diário ou Registro Alimentar, História Alimentar, Recordatório Alimentar 24 horas (R24h) e Questionário de Frequência de Consumo Alimentar (QFCA). Esses métodos podem ser categorizados em retrospectivos, que avaliam o consumo passado, e os prospectivos, que têm por finalidade analisar a ingestão atual (SILVA et al. 2016; COSTA, 2006).

O R24h baseia-se na obtenção de informações verbais sobre a ingestão alimentar das últimas 24 horas anteriores às consultas, com dados sobre os alimentos e bebidas atualmente consumidos, inclusive o preparo, e informações sobre peso e tamanho das porções, em gramas, mililitros ou medidas caseiras (BUENO; CZEPIELEWSKI, 2010).

Utilizar o R24h em estudos apresenta muitas vantagens, dentre elas se destaca o fato de ser relativamente barato e de fácil aplicação. Outra vantagem é que a população a ser estudada não necessita ser alfabetizada e pouco altera o comportamento alimentar. Esse método avalia a dieta atual e estima valores absolutos ou relativos da ingestão de energia e nutrientes amplamente distribuídos no total de alimentos oferecidos ao indivíduo (BUENO; CZEPIELEWSKI, 2010).

Da mesma maneira que o R24h, o diário alimentar recolhe informações sobre a ingestão atual de um indivíduo ou de um grupo. Neste método, também conhecido como registro alimentar, o paciente ou pessoa responsável anota, em formulários especialmente desenhados, todos os alimentos e bebidas consumidos ao longo de um ou mais dias. Normalmente, o método pode ser aplicado durante até sete dias, visto que períodos maiores que sete dias podem comprometer a aderência e a fidedignidade dos dados (FISBERG et al. 2009).

A forma de aplicação do registro alimentar, independentemente dos dias selecionados, deve ser em dias alternados e englobando um dia de final de semana. O diário alimentar pode ser aplicado de duas maneiras: na primeira, o indivíduo deve registrar o tamanho da porção consumida; na segunda, todos os alimentos devem ser pesados e registrados antes de ser consumidos e, de igual modo, as sobras devem ser pesadas e registradas (FISBERG et al. 2009).

O QFCA é um método normalmente utilizado para verificar a associação de dieta e enfermidades. Embora seja considerado o mais prático método que relaciona ingestão alimentar com patologias, há um intenso debate na literatura quanto aos seus méritos, face aos erros relativos

à acurácia e à precisão amplamente reconhecidos nesse método. A lista de alimentos e a frequência de ingestão dos mesmos constituem características essenciais de um QFCA (PEDRAZA; MENEZES, 2015; FISBERG et al.2009).

Os indivíduos ao responderem sobre a ingestão alimentar, informam a frequência e o intervalo de tempo. Portanto, para que o QFCA cumpra com seus objetivos, dependerá do nível de acurácia do relato da frequência de ingestão alimentar e da adequação da lista de alimentos (PEDRAZA; MENEZES, 2015).

2.4. ESTADO NUTRICIONAL

O estado nutricional de um indivíduo reflete o grau pelos quais as necessidades fisiológicas de nutrientes estão sendo atendidas. A ingestão de nutrientes depende do consumo real de alimentos, que é influenciado por muitos fatores. Estes fatores incluem condição econômica, comportamento alimentar, ambiente, emocional, influências culturais e os efeitos das várias doenças, no apetite e na capacidade de consumir e absorver nutrientes de maneira adequada (MAHAN; SCOTT STUMP, 2010).

O estado nutricional dar-se através do resultado da combinação do equilíbrio entre a ingestão de nutrientes e a necessidade dos mesmos. Esse resultado possibilita diagnosticar precocemente se este possui desvios relacionados ao baixo ou excesso de peso corporal. Sendo assim, o estado nutricional configura um importante indicador na avaliação das condições de saúde e de vida de uma população. Resulta do equilíbrio entre ingestão e necessidade de nutrientes, expressando o grau no qual as necessidades fisiológicas por nutrientes estão sendo atingidas, para manter o funcionamento adequado do organismo (ACUÑA; CRUZ, 2004).

O Ministério da Saúde diz ainda que o estado nutricional é o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais, e pode ter três tipos de manifestação orgânica (BRASIL, 2011):

-Adequação Nutricional (Eutrofia): manifestação produzida pelo equilíbrio entre o consumo e as necessidades nutricionais.

-Carência Nutricional: situação em que deficiências gerais ou específicas de energia e nutrientes resultam na instalação de processos orgânicos adversos à saúde.

-Distúrbio Nutricional: problemas relacionados ao consumo inadequado de alimentos, tanto por escassez quanto por excesso, como a desnutrição e a obesidade.

A avaliação do estado nutricional fornece subsídios para compreender as condições de saúde e reflete o acesso e a utilização do alimento e seus nutrientes, bem como as condições sanitárias na qual o alimento foi produzido, e em uma análise mais ampla também associam e evidenciam as formas de aquisição da alimentação com o trabalho e renda (GUERRERO, 2010). Ela pode resultar na identificação de três manifestações orgânicas, sendo elas: a adequação nutricional, a carência nutricional ou o distúrbio nutricional. O estado de adequação, também chamado de eutrofia, reflete o equilíbrio já citado, entre o consumo alimentar/nutricional e as necessidades nutricionais. Já a carência envolve as deficiências, que podem ser gerais ou específicas, de energia e de determinados nutrientes, o que pode resultar em alterações inadequadas ao organismo e à saúde. O distúrbio nutricional envolve problemas com o consumo alimentar inadequado, tanto em quantidade como em qualidade nutricional, resultando em situações como desnutrição ou obesidade (BRASIL, 2011a).

