



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

**TESE DE DOUTORADO**

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO  
COMUNITÁRIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL  
EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO RIO GRANDE DO SUL,  
BRASIL**

Sílvia Pauli

Orientador: Prof. Dr. Michele Drehmer

Co-orientador: Prof. Dr. Daniela Riva Knauth

Porto Alegre, Maio de 2020



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**FACULDADE DE MEDICINA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**

**TESE DE DOUTORADO**

**DESENVOLVIMENTO E AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO  
COMUNITÁRIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM  
COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL**

Sílvia Pauli

**Orientador:** Prof.Dr. Michele Drehmer

**Co-orientador:** Prof. Dr. Daniela Riva Knauth

A apresentação desta tese é exigência do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Doutor.

Porto Alegre, Brasil.

2020

#### CIP - Catalogação na Publicação

Pauli, Sílvia  
Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção  
comunitária de educação alimentar e nutricional em  
Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil /  
Sílvia Pauli. -- 2020.  
197 f.  
Orientadora: Michele Drehmer.

Coorientadora: Daniela Riva Knauth.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de  
Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS,  
2020.

1. Grupo de ascendência continental africana. 2.  
Cultura alimentar. 3. Educação alimentar e  
nutricional. 4. Avaliação da efetividade de  
intervenções. I. Drehmer, Michele, orient. II.  
Knauth, Daniela Riva, coorient. III. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

## **BANCA EXAMINADORA**

Prof. Dr. Ilaine Schuch, Programa de Pós-graduação em Alimentação, Nutrição e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Andréa Fachel Leal, Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Vanessa Bielefeldt Leotti, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

## MENSAGEM

“Faça o teu melhor, na condição que você tem, enquanto você não tem condições melhores, para fazer melhor ainda!” (*Mario Sergio Cortella*)

## AGRADECIMENTOS

À família, que sempre foi base forte, fonte de sabedoria, inspiração, apoio incondicional e, acima de tudo, muito amor. Ao Gui, meu amor, parceiro de jornada e grande apoiador. Aos colegas da melhor turma de Doutorado que já existiu e a todos os meus amigos. Ao Grupo de Pesquisa Segurança Alimentar Quilombola pelo compartilhamento de saberes e pela parceria na caminhada. À Michele Drehmer, minha Orientadora, que é fonte muito grande de inspiração e uma referência de professora e ser humano. À minha Co-orientadora Daniela Riva Knauth, pela contribuição em cada etapa desse trabalho e pela grande contribuição em minha formação como um todo, és inspiração também! Por fim, mas não menos importante, meu agradecimento ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Professores e demais funcionários, por proporcionarem uma formação de excelência, e ao CNPq pelo apoio financeiro, através da bolsa de doutorado.

## SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS .....	8
RESUMO .....	9
ABSTRACT .....	11
1. APRESENTAÇÃO .....	13
2. INTRODUÇÃO .....	14
3. REVISÃO DE LITERATURA .....	16
3.1 Cultura Alimentar .....	16
3.2 Comunidades quilombolas .....	20
3.3 Cultura alimentar quilombola .....	24
3.4 Alimentação Saudável.....	27
3.5 Intervenções para Promoção da Alimentação Saudável .....	32
4. OBJETIVOS .....	37
4.1 Justificativa .....	37
4.2 Objetivos .....	38
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	39
6. ARTIGO 1.....	52
7. ARTIGO 2.....	75
8. ARTIGO 3.....	101
9. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	128
10. ANEXOS .....	130
a. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) .....	130
b. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): fase quantitativa (I e III) .....	133
c. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): fase qualitativa (I e III).....	134
d. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Intervenção (Fase II) .....	135
e. Carta de anuência dos líderes das comunidades.....	136
f. Questionário de Pesquisa (FASE I e FASE III).....	137
g. Roteiro do Grupo Focal realizado nas duas comunidades quilombolas que receberam intervenção de educação alimentar e nutricional (FASE I).....	157
h. Roteiro do Grupo Focal realizado nas duas comunidades quilombolas que receberam intervenção de educação alimentar e nutricional (FASE III) .....	158
i. Normas para submissão de artigos à Revista Cadernos de Saúde Pública.....	159

j. Normas para submissão de artigos à Revista Ciência e Saúde Coletiva.....	173
k. Normas para submissão de artigos à Revista Public Health Nutrition.....	184



## ABREVIATURAS E SIGLAS

CC – Comunidades Controle  
CI – Comunidades Intervenção  
CNPQ – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico  
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis  
DHAA – Direito Humano à Alimentação Adequada  
EAN – Educação Alimentar e Nutricional  
GEE – Equações de Estimativas Generalizadas  
GF – Grupo Focal  
IAN – Insegurança Alimentar e Nutricional  
MDS – Ministério do Desenvolvimento Social  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
PAA – Programa de Aquisição de Alimentos  
PAS – Promoção da Alimentação Saudável  
PBF – Programa Bolsa Família  
PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar  
PNSAN – Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional  
POF – Pesquisa de Orçamentos Familiares  
PRONAF – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar  
RS – Rio Grande do Sul  
R24h – Recordatório Alimentar de 24 Horas SEPPIR – Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
VET – Valor Energético Total  
VIGITEL – Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## RESUMO

**Introdução:** Comunidades quilombolas são núcleos populacionais de afrodescendentes que, diante da escravidão vivida no passado, constituíram formas particulares de organização social e ocuparam espaços geográficos estratégicos no Brasil, geralmente em áreas rurais com relativo grau de isolamento. Estudos apontam para uma elevada prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) nessa população. A alimentação é um dos fatores associados ao desenvolvimento dessas condições e, além de uma resposta a uma necessidade biológica, é uma prática eminentemente cultural. Sendo assim, a construção de programas de promoção da alimentação saudável deve ser pautada, além do consumo alimentar, sobre a cultura e as condições de vida das pessoas. Porém, há na literatura uma escassez de propostas de ações de promoção de saúde, mais especificamente, de estratégias de educação alimentar e nutricional (EAN) para populações tradicionais, como comunidades quilombolas. Essa é uma lacuna do conhecimento que esse trabalho se propõe a auxiliar a preencher. **Objetivos:** O objetivo geral foi desenvolver e avaliar uma intervenção comunitária de EAN para promoção de práticas alimentares saudáveis e da cultura alimentar em comunidades quilombolas do RS, Brasil. Nesse sentido, a presente tese propôs os três seguintes objetivos específicos: a) descrever a cultura alimentar de comunidades quilombolas da região sul do RS (artigo 1); b) descrever uma intervenção comunitária de EAN para a promoção de práticas alimentares saudáveis e da cultura alimentar, desenvolvida nessas comunidades (artigo 2); e c) avaliar a intervenção de EAN realizada, analisando mudanças no consumo alimentar, nas percepções acerca da cultura alimentar e práticas alimentares tradicionais (artigo 3). **Métodos:** Foram desenvolvidos três artigos com metodologias distintas, porém complementares. O artigo 1 é um estudo com abordagem qualitativa, de natureza interpretativa, envolvendo duas CQ rurais gaúchas. A coleta de dados ocorreu em 2014 por meio de Grupo Focal (GF) com mulheres jovens, adultas e idosas. Os dados foram organizados e sistematizados por meio do software NVivo, versão 11, tendo sido decodificados e agrupados em categorias de acordo com a semelhança das falas. O artigo 2 se refere à descrição da metodologia da intervenção de EAN realizada. Foram incluídas duas comunidades. As ações de EAN foram realizadas de abril a julho de 2015 e consistiram na realização de seis oficinas com abordagem pautada nos conceitos de cultura alimentar, alimentação adequada e saudável e promoção da saúde. As atividades foram planejadas a partir da produção de estratégias que pudessem ser replicadas pelos participantes aos outros moradores. Por fim, o artigo 3 se propõe a avaliar a intervenção de EAN realizada. Trata-se de um ensaio comunitário por cluster, não randomizado, com abordagem quanti-quali, amostragem por conveniência onde se incluiu todos os responsáveis pelas famílias de 4 comunidades do estado do Rio Grande do Sul (2 intervenção e 2 controle), Brasil, selecionadas pela alta prevalência de excesso de peso e insegurança alimentar. Os autodeclarados responsáveis pela família foram entrevistados antes e depois da intervenção, que consistiu em 6 oficinas de educação nutricional

(quinzenalmente, de abril a julho de 2015), com participação facultativa e aberta à comunidade. Características sociodemográficas foram avaliadas por meio de questionário estruturado e ingestão alimentar por um recordatório de 24h. Os desfechos foram consumo de açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, frutas, verduras e legumes e suco de frutas natural. Os alimentos foram ainda classificados em tradicionais ou não, a partir de informações dos Grupos Focais e entrevistas semiestruturadas com os líderes comunitários. O efeito da intervenção foi avaliado por Equações de Estimções Generalizadas, com nível de significância estatística de 0.05. As análises foram por intenção de tratar. Os dados qualitativos foram coletados nas duas comunidades intervenção, por meio de Grupo Focal, sistematizados por meio do software NVivo11 e decodificados e agrupados em categorias de acordo com a semelhança das falas. **Resultados:** Mesmo localizadas em zonas rurais, essas comunidades não dispõem de terra suficiente para o cultivo de subsistência. Sua cultura alimentar é influenciada por condições socioeconômicas, estigma relacionado ao racismo e hábitos alimentares da região onde estão inseridas. Na fase de intervenção, participaram das oficinas pessoas de diversas faixas etárias e a participação das mulheres foi mais expressiva. Cada oficina teve objetivos específicos e diferentes dinâmicas empregadas, sempre permeadas por preparações culinárias. Foram entrevistados 178 e 156 indivíduos pré e pós-intervenção, respectivamente. O percentual do valor energético total consumido de alimentos tradicionais aumentou pós-intervenção no grupo que a recebeu, porém não significativamente ( $p=0.235$ ). A proporção do consumo de verduras e legumes em relação ao número total de alimentos consumidos aumentou no grupo intervenção (GI) ( $p=0.037$ ). O consumo de açúcar reduziu no GI, porém não significativamente ( $p=0.105$ ). Ao final, o GI consumia significativamente menos açúcar em relação ao controle ( $p=0.043$ ). A análise qualitativa demonstrou valorização e aumento do consumo de alimentos tradicionais e produzidos na comunidade, além de uma tomada de consciência sobre a composição e riscos à saúde dos alimentos industrializados. **Conclusão:** A intervenção promoveu melhorias na alimentação dessas comunidades. Esses resultados fornecem informações até agora inexistentes sobre os hábitos alimentares das CQ incluídas nesse estudo, além de contribuições importantes para o planejamento de ações voltadas para a promoção da alimentação saudável para essa população. Buscou-se enfatizar suas experiências, cultura e suas opiniões. Espera-se que essa intervenção comunitária de EAN possa nortear e subsidiar o planejamento e execução de iniciativas similares em outras comunidades do estado ou até mesmo do país, bem como outras populações em vulnerabilidade social.

## ABSTRACT

**Introduction:** Quilombola communities are population centers of Afrodescendants that, because of the slavery experienced in the past, constituted particular forms of social organization and occupied strategic geographical spaces in Brazil, usually in rural areas with a relative degree of isolation. Studies point to a high prevalence of Food and Nutritional Insecurity (NIs), overweight and chronic non-communicable diseases (NCDs) in this population. Food is one of the factors associated with the development of these conditions and, in addition to a response to a biological need, it is an eminently cultural practice. Thus, the creation of programs to promote healthy eating should be based, in addition to food consumption, on people's culture and living conditions. However, in the literature there is a scarcity of proposals for health promotion actions, more specifically, of food and nutrition education (FNE) strategies for traditional populations, such as quilombola communities. This is a gap in knowledge that this work proposes itself to help fulfilling. **Goals:** The main goal was to develop and evaluate a community intervention of ANS to promote healthy eating practices and food culture in quilombola communities in RS, Brazil. To do so, this thesis proposed the following three specific goals: a) to describe the food culture of quilombola communities in the southern region of RS (Article 1); b) describe a Community intervention of ANS for the promotion of healthy eating practices and food culture, developed in these communities (Article 2); and c) to evaluate the FNE intervention performed, analyzing changes in food consumption, perceptions about food culture and traditional eating practices (Article 3). **Methods:** Three scientific articles were developed with different but complementary methodologies. Article 1 is a study with a qualitative approach, of an interpretative nature, involving two rural CQ from the state of Rio Grande do Sul. Data collection occurred in 2014 through a Focus Group (FG) with young, adult and elderly women. The data was organized and systematized using the NVivo software, version 11, and was decoded and grouped into categories according to the similarity of the speeches. Article 2 refers to the description of the methodology of the performed ANS intervention. Two communities were included. The ANS actions were carried out from April to July 2015 and consisted of six workshops with an approach based on the concepts of food culture, adequate and healthy eating and health promotion. The activities were planned from the production of strategies that could be replicated by the participants to the other community fellows. Finally, Article 3 proposes to evaluate the ANS intervention performed. This is a non-randomized community cluster trial with a quanti-quali approach, census-like sampling, in 4 communities (2 for the intervention group and 2 control groups), in the state of Rio Grande do Sul Brazil, selected by the high prevalence of overweight and food insecurity. The self-declared responsible for the family was interviewed before and after the intervention, which consisted of 6 nutritional education workshops (fortnightly, from April to July 2015), with optional participation and open to the community. Sociodemographic characteristics were evaluated by means of a structured questionnaire and food intake by a 24-hour recall.

The outcomes were consumption of table sugar, soft drinks and artificial juices, fruits, vegetables and vegetables and natural fruit juice. The foods were also classified as traditional or not, based on information from the Focus Groups and semi-structured interviews with community leaders. The effect of the intervention was evaluated by Generalized Estimation Equations, with a statistical significance level of 0.05. The analyses were intended to treat. Qualitative data were collected in both intervention communities, through a Focal Group, systematized through the NVivo software<sup>11</sup> and decoded and grouped into categories according to the similarity of their statements. **Results:** Despite being located in rural areas, these communities do not have enough cultivation land for subsistence. Their food culture is influenced by socioeconomic conditions, stigma related to racism and eating habits of the region where they are inserted. In the intervention phase, people of different age groups participated in the workshops and the participation of women was more expressive. Specific goals and different dynamics were employed in each workshop, always permeated by culinary preparations. A total of 178 and 156 individuals were interviewed before and after the intervention, respectively. The percentage of the total energy value consumed of traditional foods increased after intervention in the group that received it, but not significantly ( $p=0.235$ ). The proportion of vegetable and vegetable consumption in relation to the total number of foods consumed increased in the intervention group (IG) ( $p=0.037$ ). Sugar consumption decreased in IG, but not significantly ( $p=0.105$ ). In the end, the IG consumed significantly less sugar compared to the control group ( $p=0.043$ ). The qualitative analysis demonstrated appreciation and increase in the consumption of traditional and community-produced foods, as well as an awareness of the composition and health risks of industrialized foods. **Conclusion:** The intervention promoted improvements in the feeding of these communities. These results provide information so far that has not existed on the eating habits of QC included in this study, as well as important contributions to the planning of actions aimed at promoting healthy eating for this population. We sought to emphasize their experiences, culture and opinions. It is hoped that this community intervention of ANE can guide and subsidize the planning and execution of similar initiatives in other communities in the state or even in the country, as well as other populations under social vulnerability status.

## **1. APRESENTAÇÃO**

Este trabalho consiste na tese de doutorado intitulada “Desenvolvimento e avaliação de uma intervenção comunitária de educação alimentar e nutricional em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 08 de Maio de 2020. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigos
3. Conclusões e Considerações Finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

## 2. INTRODUÇÃO

Conforme o Decreto nº 4887/03, comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida<sup>1</sup>. São núcleos populacionais de afrodescendentes que, diante da condição de escravidão vivida no passado, constituíram formas particulares de organização social e ocuparam espaços geográficos estratégicos no Brasil<sup>2</sup>, geralmente em áreas rurais com relativo grau de isolamento<sup>3</sup>.

Estima-se que a população quilombola tenha perpassado um milhão de pessoas<sup>4</sup>. Dentre as 3311 comunidades existentes no Brasil, 134 estão localizadas no Rio Grande do Sul (RS)<sup>5</sup>, correspondendo a aproximadamente 100 mil famílias quilombolas distribuídas em todas as regiões brasileiras e 3451 no RS<sup>6</sup>. Trata-se de um contingente humano considerável, com elevada prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional e para o qual existem evidências apontando para uma elevada prevalência de excesso de peso e de outras doenças crônicas não transmissíveis<sup>7-14</sup>. Porém, há na literatura uma escassez de propostas de ações de promoção de saúde, mais especificamente, de estratégias de educação alimentar e nutricional para a promoção de uma alimentação adequada e saudável para essa população específica. Essa é uma lacuna do conhecimento que esse trabalho se propõe a auxiliar a preencher.

De fato, há um aumento das doenças crônicas relacionadas à alimentação, especialmente entre as pessoas pobres<sup>15</sup>. As causas fundamentais da epidemia da obesidade são o sedentarismo e dietas com alta densidade energética e alto teor de gordura, ambos resultantes das profundas mudanças ocorridas nos padrões comportamentais das comunidades, como consequência do aumento da urbanização e da industrialização e do desaparecimento de estilos de vida tradicionais<sup>16</sup>. Ao longo das últimas décadas, o Brasil vem passando por uma transição nutricional, que consiste na substituição de um padrão nutricional com base no consumo de grãos e cereais, feijões, raízes e tubérculos, por um padrão rico em gorduras e açúcares. Essa transição nutricional também é marcada pelas desigualdades relacionadas com a estratificação social e econômica<sup>17</sup>. Sendo assim, é mais do que justificada a importância de se

estabelecer estratégias para a promoção da alimentação saudável, que levem em consideração o contexto e a realidade em que as pessoas estão inseridas.

A população quilombola brasileira é marcada por processos de discriminação e exclusão que imprimem em sua realidade um quadro socioeconômico bastante excludente em relação à população brasileira de modo geral<sup>18</sup>. A população afrodescendente brasileira é, em geral, mais pobre e menos instruída do que o restante da população brasileira, é marginalizada, discriminada socialmente e é mais vulnerável à violência e a doenças, além de o acesso a serviços de saúde ser mais difícil, produzindo, em geral, evolução e prognóstico piores para as doenças que afetam negros no Brasil<sup>19</sup>.

Em 2011 foi realizado um estudo de base populacional, com amostra representativa de famílias quilombolas do estado do Rio Grande do Sul (RS), que teve como objetivos principais avaliar a prevalência de insegurança alimentar e nutricional (IAN) e o acesso das famílias quilombolas aos programas de desenvolvimento social e combate à fome<sup>20</sup>. Os resultados demonstraram altas prevalências de IAN (72,1%) e excesso de peso (59%), sugerindo uma dieta de risco para deficiências de alguns nutrientes, bem como para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis. Diante desse quadro, um novo Projeto de Pesquisa, intitulado “Educação Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e da Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação” se propôs a testar uma intervenção multi-setorial, culturalmente sensível, com base na promoção de práticas alimentares tradicionais, alimentação saudável e aplicabilidade do direito humano à alimentação adequada. Após a referida intervenção, espera-se uma melhora nas práticas alimentares de adultos que residem em comunidades quilombolas do RS, além de uma maior valorização dos hábitos alimentares tradicionais.



### **3. REVISÃO DE LITERATURA**

Para fins de organização e como uma tentativa de facilitar o entendimento dos leitores sobre o tema apresentado nessa tese, a presente revisão de literatura foi sistematizada nos seguintes temas: Cultura alimentar; Comunidades quilombolas; Cultura alimentar quilombola; Alimentação saudável; Intervenções para a promoção da alimentação saudável.

#### **3.1 Cultura Alimentar**

A realidade da vida cotidiana não é espontânea, mas submetida a tipificações que são estoques de conhecimentos gerados pelo trabalho da história, ainda que possam ser negociados situacionalmente<sup>21</sup>. Assim, o sujeito enuncia e age sobre seu corpo dentro de um contexto social<sup>22</sup>. O conjunto de símbolos, significados, crenças, valores, padrões éticos e estéticos, normas e costumes construídos historicamente por determinadas sociedades ou comunidades e que organizam sua produção e reprodução social determinam a sua cultura<sup>23</sup>.

Nesse sentido, a cultura é o que orienta e dá sentido às ações sociais<sup>22</sup>. Ao compartilhar uma cultura, tendemos a agir de forma similar e a nos governarmos por orientações, preferências e sanções por esta estabelecidas<sup>24</sup>. A constituição da identidade dá-se por um grupo de indivíduos ao compartilharem significados e objetos simbólicos como língua, história, religião, interesses e gostos, em oposição aos que não partilham<sup>25</sup>.

O ato de alimentar-se, alimentar seus familiares e aos outros é uma das ações que mais reflete a complexidade da vida humana em sociedade<sup>26</sup>. A alimentação é uma necessidade fisiológica do ser humano que veio suplantando essa necessidade, descobrindo ingredientes e modos de fazer<sup>27</sup>. De modo geral, as pessoas comem diariamente e em vários momentos, e muitas de suas atividades durante o dia são realizadas em função da alimentação ou para garanti-la, respondendo, assim, tanto a preocupações nutricionais quanto a interesses econômicos, políticos e estéticos<sup>24</sup>. Os sistemas alimentares estão completamente ligados ao sistema social, onde todas as dinâmicas culturais influenciam direta e indiretamente as práticas alimentares dos

grupos populacionais e dos indivíduos<sup>28</sup>. Assim, além de uma necessidade biológica, o ato de se alimentar também possui significados antropológicos, sociais, éticos e até psicológicos, uma vez que abrange hábitos, ritos e costumes, e expressa a identidade de um grupo e as diversas formas de relação dentro de uma sociedade<sup>29</sup>.

Representações sociais, sentimentos, tabus e tantos outros valores culturais afetam a condição alimentar<sup>22</sup>. Portanto, a alimentação integra a cultura, pois representa uma parte da história de vida de um povo, o modo de ser e sentir das pessoas em relação à sobrevivência junto a sua organização<sup>26</sup>. O gosto por alimentos e produtos é “adquirido” através da repetição que se estabelece socialmente, mais do que biologicamente<sup>24</sup>. Assim, não se trata da ação objetiva do comer, mas dos significados atribuídos pelos sujeitos sobre sua comida e seu corpo, de valores sociais, morais, códigos, hábitos, crenças, símbolos, costumes e qualquer disposição do comer em uma sociedade<sup>22</sup>. O que se come, quando, com quem, porque e por quem é determinado culturalmente, transformando o alimento (substância nutritiva) em comida<sup>26</sup>.

A alimentação desempenha uma função identitária, em que os processos que envolvem o modo de obtenção, de preparação, as ocasiões e motivos do consumo podem representar um tipo de identidade étnica, local ou nacional<sup>26</sup>. É desse modo que se pode associar, por exemplo, os italianos à pizza e ao macarrão e os brasileiros à feijoada<sup>29</sup>. As regiões geográficas também imprimem a sua identidade alimentar, sendo mais frequente na região Norte do Brasil, o consumo de farinha de mandioca, açaí e peixe fresco; no Nordeste: ovos e biscoitos salgados; no Centro-Oeste: arroz, feijão, carne bovina e leite; no Sudeste e Sul: pão francês, massas, batata inglesa, queijos, iogurtes e refrigerantes<sup>30</sup>. No Rio Grande do Sul, por exemplo, o churrasco é traço da identidade do povo gaúcho<sup>26</sup>. Assim, Contreras & Gracia (2011)<sup>24</sup> assumem o conceito de cultura alimentar como o conjunto de representações, crenças, conhecimentos e práticas herdadas e/ou aprendidas que estão associadas à alimentação e são compartilhadas pelos indivíduos de uma dada cultura ou de um grupo social determinado.

O hábito alimentar de uma cultura foi constituído inicialmente pela disposição regional de alimentos e, posteriormente, através de contatos entre diferentes povos, houve a produção de novos produtos, ampliando as possibilidades alimentares<sup>31</sup>. O Brasil está longe de se constituir uma única área geográfica de alimentos. Essa

heterogeneidade está ligada às variedades de recursos naturais e à predominância da cultura dos diversos grupos populacionais que entraram na formação do povo brasileiro<sup>26</sup>. A cultura alimentar brasileira engloba a cultura original de populações nativas, assim como um vasto número de tradições, como a portuguesa, espanhola, alemã, francesa, holandesa, do continente africano, entre outras<sup>32</sup>.

Além dos alimentos consumidos, há uma complexa classificação dos alimentos em relação à situação social, fase de vida ou mesmo época do ano. A comida de domingo é diferente da comida durante a semana, a comida de doente, a comida de criança, comida fraca, comida forte; cada situação possui a sua própria classificação. Para vários grupos sociais, mesa farta é sinal de prosperidade<sup>26</sup>. A alimentação é um componente importante das festas, ritos e das cerimônias em geral. Geralmente, os alimentos consumidos durante as festas são mais “raros”, no sentido de menos frequentes; são de alta qualidade, pelo menos comparativamente; são mais difíceis de preparar e requerem mais tempo; e, geralmente, são mais caros<sup>24</sup>.

O que e como se come são elementos fortemente incorporados na construção da identidade cultural dos povos, constituindo uma das mais fortes barreiras de resistência às mudanças<sup>33</sup>. Os hábitos alimentares distintivos persistem em grupos de migrantes por mais tempo do que a maioria das características. Todavia, com o tempo, também podem sofrer aculturação em relação à cultura hospedeira, sendo o contrário verdadeiro também, afetando padrões de saúde relacionados à nutrição<sup>34</sup>. Em muitos espaços sociais os indivíduos ainda mantêm as tradições regionalmente, acrescidas de novas transformações e apropriações do que acontece ao seu redor, porém sem perder o caráter de preservação de valores alimentares, como também de seus conhecimentos seculares, estando isso, porém, cada vez mais restrito a eventos, ao dia de domingo, aos aniversários de família, às festas do bairro, etc.<sup>23</sup>.

Portanto, os comportamentos e as tradições alimentares, assim como as culturas, não são algo estático e imutável<sup>24</sup>. A cultura alimentar não se refere somente aos aspectos ligados às raízes históricas; os hábitos alimentares do cotidiano são compostos pelo antigo e o que se constitui novo<sup>26</sup>. Mudanças dos modos de vida, movimentos demográficos, transformações das condições sociais e econômicas, inovações tecnológicas, entre outros, contribuem para modificar a gama dos alimentos, os modos

de prepará-los e as maneiras de consumi-los, assim como as razões pelas quais uns ou outros são feitos<sup>24</sup>.

A cultura alimentar, ainda, está ligada diretamente às necessidades, ofertas e disponibilidades, ou seja, não se resume a crenças e tabus de seu povo<sup>26</sup>. Além das questões culturais, o acesso físico e financeiro aos alimentos é um elemento fundamental da definição dos hábitos e do consumo alimentar. A renda familiar possibilita escolhas mais variadas e saudáveis e a escolaridade do chefe da família e/ou dos membros dessa família está relacionada a maior acesso à informação, maior conhecimento nutricional, proporcionando melhores escolhas e consumo mais adequado<sup>35</sup>.

Dessa forma, as pessoas podem ser socialmente identificadas e classificadas segundo o que comem. Por exemplo, os contrastes entre as comidas de ricos e pobres em termos de ingredientes, estrutura e modos à mesa serviram historicamente para manifestar diferenças de status e de controle político. Atualmente, tais diferenças continuam se manifestando em torno do preço, da qualidade e do grau de sofisticação dos alimentos e bebidas consumidos<sup>24</sup>. Quando há restrição monetária, a dieta se torna monótona e com pouca variedade de alimentos, pois indivíduos com baixa renda normalmente residem em áreas desprovidas de serviços e têm acesso dificultado a locais de compra, como mercados, feiras, sacolões, entre outros<sup>35</sup>.

Com o advento da globalização, não é mais possível “pensar” o mundo por partes quando o problema a ser resolvido estiver relacionado com a alimentação<sup>31</sup>. Pode-se pensar, também, que a globalização e a conseqüente homogeneização são manifestações do presente, enquanto as particularidades e a diversidade seriam manifestações do passado, a “tradição”, e, nessa medida, o “patrimônio” que hoje deveria ser preservado e/ou recuperado<sup>24</sup>.

Efetivamente, a televisão também vem provocando alterações das práticas alimentares. Por exemplo, a grande quantidade de programas voltados para a culinária, em diversos horários, suscita o desejo de novas experiências, e o aprendizado de novas técnicas<sup>27</sup>. Além disso, o consumo de produtos menos nutritivos, como guloseimas e salgadinhos em pacote, é altamente atrativo e potencializado pelo grande número de propagandas televisivas que cerca esses itens<sup>32</sup>.

Por fim, cada grupo social possui um quadro de referências que guia a escolha de seus alimentos. A cozinha determina e constrói o conjunto de nossas preferências e aversões alimentares por meio dos saberes e habilidades técnicas transmitidos de geração a geração, com base na experiência de nossos antepassados e aprendidos por membros de uma determinada sociedade<sup>24</sup>. Nesse sentido, vale considerar que é diferente ser cidadão brasileiro, gaúcho ou quilombola, uma vez que as experiências e vivências cotidianas, suas formas de relacionamento entre os pares, as práticas culturais, são particulares aos seus hábitos comunitários<sup>27</sup>. Dessa forma, considera-se fundamental, como sequência desse trabalho, abordar as especificidades da cultura quilombola, para assim entender melhor suas práticas alimentares.

### **3.2 Comunidades quilombolas**

Antes de passarmos a falar especificamente sobre cultura alimentar quilombola, considera-se importante realizar uma breve contextualização e caracterização a respeito dessa população, apontando aspectos históricos que envolvem a vida e a realidade das comunidades quilombolas no Brasil e no Rio Grande do Sul.

Comunidades/povos tradicionais são aquelas sociedades que conservam características que remontam às sociedades antigas, como interdependência da natureza, desejo do viver comum, redes de solidariedade, partilha igualitária dos valores de uso, não exploração do outro ser e a propriedade comunitária de terras<sup>36</sup>. São exemplos de povos ou comunidades tradicionais, entre outros, os povos indígenas, caiçaras, ciganos, ribeirinhos, pescadores artesanais, caboclos e os quilombolas ou remanescentes de quilombos, sendo que esses últimos constituem historicamente um contingente importante das comunidades tradicionais existentes em nosso país<sup>23</sup>. O Brasil foi o país que por último aboliu legalmente a escravidão e o que mais importou escravos, sendo que cerca de 40% dos africanos escravizados tiveram como destino o Brasil<sup>25</sup>. Resistentes à colonização do branco, que os tratou com crueldade, desprezando sua cultura e sua humanidade, os escravos escapavam das senzalas e se refugiavam nas matas, construindo coletivamente locais protegidos chamados quilombos<sup>36</sup>.

O termo tradicional carrega, por vezes, uma significação negativa pela vulgarização que sofrera no mundo moderno como algo ultrapassado e que se opõe ao

novo e ao progresso, atrasado, primitivo, associando os termos quilombo e quilombola como uma mera referência a um passado histórico da colônia e que teve seu fim com a libertação dos escravos e o esgotamento da monarquia. Esse conhecimento superficial e distorcido ou o desconhecimento não são frutos do acaso ou de uma condição natural, mas de um passado histórico com fortes marcas ainda no presente, de concepções sociais elitistas, com traços de discriminação étnica e sócio cultural, que visam manter sob condições de invisibilidade e de subalternidade estas comunidades tradicionais, sua gente e suas práticas culturais ancestrais<sup>23,36</sup>.

O conceito de comunidades quilombolas, ainda que inspirado em uma realidade secular, é relativamente recente e tem sido concebido atualmente no Brasil com base na autodefinição identitária relacionada a uma ancestralidade negra, com sentido coletivo<sup>37</sup>. São grupos sociais minoritários, majoritariamente camponeses, em constante luta pelos direitos sociais que lhes são negados, não sendo grupos homogêneos no que tange a cor da pele ou modo de vida, mas são uníssomos na segregação territorial, exclusão e invisibilidade social<sup>38</sup>. O termo comunidades remanescentes de quilombos não é algo natural e sim um construto constituído por uma história política, legal, sociológica, antropológica e econômica, que consiste em um sistema de identificação, isto é, uma ação que responde a uma demanda pelo avanço da democracia em um processo de emancipação social e em uma cidadania que requer o reconhecimento da diferença, a redução das desigualdades e a inclusão social através da redistribuição de recursos e da representação política<sup>39</sup>.

A existência de quilombos não se refere exclusivamente às noções de raça ou de etnia, mas demarcam relações de hierarquia e fronteiras sociais presentes na sociedade brasileira<sup>25</sup>, podendo apresentar todas ou algumas das seguintes características: definição de um etnônimo, rituais ou religiosidades compartilhadas, origem ou ancestrais em comum, vínculo territorial longo, relações de parentesco generalizado, relações com a escravidão e, principalmente, uma ligação umbilical com seu território<sup>39</sup>.

Assim, as comunidades, em sua maioria, caracterizam-se pelo forte vínculo com o meio ambiente e as famílias destas comunidades vivem da agricultura de subsistência, baseada na mão de obra familiar, para assegurar os produtos básicos para o consumo<sup>40</sup>. São populações e comunidades dotadas de valores ancestrais, de saberes, de conhecimentos e de práticas culturais do cotidiano, a partir dos quais constroem suas

identidades, que vão das crendices aos tabus, dos modos de construir a casa à alimentação<sup>23</sup>.

No Brasil, conforme o Decreto nº 4887/03, são consideradas comunidades quilombolas os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida<sup>1</sup>. São núcleos populacionais de afrodescendentes que, diante da condição de escravidão vivida no passado, constituíram formas particulares de organização social e ocuparam espaços geográficos estratégicos no Brasil<sup>2</sup>, geralmente em áreas rurais com relativo grau de isolamento<sup>3</sup>. Essa população é marcada por processos de discriminação e exclusão que imprimem em sua realidade um quadro socioeconômico bastante excludente em relação à população brasileira de modo geral<sup>18</sup>.

A obrigatoriedade do Estado brasileiro para com as comunidades quilombolas foi definida a partir da inserção do tema quilombo na Constituição brasileira, nos artigos 215 e 216 e no artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Porém, somente a partir de 2003, com a criação da Secretaria de Políticas de Promoção de Igualdade Racial da Presidência da República (Seppir) e do Decreto nº4.887/2003, que trata da regulação das comunidades, seguidos da criação do Programa Brasil Quilombola, coordenado pela Seppir, é que o Estado, de forma mais estruturada, começa a buscar formas de dar respostas às demandas dessa população específica<sup>18</sup>. Da forma como foi redigido, o artigo 68 cria não só um direito (propriedade definitiva as terras ocupadas), mas também a categoria política e sociológica detentora desse direito (remanescente de quilombos), estando o conceito de quilombo associado a um poderoso instrumento político-organizacional e ao acesso a políticas públicas<sup>39</sup>.

Dentre as 3311 comunidades existentes no Brasil, 135 estão localizadas no Rio Grande do Sul (RS)<sup>5</sup>, correspondendo a aproximadamente 100 mil famílias quilombolas distribuídas em todas as regiões brasileiras, 3451 no RS<sup>6</sup>, estado no qual a presença da população negra ainda se reveste de uma invisibilidade social e simbólica<sup>41</sup>. Grande parte dessas comunidades estão localizadas na metade sul do estado, região de menor desenvolvimento socioeconômico. No RS, é possível identificar algumas regiões com grande concentração de quilombos rurais, tais como: litoral (municípios de Osório, Mostardas e Palmares do Sul); região central (municípios de Restinga Seca,

Formigueiro e entorno); e principalmente região sul (municípios de São Lourenço, Canguçu e Pelotas). A região metropolitana de Porto Alegre abriga sete quilombos urbanos. As principais dificuldades enfrentadas pelas comunidades quilombolas rurais são de ordem socioeconômica, como dimensão reduzida das terras ocupadas (muitas vezes íngremes e de solo pedregoso) e falta de alternativas para a geração de renda. Além disso, grande parte situa-se em locais de difícil acesso: pequenas estradas de chão batido, muitas vezes distantes do transporte público. Em algumas comunidades inexistem estratégias de saúde da família, fazendo com que a população tenha de se deslocar quilômetros em busca de atendimento.

Pertencer a uma cultura distinta e divergente da cultura hegemônica não é uma tarefa branda, requer constantemente uma tomada de consciência coletiva de classe e de identidade<sup>36</sup>. Os quilombos existentes ainda hoje no país configuram-se como tentativas de não absorção da identidade hegemônica. Atualmente, a luta é contra a invisibilidade e a negação da existência desses sujeitos enquanto quilombolas<sup>25</sup>.

Apesar de contarem com um reconhecimento oficial de sua cultura e identidade, as comunidades remanescentes de quilombos continuam a sofrer com conflitos fundiários que nos remetem a um passado associado às lutas por suas terras<sup>25</sup>. Por exemplo, em uma comunidade quilombola da área rural do município de Campo Largo, no Paraná, a organização espacial de seu território figura com áreas de terras diminutas, nas quais poucas famílias trabalham a agricultura, além disso, apresentam um quadro de aumento demográfico, levando o jovem quilombola a buscar outras formas de subsistência fora da comunidade<sup>38</sup>.

Devido ao não acesso à terra e por viverem em condição precária, o debate da questão racial nas áreas rurais emerge atrelado à pobreza<sup>26</sup>. Atualmente, essas comunidades sofrem com a falta de infraestrutura como escola, saneamento básico, estradas asfaltadas, transporte público, etc. As dificuldades a que estão sujeitos, diante de insuficientes políticas públicas, os remetem ao passado de exclusão e omissão dos direitos que possuem, e que perdura até os dias atuais<sup>25</sup>.

A falta de recursos financeiros influencia na saúde das populações, pois cerceia o acesso a outras dimensões da vida, além de limitar o consumo, a produção e o cultivo da terra, a qual é uma característica imprescindível aos quilombolas<sup>42</sup>. A interseccionalidade da raça/etnia, classe social e isolamento geográfico potencializa um



quadro desfavorável na situação de saúde dessa população. A nível nacional, cerca de metade (47,8%) dos quilombolas vivia com insegurança alimentar e nutricional (IAN) severa em 2011<sup>43</sup> e no Rio Grande do Sul (RS), 39%<sup>20</sup>. Há evidências que apontam também para altas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como por exemplo, obesidade e hipertensão<sup>8,9,11,12,14,44,45</sup>.

Enfatiza-se que a luta por melhores condições de vida entre os quilombolas e a superação da discriminação é histórica e necessita de mudanças significativas para superarem a exclusão e diferenças a que estão expostos em relação à sociedade<sup>42</sup>. Considerando a precariedade de condições de vida e saúde que caracterizam essas comunidades, além das elevadas prevalências de IAN e DCNT, recomenda-se que ações intersetoriais que levem em consideração sua cultura e o contexto em que vivem sejam delineadas e implementadas com vistas a promover estilos de vida saudáveis nessas comunidades.

### **3.3 Cultura alimentar quilombola**

A cultura nos modela enquanto espécie humana única, no entanto, simultaneamente, nos modela como comunidades específicas, que, através de suas culturas, expressam identidades que representam uma dada forma de produção da vida humana<sup>36</sup>. No caso das comunidades quilombolas, os elementos múltiplos de sua historicidade lhe conferem tipicidade e especificidade cultural, em relação a outras culturas na formação social brasileira<sup>23</sup>.

Por cultura quilombola, Paravati (2017)<sup>27</sup> entende que se trata de uma cultura muito próxima da cultura rural, independente da localização da comunidade, aos arredores do litoral ou muito distante dele. O sustento advém da cultura de subsistência e há grande sentimento de pertença ao território, demonstrando apego às tradições regionais e ancestrais, com suas manifestações culturais fortemente vinculadas ao passado, lutando para manter viva a memória social e a valorização dos saberes tradicionais. A cultura quilombola, enquanto esfera social, permite aos indivíduos expressarem seus valores e princípios e vincularem-se de forma simbólica e afetiva ao grupo. Por ser um espaço de trocas e compartilhamento de conteúdos simbólico-afetivos, permite aos sujeitos que se sintam pertencentes a esse universo particular e se

apropriem de valores e conteúdos inerentes à realidade em questão<sup>25</sup>. É nas comunidades que os quilombolas buscam sensação de conforto, segurança, relações sociais e estabelecem laços afetivos, emotivos e tradicionais, criando sentimento de pertença nos mais jovens, incentivando a manutenção e perpetuação da cultura<sup>27</sup>.

Conforme Furtado & Pedroza & Alves (2014)<sup>25</sup>, pode-se dizer que, no Brasil, assim como em outros países que sofreram com a colonização, ocorreu um epistemicídio dos saberes de povos não brancos, pois estes foram tidos como primitivos, ignorantes e supersticiosos. Esse ataque aos saberes se refletiu, igualmente, na constituição identitária e subjetiva desses sujeitos, pois se traduziu na internalização, pelo não branco, da superioridade da civilização branca, fazendo-o, em grande medida, aceitar e até mesmo desejar possuir e internalizar tais valores (tidos como inquestionavelmente corretos) concomitante a uma negação de si como não branco, possuidor de outra cultura.

Para exemplificar o exposto anteriormente, tem-se o caso da comunidade quilombola Palmital dos Pretos, localizada na área rural do município de Campo Largo, PR, onde atualmente há certa dificuldade em se caracterizar e situar a cultura quilombola, que pode ser explicada pelos vários tensionamentos dirigidos ao processo de aculturação daquelas famílias. Hoje, paira sobre a comunidade a necessidade de resistir ao processo de aculturação que projeta sobre eles características que não são suas<sup>38</sup>.

A comida é um importante elemento utilizado pelos grupos sociais para tomarem consciência de sua diferença e de sua etnicidade (sentimento de fazer parte de uma entidade cultural diferente), de modo que compartilhar pode significar o reconhecimento e a aceitação/incorporação de tais diferenças, sendo as cozinhas consideradas um aspecto da identidade do grupo<sup>24</sup>. Um estudo realizado em uma comunidade quilombola de Ubatuba, São Paulo, revelou uma mudança nos hábitos alimentares devido à facilidade de acesso ao comércio de gêneros alimentícios, decorrente da construção de uma rodovia, além da influência trazida pela televisão, a partir da implantação da rede de energia elétrica em 2008. Apesar disso, os pesquisadores observaram que a base da cultura alimentar quilombola vem mantendo muito dos seus aspectos originais e a comunicação dentro da comunidade quilombola, bem como a transmissão dos saberes e fazeres tradicionais ocorrem pela oralidade, por

meio das ações familiares cotidianas e também por intermédio de pequenos eventos<sup>27</sup>. A transição entre o velho e o novo modifica naturalmente os hábitos das famílias quilombolas, reforçando a necessidade de se aprofundar os conhecimentos em torno do patrimônio cultural quilombola, tanto em suas origens quanto no contexto contemporâneo, a fim de estimular a conservação deste<sup>38</sup>.

Outro estudo realizado em uma comunidade quilombola rural no estado de São Paulo revelou que o arroz, o feijão e a farinha de milho são alimentos que compõem a dieta alimentar de praticamente todos os entrevistados. A criação para o consumo engloba pequenas criações de galinhas, hortas, pomares e pequenas roças. O feijão é o alimento mais produzido entre os agricultores quilombolas daquela comunidade. A compra de alimentos é realizada predominantemente em supermercado na cidade da Barra do Turvo. Alguns agricultores quilombolas plantam para seu autoconsumo e criam alguns animais, enquanto outros, principalmente os casais aposentados, adquirem a grande maioria dos alimentos em mercados<sup>46</sup>.

Para os agricultores quilombolas da comunidade Maçambique, no interior do RS, comida são alimentos prontos (arroz e feijão cozidos, frutas in natura) e está sob a responsabilidade das mulheres, enquanto a produção dos alimentos é de responsabilidade dos homens, sendo essas funções complementares (mulher/comida e homem/alimentos). Negar alimentos na condição de comida é considerado pecado e quando chega alguém nos horários das refeições é obrigação convidá-lo para comer. Não poder oferecer um prato de comida para uma pessoa é motivo de humilhação para esses agricultores quilombolas. A base da pauta alimentar dessa comunidade é o arroz, o feijão e carne, geralmente dividem-se em café da manhã, almoço e jantar. Em algumas famílias é servido o café da tarde, principalmente quando recebem visitas nesse horário. Os pratos feitos à base de milho estão associados à comida forte dos tempos dos antigos, onde era necessário ter muita força para trabalhar na roça, a carne de gado é associada à fartura e a presença de abóbora é associada com a falta de dinheiro para comprar a carne. Todas as famílias tomam o chimarrão em qualquer horário e quando chega visita ele é a primeira coisa a ser servida. A garantia dessa pauta alimentar está ligada à capacidade destes agricultores de arrendar terras para plantar o feijão, acesso à aposentadoria, doações e trabalhos de diarista. Os saberes e as práticas alimentares são produto da história de vida dos seus antepassados, um reflexo da disponibilidade de

diferentes alimentos da localidade onde residem, e de sua capacidade econômica e física de ter acesso aos mesmos<sup>26</sup>.

Em outra comunidade quilombola situada no RS, Limoeiro do Bacupari, município de Palmares do Sul, Figueiredo et al. (2011)<sup>47</sup> verificaram que os principais alimentos consumidos eram arroz, feijão, carne e massas, e o consumo de frutas e verduras foi baixo.

Clarindo & Floriani (2014)<sup>38</sup> consideram necessário o reconhecimento e a correta valoração das práticas das comunidades quilombolas, enquanto uma cultura que contribuiu significativamente para a estruturação do país. Preservar e recuperar as tradições alimentares é uma maneira de revitalização cultural e étnica<sup>24</sup>. Para valorizar e reconhecer uma determinada cultura é necessário conhecê-la. Por ser a cultura alimentar dependente do contexto em que as pessoas e comunidades estão inseridas, tanto histórico, quanto geográfico, social, econômico, etc., não é possível generalizar e assumir a cultura alimentar quilombola como a mesma em todas as regiões do Brasil, nem tampouco em um dado período de tempo. Para isso, recomenda-se que se leve em consideração para a definição e caracterização da cultura alimentar de uma comunidade aquilo que os próprios indivíduos que a constituem identificam e reconhecem como sendo tradicional, mais do que o que é considerado historicamente original.

### **3.4 Alimentação Saudável**

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), as DCNT possuem um pequeno conjunto de fatores de risco em comum, entre os quais se destacam o tabagismo, a inatividade física, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e o consumo alimentar inadequado<sup>48</sup>. Nos últimos anos, foram estabelecidas múltiplas relações dieta/doença, em especial para frutas e vegetais, grãos integrais, nozes/sementes, frutos do mar e carnes processadas, tornando a pesquisa baseada em alimentos uma prioridade para a saúde pública<sup>49</sup>.

A alimentação é fator primordial na rotina diária da humanidade, por ser uma necessidade básica e também porque o excesso ou a falta podem causar doenças, tornando-a uma questão de saúde pública<sup>31</sup>. A comida apresenta uma ambivalência profunda: é fonte de intenso prazer, mas é também fonte de sofrimento quando

associada à fome e transtornos alimentares, por exemplo<sup>24</sup>. Segundo Castro (2015)<sup>50</sup>, há cinco dimensões em relação à nutrição: direitos humanos, aspectos biológicos (nutricionais e sanitários), sociocultural (sistema de valores, relações de indivíduos e grupos com alimentos), econômico (relações de trabalho estabelecidas dentro do escopo dos sistemas alimentares, do preço dos alimentos) e ambiental (formas de produção, comercialização e uso de alimentos).

A Emenda Constitucional nº 64, aprovada em 2010, introduziu, no artigo 6º da Constituição Federal, a alimentação como direito social<sup>51</sup>. Na Declaração Universal dos Direitos Humanos, o direito humano à alimentação adequada (DHAA), consta como um direito fundamental para a manutenção da vida humana, sendo universal, indivisível, interdependente e inter-relacionado com todos os demais direitos. Mas afinal o que é uma alimentação adequada e saudável?

Segundo o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (2007)<sup>52</sup>, trata-se do cumprimento de um direito humano básico, com garantia de acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, a uma prática de alimentação adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo da vida e necessidades nutricionais, com base em produtos locais. Deve cumprir os princípios de variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), com as dimensões de gênero e etnia e com as formas de produção ambiental sustentável, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados.

Conforme o guia alimentar para a população brasileira<sup>53</sup>, para propósito da alimentação saudável, os alimentos podem ainda ser classificados conforme seu grau de processamento, sendo que quanto mais processados, piores para a saúde. Para além da ingestão de nutrientes, a alimentação está relacionada também à forma como alimentos são combinados entre si e preparados, às características do modo de comer e às dimensões culturais e sociais das práticas alimentares, tudo isso influenciando a saúde e o bem estar. A alimentação saudável é objeto principal da Segurança Alimentar e Nutricional e é uma das ações estratégicas para promoção da saúde<sup>54</sup>.

O consumo alimentar, por depender de gostos, muda segundo a mobilidade social dos indivíduos ou pela mudança da composição social<sup>33</sup>. Estudos indicam uma relação entre uma menor qualidade e variedade de alimentos e maior nível de

insegurança alimentar, sugerindo uma deficiência de nutrientes essenciais na dieta dos agregados familiares com IAN<sup>55-58</sup>.

Além de restrições econômicas, indivíduos e famílias de baixa renda enfrentam uma série de desafios adicionais ligados à escolha de alimentos, comportamentos alimentares e condições crônicas relacionadas à dieta, como uma carga maior de insegurança relacionada ao emprego, à alimentação e à habitação, que ameaçam o sustento de seus agregados familiares. A pobreza e a exposição a essas inseguranças provavelmente ativam mecanismos bio-comportamentais e psicológicos (estresse, sono deficiente, capacidade cognitiva diminuída) que influenciam a escolha de alimentos, agravando os desafios impostos pelas restrições econômicas<sup>59</sup>. Os gostos das classes populares são gostos de necessidades, elegendo alimentos que lhes conferem uma sensação máxima de saciedade ao menor custo possível e os gostos de luxo e seleção de alimentos mais refinados são próprios dos indivíduos distantes da necessidade, considerando que gosto pressupõe liberdade de escolha<sup>33</sup>.

A nível nacional, cerca de metade (47,8%) dos quilombolas vivia com insegurança alimentar severa no ano de 2011, com as regiões norte e nordeste enfrentando a situação mais crítica<sup>43</sup>. No Rio Grande do Sul, as populações quilombolas apresentam dificuldades para acessar alimentos, por razões como baixo poder aquisitivo, tamanho das terras, acessibilidade física, tornando-os vulneráveis à insegurança alimentar, que possui uma elevada prevalência nessa população (39%; IC 95% 34,86-43,02%)<sup>20</sup>.

A transição nutricional, associada à demográfica, trouxe um novo cenário em termos de morbidade na maioria das regiões do globo, impactando na saúde humana de forma mais ou menos grave<sup>60</sup>. Há um aumento das doenças crônicas relacionadas à alimentação, especialmente entre as pessoas pobres<sup>15</sup>.

Nos Estados Unidos, as dietas de algumas subpopulações, particularmente indivíduos em famílias de baixa renda e negros não hispânicos, são especialmente pobres em relação às recomendações alimentares<sup>61</sup>. No Brasil, parte da população urbana do sulsudeste já está na fase de buscar mudanças comportamentais (menos gorduras, principalmente animal, aumento de carboidratos complexos, frutas e verduras), visando uma melhor qualidade de vida, enquanto aqueles de níveis socioeconômicos mais baixos, que experimentam um aumento do valor de seu dinheiro,

estão na fase de aumento do consumo de gorduras, de alimentos processados e de açúcares refinados, redundando em aumento da obesidade, doenças cardiovasculares e crônico-degenerativas<sup>33</sup>. Nas comunidades quilombolas brasileiras, não sendo diferente no RS, estudos vêm demonstrando elevadas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis e excesso de peso<sup>8,9,11,12,14,44,45</sup>. Dessa forma, subentende-se que a dieta dessa população não esteja em conformidade com as diretrizes e recomendações brasileiras para uma alimentação saudável.

A transição de um estado de subnutrição para o de nutrição excessiva foi, em grande parte, responsável pela mudança no perfil de morbidade das populações e doenças infecciosas perderam espaço entre as principais causas de mortalidade dando lugar às DCNT (diabetes, hipertensão, dislipidemias, etc.), que se constituem em importantes problemas de saúde pública nos diferentes continentes, independente de seu grau de desenvolvimento<sup>60</sup>.

Em todo o mundo, a ingestão de alimentos saudáveis, incluindo frutas, vegetais, nozes/sementes, grãos integrais e peixes, foi substancialmente abaixo das recomendações ou ingestões ideais e aumentar o consumo de frutas e vegetais tem sido um objetivo de saúde pública para muitas nações. Ainda, a nível global, as mulheres possuem ingestão ligeiramente mais alta de alimentos mais saudáveis, havendo também diferenças quanto à idade, com níveis de ingestão mais saudáveis em idades mais avançadas<sup>49</sup>.

Constata-se que os padrões de consumo alimentar no Brasil sofreram intensas e rápidas modificações, agravando o cenário epidemiológico das DCNT<sup>60</sup>. As informações sobre consumo alimentar no Brasil referem-se, particularmente, a inquéritos populacionais, entre os quais se destacam a Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) e o Sistema de Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (VIGITEL). Os resultados da POF 2008-2009 mostram que no Brasil a dieta se configura como de risco para déficits em importantes nutrientes e para muitas doenças crônicas não transmissíveis. Para arroz e feijão houve aumento no consumo do primeiro para o segundo quartos de renda, com posterior redução nos dois últimos quartos. Há uma associação positiva entre consumo de frutas, verduras e legumes com as classes de renda, enquanto que farinha de mandioca apresenta associação negativa. Alguns marcadores negativos da qualidade da dieta (doces,

refrigerantes, pizzas e salgados fritos e assados) são menores na menor categoria de renda. O consumo de leite desnatado e derivados de leite, assim como de refrigerantes aumenta muito com a renda<sup>62</sup>. Os resultados mais recentes do VIGITEL demonstram que houve redução no consumo de feijão pela população brasileira residente nas capitais (67,5% em 2012 e 61,3% em 2016). Felizmente, houve também redução no consumo regular de refrigerante (30,9% em 2007 e 16,5% em 2016) e aumento no consumo regular de frutas e hortaliças (33% em 2008 e 35,2% em 2016)<sup>63</sup>.

A influência do novo padrão de alimentação, caracterizado pelo consumo de alimentos comercializados prontos, também atinge os comensais que vivem nas áreas rurais, onde muitos agricultores tendem a não consumir mais os alimentos de sua produção, preferindo comercializá-los em troca de produtos alimentícios industrializados. Com isso, a identidade alimentar regional tende a apresentar um padrão de consumo que mescla alimentos da terra e alimentos industrializados, caracterizando-se por um repertório com baixo consumo de frutas, legumes, verduras e laticínios e alto consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcar<sup>64</sup>. Estudos demonstram que o mesmo ocorre com as comunidades quilombolas brasileiras<sup>26,27,46,47</sup>. Um estudo realizado com adolescentes baianos demonstrou que os adolescentes quilombolas tiveram um consumo inferior da maior parte dos alimentos marcadores de alimentação saudável quando comparados aos adolescentes não quilombolas<sup>65</sup>.

Dois estudos, um americano e um francês, demonstraram que não foram observadas diferenças para a ingestão de energia total e macronutrientes de adultos com e sem insegurança alimentar, porém, os adultos de baixa renda com insegurança alimentar relataram maior consumo de alimentos como produtos lácteos ricos em gordura, lanches salgados, bebidas açucaradas, carne processada e menos vegetais e frutas, levando a uma menor qualidade da dieta e ao aumento dos riscos de doenças crônicas ao longo do tempo<sup>56,66</sup>. Esses dados demonstram que se deve atentar para além do consumo energético e de nutrientes específicos, e levar em consideração os tipos de alimentos consumidos e a densidade energética dos mesmos.

O principal foco de interesse dos inquéritos dietéticos é, usualmente, constituído pelas relações entre o consumo de alimento e as condições de saúde de indivíduos e populações<sup>67</sup>. Nesse sentido, Micha et al. (2015)<sup>49</sup>, defendem que a ingestão de alimentos específicos, em vez de macronutrientes ou micronutrientes, pode ser mais



relevante para a determinação do risco de doenças não transmissíveis. É importante não focar exclusivamente o aspecto quantitativo do ponto de vista de ingestão de nutrientes, mas sim identificar qualidade da alimentação e comportamentos de risco, ou seja, padrões alimentares. O padrão alimentar pode ser definido como um conjunto de alimentos frequentemente consumidos por indivíduos e populações, permitindo avaliar a dieta de uma perspectiva global, o que facilita o estabelecimento de estratégias de promoção da alimentação saudável e prevenção de doenças e agravos nutricionais<sup>68</sup>.