A avaliação do estado nutricional é de suma importância, pois alterações podem contribuir para o aumento de condições de morbimortalidade na população de diferentes maneiras. Sendo assim, avaliar o estado nutricional viabiliza diagnosticar de maneira coletiva ou individual, o aumento dos riscos para complicações relacionadas às alterações do nível de adequação do estado nutricional. E assim, propor intervenções mais eficazes para monitorar e tentar modificar essa situação (ACUÑA; CRUZ, 2004; BRASIL, 2011a).

2.4.1 Avaliação antropométrica

Na avaliação do estado nutricional a partir da antropometria, medidas simples como peso e estatura, são muito utilizadas, isso porque possuem a vantagem de serem simples e não invasivas. O índice de massa corporal (IMC), é um bom indicador para expressar as reservas energéticas do indivíduo. Nesse indicador antropométrico utiliza-se o peso e a estatura como critério diagnóstico, é útil tanto em nível individual como populacional. Sendo o mais utilizado para avaliar o risco nutricional, por ser uma medida facilmente aplicável, não invasiva e de baixo custo (SOUZA, 2013; CERVI et al. 2005).

A palavra antropometria é formada pelos termos gregos anthro (corpo) e metria (medida), cuja definição é medida das variações das dimensões físicas corporais. Através dos indicadores antropométricos é possível avaliar diversos fatores, que permitem identificar risco de doenças e agravos crônicos. Além disso, a antropometria é importante no monitoramento do estado nutricional, sendo utilizada em pesquisas epidemiológicas e na prática clínica (SAMPAIO, 2012).

O IMC é o indicador mais utilizado para categorizar o sobrepeso e a obesidade, por se tratar de um bom parâmetro para expressar a gordura corporal em excesso. Apesar de suas limitações é a medida mais aceita universalmente para classificar o estado nutricional dos indivíduos. Dentre as limitações destaca-se o fato de pessoas com elevada quantidade de massa muscular apresentar IMC elevado, mesmo que a gordura corporal não seja excessiva (PINHO et al. 2011).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo transversal que é um estudo que visualiza a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2006).

3.2 ÁREA DE ESTUDO

Foi feita na Comunidade quilombola do Gurugi, situada no município do Conde no estado da Paraíba.

3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO E AMOSTRAGEM

A população escolhida para esse estudo foram famílias moradoras da comunidade quilombola situada no município do Conde, escolhidas ao acaso, que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1). A amostra desta pesquisa foi classificada como não probabilística intencional, pois todas as pessoas que participaram da pesquisa o fizeram voluntariamente e não houve nenhum sorteio prévio aleatório. A amostra foi composta por 30 famílias, com um total de 122 participantes, sendo 22 menores de 6 anos de idade.

3.4 COLETA DE DADOS

Foram coletados dados antropométricos de peso e estatura, além disso, foram aplicados questionários de frequência de consumo alimentar.

A avaliação antropométrica foi realizada por avaliadores treinados, sendo aferidos o peso e estatura. Para verificação da estatura das crianças maiores de 2 anos e adultos, foi utilizado uma fita métrica que foi acoplada a uma parede sem rodapé, os indivíduos encontravam-se sem calçados, em posição ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo. Enquanto que para crianças menores de 2 anos, foi utilizado os dados do cartão da criança.

O peso das crianças e dos adultos foi aferido com balança digital eletrônica da marca Black&Decker (modelo BK-35), capacidade máxima 180 kg com graduação de 100g. Durante a realização todos estavam descalços.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram digitados em planilha Excel para Windows pacote Office 2016. Todas as variáveis foram descritas de acordo com as respostas, sendo utilizado tabelas de frequência para as variáveis categóricas, e foi feito o cálculo das médias das variáveis contínuas.

O estado nutricional das crianças menores de seis anos foi classificado de acordo com as curvas de distribuição dos escores Z relativos ao índice estatura para idade usando a referência da OMS 2006. Enquanto que dos chefes das famílias foram classificados de acordo com o IMC, conforme o quadro a seguir.

Quadro 1 - Pontos de corte de IMC para adultos

Estado Nutricional	IMC (Kg/m ²)
Magreza	< 18,5
Eutrofia	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 – 29,9
Obesidade	>30

FONTE: WHO, 1995.

O consumo alimentar foi estimado de acordo com a frequência de consumo de cada item alimentar investigado, tanto para crianças e adultos. As frequências dos hábitos de assistir televisão e atividade física, foram estimados pela porcentagem de respostas positivas.

Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas.

3.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Todos os voluntários do estudo foram esclarecidos quanto aos objetivos, riscos e benefícios da pesquisa antes da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo garantido o sigilo e confidencialidade das informações individuais e que só dados globais seriam divulgados à comunidade acadêmica, conforme as normas para a realização da Pesquisa envolvendo Seres Humanos, atendendo os critérios da Bioética do Conselho Nacional de Saúde na sua Resolução nº 466/12.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PARTICIPANTES

Participaram da pesquisa 122 moradores, dos quais 66 (54,1 %) pertencem ao sexo feminino. Do total 70 (57,0%) se autodeclararam negros e a idade média foi de 36,5 anos. Verificou-se que 11 (36,7%) famílias eram chefiadas pela esposa. E que a maioria dos entrevistados 57 (53,3%) possuíam o curso primário incompleto.