Nesse sentido, no âmbito coletivo, a avaliação de marcadores de consumo alimentar possibilita o reconhecimento de alimentos ou comportamentos que se relacionam à alimentação saudável ou não saudável<sup>69</sup>. No Brasil, o VIGITEL inclui em seu questionário questões relacionadas a características do padrão de alimentação associado à ocorrência de DCNT. São exemplos a frequência de consumo de frutas e hortaliças, consumo de feijão, consumo de refrigerantes e sucos artificiais e de alimentos fonte de gordura saturada<sup>30</sup>.

### **3.5 Intervenções para Promoção da Alimentação Saudável**

A Promoção da Saúde, como conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visa atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população com ações que objetivam a redução das iniquidades, garantindo oportunidade a todos os cidadãos para fazer escolhas que sejam mais favoráveis à saúde e serem, portanto, protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida. No Brasil, a alimentação saudável e adequada está entre os temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>70</sup>. A promoção da alimentação adequada e saudável está também entre as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, sendo requisito básico para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania<sup>51</sup>. Ainda, a Promoção da Alimentação Saudável (PAS) é tida como eixo estruturante da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN)<sup>71</sup>.

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) constitui uma estratégia preconizada pelas políticas públicas em alimentação e nutrição, sendo considerada um importante

instrumento para promoção de hábitos alimentares saudáveis<sup>72</sup>. Organizar as ações de PAS implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos<sup>51</sup>. Entre seus resultados potenciais, identifica-se a contribuição na prevenção e controle das DCNT e deficiências nutricionais, bem como a valorização das diferentes expressões da cultura alimentar, o fortalecimento de hábitos regionais, a redução do desperdício de alimentos, a promoção do consumo sustentável e da alimentação saudável<sup>73</sup> e da saúde.

Não parece haver dúvidas sobre a importância da educação alimentar e nutricional na promoção de práticas alimentares saudáveis. No entanto, as reflexões sobre suas possibilidades e limites, como também o modo como ela é concebida, ainda são escassas<sup>74</sup>. Há poucas referências sobre o arcabouço teórico, metodológico e operacional, tanto na literatura acadêmica como nos documentos de referência que norteiam as políticas públicas no campo. As ações e estratégias de educação alimentar e nutricional vigentes ainda estão próximas da lógica da prevenção, cujas intervenções são orientadas para evitar o surgimento de doenças específicas nas populações. A promoção, por sua vez, não está direcionada a uma determinada doença, trata-se de uma estratégia para potencializar a saúde e o bem estar, assim como a qualidade de vida<sup>75</sup>.

Pode-se enfatizar que intervenções que se direcionem a um contexto mais amplo, não centradas na mudança de comportamento individual, são bastante raras na área da EAN. No Brasil, vários estudos com educação nutricional ocorrem em escolas e tem por objetivo a mudança de conhecimento sobre o tema alimentação<sup>76-78</sup>.

Não obstante, a transmissão de conhecimentos sobre nutrição baseada em aspectos biológicos da alimentação é uma parte importante de intervenções de EAN, porém, não leva em consideração os aspectos regionais e as desigualdades sociais que comprometem o acesso da população a uma alimentação adequada, comprometendo a eficiência da educação nutricional<sup>79</sup>. Proença (2010)<sup>80</sup> propõe a articulação dos conhecimentos das ciências da nutrição com as dimensões socioculturais da alimentação. Para além da educação nutricional tradicional, que se refere prioritariamente aos nutrientes, essa abordagem considera os diferentes horizontes do ato alimentar, como sua relação com a saúde, com o prazer e suas dimensões sociais e simbólicas, respeitando os processos de socialização e de construção das identidades.

Por isso, faz-se necessário conhecer previamente a população de interesse, a fim de auxiliar no planejamento de protocolos mais adequados na promoção de possíveis melhorias em relação aos hábitos alimentares. Tendo em vista que as práticas alimentares relacionam-se com fatores fisiológicos, simbólicos e culturais, é necessário apreender a alimentação como mais do que apenas ingestão de alimentos, sobretudo como uma ação prazerosa, permitindo a conexão com os significados que envolvem herança cultural, memória afetiva e momentos de sociabilidade<sup>81</sup>.

Frequentemente programas de educação nutricional para pessoas com insegurança alimentar e nutricional consideram mudanças mensuráveis no conhecimento nutricional como um resultado positivo. Um pressuposto chave subjacente a essa abordagem do déficit de conhecimento é que a falta de conhecimento é responsável por escolhas alimentares “pobres” e que uma comunicação de conhecimento nutricional melhoraria as escolhas alimentares e a saúde relacionada a elas. Porém, muitas pessoas que sofrem de pobreza alimentar já têm aspirações saudáveis, tornando necessária uma abordagem humana que responda às circunstâncias vividas e às necessidades reais das pessoas, a fim de evitar estigmatizar esses indivíduos, que vivem em situação de insegurança alimentar e nutricional sem culpa própria<sup>82</sup>.

Entre os desafios para a promoção de uma alimentação saudável, está o de compreender que comer é uma prática social, isso significa que é mais do que um comportamento ou uma ação de ingestão de alimentos e produtos comestíveis que contribuem para a prevenção ou a ocorrência de um conjunto de doenças, sendo necessário dar um novo significado à alimentação e comensalidade<sup>50</sup>. Porém, a nutrição acaba, quase sempre, trabalhando de forma apenas técnica e reducionista com os distúrbios, sem reconhecer que tais problemas têm causas básicas (sócio-históricas-econômicas) que ultrapassam a mera ingestão alimentar e menosprezando os hábitos, crenças, as representações e os tabus populares<sup>33</sup>.

Sendo assim, a valorização da preparação do dia a dia está se tornando central nas ações educativas de alimentação e nutrição como uma emancipação, já que promove autonomia, e prática de autocuidado<sup>50</sup>. As escolhas alimentares, independentemente da classe social, demandam medidas e/ou estratégias capazes de favorecer o empoderamento dos sujeitos para a seleção de um padrão alimentar<sup>54</sup>.

Proença (2010)<sup>80</sup> chama atenção para se tomar o cuidado de não hierarquizar os horizontes do ato alimentar, destacando bastante a saúde e, depois, a sociabilidade e o prazer, alertando que esse tipo de abordagem pode acompanhar-se de riscos na medida em que se observa a promoção, como discurso científico, dos modelos alimentares dos meios sociais dominantes, sejam esses representados tanto pelos pesquisadores quanto por pessoas influentes naquela sociedade. Outro risco é que essa abordagem tende a diminuir a importância do prazer e da sociabilidade, podendo contribuir para um processo de dessocialização das pessoas.

O estímulo à realização de refeições em companhia de familiares e ou de cuidadores, com a valorização do consumo de alimentos da terra, pode contribuir para responder algumas questões de segurança alimentar e nutricional em grupos em situação de vulnerabilidade social<sup>64</sup>. As pessoas que sentem que recebem apoio, comunicação positiva, de pessoas próximas, têm maior probabilidade de adotarem comportamentos mais saudáveis<sup>83</sup>. Assim, no presente estudo, não foi limitada a participação dos moradores das comunidades quilombolas nas oficinas e procurou-se envolver toda a comunidade, inclusive membros de uma mesma família, nas oficinas. Essa pode ser uma maneira de estimular que se apoiem mutuamente para a adoção de comportamentos alimentares mais saudáveis.

A educação alimentar e nutricional requer uma abordagem integrada que reconheça a alimentação como resultante dos hábitos e atitudes pessoais envolvidas nas escolhas, nas preferências, nas formas de preparação e de consumo dos alimentos. O autocuidado e o processo de mudança de comportamento centrado na pessoa, na sua disponibilidade e sua necessidade, são um dos principais caminhos para se garantir o envolvimento do indivíduo nas ações de educação alimentar e nutricional<sup>29</sup>. Assim, uma condição para a construção de programas de promoção da alimentação saudável, viáveis e eficazes, é que eles sejam pautados sobre diagnósticos que lancem luz não só sobre o consumo alimentar, mas sobre a cultura e as condições de vida dos grupos humanos, de forma tal que eles possam ser planejados considerando necessidades e valores da comunidade, não sendo a educação alimentar e nutricional contextualizada uma ação técnica estrita<sup>84</sup>.

O foco da presente tese é apresentar o desenvolvimento e a avaliação de uma estratégia de educação nutricional através da construção conjunta de processos, que

promovam a exigibilidade do direito humano à alimentação, a valorização de hábitos e tradições alimentares culturais, e estimulem o consumo de alimentos saudáveis, por comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, tendo como norteador das ações um diagnóstico prévio realizado nas comunidades, com o objetivo de conhecer melhor a cultura e as práticas alimentares locais. Trata-se de uma intervenção comunitária, direcionada para a promoção de mudanças de comportamentos a nível familiar e comunitário. O projeto maior, do qual esse estudo deriva, desenvolveu outras intervenções em diferentes frentes, a fim de promover o comprometimento dos gestores e do legislativo municipal, a sensibilização dos profissionais da saúde e a visibilidade das condições de vida das comunidades quilombolas para que as demandas do grupo recebam maior atenção no contexto local.

Dessa forma, o referido projeto abrange ações voltadas também para modificar/melhorar o contexto em que as pessoas vivem, o que determina em boa medida as práticas alimentares. O entendimento de que os sistemas alimentares determinam nossas escolhas é fundamental para entender que as decisões individuais, embora necessárias, não são suficientes para garantir práticas alimentares saudáveis e sustentáveis pela população como um todo<sup>50</sup>, tendo em vista que os grupos sociais parecem conhecer as recomendações dietéticas, mas não necessariamente as colocam em prática<sup>24</sup>.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Justificativa**

Em 2011 realizou-se, com financiamento do Edital 36/2010 do CNPQ/MDS, um estudo transversal de base populacional (Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, e repercussões na segurança alimentar e nutricional das comunidades quilombolas do RS), incluindo amostra representativa de famílias quilombolas do estado do Rio Grande do Sul. Os principais resultados revelaram que 39% das famílias estavam em situação de insegurança alimentar moderada e grave e que 41% e 62% eram beneficiadas pelos programas Bolsa Família e Cestas de Alimentos respectivamente. Observou-se ainda que 60% da população estava com excesso de peso (sobrepeso + obesidade) e mais de 38% referiu diagnóstico de hipertensão arterial. Constatou-se, dessa forma, a insegurança alimentar em seus dois aspectos: fome e excesso de peso (fator de risco importante para doenças crônicas não transmissíveis). A elevada prevalência de insegurança alimentar entre as comunidades quilombolas do RS e os indicadores de condições socioeconômicas adversas, reforçam a importância de políticas e programas específicos para esta população vulnerável.

Diante desse quadro, um novo Projeto de Pesquisa, intitulado “Educação Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e da Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação” se propôs a testar uma intervenção multi-setorial, com base na promoção de práticas alimentares tradicionais, alimentação saudável e aplicabilidade do direito humano à alimentação adequada. Nesse sentido, entende-se que, provavelmente, seja mais eficaz um processo mais amplo, conjunto, valorizando a cultura local, envolvendo a comunidade e o poder público, particularmente em populações vulneráveis, com dificuldade de acesso aos alimentos, como as populações quilombolas.

O referido projeto teve início em 2014 e conclusão em junho de 2017. Após a referida intervenção, espera-se uma melhora nas práticas alimentares de adultos que

residem em comunidades quilombolas do RS, além de melhora de representações sobre sua cultura alimentar e alimentos tradicionais.

## **4.2 Objetivos**

### **Objetivo Geral**

Desenvolver e avaliar uma intervenção comunitária de educação alimentar e nutricional para promoção de práticas alimentares saudáveis e da cultura alimentar em comunidades de remanescentes de quilombolas do estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

### **Objetivos Específicos**

- Descrever a cultura alimentar da população quilombola na região sul do RS, identificando suas percepções sobre alimentação e nutrição, quais os alimentos consumidos e as preparações tradicionais das comunidades estudadas;
- Descrever uma intervenção comunitária de educação alimentar e nutricional para promoção de práticas alimentares saudáveis e da cultura alimentar, desenvolvida em duas comunidades de remanescentes de quilombolas no sul do RS com elevada prevalência de insegurança alimentar e nutricional e excesso de peso.
- Avaliar, através de abordagem quanti-quali, uma intervenção de educação alimentar e nutricional realizada em comunidades de remanescentes de quilombolas do Rio Grande do Sul, analisando mudanças nas percepções acerca da cultura alimentar e práticas alimentares tradicionais e consumo alimentar.

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil, Decreto n.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 artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm).
2. Parodi, TC. Equidad en salud: una mirada desde la perspectiva de la etnicidad [versión preliminar]. Washington (DC):OPS/OMS; 2001. p.24. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31214.pdf>.
3. Silva, DOe; Guerrero, AFH; Guerrero, CH; Toledo, LMd. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. Rev Nutr [Internet]. 2008; 21(Suppl):83s-87s. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732008000700008&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732008000700008&lng=en). DOI: 10.1590/S1415-52732008000700008.
4. Seppir. Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.seppir.gov.br/portal-antigo/publicacoes/diagnosco-do-programa-brasil-quilombola-marco-de-2012-1>.
5. Fundação Cultural Palmares. Comunidades quilombolas. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-13-05-2019.pdf>. Acessado em 20/06/2019.
6. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guia de Cadastramento de Famílias Quilombolas. 3ª Edição-2011. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/licitacao/organismos\\_internacionais/anexo\\_13\\_3\\_guia\\_cadastramento\\_familias\\_quilombola.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/licitacao/organismos_internacionais/anexo_13_3_guia_cadastramento_familias_quilombola.pdf).
7. Conceição L *et al.* Hipertensão Arterial e sua Distribuição entre os Indicadores do Excesso de Gordura em Afrodescendentes da Ilha do Marajó-PA. Anais CONNEEPI. Maceió: CONNEEPI 2010.



8. Bezerra, VM; Andrade, ACS; César, CC; Caiaffa, WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. Cad Saúde Pública [Internet]. 2013; 29(9):1889-1902. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000900027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900027&lng=en). DOI: 10.1590/0102-311X00164912.
9. Ferreira, HdaS; Silva, WO; Santos, EAdos; Bezerra, MKdeA; Silva, BCVda; Horta BL. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. Rev Nutr [Internet]. 2013; 26(5):539-549. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.pgp?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732013000500005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.pgp?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000500005&lng=en). DOI: 10.1590/S1415-52732013000500005.
10. Velten APC, Moraes AN, Oliveira ERAde, Melchior AC, Secchin CMC, Lima EdeFA. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas no norte do Espírito Santo, Brasil. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2013;15(1):9-16.
11. Santos EC, Scala LCN, Silva ACda. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. Rev Bras Hipertens. 2015;22(3):100-5.
12. Barbosa MdoCL, Barbosa JB, Guerra LFA, Barbosa MFL, Barbosa FL, Barbosa RL, Guida DL, Martins MLB et al. Dislipidemia e risco cardiovascular em afrodescendentes: um estudo em comunidades quilombolas do Maranhão, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10.
13. Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2015;20(9):2879-2890.
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. Ciên saúde coletiva[internet]. 2019 Sep;24(9):3293-303. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000903293&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903293&lng=en)
15. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao\\_introduction.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf).

16. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. 252p. Disponível em: [http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO TRS 894/en/](http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/).
17. Lima, NT.; Santos, RV. The Social Causes of Health Inequities in Brazil. Rio de Janeiro, 2008. Editora Fiocruz. 28 p.
18. Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Políticas sociais e chamada nutricional quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate – n.9 (2008). Brasília, 2008; 142p. ISSN: 1808-0758. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/caderno%20-%2009.pdf>.
19. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Manual de doenças mais importantes, por razões étnicas, na população brasileira afro-descendente. Brasília, 2001; 78p. –(Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.123). ISBN: 85-334-0407-7. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06\\_09.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd06_09.pdf).
20. Bairros, FSde. (In)Segurança Alimentar e Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome de Comunidades Quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPG Epidemiologia, 2013.
21. Canesqui, AM. Pesquisas qualitativas em nutrição e alimentação. Rev Nutr [Internet]. 2009; 22(1):125-139. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732009000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732009000100012&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.1590/S1415-52732009000100012.
22. Freitas, MdoCde. Metodologia da pesquisa qualitativa para o tema alimentação e cultura. Por Equipe OBHA; 13, dez, 2017. Hábitos Alimentares na Atualidade. Disponível em: <http://obha.fiocruz.br/index.php/2017/12/13/metodologia-da-pesquisa-qualitativa-para-o-tema-alimentacao-e-cultura/>.

23. Araújo, MdoSGde; Lima Filho, DL. Cultura, trabalho e alimentação em comunidades negras e quilombolas do Paraná. Ateliê Geográfico Goiânia-GO [Internet]. 2012 Out; 6(3):113-131 (Edição Especial). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/atelie/article/view/21060/12370>. DOI: 10.5216/ag.v6i3.21060.
24. Contreras, J; Gracia, M. Alimentação, sociedade e cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 496p.
25. Furtado, MB; Pedroza, RLS; Alves, CB. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. Psicol Soc. [Internet]. 2014; 26(1):106-115. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100012&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.1590/S0102-71822014000100012.
26. Beraldo, NAdAS. Saberes e práticas alimentares dos agricultores quilombolas da comunidade Maçambique. In: Prêmio ABA/MDA Territórios Quilombolas / Associação Brasileira de Antropologia (Organizador). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2006. 116p.
27. Pavarati, LC. Aspectos comunicativos e culturais nos hábitos culinários caiçara da comunidade quilombola da Fazenda Picinguaba, de Ubatuba SP. Razón y Palabra [Internet]. 2017; 20(3\_94):280-298. Disponível em: <http://revistarazonypalabra.com/index.php/ryp/article/view/708/722>.
28. Patiño, DC; Torres, AR; Soto, ECJ. The feeding-nutrition connection, three aspects for its understanding. Medwave [Internet]. 2016 Apr; 16(3):e6424. Disponível em: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/ProbSP/6424>. DOI: 10.5867/medwave.2016.03.6424.
29. Oliveira, LFCde. Segurança alimentar e nutricional no Brasil: da fome à obesidade [Dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Planejamento Territorial, 2014.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. Vigitel Brasil, 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 136p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel\\_brasil\\_2012\\_vigilancia\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf).
31. Abreu, ESde; Viana, IC; Moreno, RB; Torres, EAFdaS. Alimentação mundial: uma reflexão sobre a história. Saude Soc. [Internet]. 2001 Dec; 10(2):3-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902001000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000200002&lng=en). DOI: 10.1590/S0104-12902001000200002.
32. Silva ACBda, Silva MCCBda. Debate sobre culturas alimentares: conversas em torno da cultura alimentar brasileira. RELACult – Revista Latino-Americana de Estudos em Cultura e Sociedade [Internet]. 2018 Set-Dez;4(3). Disponível em: <https://claec.org/periodicos/index.php/relacult/article/view/677/601>
33. Figueroa, D. Padrões alimentares: da teoria à prática – o caso do Brasil. Mneme Revista de Humanidades [Internet]. 2004; 04(09):104-114. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/184/171>.
34. Wahlqvist, ML. Future food. Asia Pac J Clin Nutr. [Internet]. 2016 Dec; 25(4):706-715. Disponível em: <http://apjcn.nhri.org.tw/server/APJCN/25/4/706.pdf>. DOI: 10.6133/apjcn.092016.01.
35. Estima, CCP; Philippi ST; Alvarenga, MS. Fatores determinantes do consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem? Rev Bras Nutr Clin [Internet]. 2009; 24(4):263-268. Disponível em: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14114/art\\_ESTIMA\\_Fatores\\_determinantes\\_de\\_consumo\\_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14114/art_ESTIMA_Fatores_determinantes_de_consumo_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
36. Neves, CEP; Caetano, E; Silva, MdeA. A produção da vida material e imaterial em comunidades chiquitanas e quilombolas em Mato Grosso: uma nova/velha forma de existência. Polis, Santiago [Internet]. 2015; 14(40):191-207. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-65682015000100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682015000100010&lng=es&nrm=iso). DOI: 10.4067/S0718-65682015000100010.

37. Santos, EdeS. Memória social a brincadeira dos cocos na comunidade quilombola Caiana dos Crioulos-PB. Rev. Inst. Estud. Bras. [Internet]. 2014 Dec; (59):261-282. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0020-38742014000200261&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0020-38742014000200261&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.11606/issn.2316-901X.v0i59p261-282.
38. Clarindo, MF; Floriani, N. As particularidades da reprodução do patrimônio cultural da comunidade quilombola de Palmital dos Pretos, Campo Largo-PR. Terr@Plural [Internet]. 2014 dez; 8(2):423-443. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/tp/article/viewFile/6492/4632>. DOI: 10.5212/TerraPlural.v.8i2.0010.
39. Marques, CE; Gomes, L. A constituição de 1988 e a resignificação dos quilombos contemporâneos: limites e potencialidades. Rev. Bras. Ci. Soc. [Internet]. 2013 Feb; 28(81):137-153. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092013000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092013000100009&lng=en&nrm=iso). DOI: 10.1590/S0102-69092013000100009.
40. Freitas, DA; Caballero, AD; Marques, AS; Hernández, CIV; Antunes, SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. Rev. CEFAC [Internet]. 2011 Oct; 13(5):937-943. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500019&lng=en). DOI: 10.1590/S1516-184620110005000033.
41. Rodrigues, V. De gente da barragem a Quilombo da Anastácia: uma etnografia dos processos étnicos e políticos no sul do país. In: Prêmio ABA/MDA Territórios Quilombolas / Associação Brasileira de Antropologia (Organizador). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Rural, 2006. 116p.
42. Santos, RCdos; Silva, MS. Condições de vida e itinerários terapêuticos de quilombolas de Goiás. Saude Soc. [Internet]. 2014 Sep; 23(3):1049-1063. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902014000301049&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000301049&lng=en). DOI: 10.1590/S0104-12902014000300025.
43. Gubert, MB; Segall-Corrêa, AM; Spaniol, AM; Pedroso, J; Coelho, SEDAC; Pérez-Escamilla, R. Household food insecurity in black-slaves descendant

communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended?. Public Health Nutr. [Internet]. 2017 Jun; 20(8):1513-1522. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/486C22F7D836B6ECBCB16BC3AD61F98D/S1368980016003414a.pdf/household\\_food\\_insecurity\\_in\\_blackslaves\\_descendant\\_communities\\_in\\_brazil\\_has\\_the\\_legacy\\_of\\_slavery\\_truly\\_ended.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/486C22F7D836B6ECBCB16BC3AD61F98D/S1368980016003414a.pdf/household_food_insecurity_in_blackslaves_descendant_communities_in_brazil_has_the_legacy_of_slavery_truly_ended.pdf). DOI: 10.1017/S1368980016003414.

44. Hurtado-Guerrero AF. Situação nutricional de populações remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará–Brasil [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
45. Silva TSS, Bomfim CA, Leite TCR, Moura CS, Belo NdeO, Tomazi L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. Cad. Saúde Colet. 2016;24(3):376-383.
46. Santos, KMPdos; Garavello, MEdePE. Uma análise agroalimentar: o caso dos agricultores quilombolas da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Quilombos Barra do Truvo, SP. Redes [Internet]. 2016 Set; 21(3):196-216. Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/7429>. DOI: 10.17058/redes.v21i3.7429.
47. Figueiredo, MC; Boaz, CMS; Bonacina, CM; Fabricio, FK; Silva, KVCL. Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro do Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil. RFO. [Internet]. 2011; 16(2):130-135. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/viewFile/2116/1350>. DOI: 10.5335/rfo.v16i2.2116.
48. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).

49. Micha, R; Khatibzadeh, S; Shi, P; Andrews, KG; Engell, RE; Mozaffarian, D; Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). Global, regional and national consumption of major food groups in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys worldwide. *BMJ Open* [Internet]. 2015 Sep; 5(9):e008705. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e008705.long>. DOI: 10.1136/bmjopen-2015-008705.
50. Castro, IRRde. Challenges and perspectives for the promotion of adequate and healthy food in Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 Jan; 31(1):07-09. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100007). DOI: 10.1590/0102-311XPE010115.
51. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 84p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf).
52. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional. Relatório Final. Fortaleza: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2007. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/conferencias/arquivos-de-conferencias/3a-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional/relatorio-final-iii-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional.pdf>.
53. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf).
54. Pinheiro, ARdeO. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *Saúde em Debate* [Internet]. 2005; 29(70):125-139. Disponível em:

<https://caemilioribas.files.wordpress.com/2009/09/a-alimentac3a7c3a3o-saudc3a1vel-e-a-ps.pdf>.

55. Vega-Macedo, M; Shamah-Levy, T; Peinador-Roldán, R; Méndez-Gómez, IH; Melgar-Quiñónez, H. Food insecurity and variety of food in Mexican households with children under five years. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2014; 56 Suppl 1:s21-30. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v56s1/v56s1a5.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v56s1/v56s1a5.pdf).
56. Leung, CW; Epel ES; Ritchie, LD; Crawford, PB; Laraia, BA. Food insecurity is inversely associated with diet quality of lower-income adults. *J Acad Nutr Diet* 2014 Dec; 14(12):1943-53.e2. DOI: 10.1016/j.jand.2014.06.353.
57. Belachew, T; Lindstrom, D; Gebremariam, A; Hogan, D; Lachat, C; Huybregts, L; Kolsteren, P. Food insecurity, food based coping strategies and suboptimal dietary practices of adolescents in Jimma zone Southwest Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2013; 8(3):e57643. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0057643>. DOI: 10.1371/journal.pone.0057643.
58. Vuong, TN; Gallegos, D; Ramsey, R. Household food insecurity, diet, and weight status in a disadvantaged district of Ho Chi Minh City, Vietnam: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 Mar; 15:232. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1566-z>. DOI: 10.1186/s12889-015-1566-z.
59. Laraia, BA; Leak, TM; Tester, JM; Leung, CW. Biobehavioral factors that shape nutrition in low-income populations: a narrative review. *Am J Prev Med* [Internet]. 2017 Feb; 52(2S2):S118-S126. Disponível em: [http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(16\)30309-9/fulltext](http://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(16)30309-9/fulltext). DOI: 10.1016/j.amepre.2016.08.003.
60. Ferreira, SRG. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. *Cienc. Cult.* [Internet]. 2010 Oct; 62(4):31-33. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252010000400011&lng=en](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400011&lng=en).



61. Kirkpatrick, SI; Dodd, KW; Reedy, J; Krebs-Smith, SM. Income and race/ethnicity are associated with adherence to food-based dietary guidance among US adults and children. *J Acad Nutr Diet* [Internet]. 2012 May; 112(5):624-635.e6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3775640/>. DOI: 10.1016/j.jand.2011.11.012.
62. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. 150p. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008\\_09\\_analise\\_consumo/pofanalise\\_2008\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_09_analise_consumo/pofanalise_2008_2009.pdf).
63. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Vigitel Brasil 2016: 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 2016*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 160p. Disponível em: [http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel\\_2016\\_jun17.pdf](http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/07/vigitel_2016_jun17.pdf).
64. Moreira, SA. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. *Cienc. Cult.* [Internet]. 2010 Oct; 62(4):23-26. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252010000400009&lng=en](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400009&lng=en).
65. Sousa BCde, Medeiros DSde, Curvelo MHdosS, Silva EKPda, Teixeira CSS, Bezerra VM et al . Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2019 Feb; 24(2):419-430. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000200419&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000200419&lng=en).
66. Bocquier, A; Vieux, F; Lioret, S; Dubuisson, C; Caillavet, F; Darmon, N. Socio-economic characteristics, living conditions and diet quality are associated with food insecurity in France. *Public Health Nutr* [Internet]. 2015 Nov; 18(16):2952-61. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge->

[core/content/view/BEE8541D768B5D902CC3FE53034059BE/S1368980014002912a.pdf/socioeconomic characteristics living conditions and diet quality a re associated with food insecurity in france.pdf](http://www.scielo.br/scielo/content/view/BEE8541D768B5D902CC3FE53034059BE/S1368980014002912a.pdf/socioeconomic_characteristics_living_conditions_and_diet_quality_a_re_associated_with_food_insecurity_in_france.pdf). DOI: 10.1017/S1368980014002912.

67. Willet, W. Food and nutrients. In: *Nutricional Epidemiology* (W. Willet, ed.), pp. 20-33, New York/Oxford: Oxford University Press, 1998.
68. Carvalho, CAde; Fonsêca, PCdeA; Nobre, LN; Priore, SE; Franceschini, SdoCC. Metodologias de identificação de padrões alimentares a posteriori em crianças brasileiras: revisão sistemática. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2016 Jan; 21(1):143-154. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000100143&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100143&lng=pt). DOI: 10.1590/1413-81232015211.18962014.
69. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília, 2015. 33p.:il. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf).
70. Malta, DC; Moraes Neto, OL; Silva, MMAda; Rocha, D; Castro, AMde; Reis, AACdos; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2016 June; 21(6):1683-1694. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci_abstract&tlng=pt). DOI: 10.1590/1413-81232015216.07572016.
71. Recine, E; Vasconcellos, AB. Políticas nacionais e o campo da Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: cenário atual. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2011 Jan; 16(1):73-79. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000100011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100011). DOI: 10.1590/S1413-81232011000100011.
72. Ramos, FP; Santos, LAdaS; Reis, ABC. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2013 Nov; 29(11):2147-2161. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100003&lng=en). DOI: 10.1590/0102-311x00170112.

73. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68p. Disponível em: [http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco\\_EAN.pdf](http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf).
74. Santos, LAdaS. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. Rev. Nutr. [Internet]. 2005 Oct; 18(5):681-692. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000500011&lng=en). DOI: 10.1590/S1415-52732005000500011.
75. Santos, LAdaS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Feb; 17(2): 455-462. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000200018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200018&lng=en). DOI: 10.1590/S1413-81232012000200029.
76. De Carvalho, AP; De Oliveira, VB; Santos, LCdos. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de uma escola municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. Pediatría (São Paulo). 2010; 32(1):20-7.
77. Davanço, GM; Taddei, JAdeAC; Gaglianone, CP. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a curso de educação nutricional. Rev. Nutr. [Internet]. 2004 June; 17(2):177-184. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732004000200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000200004&lng=en). DOI: 10.1590/S1415-52732004000200004.
78. Gaglione, CP; Taddei, JAdeAC; Colugnati, FAB; Magalhães, CG; Davanço, GM; Macedo, Lde; et al. Nutrition education in public elementary schools of São Paulo, Brazil: the Reducing Risks of Illness and Death in Adulthood project. Rev. Nutr. [Internet]. 2006 June; 19(3):309-320. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000300002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000300002&lng=en). DOI: 10.1590/S1415-52732006000300002.
79. Teixeira, PDS; Reis, BZ; Vieira, DAdosS; Costa, Dda; Costa, JO; Raposo, OFF; et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Feb; 18(2):347-356. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000200006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200006&lng=en). DOI: 10.1590/S1413-81232013000200006.

80. Proença, RPdaC. Alimentação e globalização: algumas reflexões. *Cienc. Cult.* [Internet]. 2010 Oct; 62(4):43-47. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252010000400014&lng=en](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400014&lng=en).
81. Lima, RdeS; Ferreira Neto, JA; Farias, RdeCP. Alimentação, comida e cultura: o exercício da comensalidade. *Demetra* [Internet]. 2015; 10(3):507-522. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/ojs/index.php/demetra/article/view/16072/13748#.WqLLYqjwY2w>.
82. Graham, R; Stolte, O; Hodgetts, D; Chamberlain, K. Nutritionism and the construction of 'poor choices' in families facing food insecurity. *J Health Psychol.* 2016 Sep; 1:1359105316669879. DOI: 10.1177/1359105316669879.
83. Burke, TJ; Segrin, C. Examining diet- and exercise-related communication in romantic relationships: associations with health behaviors. *Health Commun.* 2014; 29(9):877-87. DOI: 10.1080/10410236.2013.811625.
84. Boog, MCF. . Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2010 Dec; 23(6):1005-1017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000600007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000600007&lng=en). DOI: 10.1590/S1415-52732010000600007.

## 6. ARTIGO 1

CULTURA ALIMENTAR DE REMANESCENTES DE QUILOMBOLAS DA  
REGIÃO SUL DO RIO GRANDE DO SUL: SABERES E PRÁTICAS  
ALIMENTARES

FOOD CULTURE OF REMANESCENTS OF *QUILOMBOLAS* IN THE SOUTH  
REGION OF *RIO GRANDE DO SUL*: KNOWLEDGE AND FOOD PRACTICE

Sílvia Pauli, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado à revista *Cadernos de Saúde Pública* (ISSN 1678-4464 *versión on-line*)**

**Título completo em português:** Cultura alimentar de remanescentes de quilombolas da região sul do Rio Grande do Sul: saberes e práticas alimentares

**Título completo em inglês:** Food culture of *quilombola* remnants of the southern region of *Rio Grande do Sul*: food knowledge and practices

**Título completo em espanhol:** Cultura alimentaria de remanentes de *quilombolas* de la región sur de *Rio Grande do Sul*: saberes y prácticas alimentarias

**Título resumido:** Cultura alimentar de quilombolas no Rio Grande do Sul

## RESUMO

A alimentação, além de uma resposta a uma necessidade biológica, é uma prática eminentemente cultural. **Objetivo:** Compreender a cultura alimentar de comunidades quilombolas (CQ) do Rio Grande do Sul (RS) e analisar suas concepções sobre alimentação, alimentos e preparações tradicionais e conhecimentos sobre a relação nutrição-saúde. **Métodos:** Estudo com abordagem qualitativa, de natureza interpretativa, envolvendo duas CQ rurais gaúchas. A coleta de dados ocorreu em 2014 por meio de Grupo Focal (GF) com mulheres jovens, adultas e idosas. Os dados foram organizados e sistematizados por meio do software NVivo, versão 11, tendo sido decodificados e agrupados em categorias de acordo com a semelhança das falas. Foi assegurado o cumprimento das normas e diretrizes da resolução 466/12. **Resultados:** Mesmo estando localizadas em zonas rurais, essas comunidades não dispõem de terra suficiente para o cultivo de subsistência. Sua cultura alimentar é influenciada por condições socioeconômicas, estigma relacionado ao racismo e hábitos alimentares da região onde estão inseridas. As participantes demonstraram conhecimento sobre a influência da alimentação sobre a saúde, manifestando interesse em conhecer novos alimentos e formas de preparo mais saudáveis. **Conclusão:** Esses resultados fornecem informações até agora inexistentes sobre os hábitos alimentares dessas duas CQ, além de contribuições importantes para o planejamento de ações voltadas para a promoção da alimentação saudável para essa população.

**Palavras-chave:** Cultura alimentar, estudo qualitativo, grupo de ascendência continental africana, comunidades vulneráveis.

## ABSTRACT

Food, in addition to a response to a biological need, is an eminently cultural practice. Goal: To understand the food culture of Rio Grande do Sul (RS) quilombola communities (QC) and analyze their conceptions about food, traditional foods and preparations, and knowledge about their nutrition-health relationship. Methods: This is

a qualitative study of an interpretative nature involving two rural QCs. Data collection occurred in 2014 through a Focal Group (FG) with young, adult, and elderly women. Data were organized and systematized using NVivo software, version 11, and were decoded and grouped into categories according to the similarity of the speeches. Compliance with the rules and guidelines of resolution 466/12 was ensured. Results: Even though they are located in rural areas, these communities do not have sufficient land for subsistence farming. Their food culture is influenced by socioeconomic conditions, stigma related to racism and dietary habits of the region where they are inserted. Participants demonstrated knowledge about the influence of food on health, expressing interest in knowing new foods and healthier ways of preparation. Conclusion: These results provide hitherto inexistent information on the eating habits of these two QCs, as well as important contributions to the planning of actions aimed at promoting healthy eating for this population.

**Key-words:** Food culture, qualitative studies, African continent ancestry group, vulnerable communities.

## INTRODUÇÃO

A alimentação é uma necessidade biológica, mas é a cultura que atribui sentido aos alimentos e às refeições, determinando em grande parte o que e quando comemos e como preparamos os alimentos. Assim, a cultura alimentar pode ser definida como o conjunto de representações, crenças, conhecimentos e práticas herdadas e/ou aprendidas associadas à alimentação e compartilhadas pelos indivíduos de uma dada cultura ou grupo social<sup>1</sup>. Então, em uma mesma sociedade encontramos diferentes culturas alimentares, dependendo das características étnicas, históricas, econômicas, geográficas e sociais do grupo considerado.

Comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas e com ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida<sup>2</sup>. Os elementos múltiplos de sua historicidade lhe conferem tipicidade e especificidade cultural em relação a outras culturas brasileiras<sup>3</sup>. Trata-se de uma cultura na qual o sustento advém da cultura de subsistência e há grande sentimento de pertença ao território<sup>4</sup>.

Dentre as 3311 comunidades existentes no Brasil, 134 estão localizadas no Rio Grande do Sul (RS)<sup>5</sup>, correspondendo a aproximadamente 100 mil famílias quilombolas

distribuídas em todas as regiões brasileiras, 3451 no RS<sup>6</sup>. É um contingente humano considerável para o qual existem poucas informações sistematizadas sobre situação de saúde e condicionantes, como práticas alimentares.

A análise das práticas alimentares das comunidades quilombolas assume importância ainda maior diante de evidências apontando para altas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e excesso de peso nessa população no Brasil<sup>7-19</sup>. Em 2011 os resultados de um estudo com amostra representativa de quilombolas do RS<sup>20</sup> demonstraram altas prevalências de Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN) (72,1%) e excesso de peso (59%), sugerindo uma dieta de risco para deficiências nutricionais, bem como para o desenvolvimento de DCNT.

Assim, considerando a importância da cultura na adoção de práticas alimentares, o presente artigo busca compreender a cultura alimentar de comunidades quilombolas do RS. Propõe-se analisar as concepções dos grupos estudados no que se refere à alimentação, alimentos e preparações tradicionais, bem como conhecimentos sobre a relação entre nutrição e saúde.

## MÉTODOS

Este estudo faz parte da pesquisa “Educação Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e da Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação”, que objetivou desenvolver estratégias de educação nutricional a partir da valorização de hábitos e tradições culturais dessa população.

### **Delineamento e população**

Estudo com abordagem qualitativa, de natureza interpretativa, envolvendo duas comunidades quilombolas rurais dos municípios de Pelotas (Comunidade Algodão) e Canguçu (Comunidade Passo do Lourenço). A pesquisa qualitativa busca apreender significados, concepções, valores e atitudes que configuram uma determinada realidade social compartilhada<sup>21</sup>.

Foram selecionadas duas comunidades com as maiores prevalências de IAN e



excesso de peso em um estudo transversal de base populacional incluindo 22 comunidades quilombolas gaúchas<sup>20,22</sup>. Foi considerada ainda a possibilidade de comparação, razão pela qual se optou por duas comunidades rurais e situadas na mesma região do estado.

Buscou-se, assim, identificar elementos da cultura alimentar compartilhados pelas duas comunidades, sem deixar de evidenciar suas especificidades. Por questões financeiras e logísticas, foram incluídas 2 das 22 comunidades quilombolas para a realização do estudo.

### **Descrição da população estudada**

No RS é possível identificar regiões com grande concentração de quilombos rurais, como litoral, região central e principalmente região sul. As principais dificuldades enfrentadas são de ordem socioeconômica, como dimensão reduzida das terras ocupadas (muitas vezes íngremes e de solo pedregoso) e falta de alternativas para a geração de renda. Além disso, grande parte situa-se em locais de difícil acesso: pequenas estradas de chão batido, muitas vezes distantes do transporte público.

As duas comunidades incluídas no estudo foram Passo do Lourenço, localizada a 35km do centro do município de Canguçu, e Algodão, a 50km do centro de Pelotas. O acesso a ambas é por meio de estradas de chão batido, bastante esburacadas. A distância entre a capital gaúcha, Porto Alegre, e as cidades de Canguçu e Pelotas é de cerca de 280km e 250km, respectivamente. Na figura 1 é possível observar a localização geográfica das comunidades.

Passo do Lourenço possuía, no período do estudo, 35 famílias e Algodão 61. A maioria dos responsáveis pelas famílias dessas comunidades possuía entre 40-59 anos de idade e até 4 anos de estudo. A renda per capita mensal menor do que 30 dólares, pobreza extrema<sup>23</sup>, foi verificada em 17,1% das famílias em Passo do Lourenço e 26,7% em Algodão. A prevalência de IAN moderada e grave e excesso de peso, respectivamente, foi de 51,4% e 78,1% em Passo do Lourenço e de 63,3% e 63,2% em Algodão<sup>24</sup>.



Figura 1: Comunidades Quilombolas incluídas no estudo, localizadas na região sul, a mais pobre do RS.

### **Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu em 2014 por meio de Grupo Focal (GF)<sup>25,26</sup>, objetivando discutir práticas alimentares tidas como tradicionais, mudanças nessas práticas, formas de preparo e significados atribuídos à alimentação e aos alimentos. Participaram mulheres jovens, adultas e idosas de cada uma das comunidades. Optou-se pela participação apenas de mulheres por serem elas, em geral, responsáveis pela alimentação das famílias.

O recrutamento das participantes se deu através do envio, por correio, de convites para os líderes das comunidades quilombolas, que realizaram a entrega para as moradoras. Os GF foram gravados com autorização prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e posteriormente transcritos em sua totalidade.

A fim de facilitar a participação das mulheres nos GF e garantir uma diversidade em sua composição, os mesmos foram realizados em um sábado. Cada grupo foi composto por 14 mulheres.

### **Análise dos dados**

Os dados foram organizados e sistematizados em um banco de dados por meio do software NVivo, versão 11, e posteriormente decodificados e agrupados nas seguintes categorias, de acordo com a semelhança das falas: acesso e aquisição de

alimentos, práticas alimentares tradicionais e mudanças ocorridas, estigma e cultura alimentar quilombola, conhecimentos sobre relação alimentação e saúde.

Para fins de análise e interpretação, nesse estudo consideram-se práticas alimentares qualquer ato relacionado à alimentação, como obtenção dos alimentos, tipos de alimentos consumidos, formas de preparo, responsáveis pelo preparo, etc.

### **Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFRGS e todos as participantes assinaram o TCLE. Em se tratando de um estudo em comunidades vulneráveis, houve a preocupação e o cuidado em contatar com antecedência as lideranças comunitárias para expor os objetivos do trabalho e obter sua aprovação préviamente à execução do projeto.

## **RESULTADOS**

### **Acesso e aquisição de alimentos**

O acesso aos alimentos ocorre principalmente pela aquisição em pequenos mercados (também chamados *vendas*) localizados nas proximidades das moradias ou em supermercados no centro dos municípios. Há ainda a possibilidade de compra de outros agricultores da região, que passam em geral quinzenalmente nas comunidades para venderem seus produtos.

Poucos alimentos são cultivados pelas famílias e a criação de animais não é significativa. Dentre as justificativas, está o tamanho reduzido dos lotes de terra, como indicam as falas abaixo:

Nós não temos terra né, aí como a gente vai plantar?

Às vezes se tem um vizinho bom eles dão um pedacinho de terra para plantar.

Ainda, a baixa qualidade das sementes atualmente, mudança nas espécies e culturas cultivadas, trabalho como empregados nas plantações de fumo e soja, e melhora no poder aquisitivo (aposentadoria e bolsa família) também influenciam a forma de

acessar alimentos.

Antes nós tinha semente da própria, e agora tem que comprar a semente. Tu planta só um ano, no outro já não dá pra plantar.

Uma das coisas que mudou bastante é os aposentados e produtores de fumo e soja, que aí as pessoas trabalham e conseguem o dinheiro e compram né? Se torna mais fácil.

Além das dificuldades já citadas, a falta de conhecimento técnico para cultivo e manutenção de hortas nos domicílios dos quilombolas de Canguçu parece ser um fator importante para explicar sua baixa disponibilidade nessa comunidade:

Eu acho que precisa de uma orientação técnica pra gente conseguir produzir. Da mesma forma que produzia antigamente, já não produz.

A relevância da falta de conhecimento técnico para o cultivo de hortas pode ser evidenciada ao se comparar com a situação de Algodão, onde a maioria das participantes possui hortas em casa. A presença destas hortas é relacionada às consultorias realizadas na comunidade pela Emater, uma Instituição que presta assistência técnica e extensão rural a agricultores familiares, quilombolas, etc.<sup>27</sup>.

Em 2013 que veio a Emater, e com a ajuda deles a gente conseguiu construir uma horta.

Alface, cenoura, beterraba, morango, salsinha, cebolinha, alho e cebola são alguns itens plantados nas hortas. O consumo de frutas e vegetais aumentou após sua implantação.

Dificuldades relacionadas ao acesso aos alimentos foram citadas como alguns dos motivos para o consumo de pouca variedade alimentar.

Outra dificuldade que eu noto na alimentação aqui é alguma dificuldade de acesso, até pra variar a alimentação.

Ou ainda como expressa uma das participantes que é diabética e faz acompanhamento com uma nutricionista:

Isso que eu falo assim ó, da dificuldade do acesso, por exemplo, na venda onde a gente compra não tem os produtos light, diet e não tem também frutas. Tu precisa se deslocar até a cidade.

As duas comunidades estão situadas a uma grande distância do centro da cidade

(Passo do Lourenço 35km e Algodão 50km). Pela dificuldade de meios de transporte, condições adversas das estradas e também dificuldades financeiras, eles têm o hábito de ir uma vez por mês ao centro, realizando as compras no supermercado para o mês inteiro. Como frutas e vegetais são alimentos perecíveis, são comprados em pequenas quantidades, terminando em poucos dias.

Eu compro lá na cidade uma vez por mês que eu vou lá, me dura uma semana e ah o resto depois eu fico sem.

E agora estamos passando uma dificuldade horrorosa, que estamos quase sem ônibus pra chegar lá.

Outro fator relatado como associado ao acesso e consumo alimentar refere-se à sazonalidade, sendo o inverno considerado a pior época, pois é quando há maior escassez de alimentos e também de recursos financeiros. Isso porque no inverno há menos trabalho para os moradores das comunidades quilombolas, que costumam trabalhar como empregados em fazendas.

### **Práticas alimentares tradicionais e mudanças ocorridas**

Os jovens aprendem a cozinhar em torno dos 10 anos de idade. De modo geral, não há distinção entre homens e mulheres nas tarefas relacionadas ao cultivo de horta e plantação para consumo alimentar. Na prática, as mulheres são responsáveis pelas tarefas domésticas, porém, grande parte dos homens auxilia nessas atividades, com uma maior resistência por parte dos homens mais velhos. Em relação ao consumo alimentar, a aceitação de frutas e vegetais, por exemplo, é semelhante entre homens e mulheres.

O meu (marido) faz pão, faz comida, tudo. E os guri também.

Sobre os alimentos tradicionais, antigos na família, ou que não podem faltar, quase todas as participantes referiram feijão, milho e pratos preparados a base de milho e batata doce.

Eu gosto de comer batata doce com carne.

Tem que ter lá em casa (feijão), se não parece que não há comida.

Porém, há relatos de menor disponibilidade de feijão atualmente, pois quase ninguém planta, e o preço de venda nos supermercados é elevado.

Mas até o feijão aqui tá escasso né? Ninguém planta.

A gente planta o feijão e ele dá todo podre, todo traçado.

Feijão agora tá caro pra comprar.

Os alimentos mais consumidos pelos quilombolas no passado (*antigamente*) eram pão de farinha de milho, angu, canjica e amendoim. Atualmente, são pão de farinha de trigo, batata doce, couve, massa, arroz, quibebe, broa de milho e canjica. A canjica, que antigamente era preparada artesanalmente, socada no pilão, hoje, é comprada e frequentemente consumida misturada com feijão.

Outra prática é a utilização dos chamados *mexidos* ou *misturados*, consumidos com maior frequência antigamente, pois não havia disponibilidade de grande variedade de alimentos, então, se misturava os disponíveis em uma única panela. Hoje, com melhores condições financeiras, é possível prepara-los separadamente. Mas o *mexido* segue sendo consumido eventualmente, pela praticidade no preparo e por agradar ao paladar.

É porque a gente não tinha condições né, agora nós fazemos separado. Mas às vezes dá vontade de comer comida misturada e a gente faz ainda.

Outros alimentos apontados como tradicionais foram *pão* ou *bolo chato*, *bolo manapansa* e *bolo com torresmo*.

No *bolo chato* não bota fermento, por isso a gente diz que é. Só farinha, sal e gordura.

*Manapansa* é feito com farinha de milho amarela e de trigo, meio a meio e tu bota ovo, a quantia que a pessoa quer, e açúcar. Se tiver manteiga, melhor ainda, que aí fica com gostinho de manteiga de casa. E fica bem bom.

O *bolo de torresmo* é que nem um pão assim, só que bota o torresmo dentro e amassa, e é bom.

Já o *bolo de pedra* foi muito consumido antigamente, mas não mais hoje em dia. As participantes se referiram a ele com nostalgia.

Botava um toucinho assim, um temperinho e depois pegava espichava e colocava em cima de uma pedra no fogo de chão. Aí escorava em cima da pedra e deixa pra assar. Era uma coisa maravilhosa!

As refeições almoço e jantar são sempre comida, sendo preparadas no respectivo horário. Quando há sobras no almoço, são reaproveitadas no jantar.

*Banha* e *graxa* foram citadas como importantes ingredientes para preparações culinárias. *Banha* é a gordura derivada do porco e *graxa* da gordura bovina. As poucas famílias que possuem animais para consumo próprio obtêm banha e graxa dessas fontes. As demais compram de vizinhos, açougues, vendas ou, ainda, compram toucinho e produzem a banha a partir dele, em casa.

Mesmo ainda muito utilizadas, essas fontes de gordura foram sendo parcialmente substituídas por óleo de soja, com a justificativa de ser melhor para a saúde. Porém, os alimentos preparados com banha são tidos como mais saborosos.

Quanto às carnes, trata-se de um item que a maioria precisa comprar, e custa caro. Isso faz com que seu consumo seja restringido pelas famílias. A maioria relatou não poder consumir carne diariamente, sendo substituída por legumes e verduras, molho, toucinho ou ovo.

Nem todo mundo tem acesso à carne não.

Mas não é muita carne, é só um pedacinho. Um grita lá e o outro lá no fundo [risos].

Na comunidade Algodão, a maioria das famílias cria galinha para obter ovos, sendo mais restrito o consumo de sua carne. Mas algumas mulheres referiram ter criação de patos como fonte de carne.

Antigamente havia um consumo maior de miúdos de animais. Esses eram fornecidos pelos vizinhos (de fora da comunidade quilombola), que quando carneavam um animal, davam os restos para os quilombolas. Nota-se certo estigma nas falas quando conversam sobre o consumo da *buchada*. A conotação pejorativa dada ao consumo de bucho não está relacionada ao gosto, pois parece ser um alimento bem aceito e saboroso, mas sim a um contexto negativo.

A gente lavava tudo aquelas tripa e bucho, botava a secar. Depois fazia aquelas dobradinha com batata, coisa bem boa comer aqueles bucho e tripa de animal.

Hoje, ressignificada, a *buchada* é consumida em uma preparação chamada mocotó, sem conotação pejorativa. Pelo contrário, o mocotó hoje é considerado uma preparação especial, para dias de festa. Essa mudança de paradigma parece estar

associada ao fato de buchada não ser mais considerada resto, refugio dos outros. Hoje precisa ser comprada e paga-se um preço considerável por ela. O nome mocotó, não mais *buchada*, e o fato de ser um prato consumido também por não quilombolas, ou seja, deixou de ser comida de negro, no sentido pejorativo, parecem ser fatores associados a essa mudança.

Mas é que só a gente consumia.

Mas é que o mocotó hoje criou uma outra origem né. Agora é artigo mais de luxo. Vai no mercado hoje pra comprar um bucho. É bem caro. Mocotó é um prato caro.

Mas primeiro não era né, mocotó.

Continua sendo uma prática comum fazer pão caseiro e as mães ensinam suas filhas. As participantes referem que há escassez de locais próximos à comunidade para comprar esse item e o preço é elevado. O pão é um alimento muito consumido pelas famílias quilombolas e algumas delas são numerosas. Assim, se tornaria caro comprá-lo frequentemente para suprir a demanda de consumo. Porém, a forma de preparo difere da de antigamente. Atualmente, a farinha de trigo é utilizada em substituição à farinha de milho, que é difícil de ser encontrada para comprar.

O uso de temperos naturais também foi mudando ao longo dos anos, com consumo maior antigamente. Hoje, utilizam frequentemente temperos industrializados, como caldo de galinha e temperos em pó. Seu uso parece estar associado a um melhor status e as famílias sem condições financeiras para usar todos os dias, guardam para utilizá-los em ocasiões especiais, como receber visitas.

Eu tenho tudo os temperos lá em casa, mas só uso quando chega uma pessoa, pra ficar bonitinha a comida, faço porque fica bonitinho, douradinho, gosto bom.

Poucas pessoas ainda fazem massa caseira e as mulheres jovens referiram nem saber mais como fazer. Parece haver uma relação entre esse fato com a praticidade no preparo da massa comprada, restando mais tempo para que essas mulheres desenvolvam outras atividades.

Eu tenho uma leve impressão que os guris nunca comeram massa feita em casa.



Observaram-se também mudanças relacionadas à transição nutricional, com aumento no consumo de alimentos ultraprocessados como salgadinhos, biscoitos recheados, refrigerantes e sucos em pó. Hoje, com mais acesso às mídias, como TV, e até mesmo à escola, os moradores dos quilombos estão mais expostos a alimentos altamente processados.

Na escola tem um barzinho e eles querem até trocar a merenda que é bem saudável né, por um salgadinho.

Às vezes a laranja cai e o pessoal não quer suco de laranja, prefere comprar uma *Fanta*.

Por fim, pôde-se verificar o fenômeno de aculturação em relação à cultura da localidade onde estão inseridas as comunidades quilombolas. A região foi colonizada por alemães e muitos habitantes são de origem alemã. Cuca e queijo foram referidos como os principais alimentos consumidos por influência deles.

As práticas alimentares dos quilombolas também são influenciadas pela cultura gaúcha, sendo comum o consumo de chimarrão e mate doce, esse último atribuído mais às mulheres e crianças e adoçado com açúcar. Churrasco, por se tratar de um item caro e que precisa ser comprado pela maioria das famílias, é preparado em ocasiões de festa apenas.

A cultura alimentar das duas comunidades quilombolas é fundamentada na simplicidade. Pode-se dizer que se trata de uma cozinha de sobrevivência, influenciada pelo contexto em que estão inseridas (condições socioeconômicas e localização). Assim, não se pode reduzir cultura alimentar a crenças relacionadas à alimentação, sendo fundamental levar em consideração suas condições concretas de acesso aos alimentos.

As participantes dos GF demonstraram desejo de manter o consumo de alimentos tradicionais e que esse seja perpetuado através da transmissão dos conhecimentos para os jovens.

Mas a gente tá sempre lutando pras crianças conhecerem o que é a canjica, o que é o pão de milho.

### **Estigma e cultura alimentar quilombola**

Por uma construção histórica relacionada ao racismo, tudo o que era do negro

era visto como feio, fazendo com que muitos quilombolas tivessem vergonha de expor sua cultura social e alimentar.

Ao longo da conversa, há vários relatos de discriminação. Por exemplo, uma participante relata suas lembranças de infância, quando moravam nas terras de branco onde seus pais trabalhavam. Ela lembra que quando havia festa ali, seus pais eram os responsáveis por preparar tudo, porém, no decorrer do evento, não podiam aparecer para os convidados, nem consumir a comida da festa, apenas os restos.

Não podia chega perto da sala porque os brancos tinham nojo né? Ficava lá no galpão, não podia chegar onde os convidados vissem os negro lá.

As experiências de discriminação e preconceito não se restringem a antigamente, como ilustra o relato abaixo.

Fui num supermercado comprar mortadela, pouco tempo. E aí, cheguei e pedi. E aí, falando com a moça do balcão né, eu disse pode ser aquela que o rapaz tá pegando na mão ali. Mais do que ligeiro ele se levantou dali e disse assim: essa aqui é mais cara. Não prestou. Peguei e disse pra ele: que tu tais pensando, tu nem tá no assunto. Tu acha que eu sou nega, tu acha que eu não tenho condições de paga essa aí que é mais cara? Eu quero é dessa aí!

Percebe-se que o consumo alimentar hoje está associado ao passado de discriminação, que persiste no presente. Ter melhores condições financeiras leva a mais autonomia e liberdade para comprar alimentos. Agora é possível comprar mais do que tiverem vontade de comer, não estando mais o consumo restrito ao que tem ou ao que os outros dão. É uma maneira de deixar para trás o sentimento de inferioridade.

Esse abandono de algumas coisas é também um refúgio, porque simbolizava aquilo que não prestava relacionado ao negro. E hoje eu trabalho numa escola, não sei o que fui dizer que eu não comia tal coisa. E uma colega disse: que engraçado tu não comer isso, porque geralmente os negro gostam de tudo! Claro, os negro gostam de tudo porque comiam o que tinham. É difícil um negro chegar assim: eu não gosto daquilo. O negro é acostumado a comer qualquer coisa né? Então às vezes essa vontade de consumir coisas diferentes vem até de uma forma da gente se[...]