A média de pessoas por família que compartilhavam a moradia foi em torno de 4 moradores, com variação entre 2 e 7 pessoas. Enquanto que a média de cômodos por domicílio foi em torno de 5 cômodos. A maioria dos participantes 16 (53,3%) moravam em casas de alvenaria acabada, 27 (90,0%) são abastecidas de água através de poço coletivo, 25 (83,3%) possuem fossa negra como sistema de esgoto. Quanto ao destino dado ao lixo, 25 (83,3%) queimam ou enterram.

A renda per capita média foi de R\$ 250,49, com uma variação de R\$ 51,12 até R\$ 1027,06 reais por pessoa. Ainda 21 famílias (70%) eram assistidas pelo Programa Bolsa Família.

Esses dados mostram que se trata de uma comunidade homogênea, pois possuem características semelhantes, consistindo em famílias que vivem em condições socioeconômicas precárias, caracterizada pela baixa renda familiar, baixa escolaridade, dependência de auxílios externos e falta de serviços básicos como água e saneamento básico.

4.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A tabela 1 apresenta o estado nutricional de homens e mulheres, avaliado segundo o IMC, onde podemos notar que o número de participantes em estado de eutrofia foi o mesmo dos que se encontravam em sobrepeso.

Tabela 1: Avaliação do Estado Nutricional de adultos, segundo IMC, dos moradores da Comunidade Quilombola do Gurugi, Conde-PB, 2016.

Indicadores (IMC)	N	%
Magreza	0	0
Eutrofia	11	36,7
Sobrepeso	11	36,7
Obesidade	8	26,6
Total	30	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Os valores recomendáveis de classificação para a população adulta seguem a classificação da OMS, 1995 e 1997. Quanto ao valor calculado de IMC, os valores variaram de 20,6 até 46,7 Kg/m², sendo que a média foi de 28,5 Kg/m². Como mostra a Tabela 1, nenhum participante teve a classificação de magreza; (n= 11) 36,67 % dos entrevistados foram classificadas como eutróficos; (n=11) 36,67% foram classificadas com sobrepeso; (n=8) 26,67% estavam com obesidade. Observa-se, portanto, que 63,33% da população estudada apresentaram IMC inadequado, com excesso de peso: sobrepeso e obesidade. É um dado importante, devido ao elevado risco de desenvolver doenças associadas ao sobrepeso e à obesidade, tais como diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares (DCV) e alguns cânceres.

Em relação ao estado nutricional das crianças, como é relatado na Tabela 2, na faixa etária entre seis meses e menos de dois anos, todas apresentaram peso adequado para idade. No que se refere a estatura para idade, 66,67% apresentaram estatura adequada para idade.

Enquanto que na faixa etária de dois anos e menos de cinco, 40% encontravam-se com o peso elevado para idade e no que diz respeito a estatura, 80% apresentavam estatura adequada.

A prevalência de adequação de estatura nas crianças maiores de cinco anos foi de 100%.

Tabela 2: Distribuição do estado nutricional segundo as faixas etárias e índices antropométricos das crianças moradoras da Comunidade Quilombola do Gurugi, Conde-PB, 2016.

Faixas etárias	>6 meses e <2 anos	>2 anos e <5 anos	5 anos ou mais
Índices antropométricos	n=3	n=10	n=2
Altura/Idade			
Baixa estatura	1	2	0
Estatuta Adequada	2	8	2
Peso/Idade			
Peso Baixo	0	1	1
Peso Adequado	3	5	1
Peso Elevado	0	4	0

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

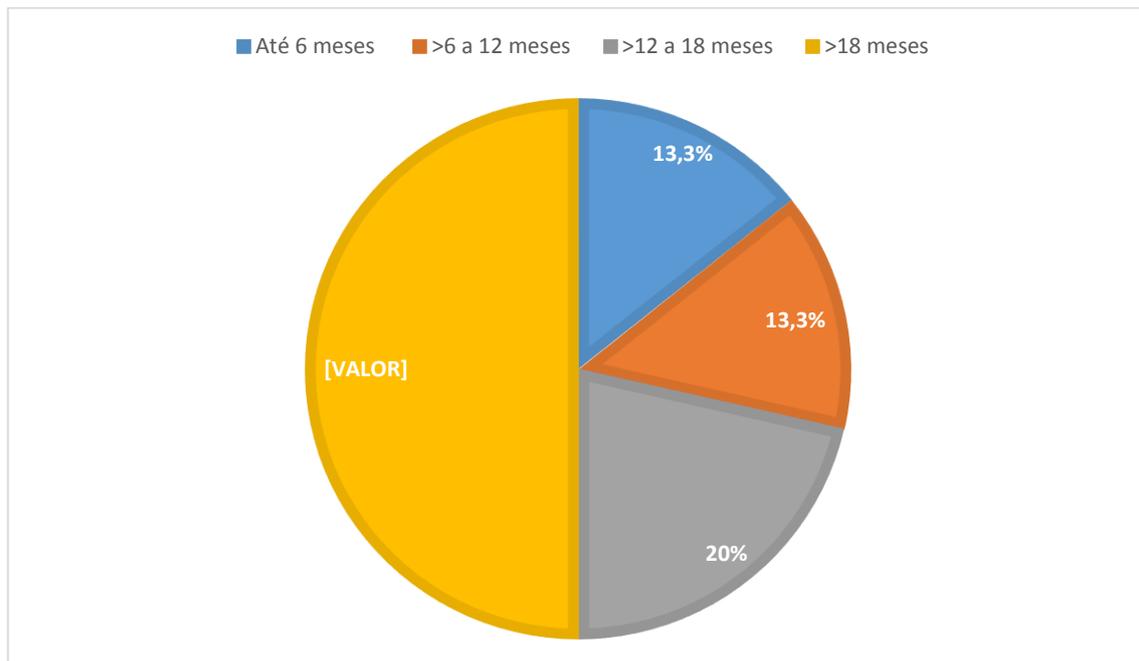
4.3 CONSUMO ALIMENTAR DAS CRIANÇAS

Em relação ao aleitamento materno, 93,33% das mães que participaram do estudo, relataram que as crianças foram amamentadas. Assim, percebe-se uma grande adesão à essa prática, resultado positivo e importante, uma vez que o leite materno é a melhor e a principal fonte disponível de nutrientes dos lactentes.

Os resultados encontrados apontam dados considerados satisfatórios, levando em consideração que apenas uma mãe (6,67%) relatou não ter amamentado. Conforme a figura 1, verificou-se que 13,33% (n=2) amamentaram até os 6 meses, 13,33% (n=2) amamentaram mais que 6 meses até 12 meses, 20% (n=3) amamentaram mais que 12 meses até 18 meses, enquanto que 46,67% (n=7) amamentaram mais que 18 meses.

Essas práticas alimentares diferem das encontrados nas áreas urbanas, onde o mais comum é o desmame precoce das crianças, ou seja, o curto período de aleitamento materno exclusivo, que no Brasil tem duração média de apenas 1,4 meses. Sendo que na região Sul encontra-se a menor duração, menos de 1 mês e na região Sudeste a maior, 2,6 meses (SEGALL-CORREA et al., 2009). A II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal realizada pelo Ministério da Saúde também demonstra essa heterogeneidade do aleitamento materno nas capitais e regiões brasileiras, com a região Norte apresentando a maior prevalência desta prática (45,9%), Sul (43,9%) e Sudeste (39,4%), com a região Nordeste apresentando a pior situação (37,0%) (BRASIL, 2009).

Figura 1: Distribuição do aleitamento materno das crianças menores de 6 anos moradoras da Comunidade Quilombola do Gurugi, Conde-PB, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

O número de refeições em casa foi de 5 a 6 refeições por dia, 26,67% (n=4) relataram que as crianças faziam 5 refeições em casa e 33,33% (n=5) relataram que as crianças faziam 6 refeições em casa.

Em relação ao nível de atividade física, das 15 crianças avaliadas, 13 praticavam atividade física mais de 5 vezes por semana. O tempo de cada prática para 5 (33,33%) delas é maior que uma hora. Um fator importante, visto que dados relatam que a prática de atividade física na infância pode estar associada a um risco reduzido de desenvolver sobrepeso e obesidade, sendo um elemento de saúde de extrema importância, pois possui efeitos positivos além do bem-estar, sobre a saúde cardiovascular e musculoesquelética (KLEIN-PLATAT et al. 2005).

Na Tabela 3, é relatado o consumo de leite animal das crianças menores de 6 anos. Verificou-se que 53,33% das crianças consumiram mais de 2 preparações de leite animal, um dado que requer atenção, visto que, o consumo de leite de vaca em idades precoces e durante a infância aumenta o risco de anemia nas crianças.

O consumo de leite de vaca tem sido associado inversamente as concentrações de hemoglobina de lactentes, assim, sugere-se que a ingestão desse pelos lactentes pode aumentar o risco de desenvolvimento de anemia ferropriva (SBP, 2012). Além disso, a ingestão excessiva do leite de vaca pelos lactentes pode associar-se a obesidade infantil (BRASIL, 2013a).

Tabela 3: Consumo do dia anterior de preparações de leite animal das crianças menores de 6 anos moradoras da Comunidade Quilombola do Gurugi, Conde-PB, 2016.

Preparações com leite	Crianças menores de 6 anos (n=15)	
	n	%
Não tomou	4	26,67
Até 2 preparações	3	20
Mais que 2 preparações	8	53,33

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

Percebe-se, na tabela 4, que há um bom consumo de frutas (93,3%), carne (80,0%) e ingestão reduzida de verduras/legumes (53,3%). Dietas baseadas no consumo de frutas, vegetais, legumes e as verduras parecem atuar na prevenção e controle de diversas patologias. Isso se deve ao fato de que possuem vitaminas, minerais, fibras dietéticas e compostos bioativos (PADILHA, 2004).

Ressalta-se que apenas 5 crianças (33,3%) realizam as refeições assistindo à televisão. A ocorrência de sobrepeso e obesidade em crianças tem sido tradicionalmente associada ao hábito de assistir à TV, pois este promove o sedentarismo. Além disso, sabe-se hoje que os anúncios de alimentos veiculados na TV têm o poder de, efetivamente, promover seu consumo, influenciando diretamente os hábitos alimentares de crianças (HALFORD et al. 2004). O hábito de assistir à TV na infância ou na adolescência também foi associado positivamente com a ocorrência de baixo condicionamento físico, fumo e hipercolesterolemia na idade adulta (HANCOX et al. 2004).

Também, observa-se que 80% das crianças consome comida de panela no jantar.

Tabela 4: Práticas alimentares das crianças menores de 6 anos moradoras da Comunidade Quilombola do Gurugi, Conde-PB, 2016.