Pão de milho e batata doce são itens alimentares estigmatizados atualmente. A batata doce, por exemplo, costuma ser consumida em substituição ao pão quando não há condições para obtê-lo. Uma participante relatou que se sente constrangida quando não

tem pão para oferecer às visitas, restando a batata doce assada como opção.

Hoje, com melhor poder aquisitivo, devido à implantação de políticas públicas como o programa “Bolsa Família”, há uma satisfação em poder comprar “coisas gostosas” para comer.

Hoje eu prefiro comer uma *Qualy*, tomar *coca*, porque já passei muito trabalho comendo aquelas coisa ruim.

### **Conhecimentos sobre relação alimentação e saúde**

As participantes demonstram conhecimento, mesmo que superficial, sobre a relação consumo alimentar-saúde. Parece que a mídia é uma fonte de informação importante sobre cuidados com saúde.

Nunca ninguém incentivou a fazer caminhada e horta, pra uma pessoa não comer tanta gordura e fazer exercício físico. Agora que a gente tá escutando na televisão e todos diz: ah, tem que caminhar, tem que isso, tem que aquilo.

Também associaram alguns alimentos a condições de saúde específicas, como consumo excessivo de sal e pressão alta, açúcar com “açúcar alto no sangue” e margarina com níveis elevados de colesterol, e relataram que vêm melhorando a qualidade da alimentação em casa, buscando cuidar melhor da saúde.

Mas a gente não tá assim como usava de primeira, doce, doce, porque tem que cuidar o açúcar.

Uma prática alimentar comum associada à saúde nas comunidades quilombolas é o consumo de chás para prevenir e tratar problemas de saúde.

Toma os chás como remédio.

O chá dá muito pra baixar a pressão.

Um ponto interessante é o fato de as mulheres associarem o consumo de alimentos industrializados com o estado de saúde, mas com foco nos “venenos” utilizados neles, sem muita noção sobre o impacto do grau de processamento e aditivos utilizados nesses produtos.

Era mais saudável que hoje porque não tinha tantos produtos industrializados. A gente consome muita coisa industrializada, que já vem com veneno.

Por fim, as participantes demonstraram interesse em ampliar a variedade alimentar consumida e em aprender diferentes formas de preparo de alimentos, pensando em melhorar a qualidade de sua alimentação e sua saúde.

Foi o que a gente queria há 30 anos atrás, saber o que a gente não soube se alimentar.

Tem muitas receitas gostosas de suco que a gente pode usar. Aprendi na escola assim, a folha da couve, a laranja e a banana. Como fica bom e a gente às vezes não sabe como fazer.

## DISCUSSÃO

A cultura e hábitos alimentares das comunidades quilombolas nesse estudo foram identificados através de concepções e discursos das participantes dos GF, do resgate de suas próprias histórias e memória social.

Quando falamos de hábitos alimentares, estamos falando das práticas alimentares das comunidades que vão além da ideia de costume. Trata-se da incorporação de uma condição social e de uma história coletiva, o que Pierre Bourdieu (1989)<sup>28</sup> designa como *habitus*. Portanto, está-se falando das estruturas sociais e de significado que dão base para a construção dos hábitos alimentares.

Nossos dados mostram que, mesmo localizadas em áreas rurais, essas famílias não dispõem de terra suficiente e adequada para o cultivo de subsistência. O mesmo ocorre em outras comunidades quilombolas do país<sup>29</sup>. Assim, o debate da questão racial nas áreas rurais emerge atrelado à pobreza<sup>30</sup>. Atualmente, essas comunidades sofrem com falta de infraestrutura como escola, saneamento básico, estradas asfaltadas, transporte público, etc. As dificuldades a que estão sujeitos, diante de insuficientes políticas públicas, os remetem ao passado de exclusão e omissão dos seus direitos<sup>31</sup>.

Cerca de metade (47,8%) dos quilombolas vivia com IAN severa no Brasil em 2011<sup>32</sup>. No RS, as populações quilombolas apresentam dificuldades para acessar alimentos por razões como baixo poder aquisitivo, tamanho das terras, acessibilidade física, tornando-as vulneráveis à IAN, que possui uma elevada prevalência nessa população (39%)<sup>22</sup>, podendo ser reflexo de desigualdades como falta de acesso à educação, saúde, transporte e outras políticas públicas.

A alimentação é necessária para manter a dignidade e a vida humana e foi introduzida no artigo 6º da Constituição Federal como direito pela Emenda Constitucional nº 64, em 2010<sup>33</sup>, sendo universal, indivisível, interdependente e inter-relacionado com os demais direitos. Podemos dizer que os moradores dessas comunidades, por serem muito pobres, terem pouco acesso à terra para produzir alimentos e pela elevada prevalência de IAN, não têm garantido o direito à alimentação.

A renda familiar possibilita escolhas mais variadas e saudáveis. Indivíduos com baixa renda normalmente têm acesso dificultado a locais de compra (mercados, feiras)<sup>34</sup>. As duas comunidades quilombolas do presente estudo são um grupo pobre, com poucos recursos para a compra de produtos caros, mas, comparados aos antepassados, as condições financeiras e de acesso melhoraram, alterando algumas práticas alimentares. Também, o acesso à televisão aparece como elemento importante na ampliação do acesso a informações pelo grupo no que concerne à saúde e alimentação. A grande quantidade de programas voltados à culinária, pode suscitar o desejo de novas experiências e o aprendizado de novas técnicas<sup>4</sup> e a exposição ao marketing de alimentos veiculados nessa mídia pode suscitar o desejo de consumi-los. Assim, as melhorias das condições socioeconômicas aliadas à maior exposição aos meios de comunicação podem levar ao aumento do consumo de alimentos ultraprocessados. Com isso, a identidade alimentar regional tende a mesclar alimentos da terra e alimentos industrializados. O mesmo ocorre em outras comunidades quilombolas brasileiras<sup>4,30,35,36</sup>.

Entende-se que houve mudanças nos hábitos alimentares atuais das duas comunidades quilombolas gaúchas em relação à antigamente. Essa mudança parece estar associada ao desenvolvimento de políticas públicas e melhora da situação social e econômica das famílias, que hoje têm mais poder aquisitivo para a compra de alimentos, apesar de ainda serem muito vulneráveis do ponto de vista socioeconômico. A influência da cultura gaúcha, onde estão localizadas essas comunidades, e também da cultura alemã, dos colonizadores da região, também merece destaque. O hábito alimentar de uma cultura se constitui, inicialmente, pela disposição regional de alimentos e, posteriormente, através de contatos entre diferentes povos, ampliando as possibilidades alimentares<sup>37</sup>. Nas duas comunidades quilombolas desse estudo, os indivíduos ainda mantêm suas tradições, acrescidas de novas transformações e

apropriações do que acontece ao seu redor.

Portanto, os comportamentos e as tradições alimentares, assim como as culturas, não são estáticos e imutáveis<sup>1</sup> e não se referem somente aos aspectos ligados às raízes históricas<sup>30</sup>. Mudanças dos modos de vida, movimentos demográficos, transformações das condições sociais e econômicas contribuem para modificar a gama dos alimentos, modos de prepará-los e maneiras de consumi-los<sup>1</sup>.

O termo tradicional pode carregar uma significação negativa pela vulgarização que sofrera como algo ultrapassado e, assim, pertencer a uma cultura distinta da hegemônica pode não ser tarefa branda, requerendo constante tomada de consciência coletiva de classe e de identidade<sup>3,38</sup>. A comida é um importante elemento utilizado pelos grupos para tomarem consciência de sua diferença e etnicidade, assim, compartilhar pode significar o reconhecimento e aceitação/incorporação de tais diferenças, sendo as cozinhas consideradas um aspecto da identidade do grupo<sup>1</sup>.

Demonstrar interesse pela cultura alimentar quilombola pode ser um primeiro passo, ainda que pequeno, em direção à promoção do resgate das práticas alimentares tradicionais, à ressignificação (atribuição de valor) de sua cultura alimentar. Conhecer os saberes e práticas alimentares tradicionais dessa população, suas percepções, representações e demandas, principalmente relacionadas a hábitos mais saudáveis, é essencial, tendo em vista o objetivo do estudo maior de promover uma intervenção comunitária de educação alimentar e nutricional para a promoção de práticas alimentares saudáveis e valorização da cultura alimentar.

## CONCLUSÃO

A cultura alimentar das duas comunidades quilombolas é influenciada por suas condições socioeconômicas, estigma relacionado ao racismo, acesso às mídias e hábitos alimentares do local onde estão inseridas, enfim, seu contexto, com mudanças ocorridas em hábitos alimentares de antigamente. As participantes dos GF demonstraram conhecimento sobre a influência da alimentação sobre a saúde, manifestando interesse em conhecer novos alimentos e formas de preparo mais saudáveis.

Esses resultados fornecem informações até agora inexistentes sobre hábitos alimentares dessa população, além de importantes contribuições para o planejamento da intervenção a ser realizada no estudo maior. Partimos do pressuposto de que a eficácia

de uma intervenção para adoção continuada e sustentável de uma alimentação saudável está condicionada à sua adequação cultural. Ou seja, a intervenção precisa dialogar com as práticas e o significado atribuídos aos alimentos pelos membros da comunidade, valorizando sua história e possibilitando a ressignificação destas práticas.

## REFERÊNCIAS

- 1- Contreras J; Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.496p.
- 2- Brasil. Decreto n.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 artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm).
- 3- Araújo MdoSGde, Lima Filho DL. Cultura, trabalho e alimentação em comunidades negras e quilombolas do Paraná. Ateliê Geográfico Goiânia-GO [Internet].2012 Out; 6(3):113-131(Edição Especial). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/atelie/article/view/21060/12370>.
- 4- Pavarati LC. Aspectos comunicativos e culturais nos hábitos culinários caiçara da comunidade quilombola da Fazenda Picinguaba, de Ubatuba SP. Razón y Palabra [Internet].2017;20(3\_94):280-298. Disponível em: <http://revistarazonypalabra.com/index.php/ryp/article/view/708/722>.
- 5- Fundação Cultural Palmares. Comunidades quilombolas. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-13-05-2019.pdf>. Acessado em 20/06/2019.
- 6- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Guia de Cadastramento de Famílias Quilombolas. 3ª Edição-2011. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/licitacao/organismos\\_internacionais/anexo\\_13\\_3\\_guia\\_cadastramento\\_familias\\_quilombola.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/licitacao/organismos_internacionais/anexo_13_3_guia_cadastramento_familias_quilombola.pdf).
- 7- Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Políticas sociais e chamada nutricional quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate–n.9. Brasília, 2008;142p. Disponível em: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/caderno%20-%202009.pdf>.

- 8- Conceição L *et al.* Hipertensão Arterial e sua Distribuição entre os Indicadores do Excesso de Gordura em Afrodescendentes da Ilha do Marajó-PA. Anais CONNEEPI. Maceió: CONNEEPI 2010.
- 9- Hurtado-Guerrero AF. Situação nutricional de populações remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará-Brasil[Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- 10- Luna ADA. Estado nutricional e consumo alimentar das comunidades quilombolas de Alagoas[Dissertação]. Maceió: Universidade Federal de Alagoas-Programa de Pós-Graduação em Nutrição, 2010.
- 11- Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. Cad Saúde Pública[Internet].2013;29(9):1889-1902. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000900027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900027&lng=en).
- 12- Ferreira HdaS, Silva WO, Santos EAdos, Bezerra MKdeA, Silva BCVda, Horta BL. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. Rev Nutr[Internet].2013;26(5):539-549. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.pgp?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732013000500005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.pgp?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000500005&lng=en).
- 13- Amorim MM, Tomazi L, Silva RAAda, Gestinari RdeS, Figueiredo TB. Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. Biosci. J. 2013;29(4):1049-1057.
- 14- Velten APC, Moraes AN, Oliveira ERAde, Melchioris AC, Secchin CMC, Lima EdeFA. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas no norte do Espírito Santo, Brasil. Rev. Bras. Pesq. Saúde. 2013;15(1):9-16.
- 15- Santos EC, Scala LCN, Silva ACda. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. Rev Bras Hipertens. 2015;22(3):100-5.
- 16- Barbosa MdoCL, Barbosa JB, Guerra LFA, Barbosa MFL, Barbosa FL, Barbosa RL, Guida DL, Martins MLB et al. Dislipidemia e risco cardiovascular em afrodescendentes: um estudo em comunidades quilombolas do Maranhão, Brasil. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(36):1-10.
- 17- Oliveira SKM, Pereira MM, Guimarães ALS, Caldeira AP. Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva. 2015;20(9):2879-2890.
- 18- Silva TSS, Bomfim CA, Leite TCR, Moura CS, Belo NdeO, Tomazi L.



Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Colet.* 2016;24(3):376-383.

- 19- Pauli S, Bairros FS, Nunes LN, Neutzling MB. Prevalência autorreferida de hipertensão e fatores associados em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciêns saúde coletiva*[internet]. 2019 Sep;24(9):3293-303. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000903293&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903293&lng=en)
- 20- Neutzling MB, Bairros FS. Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Repercussões na Segurança Alimentar e Nutricional das Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Sul. *Cadernos de Estudos – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação*, v.16,p.239-241, 2014.
- 21- Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 34ed. Petrópolis: Vozes, 2015.108p.
- 22- Bairros FSde. (In)Segurança Alimentar e Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome de Comunidades Quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul[Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPG Epidemiologia, 2013.
- 23- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento*. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília:Ipea:MP, SPI, 2014.208p. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/Docs/5\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf).
- 24- Neutzling MB *et al.* Educação alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação. In: Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social. Chamada MCTI-CNPQ/MDS-SAGI nº 24/2013. 2017. Disponível em: [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/publicacao\\_chamada\\_mds\\_cnpq\\_2013.pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/publicacao_chamada_mds_cnpq_2013.pdf).
- 25- Pope C, Mays N, organizadores. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- 26- Victora C, Knauth DR, Hassen M. *A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. 2000. Porto Alegre: Tomo Editorial. 133p.
- 27- EMATER. <http://www.emater.tche.br/site/a-emater/apresentacao.php#.XKizQJj0k2w>. Acesso em 06/04/2019.
- 28- BOURDIEU PO. *Poder Simbólico*. Lisboa, 1989. Disponível em: [http://lpeqi.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU\\_\\_Pierre.\\_O\\_poder\\_simb%C3](http://lpeqi.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU__Pierre._O_poder_simb%C3)

%B3lico.pdf.

- 29-Clarindo MF, Floriani N. As particularidades da reprodução do patrimônio cultural da comunidade quilombola de Palmital dos Pretos, Campo Largo-PR. *Terr@Plural* [Internet].2014dez;8(2):423-443. Disponível em: <http://www.revistas2.uepg.br/index.php/tp/article/viewFile/6492/4632>.
- 30-Beraldo NAdaS. Saberes e práticas alimentares dos agricultores quilombolas da comunidade Maçambique. In: Prêmio ABA/MDA Territórios Quilombolas/Associação Brasileira de Antropologia (Organizador). Brasília: Ministério do Desenvolvimento Agrário, Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural, 2006.116p.
- 31-Furtado MB, Pedroza RLS, Alves CB. Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural. *Psicol Soc.*[Internet].2014;26(1):106-115. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822014000100012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000100012&lng=en&nrm=iso).
- 32-Gubert MB, Segall-Corrêa AM, Spaniol AM, Pedroso J, Coelho SEDAC, Pérez-Escamilla R. Household food insecurity in black-slaves descendant communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended?. *Public Health Nutr.*[Internet].2017Jun;20(8):1513-1522. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/486C22F7D836B6ECBCB16BC3AD61F98D/S1368980016003414a.pdf/household\\_food\\_insecurity\\_in\\_blackslaves\\_descendant\\_communities\\_in\\_brazil\\_has\\_the\\_legacy\\_of\\_slavery\\_truly\\_ended.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/486C22F7D836B6ECBCB16BC3AD61F98D/S1368980016003414a.pdf/household_food_insecurity_in_blackslaves_descendant_communities_in_brazil_has_the_legacy_of_slavery_truly_ended.pdf).
- 33-Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.84p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf).
- 34-Estima CCP, Philippi ST, Alvarenga MS. Fatores determinantes do consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem? *Rev Bras Nutr Clin*[Internet].2009;24(4):263-268. Disponível em: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14114/art\\_ESTIMA\\_Fatores\\_determinantes\\_de\\_consumo\\_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14114/art_ESTIMA_Fatores_determinantes_de_consumo_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 35-Figueiredo MC, Boaz CMS, Bonacina CM, Fabricio FK, Silva KVCL. Avaliação do padrão alimentar de quilombolas da comunidade do Limoeiro do Bacupari, Rio Grande do Sul, Brasil. *RFO*. [Internet].2011;16(2):130-135. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rfo/article/viewFile/2116/1350>.
- 36-Santos KMPdos, Garavello MEdePE. Uma análise agroalimentar: o caso dos agricultores quilombolas da Reserva de Desenvolvimento Sustentável Quilombos Barra do Truvo, SP. *Redes*[Internet].2016Set;21(3):196-216.

Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/redes/article/view/7429>.

- 37- Abreu ESde, Viana IC, Moreno RB, Torres EAFdaS. Alimentação mundial: uma reflexão sobre a história. Saude Soc.[Internet].2001Dec;10(2):3-14. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902001000200002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000200002&lng=en).
- 38- Neves CEP, Caetano E, Silva MdeA. A produção da vida material e imaterial em comunidades chiquitanas e quilombolas em Mato Grosso: uma nova/velha forma de existência. Polis, Santiago[Internet].2015;14(40):191-207. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-65682015000100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682015000100010&lng=es&nrm=iso).

## 7. ARTIGO 2

EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM COMUNIDADES  
QUILOMBOLAS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL: ASPECTOS  
METODOLÓGICOS

FOOD AND NUTRITIONAL EDUCATION IN RURAL *QUILOMBOLA*  
COMMUNITIES IN RIO GRANDE DO SUL, BRAZIL: METHODOLOGICAL  
ASPECTS

Sílvia Pauli, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

**A ser enviado à Revista Ciência e Saúde Coletiva (ISSN 1678-4561 *versão online*)**

**Título completo em português:** Educação alimentar e nutricional em comunidades quilombolas rurais do Rio Grande do Sul, Brasil: aspectos metodológicos

**Título completo em inglês:** Food and nutritional education in rural *quilombola* communities in Rio Grande do Sul, Brazil: methodological aspects

**Título abreviado:** Educação Alimentar em quilombolas do RS

**Título abreviado em inglês:** Food Education in quilombolas from RS

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever uma intervenção comunitária de educação alimentar e nutricional (EAN) em comunidades quilombolas (CQ) rurais da região sul do Rio Grande do Sul.

**Métodos:** Foram incluídas duas comunidades com elevada prevalência de Insegurança Alimentar e Nutricional e excesso de peso. As ações consistiram em seis oficinas quinzenais, com abordagem pautada nos conceitos de cultura alimentar, alimentação saudável e promoção da saúde, focando em alimentos e comida ao invés de nutrientes, inclusive com preparações culinárias. Todos os moradores das comunidades foram convidados a participar, não havendo obrigatoriedade e nem número mínimo de encontros para comparecer. O material foi todo fornecido pela equipe do estudo.

**Resultados:** Participaram pessoas de diversas idades, sendo a participação das mulheres mais expressiva. Cada oficina teve objetivos específicos e diferentes dinâmicas empregadas, mas sempre permeadas com preparações culinárias. **Conclusão:** Com essa abordagem buscou-se enfatizar as experiências, a cultura e as opiniões de quem reside nessas CQ. Espera-se que essa intervenção possa nortear e subsidiar o planejamento de iniciativas similares em outras CQ do estado ou do país, ou, ainda, que tais estratégias possam ser estendidas para outras comunidades vulneráveis. Sugere-se que ações de promoção da alimentação saudável sejam planejadas visando a continuidade das mesmas, em detrimento de ações pontuais ou isoladas.

**Palavras-chave:** Educação alimentar e nutricional, cultura alimentar, estudo metodológico, grupo de ascendência continental africana, comunidades vulneráveis.

## ABSTRACT

The development of programs to promote healthy eating should be guided on the culture and living conditions of people. Objective: To describe the methodology for a community intervention in food and nutritional education (FNE) carried out in rural quilombola communities (QC) in Rio Grande do Sul. Methods: Two communities were

included. The FNE actions consisted of six workshops with a focus on the concepts of food culture, adequate and healthy food, and health promotion, focusing on food rather than nutrients. The actions were planned from the development of strategies that could be replicated by the participants to the other residents. Results: The workshops were attended by people of various ages and the participation of women was more expressive. Each workshop had specific goals and different dynamics were employed. Conclusion: This approach sought to emphasize the experiences, culture, and opinions of the people residing in the QCs included in the study. It is hoped that this FNE community intervention can guide and subsidize the planning and execution of similar initiatives in other QCs in Rio Grande do Sul or even the country.

**Key-words:** Food and nutrition education, food culture, methodological studies, African continent ancestry group, vulnerable communities.

## INTRODUÇÃO

Há poucas referências sobre o arcabouço teórico, metodológico e operacional que norteia as políticas públicas e ações de educação alimentar e nutricional 1, principalmente no que tange a comunidades tradicionais brasileiras, como é o caso das comunidades quilombolas. No Brasil, grande parte dos estudos com educação nutricional ocorrem em escolas e tem por objetivo a mudança do conhecimento sobre o tema alimentação 2, 3, 4. Pode-se dizer que intervenções para a promoção de hábitos alimentares saudáveis que se direcionem a um contexto mais amplo são raras na área da educação alimentar e nutricional.

Não podemos nos esquecer que ao se falar de hábitos alimentares, está-se falando das estruturas sociais que dão base para a construção dos mesmos. Trata-se do que, Pierre Bourdieu (1989) 5, designa como *habitus*, ou seja, a incorporação de uma condição social e de uma história coletiva. Assim, os hábitos alimentares das comunidades são influenciados por seu contexto. Portanto, consideramos que a transmissão de conhecimentos sobre nutrição baseada apenas em aspectos biológicos da

alimentação, apesar de importante, não é suficiente como estratégia única para promoção de mudanças sustentáveis no comportamento individual relacionado a hábitos alimentares saudáveis. Uma estratégia eficiente de educação alimentar e nutricional deve levar em consideração os aspectos regionais e as desigualdades sociais que comprometem o acesso da população a uma alimentação adequada 6.

Proença (2010) 7 propõe articular os conhecimentos da nutrição com as dimensões socioculturais da alimentação, considerando sua relação com a saúde, com o prazer, respeitando os processos de socialização e de construção das identidades. Assim, a construção de programas de promoção da alimentação saudável, viáveis e eficazes, deve ser pautada, além do consumo alimentar, sobre a cultura e as condições de vida das prddosd 8. O processo de mudança de comportamento centrado na pessoa, na sua disponibilidade e necessidade, são um dos principais caminhos para garantir o envolvimento do indivíduo nas ações de educação alimentar e nutricional 9.

Partindo do pressuposto de que a alimentação envolve um contexto mais amplo de significados e práticas, que não se restringem ao aumento do conhecimento, o presente artigo busca contribuir para a construção e desenvolvimento de estratégias de educação alimentar e nutricional culturalmente sensíveis. Temos por objetivo descrever de forma sistemática a metodologia construída para uma intervenção comunitária de educação alimentar e nutricional realizada em duas comunidades quilombolas rurais do RS, baseada em sua cultura alimentar e na construção conjunta de processos para promoção da exigibilidade do direito humano à alimentação, valorização de hábitos e tradições alimentares culturais, e estímulo para consumo de alimentos saudáveis.

## **MÉTODOS**

A intervenção de educação alimentar e nutricional descrita nesse artigo faz parte da fase II do Projeto “Educação Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e da Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação”, que possui registro do protocolo no *ClinicalTrials.gov PRS* (ClinicalTrials.gov, NCT02489149).

### **População do estudo**

Foram incluídas no estudo as comunidades com as maiores prevalências de insegurança alimentar e nutricional (IAN) e excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) em um estudo transversal incluindo 22 comunidades quilombolas, uma amostra representativa do estado. Para serem incluídas no estudo, as comunidades deveriam, ainda, estar localizadas no meio sul do RS (região mais pobre do estado e com a maior concentração de comunidades quilombolas) 10, 11.

Por questões financeiras e logísticas, foram incluídas 2 das 22 comunidades quilombolas para a realização da intervenção do estudo.

As duas comunidades quilombolas incluídas nesse estudo foram Passo do Lourenço, localizada no município de Canguçu (a 35km do centro), e Algodão, no município de Pelotas (a 50km do centro). Ambas localizam-se na zona rural e o acesso se dá por meio de estradas de chão batido, bastante esburacadas. A distância entre a capital gaúcha, Porto Alegre, e as cidades de Canguçu e Pelotas é de cerca de 280km e 250km, respectivamente. A comunidade Passo do Lourenço era constituída, no período do estudo, por 35 famílias e Algodão por 61. Nas duas comunidades, a maioria dos responsáveis pelos domicílios era mulher e possuía até 4 anos de estudo. O Programa



“Bolsa Família” e a Distribuição de Cestas de Alimentos eram os programas de combate à fome e IAN acessados pelas comunidades 11.

Considerando que o estudo tem por população alvo comunidades tradicionais, em situação de vulnerabilidade social, a pesquisa buscou inicialmente o diálogo com as lideranças das comunidades para apresentar o estudo, conhecer suas expectativas e seu interesse em participar. Estas se mostraram receptivas à proposta e deram apoio auxiliando na sensibilização e convite aos moradores para a participação nas atividades. Todos os moradores, independente de sexo e idade ou de terem respondido ao questionário na fase I do estudo, foram convidados a participar das ações de educação alimentar e nutricional.

### **Metodologia da intervenção**

As ações de educação alimentar e nutricional consistiram na realização de 6 oficinas conduzidas por duas nutricionistas que já conheciam as comunidades, em um espaço comunitário disponibilizado em cada uma das comunidades. As cozinhas das associações comunitárias foram equipadas pela equipe do estudo com geladeira, fogão com forno, pratos, talheres e copos, posteriormente doados às associações comunitárias, visando à continuidade das ações de promoção de alimentação saudável. Os demais insumos necessários para o desenvolvimento das atividades também foram fornecidos pela equipe do estudo.

Buscou-se inserir a alimentação saudável em um referencial de direitos humanos e resgate da cultura alimentar das comunidades. Desta forma, foram abordados temas como valorização das práticas alimentares tradicionais, alimentos industrializados, temperos naturais, comida como patrimônio, acesso aos programas de combate à fome e

exigibilidade do direito humano à alimentação. As atividades foram realizadas com frequência quinzenal, sempre aos sábados, nos períodos de abril a julho de 2015 e tinham duração aproximada de duas horas. As receitas das preparações culinárias foram previamente testadas pela equipe do Projeto no laboratório de técnica dietética da UFRGS.

A abordagem foi pautada nos conceitos de cultura alimentar, alimentação adequada e saudável e promoção da saúde. Tomou-se como conceito de cultura alimentar o conjunto de representações, crenças, conhecimentos e práticas herdadas e/ou aprendidas que estão associadas à alimentação e são compartilhadas pelos indivíduos de uma dada cultura ou grupo social 12. Por alimentação adequada e saudável entendemos que se trata do cumprimento de um direito humano básico, com garantia de acesso permanente e regular, de forma socialmente justa, à prática de alimentação adequada aos aspectos biológicos e sociais dos indivíduos, de acordo com o ciclo da vida e necessidades nutricionais, com base em produtos locais, devendo cumprir os princípios de variedade, equilíbrio, moderação, prazer (sabor), dimensões de gênero e etnia e formas de produção sustentável, livre de contaminantes físicos, químicos e biológicos e de organismos geneticamente modificados 13. Para propósito da alimentação saudável, os alimentos podem ainda ser classificados conforme seu grau de processamento, sendo que quanto mais processados, piores para a saúde 14. Finalmente, entende-se promoção da saúde como o conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, visando atender às necessidades sociais de saúde e garantir a melhoria da qualidade de vida da população, garantindo oportunidade a todos os cidadãos para fazer escolhas que sejam mais favoráveis à saúde e serem, portanto, protagonistas no processo de produção da saúde e melhoria da qualidade de vida 15.

Nessa abordagem, o tema alimentação e nutrição teve como ponto de partida um diagnóstico de práticas de consumo, valores e representações, que visava conhecer e buscar a valorização da cultura alimentar local, mediante, inclusive, à recuperação de receitas tradicionais nas oficinas culinárias.

Todas as sessões das oficinas foram divididas em 4 etapas:

- Primeira: ambientação e recepção dos participantes através da disponibilização de um café e identificação com crachás, a fim de possibilitar que todos fossem chamados através de seus nomes durante as atividades;
- Segunda: roda de conversa sobre o tema da respectiva oficina, trazendo alimentos e ingredientes para proporcionar o contato sensorial com os mesmos, além de vídeos e outros recursos para estimular de forma mais lúdica as discussões pretendidas;
- Terceira: Distribuição dos participantes em pequenos grupos para prepararem pratos, ora com receitas propostas pelos pesquisadores, ora sem receitas preestabelecidas, utilizando ingredientes disponibilizados pelos coordenadores da atividade.
- Quarta: degustação coletiva das preparações, permeada por troca de ideias sobre a experiência vivida, sendo também levantadas e sistematizadas as impressões gerais dos participantes em relação às atividades.

Todas as receitas culinárias desenvolvidas ao longo das oficinas eram preparadas com ingredientes locais (conforme constatado nos recordatórios alimentares de 24 horas e grupos focais na fase I do estudo), procurando resgatar as tradições alimentares de antigamente, porém, incluindo técnicas acessíveis hoje, buscando a adequação nutricional para promover saúde.

A intervenção não foi focada em nutrientes, mas sim em comida. Na realização dessas atividades, os participantes eram estimulados a compartilhar e utilizar conhecimentos sobre culinária e refletir sobre as práticas alimentares, relacionando-as a questões como cultura alimentar, saúde e prazer.

As ações foram planejadas a partir da produção de estratégias que pudessem ser replicadas pelos participantes aos outros moradores (entrega das receitas desenvolvidas ao final da atividade, folders informativos sobre o tema da oficina e, ao final da intervenção, entrega de um livro contendo o passo a passo de cada oficina, com detalhamento de todas as receitas), trabalhando a legitimidade e o empoderamento dos membros das comunidades.

### **Aspectos éticos**

O projeto “Educação Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e da Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação” foi aprovado pelo comitê de ética da UFRGS e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **RESULTADOS**

A fim de facilitar a participação de todos os moradores das comunidades e garantir uma diversidade de participantes, as atividades eram realizadas aos sábados. Por questões logísticas, as mesmas eram realizadas pela manhã na comunidade Passo do Lourenço, em Canguçu, e à tarde na comunidade Algodão, em Pelotas. Participaram das oficinas crianças, adolescentes, adultos e idosos. Havia membros de diferentes gerações

de uma mesma família. Em Canguçu, os participantes eram predominantemente do sexo feminino, e em Pelotas, a participação dos homens foi mais expressiva, sendo a proporção de mulheres só um pouco maior do que a de homens. Quando chegávamos, em ambas as comunidades, os moradores já nos aguardavam. A equipe sempre era recebida de forma muito calorosa, mesmo sendo inverno.

As pessoas participaram de maneira ativa das rodas de conversa durante as 6 oficinas. Uma participante, professora em uma escola da comunidade, relatou que o trabalho das oficinas estava sendo multiplicado através da reprodução das atividades na escola, juntamente aos alunos.

Com o objetivo de facilitar a reprodução das atividades realizadas e como uma das maneiras de devolver para as comunidades parte dos resultados obtidos com o Projeto de pesquisa, foi elaborado um livro com todo o conteúdo, de forma simples, didática e ilustrada, das 6 oficinas, incluindo o passo a passo para a realização de cada atividade, as receitas preparadas durante as oficinas culinárias e materiais complementares 16. A versão impressa foi entregue para todos os moradores das comunidades quilombolas incluídas no estudo.

Cada oficina teve objetivos específicos e diferentes dinâmicas empregadas, conforme descrito com mais detalhes a seguir.

### **Oficina 1: Identidade cultural e étnica**

Essa oficina teve como objetivos estimular os participantes a refletirem acerca do seu pertencimento étnico-racial, além de conhecer qual a representação social que os quilombolas fazem de si mesmos. Para alcançar tais objetivos, os seguintes temas foram trabalhados: o que significa ser negro, o que significa ser quilombola e como os

indivíduos se reconhecem.

Após a ambientação, com todos sentados em roda, os coordenadores realizaram sua apresentação pessoal e explicaram o estudo, a intervenção e seus objetivos, lembrando-os sobre a coleta de dados realizada anteriormente (Fase I do projeto). Depois, explicaram os temas que seriam abordados, objetivos da atividade e dinâmica.

Foi colocada uma música (“Negro Zumbi”, da cantora Leci Brandão, e “Autoestima”, de Juracy Tavares) e os participantes foram solicitados a andar pela sala. Toda vez que a música parava, formavam-se pequenos grupos que conversavam sobre frases incompletas sugeridas pelos facilitadores. Depois, os pequenos grupos levavam suas discussões para o grande grupo, que as complementava.

As frases incompletas sugeridas pelos facilitadores da atividade foram:

- 1) Ser quilombola é...
- 2) Acredito que ser negro...
- 3) Algodão/Passo do Lourenço é um lugar...
- 4) Quem mora na comunidade...
- 5) Quem não é da comunidade pensa...
- 4) As mulheres da comunidade...
- 5) Os homens da comunidade...
- 6) As pessoas mais velhas da comunidade...
- 7) Os jovens da comunidade...
- 10) Para melhorar a vida dos quilombolas...

Para finalizar, foram ouvidas as impressões dos participantes acerca da atividade e realizado convite para participarem da próxima oficina, 15 dias depois.

## **Oficina 2: “Comidas” industrializadas e nossa saúde**

Na fase I do estudo, foi verificado um aumento no consumo de bebidas e alimentos ultraprocessados nas duas comunidades quilombolas. Essa oficina teve como objetivos sensibilizar sobre a relação entre excesso de sódio, açúcar e lipídios com a saúde, mostrar a quantidade dessas substâncias em alguns alimentos industrializados consumidos e incentivar/promover a redução do consumo dos mesmos. Foram abordados os seguintes temas: dez passos para uma alimentação saudável 14, através de um vídeo 17; consumo de sódio, açúcar e lipídios em excesso e sua relação com saúde; quantidade de sódio, açúcar e lipídios em bebidas e alimentos industrializados selecionados, que costumam ser consumidos por esse grupo de indivíduos (identificados na Fase I); e informação nutricional nos rótulos de alimentos industrializados disponíveis nas comunidades.

Depois da exibição do vídeo, os participantes foram divididos em pequenos grupos para conversarem sobre o que assistiram. Para estimular a discussão, foram utilizadas perguntas como: o que são alimentos processados e ultraprocessados e quais seriam outros exemplos desse tipo de alimentos, além dos apresentados no vídeo? Porque é recomendado que estes sejam evitados? Por que açúcar e sal em excesso prejudicam a saúde?

Nos mesmos pequenos grupos, foram distribuídos em torno de três recipientes contendo as quantidades de sódio, açúcar e lipídios de alguns alimentos selecionados, juntamente com os respectivos alimentos. Os pequenos grupos tiveram a tarefa de indicar a qual alimento correspondia cada recipiente. Depois da discussão, que durou em torno de 10 minutos, as ideias foram compartilhadas com o grande grupo. Os coordenadores mostraram qual é a quantidade recomendada de sódio, por exemplo, para

os presentes poderem decidir se o que estava contido nos alimentos que eles analisaram é muito ou pouco.

Para aumentar a autonomia dos participantes na avaliação da qualidade nutricional dos produtos industrializados consumidos, foi demonstrado como encontrar a informação nutricional nos respectivos rótulos. Para isso, utilizou-se como referência o material de orientação sobre rotulagem nutricional para consumidores da Agência Nacional de Vigilância Sanitária 18. Todos os participantes receberam um folder informativo, ilustrado, sobre rotulagem nutricional, produzido pela equipe do estudo.

Ao final, houve uma sensibilização para a participação nas próximas oficinas, explicando que, agora que sabemos o que deve ser preferencialmente evitado, gostaríamos de mostrar que existem muitas preparações saborosas, que fazem parte da cultura local e são saudáveis. A atividade foi finalizada com a degustação uma preparação de pão caseiro com adição de temperos naturais frescos e uma pasta de cenoura, preparada e trazida pronta pelas pesquisadoras. Os participantes receberam uma cópia das receitas das preparações degustadas. Optou-se por trazer a preparação pronta para essa atividade para haver mais tempo disponível para a dinâmica dos recipientes e para a conversa sobre rotulagem nutricional.

### **Oficina 3: Temperos naturais e preparações com redução de sal, açúcar e gorduras**

Na fase I do estudo, detectou-se consumo frequente de temperos industrializados, como caldos de carne e de legumes, sucos em pó, entre outros. Ainda na fase I, com a realização dos grupos focais, os moradores demonstraram interesse em aprender novas formas de preparo de alimentos e solicitaram ideias para elaboração de sucos naturais e outras receitas. Para o planejamento dessa oficina, foram utilizadas as



informações do diagnóstico para identificação dos itens alimentares que estavam disponíveis nas comunidades, a fim de garantir que as preparações sugeridas pudessem ser reproduzidas nos domicílios.

Os objetivos dessa oficina foram sensibilizar para uso de temperos naturais e, ainda, estimular a realização de preparações com redução de gordura e açúcar. Foram abordados os seguintes temas: temperos naturais, suas aplicações e seus benefícios; preparações com redução de sal, açúcar e gordura.

Foram mostrados potinhos com temperos frescos e desidratados (como salsinha, cebolinha, orégano, manjericão, etc.), que passaram por todos os participantes para que pudessem cheirar e observar de perto, a fim de descobrir de qual tempero se tratava. Depois, houve uma conversa sobre benefícios da utilização desses temperos para a saúde e sugestões de uso. Foi entregue um folder elaborado pela equipe do estudo, com as informações dos benefícios e aplicações/sugestões de uso dos temperos.

Depois, os participantes da atividade foram divididos em 3 grupos de 5 a 6 pessoas para a realização das preparações das receitas propostas, cada um responsável por algumas, conforme abaixo:

- 1) sal temperado e palitinhos de legumes.
- 2) água aromatizada e 2 sucos naturais de frutas.
- 3) guacamole (uma opção à preparação doce), patê de cenoura, maionese caseira (para a salada de batata).

Ao final, cada grupo apresentou suas preparações e, em seguida, foi realizada a degustação, enquanto se conversava sobre as impressões deixadas pela atividade e se entregava para cada participante uma cópia com todas as receitas.

#### **Oficina 4: Revendo conceitos**

A quarta oficina teve como objetivos reduzir o estigma sobre alguns alimentos e preparações tradicionais e saudáveis, *de antigamente*, e ressignificá-los na forma de preparo, trazendo-as novamente para o cotidiano. Foram abordados os seguintes temas: preconceitos sobre alimentos e preparações tradicionais e ressignificação das preparações antigas.

A batata doce foi o alimento escolhido para essa oficina, pois, na fase pré-intervenção, foi identificada como um alimento tradicional que, apesar de ainda presente, é menos consumido que no passado. Nos dias atuais, seu consumo está associado ao estigma de tempos difíceis, de poucos recursos, sendo substituída em grande parte pelo consumo de pão. O consumo de batata doce hoje está associado à dificuldade financeira. Foram apresentados cartazes elaborados a partir de fotos de preparações com batata doce. Os coordenadores questionaram os participantes sobre quais sensações a atividade despertou, se trouxe alguma recordação de outros alimentos/preparações e se essas recordações eram positivas ou negativas e o motivo.

Em continuidade, os participantes foram divididos em 3 grupos de 5 a 6 pessoas para as preparações das receitas, conforme abaixo:

- 1) chips de batata doce (assados em forno).
- 2) escondidinho de batata doce com galinha desfiada.
- 3) creme de batata doce.

Ao final, cada grupo apresentou suas preparações e, em seguida, foi realizada a degustação. Foram ouvidas considerações a respeito da dinâmica.

## **Oficina 5: Comida como patrimônio**

A penúltima oficina teve como objetivos proporcionar o reconhecimento da comida como patrimônio cultural. Os temas abordados foram: alimentos e receitas tradicionais, comida como memória e afeto e preservação de alimentos e receitas tradicionais.

Os participantes foram questionados sobre quais alimentos traziam lembranças da infância. Em seguida, foi mostrado o vídeo “Raízes da gastronomia brasileira: Comunidades Afrodescendentes”<sup>19</sup>, que faz parte de uma série de minidocumentários que abordam a influência dos 7 principais grupos étnicos que formaram a cultura brasileira, sob coordenação do Slow Food (uma associação internacional que objetiva promover maior apreciação da comida, valorizar as tradições culturais e o meio ambiente, etc.) e Universidade de Ciências Gastronômicas de Pollenzo (Itália)<sup>19</sup>. Ao fim do vídeo, houve uma conversa sobre memórias relativas a alimentos e receitas compartilhados na comunidade e na família dos presentes.

Após a conversa, os participantes foram divididos em pequenos grupos. Foram realizadas as seguintes perguntas dirigidas sobre comida, memória e patrimônio, que depois foram discutidas no grande grupo: o que eu quero que meus filhos/netos lembrem em relação à comida? Que alimentos estamos comendo e quais deixamos de consumir e por quê? Quais alimentos e receitas devemos preservar e por quê? Quais os significados destes alimentos? Quais comidas são tradicionais desta comunidade (ou seja, patrimônio desta comunidade)?

A equipe do estudo disponibilizou alguns ingredientes e, juntamente com ingredientes trazidos pelos próprios participantes, os grupos elaboraram suas preparações consideradas tradicionais, sem receitas pré-estabelecidas. Na oficina

anterior, os participantes já haviam sido sensibilizados a pensarem sobre o assunto e, com base nisso, trazerem os ingredientes. Os pesquisadores, que coordenaram a atividade, atuaram como facilitadores da organização dos grupos e ingredientes. As receitas foram escolhidas pelos participantes, considerando suas memórias afetivas, receitas que lembrassem seus pais ou avós e que consideravam tradicionais. Algumas delas não eram consumidas há muitos anos, já outras eram preparadas nos dias atuais.

Ao final, foi realizada a degustação das preparações, quando foram discutidas as motivações para sua escolha, como foi ter que resgatar a preparação de antigamente, o que há de diferente em relação à preparação atual, etc.

#### **Oficina 6: Acesso aos programas de combate à fome e exigibilidade do direito humano à alimentação**

A última oficina teve como objetivos aumentar o conhecimento dos participantes sobre programas de combate à fome, através de uma conversa sobre seus objetivos e condicionalidades para acesso. Assim, buscou-se aumentar a consciência sobre sua prioridade no acesso aos mesmos, buscando o empoderamento dos indivíduos para a busca e garantia de seus direitos. Os programas abordados foram: Programa Bolsa Família (PBF), Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF), Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE).

Foi entregue para cada participante um cartão que continha o nome de algum dos programas ou os objetivos de um deles. Em seguida, os indivíduos conversaram entre si e encontraram “os pares” (relacionar o programa aos objetivos). Após terem encontrado a relação entre os cartões, os grupos que foram formados conversaram em torno de 10

minutos sobre o programa (se já conheciam e se sabiam como proceder para participar do mesmo). Os coordenadores circulavam nos grupos e tentavam estimular a conversa. As ideias foram compartilhadas com o grande grupo e os coordenadores adicionaram informações sobre objetivos dos programas, formas de acessá-los, direito de acesso prioritário de populações específicas, como comunidades quilombolas, e esclareceram dúvidas.

## DISCUSSÃO

Um dos desafios para a promoção da alimentação saudável é compreender que comer é mais do que uma ação de ingestão de alimentos e produtos comestíveis que contribuem para a prevenção ou a ocorrência de doenças 20. Porém, a nutrição frequentemente trabalha de forma apenas técnica e reducionista, menosprezando hábitos, crenças, representações e tabus populares 21. A valorização da preparação do dia a dia está se tornando central nas ações educativas de alimentação e nutrição, pois promove autonomia e prática de autocuidado 20. As escolhas alimentares, independentemente da classe social, demandam medidas e/ou estratégias capazes de favorecer o empoderamento dos sujeitos para a seleção de um padrão alimentar 22.

A transmissão de conhecimentos sobre nutrição baseada em aspectos biológicos da alimentação, apesar de ser parte importante de intervenções de educação nutricional, não leva em consideração aspectos regionais e desigualdades sociais que comprometem o acesso da população a uma alimentação adequada 6. Um pressuposto da abordagem do déficit de conhecimento é o de que ele é responsável por escolhas alimentares “pobres”, então, transmitir conhecimento nutricional melhoraria essas escolhas e a saúde relacionada a elas. Porém, muitas pessoas que sofrem de pobreza alimentar já têm

aspirações saudáveis, tornando necessária uma abordagem que responda às circunstâncias vividas e às necessidades reais das pessoas, evitando estigmatizar indivíduos que vivem em situação de insegurança alimentar e nutricional sem culpa própria 23.

O foco do presente estudo foi descrever uma estratégia de educação alimentar e nutricional com a construção conjunta de processos que promovam a exigibilidade do direito humano à alimentação, a valorização de hábitos e tradições alimentares culturais e estímulo do consumo de alimentos saudáveis por comunidades quilombolas do RS, tendo como norteador das ações um diagnóstico prévio realizado nas comunidades. Entende-se que as representações sociais sobre alimentação estão na raiz do comportamento alimentar. Dessa forma, o modelo de intervenção adotado é fundamentado e norteado pela cultura alimentar. Por isso, espera-se que a mesma seja mais eficaz na promoção de uma alimentação saudável, pois leva em consideração um processo mais amplo, que, além dos aspectos biológicos e estritamente técnicos da nutrição, valoriza a cultura local, envolvendo a comunidade e levando em conta suas necessidades e demandas.

Trata-se de uma intervenção comunitária, direcionada para a promoção de mudanças de comportamentos a nível familiar e comunitário, levando em consideração a disponibilidade de alimentos e recursos nas comunidades. Buscou-se considerar o sujeito coletivo, incluindo indivíduos em diferentes fases do curso da vida e núcleos familiares. Cabe ressaltar que a abordagem e os recursos educacionais utilizados buscaram a participação ativa das comunidades, buscando favorecer o diálogo. O projeto maior, do qual esse estudo deriva, desenvolveu ainda outras intervenções em diferentes frentes, a fim de promover o comprometimento dos gestores e do legislativo

municipal, a sensibilização dos profissionais da saúde e a visibilidade das condições de vida das comunidades quilombolas para que as demandas do grupo recebam maior atenção no contexto local. Dessa forma, o referido projeto abrange ações voltadas também para melhorar o contexto em que as pessoas vivem, o que determina em boa medida as práticas alimentares. O entendimento de que os sistemas alimentares determinam nossas escolhas é fundamental para entender que as decisões individuais, embora necessárias, não são suficientes para garantir práticas alimentares saudáveis e sustentáveis pela população 20, tendo em vista que muitos grupos sociais parecem conhecer as recomendações dietéticas, mas não necessariamente as colocam em prática 12.

Ao se planejar ações para a promoção da alimentação saudável, Proença (2010) 7 chama atenção para se tomar o cuidado de não hierarquizar os horizontes do ato alimentar, destacando bastante a saúde e, depois, a sociabilidade e o prazer, alertando que esse tipo de abordagem pode acompanhar-se de riscos na medida em que se observa a promoção dos modelos alimentares dos meios sociais dominantes, sejam esses representados tanto pelos pesquisadores quanto por pessoas influentes naquela sociedade. O estímulo à realização de refeições em companhia de familiares, com a valorização do consumo de alimentos da terra, pode contribuir para responder algumas questões de segurança alimentar e nutricional em grupos em situação de vulnerabilidade social 24. As pessoas que sentem que recebem apoio, comunicação positiva de pessoas próximas, têm maior probabilidade de adotarem comportamentos mais saudáveis 25. Assim, no presente estudo, não foi limitada a participação dos moradores das comunidades quilombolas nas oficinas e procurou-se envolver toda a comunidade, inclusive membros de uma mesma família, nas oficinas. Essa pode ser uma maneira de

estimular que se apoiem mutuamente para a adoção de comportamentos alimentares mais saudáveis.

A alimentação e nutrição constituem-se em requisitos básicos para a promoção e a proteção da saúde, possibilitando a afirmação plena do potencial de crescimento e desenvolvimento humano, com qualidade de vida e cidadania 26. Organizar ações de promoção da alimentação saudável implica desenvolver mecanismos que apoiem os sujeitos a adotar modos de vida saudáveis, identificar e analisar de forma crítica, além de enfrentar hábitos e práticas não promotoras de saúde, aos quais muitas vezes estão submetidos 26. Entre seus resultados potenciais, identifica-se a contribuição na prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis e deficiências nutricionais, bem como a valorização das diferentes expressões da cultura alimentar, o fortalecimento de hábitos regionais, a redução do desperdício de alimentos, a promoção do consumo sustentável e da alimentação saudável 27.

## CONCLUSÃO

Essa abordagem busca enfatizar as experiências, a cultura e as opiniões das pessoas que residem nas comunidades quilombolas incluídas no estudo, aspectos muitas vezes ignorados em pesquisas. No contexto do projeto “Educação Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e da Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação”, a elucidação, ou seja, conhecer e compreender a cultura alimentar das comunidades quilombolas, foi de fundamental importância, pois o modelo de intervenção é um modelo que parte da cultura alimentar, ela fundamenta a intervenção.



A partir dos resultados de um diagnóstico prévio, realizado na fase I desse estudo, buscou-se desenvolver estratégias de educação nutricional através da construção conjunta de processos, que promovam a exigibilidade do direito humano à alimentação, a valorização de hábitos e tradições culturais, o acesso e o consumo a alimentos saudáveis por comunidades quilombolas do RS.

Por fim, a elaboração de uma intervenção comunitária de educação alimentar e nutricional para a população quilombola gaúcha poderá nortear e subsidiar o planejamento de iniciativas similares em outras comunidades do estado ou do país. Ainda, é possível que tais estratégias possam ser estendidas para outras comunidades vulneráveis. Sugere-se que futuramente as ações de promoção da alimentação saudável sejam planejadas visando a continuidade das mesmas, em detrimento de ações pontuais ou isoladas.

## REFERÊNCIAS

- 1- Santos, LAdaS. O fazer educação alimentar e nutricional: algumas contribuições para reflexão. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Feb; 17(2): 455-462. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000200018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000200018&lng=en).
- 2- De Carvalho, AP; De Oliveira, VB; Santos, LCdos. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de uma escola municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Pediatria (São Paulo)*. 2010; 32(1):20-7.
- 3- Davanço, GM; Taddei, JAdeAC; Gaglianone, CP. Conhecimentos, atitudes e práticas de professores de ciclo básico, expostos e não expostos a curso de educação nutricional. *Rev. Nutr.* [Internet]. 2004 June; 17(2):177-184. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732004000200004&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000200004&lng=en).

- 4- Gaglione, CP; Taddei, JAdeAC; Colugnati, FAB; Magalhães, CG; Davanço, GM; Macedo, Lde; et al. Nutrition education in public elementary schools of São Paulo, Brazil: the Reducing Risks of Illness and Death in Adulthood project. Rev. Nutr. [Internet]. 2006 June; 19(3):309-320. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732006000300002&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000300002&lng=en).
- 5- BOURDIEU PO. Poder Simbólico. Lisboa, 1989. Disponível em: [http://lpeq1.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU\\_\\_Pierre.\\_O\\_poder\\_simb%C3%B3lico.pdf](http://lpeq1.quimica.ufg.br/up/426/o/BOURDIEU__Pierre._O_poder_simb%C3%B3lico.pdf).
- 6- Teixeira, PDS; Reis, BZ; Vieira, DAdosS; Costa, Dda; Costa, JO; Raposo, OFF; et al. Intervenção nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2013 Feb; 18(2):347-356. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000200006&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200006&lng=en).
- 7- Proença, RPdaC. Alimentação e globalização: algumas reflexões. Cienc. Cult. [Internet]. 2010 Oct; 62(4):43-47. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252010000400014&lng=en](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400014&lng=en).
- 8- Boog, MCF. . Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. Rev. Nutr. [Internet]. 2010 Dec; 23(6):1005-1017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000600007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000600007&lng=en).
- 9- Oliveira, LFCde. Segurança alimentar e nutricional no Brasil: da fome à obesidade [Dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Planejamento Territorial, 2014.

- 10- Neutzling MB, Bairros FS. Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Repercussões na Segurança Alimentar e Nutricional das Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Sul. Cadernos de Estudos – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, v.16,p.239-241, 2014.
- 11- Bairros FSde. (In)Segurança Alimentar e Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome de Comunidades Quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul [Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPG Epidemiologia, 2013.
- 12- Contreras J; Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.496p.
- 13- Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. III Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – por um desenvolvimento sustentável com soberania e segurança alimentar e nutricional. Relatório Final. Fortaleza: Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional; 2007. Disponível em:  
<http://www4.planalto.gov.br/consea/eventos/conferencias/arquivos-de-conferencias/3a-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional/relatorio-final-iii-conferencia-nacional-de-seguranca-alimentar-e-nutricional.pdf>.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 156p. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_populacao\\_brasileira\\_2ed.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf).
- 15- Malta, DC; Morais Neto, OL; Silva, MMAda; Rocha, D; Castro, AMde; Reis, AACdos; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de

uma caminhada ainda em construção. Ciên. Saúde coletiva [Internet]. 2016 June; 21(6):1683-1694. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci_abstract&tlng=pt).

16-Bairros FS, Knauth DR, Neutzling MB, organizadoras. Oficinas culinárias em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul: ingredientes e modo de fazer. 1ª ed. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 60p. Disponível em: <http://www.asbran.org.br/arquivos/quilombolas.pdf>.

17-Senado Federal. Guia traz dez novas regras para uma alimentação saudável. 2015 (4m26s). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=rDQv4IJMhT0>.

18-Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Gerência Geral de Alimentos, Universidade de Brasília, Departamento de Nutrição. Rotulagem nutricional obrigatória: manual de orientação aos consumidores. Universidade de Brasília, 2005. 17p. Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/396679/manual\\_consumidor.pdf/e31144d3-0207-4a37-9b3b-e4638d48934b](http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/396679/manual_consumidor.pdf/e31144d3-0207-4a37-9b3b-e4638d48934b).

19-Slow Food. Vídeo: raízes da gastronomia brasileira – comunidades afrodescendentes. 2014 (8m8s). Disponível em: <http://slowfoodbrasil.com/videos/165-videos-em-destaque/739-video-raizes-da-gastronomia-brasileira-comunidades-afrodescendentes>.

20-Castro, IRRde. Challenges and perspectives for the promotion of adequate and healthy food in Brazil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2015 Jan; 31(1):07-09. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000100007).

21-Figueroa, D. Padrões alimentares: da teoria à prática – o caso do Brasil. Mneme Revista de Humanidades [Internet]. 2004; 04(09):104-114. Disponível em:

<https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/184/171>.

- 22- Pinheiro, ARdeO. A alimentação saudável e a promoção da saúde no contexto da segurança alimentar e nutricional. *Saúde em Debate* [Internet]. 2005; 29(70):125-139. Disponível em: <https://caemilioribas.files.wordpress.com/2009/09/a-alimentac3a7c3a3o-sauc3a1vel-e-a-ps.pdf>.
- 23- Graham, R; Stolte, O; Hodgetts, D; Chamberlain, K. Nutritionism and the construction of 'poor choices' in families facing food insecurity. *J Health Psychol*. 2016 Sep; 1:1359105316669879.
- 24- Moreira, SA. Alimentação e comensalidade: aspectos históricos e antropológicos. *Cienc. Cult.* [Internet]. 2010 Oct; 62(4):23-26. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252010000400009&lng=en](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400009&lng=en).
- 25- Burke, TJ; Segrin, C. Examining diet- and exercise-related communication in romantic relationships: associations with health behaviors. *Health Commun*. 2014; 29(9):877-87.
- 26- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 84p. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf).
- 27- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Marco de referência de educação alimentar e nutricional para políticas públicas. Brasília, DF: MDS; Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, 2012. 68p. Disponível em: [http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco\\_EAN.pdf](http://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf).

## 8. ARTIGO 3

AVALIAÇÃO DE UMA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL: ENSAIO COMUNITÁRIO COM ABORDAGEM QUANTI-QUALI

EVALUATION OF A COMMUNITY INTERVENTION FOR FOOD AND NUTRITIONAL EDUCATION IN *QUILOMBOLAS* COMMUNITIES OF *RIO GRANDE DO SUL*, BRAZIL: A COMMUNITY ASSESSMENT WITH QUANTI-QUALI APPROACH

Sílvia Pauli, Doutoranda em Epidemiologia pela UFRGS;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado à *Revista Public Health Nutrition* (ISSN 1368-9800 (Print), 1475-2727 (Online)).