Prática alimentar	Crianças que consumiram	
	N	%
Consumo de verduras/ legumes	8	53,3
Consumo de frutas	14	93,3
Consumo de carne	12	80,0
Consumo assistindo à televisão	5	33,3
Consumo de comida de panela no jantar	12	80,0
Total de crianças avaliadas	15	100,0

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

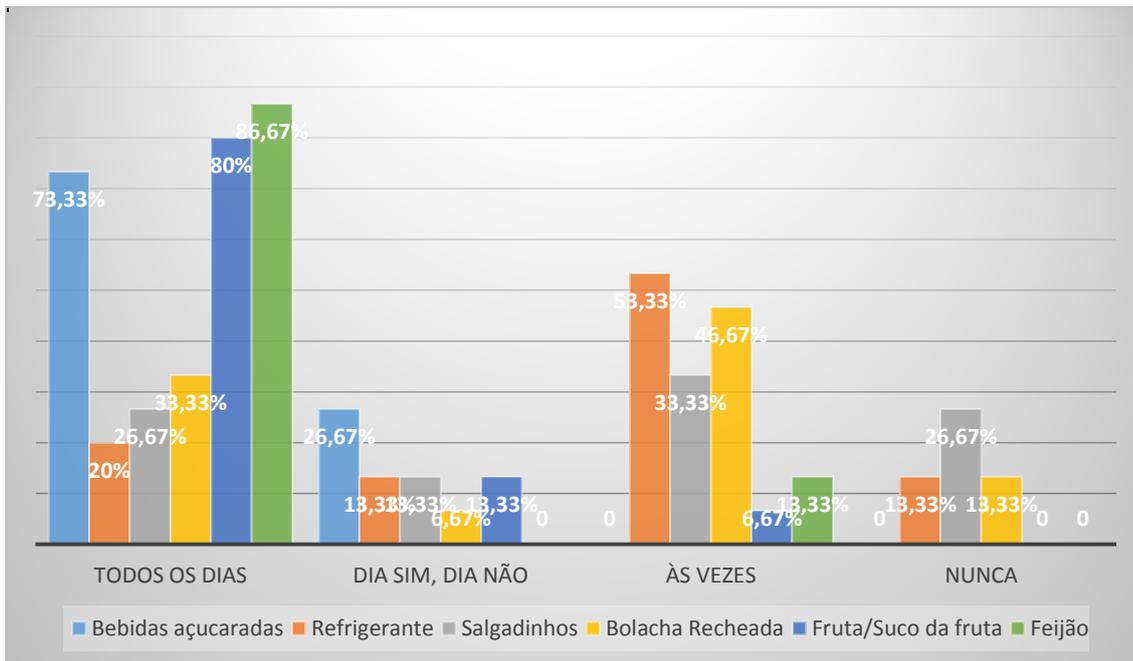
Quanto ao consumo de bebidas açucaradas, relatado na figura 2, observou-se que a grande maioria, ou seja, 73,33% das crianças, consumiam todos os dias essas bebidas. Um estudo associou o consumo de bebidas ricas em açúcar ao aumento de peso e adiposidade e outras comorbidades, como o aumento da glicemia entre crianças e adultos (GIBSON, 2008).

Em relação ao consumo de refrigerante, 20% das crianças consomem todos os dias. O consumo elevado de refrigerantes entre crianças e adolescentes é preocupante, uma vez que as DCNT possuem um período de latência para ocorrer, podendo surgir a médio ou a longo prazo (GUEDES, 1999). Além disso, o público infantil é o principal alvo de propagandas indiscriminadas vinculadas a alimentos e bebidas açucaradas (BRASIL, 2006). Sendo assim, intervenções intersetoriais direcionadas a esse público para promoção da alimentação saudável são necessárias para o enfrentamento das DCNT (VIEIRA et al. 2008) uma vez que os hábitos fixados na infância têm maior probabilidade de permanecer na adolescência e na vida adulta (FERNANDEZ et al. 2009).

Dos alimentos consumidos habitualmente, destacaram-se as frutas e o feijão, consumidos diariamente por 80,0% e 86,6%, respectivamente. Enquanto que, o consumo diário de salgadinhos de pacote e bolacha recheada foi de 33,3%.

Os dados da pesquisa diferem dos achados por Vitolo e Valmórbida (2014) no estudo feito com crianças de Porto Alegre, onde observaram que 87% das crianças avaliadas consumiram menos de uma porção de verduras, e 58% não consumiram uma porção de frutas ao dia.

Figura 2: Frequência do consumo alimentar das crianças menores de 6 anos moradoras da Comunidade Quilombola do Gurugi, Conde-PB, 2016.



FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

4.4 CONSUMO DO ADULTO

Os dados da frequência de ingestão de vários tipos de alimentos consumidos nos últimos 7 dias anteriores a pesquisa, estão descritos na tabela 6.

Com o marcador de consumo alimentar, verificou-se que os alimentos consumidos em maior frequência diária estão o feijão e as frutas. Chamando a atenção para o baixo consumo de salada crua, leite ou iogurte e legumes e verduras, considerados indispensáveis no dia-a-dia.

Observou-se que os alimentos embutidos tiveram um consumo maior de uma a quatro vezes na semana, 20% (n=6) relataram consumir hambúrguer e embutidos uma vez por semana e 13,3% (n=4) relataram consumir quatro vezes na semana. Os embutidos foram consumidos diariamente por 13,3% (n=4), taxa relativamente alta.

Dentre os indivíduos pesquisadas no presente trabalho 16,7% consomem bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote diariamente.

Tabela 6. Marcadores de consumo alimentar, últimos 7 dias, de moradores adultos da Comunidade Quilombola do Gurugi, Conde-PB, 2016.