**Título completo em inglês:** Evaluation of a community intervention for food and nutritional education in *quilombola* communities of *Rio Grande do Sul*, Brazil: a community assessment with quanti-quali approach

**Título resumido:** Food and Nutrition education with *quilombolas*

## RESUMO

**Objetivo:** Avaliar uma intervenção comunitária de educação alimentar em comunidades quilombolas brasileiras. **Métodos:** Ensaio comunitário por cluster, não randomizado, com abordagem quanti-quali, amostragem tipo censo, em 4 comunidades do estado do Rio Grande do Sul, Brasil, selecionadas pela alta prevalência de excesso de peso e insegurança alimentar. Foram entrevistados os autodeclarados responsáveis pela família, antes e depois da intervenção, que consistiu em 6 oficinas de educação nutricional (quinzenalmente, de abril a julho de 2015), com participação facultativa e aberta à comunidade. Características sociodemográficas foram avaliadas por meio de questionário estruturado e ingestão alimentar por um recordatório de 24h. Os desfechos foram consumo de açúcar de mesa, refrigerantes e sucos artificiais, frutas, verduras e legumes e suco de frutas natural. Os alimentos foram ainda classificados em tradicionais ou não, a partir de informações dos Grupos Focais e entrevistas semiestruturadas com os líderes comunitários. O efeito da intervenção foi avaliado por Equações de Estimções Generalizadas, com nível de significância estatística de 0.05. As análises foram por intenção de tratar. Os dados qualitativos foram coletados nas duas comunidades intervenção, por meio de Grupo Focal, sistematizados por meio do software NVivo11 e decodificados e agrupados em categorias de acordo com a semelhança das falas. **Resultados:** Foram entrevistados 178 e 156 indivíduos pré e pós-intervenção, respectivamente. O percentual do valor energético total consumido de alimentos tradicionais aumentou pós-intervenção no grupo que a recebeu, porém não significativamente ( $p=0.235$ ). A proporção do consumo de verduras e legumes em relação ao número total de alimentos consumidos aumentou no grupo intervenção (GI) ( $p=0.037$ ). O consumo de açúcar reduziu no GI, porém não significativamente ( $p=0.105$ ). Ao final, o GI consumia significativamente menos açúcar em relação ao controle ( $p=0.043$ ). A análise qualitativa demonstrou valorização e aumento do consumo de alimentos tradicionais e produzidos na comunidade, além de uma tomada de consciência sobre a composição e riscos à saúde dos alimentos industrializados. **Conclusão:** Essa intervenção promoveu melhorias no consumo alimentar dessas comunidades. Esses resultados fornecem uma base para desenvolver ações em outras comunidades quilombolas brasileiras e comunidades vulneráveis no mundo.

**Palavras-chave:** Avaliação da Efetividade de Intervenções, Avaliação dos Resultados de Ações Preventivas, Educação Alimentar e Nutricional, Comunidades Vulneráveis, Grupo de Ascendência Continental Africana.

## ABSTRACT

**Goal:** To evaluate a community intervention of food education in Brazilian quilombola communities. **Methods:** Community trial by cluster, non-randomized, with quanti-quali approach, census-like sampling, in 4 communities in the state of Rio Grande do Sul, Brazil, selected for their high prevalence of overweight and food insecurity. The self-declared responsible for the family was interviewed before and after the intervention, which consisted of 6 nutritional education workshops (fortnightly, from April to July 2015), with optional participation and open to the community. Sociodemographic characteristics were evaluated by means of a structured questionnaire and a 24-hour recall of food intake. The outcomes were the consumption of table sugar, soft drinks and artificial juices, fruits, vegetables and vegetables and natural fruit juice. The foods were also classified as traditional or not, based on information from the Focus Groups and semi-structured interviews with community leaders. The effect of the intervention was evaluated by Generalized Estimation Equations, with a statistical significance level of 0.05. The analyses were intended to treat. Qualitative data were collected in both intervention communities, through a Focal Group, systematized through the NVivo software<sup>11</sup> and decoded and grouped into categories according to the similarity of the statements. **Results:** We interviewed 178 and 156 individuals before and after the intervention, respectively. The percentage of the total energy value consumed from traditional foods increased after intervention in the group that received it, but not significantly ( $p=0.235$ ). The proportion of vegetable and vegetable consumption in relation to the total number of foods consumed increased in the intervention group (GI) ( $p=0.037$ ). Sugar consumption decreased in GI, but not significantly ( $p=0.105$ ). In the end, the IG consumed significantly less sugar compared to the control ( $p=0.043$ ). The qualitative analysis demonstrated appreciation and increase in the consumption of traditional and community-produced foods, as well as an awareness of the composition and health risks of industrialized foods. **Conclusion:** This intervention promoted improvements in the quality of the food consumption in these communities. These results provide a basis for developing actions in other Brazilian quilombola communities and vulnerable communities around the world.

**Keywords:** Evaluation of the Effectiveness of Interventions, Evaluation of the Results of Preventive Actions, Food and Nutrition Education, Vulnerable Communities, Group of African Continental Ancestry.

## INTRODUÇÃO

Comunidades quilombolas são grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, relações territoriais específicas e



ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida<sup>(1)</sup>. A interseccionalidade da raça/etnia, classe social e isolamento geográfico potencializa um quadro desfavorável na situação de saúde dessa população. A nível nacional, cerca de metade (47,8%) dos quilombolas vivia com insegurança alimentar e nutricional (IAN) severa em 2011<sup>(2)</sup> e no Rio Grande do Sul (RS), 39%<sup>(3)</sup>.

Estudos indicam uma relação entre menor qualidade e variedade de alimentos e maior nível de insegurança alimentar, sugerindo deficiência de nutrientes essenciais na dieta dos agregados familiares com IAN<sup>(4-7)</sup>. Além disso, verificam-se elevadas prevalências de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e excesso de peso nas comunidades quilombolas brasileiras, inclusive nas do sul do Brasil<sup>(8-14)</sup>. As DCNT possuem um conjunto de fatores de risco em comum, entre os quais se destaca o consumo alimentar inadequado<sup>(15)</sup>. Assim, justifica-se a necessidade e a importância do desenvolvimento de ações que promovam uma alimentação saudável para as comunidades quilombolas.

No Brasil, a promoção da alimentação saudável e adequada está entre os temas prioritários da Política Nacional de Promoção da Saúde<sup>(16)</sup> e entre as diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição<sup>(17)</sup>. Uma estratégia preconizada como instrumento para a promoção de hábitos alimentares saudáveis é a Educação Alimentar e Nutricional (EAN)<sup>(18)</sup>, sendo a promoção do autocuidado e o processo de mudança de comportamento centrado na pessoa, na sua disponibilidade e necessidade, um dos principais caminhos para garantir o envolvimento do indivíduo nas ações<sup>(19)</sup>. Assim, uma condição para a construção de programas de promoção da alimentação saudável, viáveis e eficazes, é que sejam pautados por diagnósticos sobre a cultura e condições de vida dos grupos humanos<sup>(20)</sup>.

Não há dúvidas sobre a relevância das ações para a promoção de práticas alimentares saudáveis, mas considera-se fundamental que elas passem por um processo de avaliação de sua efetividade. Diante da escassez de estudos sobre estratégias de EAN para comunidades tradicionais, mais especificamente, quilombolas, o objetivo do presente artigo foi avaliar, através de abordagem quanti-quali, uma intervenção comunitária de EAN em duas comunidades quilombolas do RS.

## MÉTODOS

Este estudo faz parte da pesquisa “Educação Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e da Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação”, com registro do protocolo no *ClinicalTrials.gov* (ClinicalTrials.gov, NCT02489149).

### **Delineamento e população do estudo**

Ensaio comunitário por cluster, não randomizado, com abordagem quanti-quali. Por questões financeiras e logísticas, foram selecionadas as 4 comunidades com as maiores prevalências de IAN e excesso de peso (sobrepeso ou obesidade) em um estudo transversal de base populacional incluindo 22 comunidades quilombolas do RS<sup>(3,21)</sup>. Foi considerado ainda na seleção das comunidades a possibilidade de comparação, razão pela qual se optou por 4 comunidades rurais e situadas na mesma região do estado. Foram incluídos no estudo todos os autodeclarados responsáveis pelas famílias dessas 4 comunidades, localizadas nas áreas rurais dos municípios de Pelotas (n=61), Canguçu (n=35), Cristal (n=42) e Nova Palma (n=40), totalizando 178 indivíduos. Dessas, 2 comunidades receberam uma intervenção de EAN (Comunidades Passo do Lourenço e Algodão, nos municípios de Canguçu e Pelotas, respectivamente), e 2 não, para fins de controle (Serrinha do Cristal e Rincão do Santo Inácio, nos municípios de Cristal e Nova Palma, respectivamente).

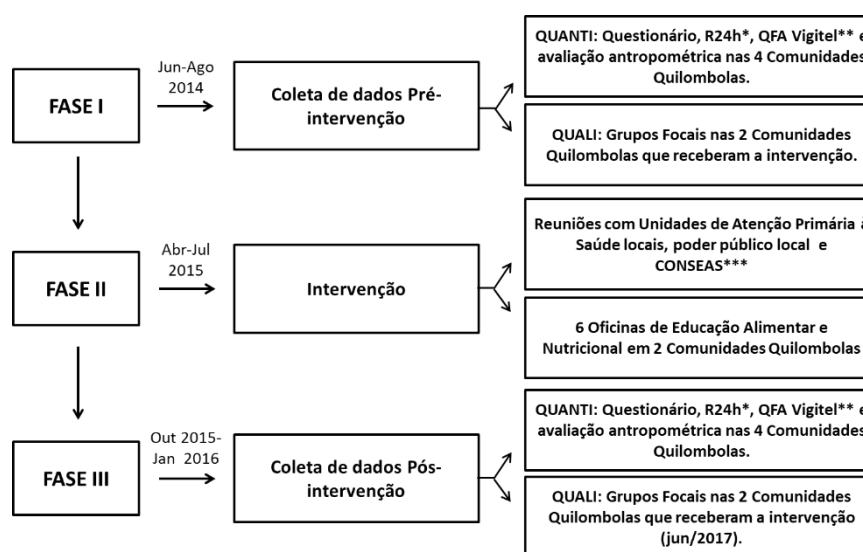
### **Descrição da população que recebeu a intervenção de EAN**

As duas comunidades quilombolas que receberam a intervenção de EAN foram Passo do Lourenço, localizada na área rural do município de Canguçu (a 35km do centro), e Algodão, na área rural de Pelotas (a 50km do centro). Suas principais dificuldades enfrentadas são de ordem socioeconômica, como dimensão reduzida das terras ocupadas (muitas vezes íngremes e de solo pedregoso) e falta de alternativas para a geração de renda. As duas comunidades situam-se em locais de difícil acesso, distantes do transporte público. O acesso a ambas é por meio de estradas de chão batido, bastante esburacadas. A distância entre a capital do estado, Porto Alegre, e as cidades de Canguçu e Pelotas é de cerca de 280km e 250km, respectivamente. A comunidade Passo do Lourenço era constituída, no período do estudo, por 35 famílias e a de Algodão por 61.

A maioria dos responsáveis pelas famílias dessas comunidades possuía entre 40-59 anos de idade e até 4 anos de estudo. A renda per capita mensal menor do que 30 dólares, pobreza extrema<sup>(22)</sup>, foi verificada em 17,1% das famílias em Passo do Lourenço e 26,7% em Algodão. A prevalência de IAN moderada e grave e excesso de peso, respectivamente, foi de 51,4% e 78,1% em Passo do Lourenço e de 63,3% e 63,2% em Algodão<sup>(23)</sup>.

### Logística de Realização do Estudo

O estudo foi realizado em três fases, conforme a figura 1. A partir dos resultados da FASE I, foram elaboradas as estratégias de intervenção (FASE II). A avaliação quantitativa foi por meio da comparação dos resultados das fases pré e pós-intervenção (FASES I e III), realizadas com os mesmos indivíduos, utilizando também os mesmos instrumentos. A avaliação qualitativa da mesma ocorreu a partir dos dados do Grupo Focal pós-intervenção, realizado apenas nas duas comunidades que receberam intervenção.



**FIGURA1** – Fluxograma de realização do estudo

\*Recordatório Alimentar de 24h; \*\*Questionário de Frequência Alimentar do Vigitel; \*\*\*Conselho Nacional Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social.

### Descrição da Intervenção

O planejamento da intervenção foi realizado por duas nutricionistas da equipe de pesquisa, que já conheciam as comunidades, e iniciou após a conclusão da primeira fase do estudo, com a realização de 6 oficinas conduzidas pelas mesmas duas nutricionistas,

em um espaço comunitário disponibilizado em cada uma das comunidades. As atividades ocorreram quinzenalmente, aos sábados, no período de abril a julho de 2015, e tiveram duração aproximada de duas horas.

A participação nas oficinas era facultativa, sem número mínimo de participações e não restrita aos responsáveis pelas famílias entrevistados nas fases I e III. Eram enviados convites, por correio, para os líderes comunitários, que os distribuíram a todos os moradores.

Por não ser obrigatória a participação e a fim de promover a multiplicação das atividades desenvolvidas durante as oficinas, a intervenção foi planejada a partir da produção de estratégias que pudessem ser replicadas pelos participantes aos outros moradores, através da entrega das receitas desenvolvidas ao final da atividade, folders informativos sobre o tema da oficina e, ao final da intervenção, entrega de um livro contendo o passo a passo de cada oficina, além do detalhamento de todas as receitas e materiais complementares.

As cozinhas das associações comunitárias foram equipadas pela equipe do estudo com geladeira, fogão com forno, pratos, talheres e copos. Todos os equipamentos e utensílios foram doados às associações comunitárias ao término da pesquisa, visando à continuidade das ações de promoção de alimentação saudável. Da mesma forma, os demais insumos necessários para o desenvolvimento das atividades também foram fornecidos pela equipe do estudo.

Buscou-se uma abordagem pautada nos conceitos de cultura alimentar, alimentação adequada e saudável e promoção da saúde. Assim, foram abordados temas como valorização das práticas alimentares tradicionais, alimentos industrializados e rótulos, temperos naturais, comida como patrimônio e acesso aos programas de combate à fome e exigibilidade do direito humano à alimentação. Todos estes temas eram discutidos com os participantes das oficinas, antes e durante as preparações culinárias. Buscou-se o resgate das tradições alimentares de antigamente, mas também a inclusão de outras técnicas e formas de preparo acessíveis hoje, levando em consideração a disponibilidade de alimentos e recursos nas comunidades. Indivíduos de diferentes fases do curso da vida e núcleos familiares participaram.

A intervenção de EAN foi descrita detalhadamente em outra publicação<sup>(24)</sup>.

### **Coleta e análise de dados qualitativos**

A coleta de dados ocorreu em 2017, nas duas comunidades quilombolas que receberam a intervenção, por meio da técnica de Grupo Focal<sup>(25,26)</sup>, objetivando avaliar mudanças em práticas alimentares tidas como tradicionais, formas de preparo dos alimentos e significados atribuídos aos mesmos, além de mudanças de práticas alimentares em direção a uma alimentação mais saudável. Os Grupos Focais foram compostos por homens e mulheres de todas as idades.

O recrutamento dos participantes ocorreu através do envio, por correio, de convites para os líderes comunitários, que realizaram a divulgação e entrega dos mesmos para os moradores. Os grupos focais foram gravados com autorização prévia e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, e posteriormente transcritos em sua totalidade.

Para facilitar a participação dos moradores das comunidades quilombolas nos grupos focais e garantir uma diversidade na sua composição, os mesmos foram realizados em um sábado.

Os dados foram organizados e sistematizados no software NVivo, versão 11, e posteriormente decodificados e agrupados nas seguintes categorias, de acordo com a semelhança das falas: mudanças no consumo alimentar pós-intervenção; percepção dos participantes sobre as atividades desenvolvidas; consumo alimentar versus saúde; impacto econômico das mudanças realizadas.

### **Coleta e análise de dados quantitativos**

Todos os entrevistadores foram treinados e o estudo contou com um supervisor de trabalho de campo. As entrevistas foram realizadas nos domicílios com o responsável pela família. Até três tentativas eram realizadas em dias e horários diferentes quando o responsável pela família não se encontrava em casa. Para minimizar a possibilidade de recusas, foram envolvidas as lideranças quilombolas na condução do estudo. Os questionários, depois de revisados e codificados, foram duplamente digitados no programa EpiData versão 3.1. Esta coleta de dados constituiu a linha de base do estudo (FASE I) e foi replicada ao final da intervenção (FASE III).

Características sociodemográficas como sexo (feminino, masculino), idade (anos completos), raça (branca, negra e outros), estado civil (com companheiro, sem

companheiro), escolaridade (0-4, 5-7, 8-10, 11-14 e 15 ou mais de estudo) e renda familiar per capita (em reais) foram avaliadas por meio de questionário estruturado.

Dados referentes à ingestão alimentar foram obtidos através de um recordatório alimentar de 24h (R24h) por participante. Foi empregado um método adaptado do USDA *Multiple-Pass Method*<sup>(27)</sup>, que consiste em estimular a memória individual sobre o consumo de todos os alimentos e bebidas consumidos no dia anterior, objetivando obter um relato mais apropriado das quantidades e menor grau de omissão de itens usualmente não relatados em R24h, como snacks e bebidas.

A entrevista foi conduzida preferencialmente na cozinha, dentro da casa do entrevistado, sendo possível observar utensílios utilizados para a alimentação e a marca de alimentos consumidos. Os R24h foram calculados com o software ADS Nutri<sup>(28)</sup>, com a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos<sup>(29)</sup> como referência. Foi utilizada uma tabela de medidas caseiras para converter o tamanho das porções de alimentos de medidas caseiras para gramas<sup>(30)</sup>. Em seguida, foram calculadas as estimativas de consumo individual.

A seleção dos indicadores de consumo alimentar apresentados considerou sua importância para a determinação da carga total de doença estimada pela OMS para a região das Américas<sup>(15)</sup> e, além disso, a seleção dessas variáveis levou em consideração o fato de serem sensíveis para avaliação de mudança pós-intervenção, por não dependerem de questões estruturais como, por exemplo, acesso e poder aquisitivo. Assim, entre os fatores de risco relacionados à alimentação, foram incluídos consumo de açúcar de mesa e refrigerantes e sucos artificiais e, entre os fatores de proteção relacionados à alimentação, foram incluídos o consumo de frutas, verduras e legumes e de suco de frutas natural.

Para a análise, os alimentos foram classificados como frutas, suco de frutas natural, legumes e verduras, açúcar de mesa e refrigerantes e sucos artificiais. Posteriormente foi calculada a contribuição relativa do consumo desses alimentos para a quantidade total, em gramas, consumida por indivíduo. Foi calculada também a proporção de cada grupo alimentar em relação ao número total de alimentos consumidos e a contribuição relativa do grupo para o valor energético total ingerido. Os alimentos foram ainda classificados em tradicionais e não tradicionais, utilizando como referência informações obtidas através dos Grupos Focais e entrevistas semiestruturadas

com os líderes das comunidades na fase I do estudo. Foram considerados alimentos tradicionais: feijão, milho e preparações à base de milho (angu, polenta, canjica, pão de milho, etc.), amendoim, batata doce, banha, bolo frito, abóbora e vísceras. O próximo passo foi calcular a contribuição relativa do grupo de alimentos tradicional para o valor calórico total.

A análise descritiva de todas as variáveis foi realizada por meio do cálculo da distribuição de suas frequências, brutas e relativas, e respectivos intervalos de confiança de 95% ou por meio do cálculo da média e erro padrão.

As comunidades intervenção e controle foram comparadas, na linha de base, quanto às características socioeconômicas e demográficas e de consumo alimentar, utilizando-se o teste Wilcoxon para amostras independentes para as variáveis contínuas e teste Qui-quadrado para variáveis categóricas.

O efeito da intervenção foi avaliado utilizando-se o método de Equações de Estimativas Generalizadas (GEE), que leva em consideração o delineamento do estudo e a correlação entre os dados dos sujeitos do mesmo grupo. O teste *post-hoc* de Bonferroni foi realizado quando indicado. O nível de significância estatística adotado foi de 5%. O software SAS versão 9.4, foi utilizado para a análise dos dados.

Como a coleta de dados pré e pós-intervenção ocorreu apenas com o responsável de cada família quilombola, não sendo obrigatória sua participação na referida intervenção, todas as análises são por intenção de tratar.

### **Aspectos éticos**

Esse estudo cumpriu os princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki e na Resolução 466 de 2012<sup>(31)</sup>. Além disso, as lideranças comunitárias assinaram um Termo de Anuência antes do início do estudo.

## **RESULTADOS**

Foram entrevistados 178 indivíduos na fase I e 157 na fase III, resultando em uma perda de 11,8% da amostra (indivíduos não localizados ou falecidos). Na linha de base e em ambos os grupos, a maioria dos entrevistados era mulher, de raça negra,

possuía companheiro e até sete anos de estudo. A média de idade foi de 43,07 (IC 95% 39,42-46,72) e 44,61 (IC 95% 41,47-47,75) para os grupos controle e intervenção, respectivamente. Não foram encontradas diferenças quanto às características sociodemográficas entre os grupos (Tabela 1).

Na tabela 2 estão apresentadas as características do consumo alimentar conforme os grupos intervenção e controle na linha de base do estudo. Apenas o consumo de refrigerantes e sucos artificiais foi significativamente maior no grupo controle (GC) ( $p=0,0017$ ).

O percentual do Valor Energético Total (VET) consumido através de alimentos tradicionais aumentou após a intervenção nas comunidades que receberam a mesma, porém não significativamente ( $p=0,235$ ). Após a intervenção, o grupo intervenção (GI) consumia um percentual maior do VET em alimentos tradicionais em relação ao GC, porém também sem diferença significativa ( $p=0,286$ ). Ao avaliar o consumo de verduras e legumes em relação à quantidade total de alimentos ingeridos, em gramas, não houve diferença significativa entre os períodos pré e pós-intervenção para o GC e GI ( $p=0,647$  e  $p=0,560$ , respectivamente), nem entre os dois grupos após a intervenção ( $p=0,991$ ). Porém, em relação ao número total de alimentos consumidos, verificou-se um consumo maior desses alimentos no GI em relação ao GC após a intervenção ( $p=0,037$ ) (Tabela 3).

Não houve alteração significativa no consumo de frutas com a intervenção (dados não apresentados), porém, verificou-se um aumento no consumo de suco de frutas natural entre os períodos pré e pós-intervenção para ambos os grupos, mas com significância no GC apenas ( $p=0,005$ ). Após a intervenção, não houve diferença significativa no consumo de suco entre os GC e GI ( $p=0,894$ ). O consumo de açúcar aumentou entre os períodos pré e pós-intervenção no GC e reduziu no GI, porém não significativamente ( $p=0,143$  e  $p=0,105$ , respectivamente). Após a intervenção, o GI consumia significativamente menos açúcar do que o GC ( $p=0,043$ ). O consumo de refrigerante e sucos artificiais não foi alterado significativamente entre os períodos pré e pós-intervenção, tanto os GC ( $p=0,237$ ), quanto no GI ( $p=0,526$ ). Após a intervenção, apesar de não haver diferença significativa, o consumo de refrigerantes e sucos artificiais permanecia menor no GI em relação ao GC ( $p=0,229$ ) (Tabela 4).



## Abordagem Qualitativa

As falas dos participantes dos grupos focais corroboram os achados demonstrados acima, quanto ao aumento no consumo de suco de frutas natural após a realização da intervenção de EAN.

A partir dos cursos né, a gente diminuiu o consumo de refrigerante. Isso no início foi complicado. Hoje já não. A gente acostumou. Quer fazer um suco, apanha umas laranjas. Se não tem laranja, faz qualquer outro natural.

Parece factível substituir o consumo de refrigerante e sucos artificiais por suco natural, já que vários moradores possuem árvores frutíferas em casa ou trabalham em propriedades que as possuem. Além disso, após a intervenção, iniciou-se uma maior ocorrência de distribuição e troca das frutas entre os vizinhos. O que parece dar trabalho mesmo é ter que deslocar-se até uma venda para comprar bebida industrializada, já que se encontram afastadas dos domicílios nas duas comunidades e o centro da cidade é muito distante também (Algodão localiza-se a 50 km do centro de Pelotas e Passo do Lourenço a 35 km do centro de Canguçu).

Às vezes se pega a moto e vai lá na venda buscar um litrão de refrigerante pra consumir no almoço. Não dá mais trabalho apanhar uma laranja do pé e espremer. É só a mudança de atitude.

A intervenção de EAN parece ter contribuído com um aumento na consciência sobre o ato de comer e no conhecimento sobre a composição dos produtos alimentares, resultando em maior capacidade de analisar criticamente os alimentos antes de fazer a escolha por consumi-los ou não.

Não compro mais suco. O suco em pó, a gente já sabe a quantidade de porcaria que tem né. Então, quando olha já pensa.

Com o curso a gente ficou sabendo, olha, cada pacote de bolachinha que vocês consomem tem tanto de sal, esse tanto de açúcar e esse tanto de gordura. E vê que não é tão pouco né.

Uma das atividades que mais causou impacto, conforme os participantes dos grupos focais, foi a oficina “*Comidas industrializadas e nossa saúde*”, que objetivou sensibilizar os participantes sobre a relação entre excesso de sódio, açúcar e lipídios com a saúde, mostrando a quantidade desses nutrientes em alguns alimentos industrializados consumidos por esse grupo (identificados nos R24h e grupos focais pré-

intervenção) (figura 2). A oficina sobre temperos naturais e preparações com redução de sal e gorduras também foi lembrada.

As quantidades que ela botou do sal e da gordura ali, né. Isso chamou muito a atenção.

Mas assim, que deu bastante que a gente sentiu a diferença, foi a questão dos temperos, e a gente começou a cuidar mais e ter mais variedade também na horta. E usar quase que diariamente, porque antes a gente comprava os temperos.

Quanto aos alimentos tradicionais, os participantes relataram que resgataram preparações tradicionais e caseiras. Com um maior conhecimento sobre a composição nutricional dos produtos alimentares industrializados e a preocupação quanto ao teor de agrotóxico dos alimentos in natura comprados de fora da comunidade, parece ter ocorrido uma valorização da produção própria, inclusive com aumento da mesma.

É, produção de abóbora, ensopadinho de abóbora, que a gente não comia mais, porque comia massa né, outras coisas.

Até carne está se criando mais em casa, pra consumo próprio. Hoje se carneia muito aqui na localidade. Assim, vizinho pra vizinho, tu sabe que aquele animal que o vizinho matou pra casa não tem nada de veneno. Até porque ele matou pra consumo né.

O que eu vejo, assim, é o crescimento das pessoas ficar conscientes do que tá produzindo em sua casa seu alimento aqui. Como aumentou.

Tinha gente que não produzia, comprava tudo. E sai mais barato e é orgânico tu produzir. Tu sabe da onde vem, é bem mais em conta né, pra gente ter acesso.

Nos grupos focais pré-intervenção, as participantes haviam demonstrado conhecimento sobre a influência da alimentação sobre a saúde, manifestando, ainda, interesse em conhecer novos alimentos e formas mais saudáveis de preparo. Dois anos após a intervenção, houve relatos de que, além de terem resgatado algumas receitas e formas de preparo tradicionais, seguem reproduzindo também as novas receitas aprendidas com a realização das oficinas culinárias.

Ah, bolo de batata doce. Nós fizemos esses tempos aqui. Fizemos a receita da oficina.

A gente quando faz a batata, não compra mais a maionese, faz a maionese caseira que vocês ensinaram.

A gente comprava caldo *knor*. Agora a gente faz sal temperado em casa.

Um último aspecto merece destaque, o impacto econômico da intervenção de EAN, apesar de não ter sido medido diretamente. Os participantes dos grupos focais relataram uma redução importante nos gastos com supermercado. Com a valorização e o incremento na produção de alimentos nas hortas e a criação de animais, que antes era menor, já não é mais necessário comprar uma boa parte dos alimentos consumidos. Além disso, algumas famílias produzem as receitas das oficinas para vender, gerando renda.

E aí, além dos benefícios pra saúde né, a gente sente no bolso.

E aquelas misturinhas, a maionese, o patê de cenoura, eu gostei e faço seguido lá em casa. A gente põe até no salgadinho pra vender. Coisa bem boa.

Muitos resultados obtidos com a intervenção comunitária de EAN nesse estudo seriam imensuráveis apenas com abordagem quantitativa. Dessa forma, torna-se fundamental ampliar a avaliação e ouvir o que têm a dizer os participantes do estudo. Com a abordagem qualitativa, foi possível perceber melhorias não quantificáveis, mas de extrema relevância para os envolvidos.

Agora a gente não tá fazendo sempre certo, mas a gente sabe quando tá fazendo uma coisa errada.

Eu não sei onde é que nós tava se não fosse vocês. Ficou, ficou plantado.