Alimento /Bebida	Frequência de consumo							
	Não comeu 1 dia	2 dias	3 dias	4 dias	5 dias	6 dias	Todos os dias	
	n	n	n	n	n	n	n	
Salada Crua	12	5	3	7	0	0	3	
Legumes e verduras	15	4	1	4	0	0	6	
Frutas frescas ou salada de frutas	3	2	5	4	1	0	14	
Feijão	2	0	2	4	0	0	21	
Leite ou iogurte	18	3	2	0	1	0	5	
Batata frita, batata de pacote e salgados fritos	19	8	1	1	0	0	1	
Hambúrguer e embutidos	12	6	3	4	0	1	4	
Bolachas/biscoitos salgado ou salgadinhos de pacote	9	0	2	5	1	0	12	
Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra e bombom)	12	5	7	1	2	0	3	
Refrigerante	15	10	3	1	0	0	1	

FONTE: Dados da pesquisa, 2016.

5. CONCLUSÃO

É notório o processo de transição alimentar e nutricional pelo qual a comunidade quilombola do Gurugi está passando, assim como ocorre na zona urbana. Observou-se que mais da metade dos adultos entrevistados apresentaram IMC inadequado, enquanto que as crianças da faixa etária de dois anos e menos de cinco apresentaram excesso de peso.

Quanto ao consumo alimentar, foram encontrados resultados positivos para a ingestão de frutas e feijão, tanto na população adulta como na infantil. Esses dados demonstram um fator importante, pois a maior ingestão de alimentos *in natura* pode estar associada à redução do consumo de alimentos industrializados. No entanto, é importante ressaltar que as crianças apresentaram um elevado consumo de bebidas açucaradas e os adultos de bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote, esses alimentos possuem maior densidade energética, maior quantidade de açúcar e menor teor de fibras que alimentos *in natura* ou minimamente processados, sendo esses os grandes responsáveis pelo aumento do risco de ganho excessivo de peso e da obesidade

No que concerne a prática de atividade física entre as crianças, constatou-se que as crianças quilombolas são muito ativas, o que é um dado importante pois a atividade física promove controle de peso e prevenção de doenças.

REFERENCIAS

_____. Ministério da Saúde. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégias. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 108 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: **Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN**. Brasília. 2011a.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola: Comunidades Quilombolas Brasileiras. Regularização Fundiária e Políticas Públicas**. Brasília. 2009b.

_____. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola: Guia de políticas públicas para comunidades quilombolas**. Brasília. 2013.

ACUÑA, K.; CRUZ, T. Avaliação do estado nutricional de adultos e idosos e situação nutricional da população brasileira. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 48, n.3, p. 345-361, 2004.

BANAL, Alberto. A via crucis das comunidades quilombolas no Brasil e na Paraíba. In: BANAL, Alberto; FORTES, Maria Ester Pereira (Org.). **Quilombos da Paraíba: a realidade de hoje e os desafios para o futuro**. João Pessoa: Imprell, 2013.

BRASIL, Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**. Brasília: SEPIR, 2012.
Brasil. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. **Ordenamento da estrutura fundiária – Quilombolas**. Brasília. Retirado em: 30/07/2016, de <www.incra.gov.br>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia alimentar para a população brasileira**. Ministério da Saúde: Brasília – DF, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade**. Brasília: O Ministério; 2006. [Caderno de Atenção Básica nº 12. Série A. Normas e Manuais Técnicos].

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez Passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para menores de dois anos**. Um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 72p.
BUENO, A. L. CZEPIELEWSKI, M. A. O recordatório de 24 horas como instrumento na avaliação do consumo alimentar de cálcio, fósforo e vitamina D em crianças e adolescentes de baixa estatura. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.23, n.1, p.65-73, 2010.

- CALHEIROS, F. P.; STADTLER, H. H. C. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. **Revista Katálysis**, v. 13, n. 1, p. 133-9, 2010.
- CERVI, A. FRANCESCHINI, S. C. C. PRIORE, S. E. Análise crítica do uso do índice de massa corporal para idosos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.18, n.6, p.765-775, 2005.
- COSTA, A. G. V. PRIORE, S. E. SABARENSE, C. M. FRANCESCHINI, S. C. C. Questionário de frequência de consumo alimentar e recordatório de 24 horas: aspectos metodológicos para avaliação da ingestão de lipídeos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.19, n.5, p.631-641, 2006.
- Decreto nº. 4.887 de 20 nov de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos, (2003).
- FERNANDES, OS; BERNARDO, CO; CAMPOS, RMMB; VASCONCELOS, FAG. Avaliação do efeito da educação nutricional na prevalência de sobrepeso/obesidade e no consumo alimentar de escolares do ensino fundamental. **J Pediatr.** 2009. V.85, n.4, p.315-21.
- FISBERG, R. M. MARCHIONI, D. M. L. COLUCCI, A. C. A. Avaliação do consumo alimentar e da ingestão de nutrientes na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab.** 2009.
- FREITAS, D. A. et al. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais-Brasil. **Revista CEFAC**, v. 15, n. 4, p. 941-6, 2013.
- GIBSON, S. Sugar-sweetened soft drinks and obesity: a systematic review of the evidence from observational studies and interventions. **Nutr Res Rev**, 21 (2008), pp. 134–147.
- GUEDES, DP. Educação para a saúde mediante programa de educação física escolar. **Motriz.** 1999. v.5, n.1, p.10-5.
- GUERRERO, A. F. H. **Situação nutricional de populações remanescentes de quilombos do município de Santarém - Pará, Brasil.** 2010. Tese. (Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca), Fiocruz, Rio de Janeiro, 2010.
- HALFORD, J. C. G. GILLESPIE, J. BROWN, V. PONTIN, E. E. DOVEY, T. M. Effect of television advertisements for foods on food consumption in children. **Appetite.** 2004; v.42, n.2, p.221-25.
- HANCOX, R. J. MILNE, B. J. POULTON, R. Association between child and adolescent television viewing and adult health: a longitudinal birth cohort study. **Lancet.** 2004; v.364, n.9430, p.257-62.
- KLEIN-PLATAT, C. OUJAA, M. WAGNER, A. HAAN, M. C. ARVEILER, D. SCHLIENGER, J. L. et al. Physical activity is inversely related to waist circumference in 12-y-old French adolescents. **Int J Obes.** v.29, p. 9–14. 2005.
- LEITE, I. B. Os quilombos no Brasil: questões conceituais e normativas. **Etnográfica**, v.4, n.2, p.333-354, 2000.
- MAHAN, L. K.; SCOTT-STUMP. **Krause Alimentos, Nutrição e Dietoterapia.** 10ed. São Paulo: Roca, 2010.

MONTEIRO, Karoline dos Santos; GARCÍA, María Franco. **Tradição e resistência dos territórios “remanescentes” de quilombos: a Comunidade Negra de Gurugi, Paraíba.** ENG, Porto Alegre 2010.

OLIVEIRA, D. F. COELHO, A. R. BURGARDT, V. C. F. HASHIMOTO, E. H. LUNKES, A. M. MARCHI, J. F. TONIAL, I. B. **Alternativas para um produto cárneo mais saudável: uma revisão.** Brazilian Journal of Food technology. Campinas, v. 16, n. 3, p. 163-174, 2013.

PADILHA, P. C. PINHEIRO, R. L. O Papel dos Alimentos Funcionais na Prevenção e Controle do Câncer de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia. V.50, n.3, p. 251-260. 2004.

PEDRAZA, D. F. MENEZES, T. N. Questionários de Frequência de Consumo Alimentar desenvolvidos e validados para população do Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.9, p.2697-2720, 2015.

PINHO, C. P. S. DINIZ, A. S. ARRUDA, I. K. G. LIRA, P. I. C. SEQUEIRA, L. A. S. GONÇALVES, F. C. L. S. P. FILHO, M. B. Excesso de peso em adultos do Estado de Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.12, p.2340-2350, 2011.

REIS, J. J. **Quilombos e revoltas escravas no Brasil.** Revista. USP, v. 28, p. 14-39, 1996;

RODRIGUES, P. R. M. **Hábitos alimentares, estilo de vida e estado nutricional de adolescentes: um estudo de base escolar em Cuiabá -MT.** 2013. 240 f. Tese (Doutorado em Nutrição) – Instituto de Nutrição Josué de Castro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2013.

ROUQUAYROL, M.Z, ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** 6. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SAMPAIO, L. R. **Avaliação nutricional.** Salvador: EDUFBA, 2012. 158 p. Série Sala de aula, 9.

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola.** Departamento de Nutrologia. 3. ed. Rio de Janeiro, 2012. 63p.

SEGALL-CORRÊA, A. M. et al. Amamentação e alimentação infantil. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006**, p. 195.

SILVA, D.F.O. LYRA, C.O. LIMA, S.C.V.C. Padrões alimentares de adolescentes e associação com fatores de risco cardiovascular: uma revisão sistemática. **Ciências e Saúde Coletiva**, v.21, n.4, p.1181-1195, 2016.

SOUZA, R. FRAGA, J. S. GOTTSCHALL, C. B. A. BUSNELLO, F. M. RABITO, E. I. Avaliação antropométrica em idosos: estimativas de peso e altura e concordância entre classificações de IMC. **Rev. Bras. Gerontol.** Rio de Janeiro, 2013.

VIEIRA, M. F. A. ARAÚJO, C. L. P. HALLAL, P. C. MADRUGA, S. W. NEUTZLING, M. B. MATIJASEVICH, A. LEAL, C. M. A. MENEZES, A. M. B. Estado nutricional de escolares de 1ª a 4ª séries do Ensino Fundamental das escolas urbanas da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública.** V.24, n.7, p.1667-1674. 2008.

VITOLO, M. R. VALMÓRBIDA, J. L. Fatores associados ao baixo consumo de frutas e verduras entre pré-escolares de baixo nível socioeconômico. **Jornal de Pediatria** [en línea] 2014, 90 (Septiembre-Octubre) : [Fecha de consulta: 11 de noviembre de 2016] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399734019006> ISSN 0021-7557

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development. WHO (nonserial publication). Geneva: WHO; 2006.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee.** Geneva, 1995.

APÊNDICE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre “Perfil alimentar e nutricional de moradores da comunidade Gurugi, situada no município do Conde-PB” e está sendo desenvolvida pelas pesquisadoras Jéssika Rodrigues Clementino e Taísa Gomes de Andrade Oliveira, alunas do Curso de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação do Prof. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna.

Os objetivos do estudo pesquisa é verificar o estado nutricional e os hábitos alimentares de moradores da comunidade quilombola do Gurugi, no município do Conde, Paraíba. A finalidade deste trabalho é contribuir para a criação de estratégias de educação nutricional, tornando-os mais críticos e conscientes acerca de escolhas alimentares.

Solicitamos a sua colaboração para o preenchimento de um questionário sobre segurança alimentar, consumo alimentar e qualidade de vida com perguntas fechadas a respeito da frequência de consumo dos alimentos descritos, onde será necessário apenas marcar com um X nas respostas que lhe sejam verdadeiras. Também será necessário realizar a avaliação antropométrica por meio da pesagem e tomada da altura, utilizando-se, para isso, uma balança digital e uma fita métrica. Como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

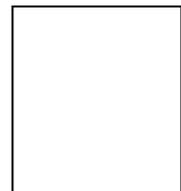
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador



Contato do Pesquisador Responsável:

Prof. Rodrigo Vianna – Departamento de Nutrição – CCS – UFPB

Tel: 3216-7499; email: vianna@ccs.ufpb.br

ANEXO A

Entrevistador: _____ 1.1 N° QUESTIONÁRIO: _____

1.2 Endereço: _____

1.3 Nome do participante: _____

1.4 Idade (em anos) _____

2.1 Tipo de domicílio

- 1 Alvenaria acabada 4 Taipa não revestida 7 Não sabe/NR
 2 Alvenaria inacabada 5 Madeira
 3 Taipa revestida 6 Outra

2.2 Número de cômodos: _____

2.3 Número de cômodos para dormir: _____

2.4 Tipo de abastecimento de água

- 1 Rede pública 3 Poço artesiano da própria casa 5 Não sabe/ NR
 2 Cisterna 4 Outro

2.5 Tipo de esgoto sanitário

- 1 Rede pública 3 Fossa negra 5 Outro
 2 Fossa séptica 4 Esgoto a céu aberto 6 Não sabe / NR

2.6 Destino dado ao lixo:

- 1 Coletado pela prefeitura 3 Jogado em terreno baldio 5 Não sabe / NR
 2 Queimado ou enterrado na casa ou outro local próximo a casa
 4 Outro

2.7 Número de pessoas que residem no domicílio: _____

2.8 A sua família recebe Bolsa Família: () sim () não () NS/NR

2.9 quem é a pessoa responsável pelo domicílio: _____

Agora vou fazer algumas perguntas sobre os moradores deste domicílio, começando pelo chefe da família.

Preencha o quadro de características sócio-demográficas, localizado na próxima página, com muita atenção para que as informações de todos os moradores do domicílio sejam contempladas. Observe que o responsável do domicílio deverá ser preenchido na 1ª linha e os demais nas linhas subsequentes. Os moradores passarão a ser identificados, ao longo do questionário, pelo seu número de ordem, listado na primeira coluna à esquerda.

ANEXO C**MÓDULO 5: QUESTIONÁRIO SOBRE O ESTILO DE VIDA E ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 6 ANOS**

1- A criança foi amamentada no peito? Sim Não. Até que idade: _____ meses.

2- A criança realiza quantas refeições por dia em casa? _____

3- Quais as refeições que a criança realiza em casa?

Café da manhã Almoço Jantar 1 a 2 lanches 2 a 3 lanche Mais de 3 lanches

4- Quem prepara as refeições em casa: _____

5- Consome os alimentos mastigando devagar? Sim Não

6- Quantos copos de água bebe por dia?

1 a 2 2 a 4 5 a 7 Mais que oitos copos Não bebe água

7- Prática atividade física quantas vezes por semana? 1 a 3 vezes 3 a 5 vezes 5 a 7 vezes

8- E quanto tempo:

15 minutos 20 minutos 30 minutos 40 minutos Mais de 50 minutos

9- Quais atividades a criança prática?

Caminhada Anda de bicicleta Passeia Joga bola Outras atividades

10- Assiste televisão durante quanto tempo?

até 30 minutos de 30 minutos a 1 hora de 1 a 2 horas mais de 2 hora

11- Joga vídeo game ou outros jogos em computador durante quanto tempo?

até 30 minutos de 30 minutos a 1 hora de 1 a 2 horas mais de 2 hora

MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR

12- **Ontem**, quantas preparações (copos/mamadeiras) de **leite** a criança tomou?

(Qualquer tipo de leite animal: pó fluído)

Não tomou Até 2 (copos/mamadeiras) Mais que 2 (copos/mamadeiras)

13- **Ontem**, a criança comeu **verduras/legumes**? Sim Não

(Não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca, cará, inhame)

14- **Ontem**, a criança comeu **fruta**? Sim Não

15- **Ontem**, a criança comeu **carne**? Sim Não

(Boi, frango, porco, peixe, miúdos ou outras)

16- Ontem, a criança comeu assistindo **televisão**? Sim Não

17 - Ontem, a criança comeu **comida de panela** (comida de casa, comida da família) no jantar?

Sim Não

18- Com que frequência a criança toma sucos/refrescos, leites, chás e outras **bebidas com açúcar**/rapadura/mel/melado?

Todos os dias Dia sim, dia não (dias alternados) Às vezes Nunca

19- Com que frequência a criança toma **refrigerantes**?

Todos os dias Dia sim, dia não (dias alternados) Às vezes Nunca

20- Com que frequência a criança come **salgadinho** de pacote? (Aqueles industrializados feitos para crianças)

Todos os dias Dia sim, dia não (dias alternados) Às vezes Nunca

21- Com que frequência a criança come biscoito ou **bolacha recheados**?

Todos os dias Dia sim, dia não (dias alternados) Às vezes Nunca

22- Com que frequência a criança come **frutas** ou bebe suco de frutas frescas?

Todos os dias Dia sim, dia não (dias alternados) Às vezes Nunca

23- Com que frequência a criança come **feijão**?

Todos os dias Dia sim, dia não (dias alternados) Às vezes Nunca

24- Cite três comidas (ou alimentos) que a criança **gosta**:

25- Agora cite três comidas (ou alimentos) que a criança **não gosta**

26- Peso da criança: _____

27- Altura da criança: _____

ANEXO D**MÓDULO 6: ANTROPOMETRIA DE ADULTOS**

NOME	PESO (Kg)	ALTURA (m)	IMC
1			
2			
3			
4			