Figura 2 – Quantidades de gordura (lipídios), sal (sódio) e açúcar de alguns alimentos consumidos pelas comunidades quilombolas do estudo.

## DISCUSSÃO

Os resultados apresentados demonstraram que não houve um aumento significativo na quantidade consumida de verduras e legumes, porém a proporção desses alimentos em relação ao número total de alimentos ingeridos foi significativamente maior no GI em relação ao GC no final do estudo, apontando para o consumo de uma maior variedade desse grupo alimentar. Esses dados são corroborados pelas falas dos participantes nos grupos focais, que referiram plantar uma maior variedade de vegetais em suas hortas. Ainda, apesar de não ter havido alteração significativa no consumo de frutas, verificou-se um aumento no consumo de suco de frutas natural entre os períodos pré e pós-intervenção, mas com significância estatística apenas no GC. O aumento do consumo de suco pode estar relacionado, para além da intervenção, à época do ano em que foi realizada a coleta de dados pós-intervenção (Out/2015-Jan/2016) que é caracterizada por altas temperaturas na região, o que pode levar ao aumento do consumo de refrescos. Destaca-se que após a intervenção não houve diferença significativa no consumo de suco de frutas natural entre os grupos, porém, o GI consumia quantidade significativamente menor de açúcar de adição. Ainda, apesar de não significativo, houve aumento no consumo desse item no GC (concomitante ao aumento do consumo de suco) e redução no GI entre os períodos pré e

pós-intervenção. Dessa forma, é provável que o consumo de suco de frutas natural no GI seja sem adição de açúcar. As falas dos participantes do grupo focal corroboram esses achados, quando referem o quanto ficaram impactados com a oficina que tratou sobre a quantidade de açúcar, lipídios e sódio contidos nos alimentos. Parece que a intervenção contribuiu com a redução do consumo de açúcar de adição pelos participantes. Assim como se buscou estimular o consumo de frutas, verduras e legumes com essa intervenção de educação alimentar, no mundo todo aumentar o consumo de frutas e vegetais tem sido um objetivo de saúde pública<sup>(32)</sup>.

Considera-se pertinente observar que a maioria dos entrevistados foram mulheres e a média de idade pode ser considerada mais avançada (43 e 44 anos nos grupos controle e intervenção, respectivamente). Segundo Micha *et al.* (2015)<sup>(32)</sup> mulheres costumam ter uma alimentação ligeiramente mais saudável, havendo também diferenças quanto à idade, com níveis de ingestão mais saudáveis em idades mais avançadas. Então, é possível que o fato de a população do presente estudo ser formada na maior parte por mulheres mais velhas tenha influenciado nos achados aqui apresentados. Se essas mulheres já possuíam uma alimentação mais saudável, seria mais difícil o consumo desses alimentos aumentarem significativamente após a intervenção. Portanto, o consumo recomendado desses alimentos deve ser levado em consideração em análises futuras, bem como a ampliação da população estudada, de modo que seja mais representativa da população como um todo. O fato de a maioria dos responsáveis pelo domicílio serem mulheres pode ser devido à autodeclaração, já que não foi definido de antemão um critério para essa caracterização (por ex. pessoa de maior renda, de maior escolaridade, etc.). É possível que tenha havido mais mulheres autodeclaradas responsáveis pelo domicílio por estas permanecerem mais tempo em casa (inclusive estavam na hora das entrevistas), pois muitas vezes os homens passam dias fora a trabalho e quem responde pela casa e pelos filhos são elas.

O foco dos inquéritos dietéticos é, usualmente, constituído pelas relações entre o consumo de alimentos e condições de saúde de indivíduos e populações<sup>(33)</sup>. Nesse sentido, Micha *et al.* (2015)<sup>(32)</sup>, defendem que a ingestão de alimentos específicos, em vez de macronutrientes ou micronutrientes, pode ser mais relevante para determinar do risco de DCNT. No âmbito coletivo, a avaliação de marcadores de consumo alimentar pode possibilitar o reconhecimento de alimentos ou comportamentos que se relacionam

à alimentação saudável ou não saudável<sup>(34)</sup>, facilitando o estabelecimento de estratégias de promoção da alimentação saudável e prevenção de doenças e agravos nutricionais.

Quanto ao consumo de alimentos tradicionais, não foi verificado aumento significativo de seu consumo nesse estudo. Na fase de diagnóstico (fase I), através da realização dos grupos focais nas duas comunidades que receberam intervenção, pôde-se identificar uma conotação negativa em relação ao que os participantes consideravam hábitos alimentares tradicionais. Por uma construção histórica relacionada ao racismo, tudo o que era do negro era visto como feio, o que fez com que muitos quilombolas tivessem vergonha de expor sua cultura alimentar. O consumo de alimentos tradicionais era associado a tempos de muita dificuldade financeira, onde não era possível comprar alimentos, principalmente os mesmos consumidos pelos brancos. A coleta de dados pós-intervenção iniciou apenas 3 meses após o término da intervenção, o que muito provavelmente seja pouco tempo para que ocorra uma mudança significativa na conotação atribuída aos alimentos tradicionais. Todavia, nos grupos focais realizados nas duas comunidades que receberam a intervenção dois anos após o término das atividades (fase III), os participantes relataram que resgataram preparações tradicionais e caseiras em detrimento da compra de alimentos prontos. Com um maior conhecimento sobre a composição nutricional dos produtos alimentares industrializados e a grande preocupação quanto ao teor de agrotóxico dos alimentos in natura comprados de fora da comunidade, parece ter ocorrido uma valorização da produção e preparações próprias, inclusive com aumento das mesmas.

De fato, o termo tradicional pode carregar uma significação negativa pela vulgarização que sofrera no mundo moderno como algo ultrapassado e, assim, pertencer a uma cultura distinta e divergente da cultura hegemônica pode não ser uma tarefa branda, requerendo constante tomada de consciência coletiva de classe e de identidade<sup>(35,36)</sup>. A comida é um importante elemento utilizado pelos grupos sociais para tomarem consciência de sua diferença e etnicidade, de modo que compartilhar pode significar o reconhecimento e a aceitação/incorporação de tais diferenças<sup>(37)</sup>.

Demonstrar interesse pela história e cultura alimentar das comunidades quilombolas pode ser um primeiro passo, ainda que pequeno, em direção à promoção do resgate das práticas alimentares tradicionais, à ressignificação (atribuição de valor) de

sua cultura alimentar, a fim de positivar suas percepções acerca dela. Esse foi um dos objetivos da intervenção de EAN desse estudo.

Por fim, algumas limitações precisam ser consideradas. A primeira refere-se ao fato de que todas as análises nesse estudo foram por intenção de tratar, ou seja, todos os moradores das duas comunidades foram convidados a participar e a participação era facultativa (as pessoas puderam optar por não participar, ou participar de apenas uma das seis oficinas, por exemplo), porém a coleta de dados pré e pós-intervenção ocorreu apenas com o autodeclarado responsável de cada uma das famílias das comunidades, que também não necessariamente participou das atividades. A média de participantes por oficina era em torno de 15 pessoas em cada comunidade e os dados do estudo utilizados para a realização da avaliação da intervenção referem-se aos 178 responsáveis pelas famílias das quatro comunidades (96 do grupo intervenção e 82 do grupo controle). Outra limitação refere-se ao fato de a avaliação do consumo alimentar ter sido realizada com apenas um R24h, que pode não ser representativo do consumo alimentar habitual, tendo em vista que a ingestão diária costuma ser altamente variável<sup>(38)</sup>. Porém, o consumo alimentar muda segundo a mobilidade social dos indivíduos ou pela mudança da composição social<sup>(39)</sup>, com estudos indicando uma relação entre menor qualidade e variedade de alimentos e maior nível de IAN<sup>(4-7)</sup>. Quando há restrição monetária, a dieta se torna monótona, com pouca variedade de alimentos, pois indivíduos com baixa renda normalmente residem em áreas desprovidas de serviços e têm acesso dificultado a locais de compra<sup>(40)</sup>. Assim, por se tratar de uma população vulnerável do ponto de vista socioeconômico, com elevada prevalência de IAN e que reside em áreas rurais com distância elevada dos centros urbanos, espera-se que haja pouca variabilidade no consumo alimentar ao longo dos dias nas comunidades quilombolas desse estudo, podendo, assim, um R24h se aproximar do consumo alimentar habitual dessa população.

Esse estudo tratou de uma intervenção direcionada para a promoção de mudanças de comportamentos a nível familiar e comunitário, com estímulo para escolhas alimentares mais saudáveis, levando em consideração a disponibilidade de alimentos e recursos nas comunidades e a adequação cultural da intervenção. A abordagem e os recursos educacionais utilizados buscaram favorecer o diálogo e consideraram todas as fases do curso da vida, além dos significados que compõem o

comportamento alimentar. O projeto do qual esse estudo deriva, desenvolveu ainda outras intervenções em diferentes frentes, a fim de promover o comprometimento dos gestores municipais, a sensibilização dos profissionais da saúde e a visibilidade das condições de vida das comunidades quilombolas para que suas demandas recebam maior atenção no contexto local. Dessa forma, abrange ações voltadas também para modificar/melhorar o contexto em que vivem, o que determina em boa medida as práticas alimentares.

A transição nutricional, associada à demográfica, trouxe um novo cenário em termos de morbidade na maioria das regiões do globo<sup>(41)</sup>, havendo aumento das doenças crônicas relacionadas à alimentação, especialmente entre as pessoas pobres<sup>(42)</sup>. Portanto, melhorar os hábitos alimentares pode contribuir na prevenção e controle de DCNT. O estímulo para o deslocamento do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos mais saudáveis deve sempre respeitar a identidade cultural-alimentar das pessoas e comunidades.

Nesse sentido, considera-se que a EAN tem um papel importante sobre o processo de transformações, recuperação e promoção de hábitos alimentares saudáveis, pois busca empoderar os indivíduos com conhecimentos necessários para realizarem decisões mais conscientes pela adoção de atitudes, hábitos e práticas alimentares variadas e promotoras de saúde.

## CONCLUSÃO

Essa intervenção promoveu algumas melhorias no consumo alimentar dessas comunidades, porém não foi observada significância estatística para a maioria dos desfechos, o que pode ser devido às limitações citadas anteriormente. Todavia, esses resultados fornecem uma base para o desenvolvimento de ações de promoção da alimentação saudável em outras comunidades quilombolas do Brasil e comunidades vulneráveis no mundo, pois são escassos os estudos nessa área. Recomenda-se que ações intersetoriais e de longo prazo sejam implementadas, visando promover estilos de vida saudáveis nessas populações. Esse estudo contribui para o preenchimento de uma lacuna do conhecimento sobre estratégias para promoção da alimentação saudável para populações tradicionais, especialmente comunidades quilombolas, que sejam fundamentadas em suas demandas e cultura alimentar.



## REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Decreto n.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 artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2003/d4887.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm).
- 2- Gubert MB, Segall-Corrêa AM, Spaniol AM, Pedroso J, Coelho SEDAC, Pérez-Escamilla R. Household food insecurity in black-slaves descendant communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended?. *Public Health Nutr.*[Internet].2017Jun;20(8):1513-1522. Disponível em: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/486C22F7D836B6ECBCB16BC3AD61F98D/S1368980016003414a.pdf/household\\_food\\_insecurity\\_in\\_blackslaves\\_descendant\\_communities\\_in\\_brazil\\_has\\_the\\_legacy\\_of\\_slavery\\_truly\\_ended.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/486C22F7D836B6ECBCB16BC3AD61F98D/S1368980016003414a.pdf/household_food_insecurity_in_blackslaves_descendant_communities_in_brazil_has_the_legacy_of_slavery_truly_ended.pdf).
- 3- Bairros FSde. (In)Segurança Alimentar e Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome de Comunidades Quilombolas do Estado do Rio Grande do Sul[Tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – PPG Epidemiologia, 2013.
- 4- Vega-Macedo, M; Shamah-Levy, T; Peinador-Roldán, R; Méndez-Gómez, IH; Melgar-Quiñónez, H. Food insecurity and variety of food in Mexican households with children under five years. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2014; 56 Suppl 1:s21-30. Disponível em: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v56s1/v56s1a5.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v56s1/v56s1a5.pdf).
- 5- Leung, CW; Epel ES; Ritchie, LD; Crawford, PB; Laraia, BA. Food insecurity is inversely associated with diet quality of lower-income adults. *J Acad Nutr Diet* 2014 Dec; 114(12):1943-53.e2. DOI: 10.1016/j.jand.2014.06.353.
- 6- Belachew, T; Lindstrom, D; Gebremariam, A; Hogan, D; Lachat, C; Huybregts, L; Kolsteren, P. Food insecurity, food based coping strategies and suboptimal dietary practices of adolescents in Jimma zone Southwest Ethiopia. *PLoS One* [Internet]. 2013; 8(3):e57643. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0057643>. DOI: 10.1371/journal.pone.0057643.

- 7- Vuong, TN; Gallegos, D; Ramsey, R. Household food insecurity, diet, and weight status in a disadvantaged district of Ho Chi Minh City, Vietnam: a cross-sectional study. *BMC Public Health* [Internet]. 2015 Mar; 15:232. Disponível em: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-1566-z>. DOI: 10.1186/s12889-015-1566-z.
- 8- Hurtado-Guerrero AF. Situação nutricional de populações remanescentes de Quilombos do Município de Santarém, Pará-Brasil[Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, 2010.
- 9- Bezerra VM, Andrade ACS, César CC, Caiaffa WT. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. *Cad Saúde Pública*[Internet].2013;29(9):1889-1902. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013000900027&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900027&lng=en).
- 10- Ferreira HdaS, Silva WO, Santos EAdos, Bezerra MKdeA, Silva BCVda, Horta BL. Body composition and hypertension: a comparative study involving women from maroon communities and from the general population of Alagoas State, Brazil. *Rev Nutr*[Internet].2013;26(5):539-549. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.pgp?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732013000500005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.pgp?script=sci_arttext&pid=S1415-52732013000500005&lng=en).
- 11- Santos EC, Scala LCN, Silva ACda. Prevalência de hipertensão arterial e fatores de risco em remanescentes de quilombos, Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Hipertens*. 2015;22(3):100-5.
- 12- Barbosa MdoCL, Barbosa JB, Guerra LFA, Barbosa MFL, Barbosa FL, Barbosa RL, Guida DL, Martins MLB et al. Dislipidemia e risco cardiovascular em afrodescendentes: um estudo em comunidades quilombolas do Maranhão, Brasil. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(36):1-10.
- 13- Silva TSS, Bomfim CA, Leite TCR, Moura CS, Belo NdeO, Tomazi L. Hipertensão arterial e fatores associados em uma comunidade quilombola da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Colet*. 2016;24(3):376-383.
- 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. *Ciênsaúde coletiva*[internet]. 2019 Sep;24(9):3293-303. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019000903293&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000903293&lng=en)

- 15- WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2014. Geneva, 2014. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?ua=1).
- 16- Malta, DC; Morais Neto, OL; Silva, MMAda; Rocha, D; Castro, AMde; Reis, AACdos; et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. Ciên. Saúde coletiva [Internet]. 2016 June; 21(6):1683-1694. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000601683&script=sci_abstract&tlng=pt). DOI: 10.1590/1413-81232015216.07572016.
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 84p. Disponível em: [http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_alimentacao\\_nutricao.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf).
- 18- Ramos, FP; Santos, LAdaS; Reis, ABC. Educação alimentar e nutricional em escolares: uma revisão de literatura. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2013 Nov; 29(11):2147-2161. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2013001100003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001100003&lng=en).
- 19- Oliveira, LFCde. Segurança alimentar e nutricional no Brasil: da fome à obesidade [Dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás – Programa de Mestrado em Desenvolvimento e Planejamento Territorial, 2014.
- 20- Boog, MCF. . Programa de educação nutricional em escola de ensino fundamental de zona rural. Rev. Nutr. [Internet]. 2010 Dec; 23(6):1005-1017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732010000600007&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000600007&lng=en).
- 21- Neutzling MB, Bairros FS. Acesso aos Programas de Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Repercussões na Segurança Alimentar e Nutricional das Comunidades Quilombolas do Rio Grande do Sul. Cadernos de Estudos – Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, v.16,p.239-241, 2014.
- 22- IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório

Nacional de Acompanhamento. Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. Brasília:Ipea:MP, SPI, 2014.208p. Disponível em: [http://www.pnud.org.br/Docs/5\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/5_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf).

- 23- Neutzling MB *et al.* Educação alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação. In: Brasil, Ministério do Desenvolvimento Social. Chamada MCTI-CNPQ/MDS-SAGI nº 24/2013. 2017. Disponível em: [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/publicacao\\_chamada\\_mds\\_cpq\\_2013.pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirms/ferramentas/docs/publicacao_chamada_mds_cpq_2013.pdf).
- 24- Bairros FS, Knauth DR, Neutzling MB, organizadoras. Oficinas culinárias em comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul: ingredientes e modo de fazer. 1ª ed. Porto Alegre: UFRGS, 2017. 60p. Disponível em: <http://www.asbran.org.br/arquivos/quilombolas.pdf>.
- 25- Pope, C; Mays, N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2009. Porto Alegre: Artmed.
- 26- Victora, C; Knauth, D; Hassen, M. A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. 2000. Porto Alegre: Tomo Editorial. 133p.
- 27- Conway JM, Ingwersen LA, Vinyard BT, Moshfegh AJ. Effectiveness of the US Department of Agriculture 5-step multiple-pass method in assessing food intake in obese and nonobese women. *Am J Clin Nutr.* 2003;77(5):1171-8. PMID: 12716668.
- 28- ADSWEB. ADS Nutri: Análise de Dietas Online. Pelotas: Fundação de Apoio Universitário (FAU) 2006.
- 29- Tabela brasileira de composição de alimentos (TACO) / NEPA – UNICAMP.- 4. ed. rev. e ampl.. – Campinas: NEPA-UNICAMP, 2011. 161p. Disponível em: [http://www.nepa.unicamp.br/taco/contar/taco\\_4\\_edicao\\_ampliada\\_e\\_revisada.pdf?arquivo=taco\\_4\\_versao\\_ampliada\\_e\\_revisada.pdf](http://www.nepa.unicamp.br/taco/contar/taco_4_edicao_ampliada_e_revisada.pdf?arquivo=taco_4_versao_ampliada_e_revisada.pdf)
- 30- Pinheiro, ABV *et al.* Tabela para avaliação de consumo alimentar em medidas caseiras. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2004. 131 p.

- 31- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
- 32- Micha, R; Khatibzadeh, S; Shi, P; Andrews, KG; Engell, RE; Mozaffarian, D; Global Burden of Diseases Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). Global, regional and national consumption of major food groups in 1990 and 2010: a systematic analysis including 266 country-specific nutrition surveys worldwide. *BMJ Open* [Internet]. 2015 Sep; 5(9):e008705. Disponível em: <http://bmjopen.bmj.com/content/5/9/e008705.long>.
- 33- Willet, W. Food and nutrients. In: *Nutricional Epidemiology* (W. Willet, ed.), pp. 20-33, New York/Oxford: Oxford University Press, 1998.
- 34- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília, 2015. 33p.:il. Disponível em < [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores\\_consumo\\_alimentar\\_atencao\\_basica.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/marcadores_consumo_alimentar_atencao_basica.pdf).
- 35- Neves CEP, Caetano E, Silva MdeA. A produção da vida material e imaterial em comunidades chiquitanas e quilombolas em Mato Grosso: uma nova/velha forma de existência. *Polis, Santiago*[Internet].2015;14(40):191-207. Disponível em: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-65682015000100010&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-65682015000100010&lng=es&nrm=iso).
- 36- Araújo MdoSGde, Lima Filho DL. Cultura, trabalho e alimentação em comunidades negras e quilombolas do Paraná. *Ateliê Geográfico Goiânia-GO* [Internet].2012 Out; 6(3):113-131(Edição Especial). Disponível em: <https://www.revistas.ufg.br/atelie/article/view/21060/12370>.
- 37- Contreras J; Gracia M. Alimentação, sociedade e cultura. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.496p.
- 38- Baranowski T. 24-hour recall and diet record methods. In: Willet WC. *Nutritional Epidemiology*. Oxford; New York 3ªed: Oxford University Press, 2013. 529p. ISBN: 9780199754038

- 39- Figueroa, D. Padrões alimentares: da teoria à prática – o caso do Brasil. *Mneme Revista de Humanidades* [Internet]. 2004; 04(09):104-114. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/mneme/article/view/184/171>.
- 40- Estima, CCP; Philippi ST; Alvarenga, MS. Fatores determinantes do consumo alimentar: por que os indivíduos comem o que comem? *Rev Bras Nutr Clin* [Internet]. 2009; 24(4):263-268. Disponível em: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14114/art\\_ESTIMA\\_Fatores\\_determinantes\\_de\\_consumo\\_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/14114/art_ESTIMA_Fatores_determinantes_de_consumo_2009.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- 41- Ferreira, SRG. Alimentação, nutrição e saúde: avanços e conflitos da modernidade. *Cienc. Cult.* [Internet]. 2010 Oct; 62(4):31-33. Disponível em: [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252010000400011&lng=en](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252010000400011&lng=en).
- 42- WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: World Health Organization, 2003. Disponível em: [http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao\\_introduction.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/publications/trs916/en/gsfao_introduction.pdf).

Tabela 1 – Características demográficas e socioeconômicas dos Grupos Intervenção e Controle, na linha de base, em responsáveis pelas famílias de comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul (n=178).

Variáveis	Grupo Controle	Grupo Intervenção	P-valor
	(n= 82)	(n= 96)	
	n (%) ou média (IC 95%)	n (%) ou média (IC 95%)	
<b>Raça</b>			
Branca	8 (9,76)	5 (5,21)	0,407
Negra	70 (85,37)	88 (91,67)	
Outro	4 (4,88)	3 (3,13)	
<b>Sexo</b>			
Masculino	22 (26,83)	32 (33,33)	0,346
Feminino	60 (73,17)	64 (66,67)	
<b>Idade (anos completos)</b>	43,07 (39,42-46,72)	44,61 (41,47-47,75)	0,453
<b>Estado civil</b>			
Com companheiro	44 (53,66)	55 (57,29)	0,626
Sem companheiro	38 (46,34)	41 (42,71)	
<b>Escolaridade</b>			
0 a 4 anos de estudo	47 (57,32)	67 (69,79)	0,219
5 a 7 anos de estudo	27 (32,93)	17 (17,71)	
8 a 10 anos de estudo	4 (4,88)	7 (7,29)	
11 a 14 anos de estudo	2 (2,43)	2 (2,08)	
15 ou mais anos de estudo	2 (2,44)	3 (3,13)	
<b>Renda familiar per capita (reais)</b>	321,61 (262,51-380,72)	289,00 (225,83-353,01)	0,467

Tabela 2 – Características de consumo alimentar dos Grupos Intervenção e Controle, na linha de base, em responsáveis pelas famílias de comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul (n=178).

Variáveis	Grupo Controle	Grupo Intervenção	P-valor
	(n= 82)	(n= 96)	
	média (IC 95%)	média (IC 95%)	
Consumo de alimentos tradicionais (%VET)	24,85 (21,77-27,94)	25,00 (21,47-28,53)	0,751
Consumo de legumes e verduras*	3,03 (2,24-3,82)	3,65 (2,83-4,47)	0,276
Consumo de frutas*	20,27 (15,07-25,48)	18,26 (13,16-23,35)	0,576
Consumo de suco de frutas natural*	10,81 (8,03-13,59)	14,15 (9,81-18,49)	0,225
Consumo de refrigerantes ou sucos artificiais*	14,31 (8,62-20,00)	5,00 (2,25-7,75)	0,001
Consumo de açúcar*	1,61 (1,27-1,96)	1,84 (1,41-2,28)	0,521

\*% da quantidade total de alimentos consumidos em g

Tabela 3 – Mudanças nas médias de consumo de alimentos tradicionais e de legumes e verduras entre os períodos pré e pós intervenção em responsáveis pela família de comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, utilizando a análise estatística de Equações de Estimáveis Generalizadas (GEE)

Grupo	Desfecho Tempo					
	Alimentos tradicionais (%VET)		Legumes e verduras (% da quantidade total de alimentos consumidos em g)		Legumes e verduras (% desses alimentos em relação ao total de alimentos consumidos)	
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Controle	24,85aA	25,17aA	3,03aA	3,32aA	11,23aA	10,86aA
Intervenção	25,00aA	27,84aA	3,65aA	3,33aA	11,97aA	13,09bA

\*Letras minúsculas distintas mostram que as médias do respectivo desfecho em cada tratamento diferem dentro de um determinado tempo. Letras maiúsculas distintas mostram a evolução de um determinado grupo conforme o passar do tempo.

Tabela 4 – Mudanças nas médias de consumo de suco de frutas natural, de açúcar de mesa e de refrigerantes e sucos artificiais entre os períodos pré e pós intervenção em responsáveis pela família de comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul, utilizando a análise estatística de Equações de Estimáveis Generalizadas (GEE)

Grupo	Desfecho Tempo					
	Consumo de suco de fruta natural (% da quantidade total de alimentos consumidos em g)		Consumo de açúcar de adição (% da quantidade total de alimentos consumidos em g)		Consumo de Refrigerante (% da quantidade total de alimentos consumidos em g)	
	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção	Pré-intervenção	Pós-intervenção
Controle	10,81aA	17,40aB	1,61aA	2,17aA	14,31aA	10,42aA
Intervenção	14,15aA	17,82aA	1,84aA	1,39bA	5,00bA	6,46aA

\*Letras minúsculas distintas mostram que as médias do respectivo desfecho em cada tratamento diferem dentro de um determinado tempo. Letras maiúsculas distintas mostram a evolução de um determinado grupo conforme o passar do tempo.



## 9. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo contribui para o preenchimento de uma lacuna do conhecimento a respeito de estratégias para o desenvolvimento e avaliação de ações de promoção da alimentação saudável para populações tradicionais, especialmente comunidades quilombolas, que sejam fundamentadas em suas demandas e cultura alimentar. Os resultados aqui apresentados fornecem uma base para o desenvolvimento de políticas públicas e ações de promoção da alimentação saudável em outras comunidades quilombolas do RS, do Brasil e de outras comunidades vulneráveis no mundo.

A cultura alimentar das duas comunidades quilombolas é influenciada por suas condições socioeconômicas, estigma relacionado ao racismo e pelos hábitos alimentares do local/cidade/região onde estão inseridas, ou seja, seu contexto. Houve mudanças em hábitos alimentares de antigamente, podendo algumas estar associadas ao estigma relacionado às práticas alimentares tradicionais. As participantes dos grupos focais demonstraram, ainda, conhecimento sobre a influência da alimentação sobre a saúde, manifestando interesse em conhecer novos alimentos e formas de preparo mais saudáveis.

Os resultados apresentados no artigo 1 forneceram informações até agora não existentes sobre os hábitos alimentares dessas duas comunidades quilombolas, de forma sistematizada, além de contribuições importantes para o planejamento da intervenção realizada. Partimos do pressuposto de que a eficácia de uma intervenção na adoção continuada e sustentável de uma alimentação saudável está condicionada à sua adequação cultural. Ou, em outras palavras, a intervenção precisa dialogar com as práticas e o significado atribuídos aos alimentos pelos membros da comunidade, valorizando sua história e possibilitando a ressignificação destas práticas e alimentos.

As experiências vividas pelas pessoas são muitas vezes ignoradas, não colocadas dentro de um contexto e raramente são incluídas nas pesquisas. Nossa abordagem busca enfatizar as experiências, a cultura e as opiniões das pessoas que residem nas comunidades quilombolas incluídas no estudo. No contexto do projeto “Educação Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas com Insegurança Alimentar: Resgate da Cultura Alimentar, Promoção da Alimentação Saudável e da Exigibilidade do Direito Humano à Alimentação”, a elucidação, ou seja, conhecer e compreender a

cultura alimentar das comunidades quilombolas, foi de fundamental importância, pois o modelo de intervenção é um modelo que parte da cultura alimentar, ela fundamenta a intervenção.

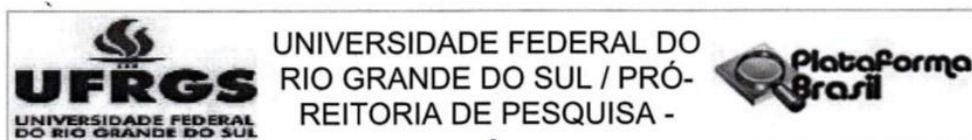
A partir dos resultados de um diagnóstico prévio, buscou-se desenvolver as estratégias de educação nutricional apresentadas no artigo 2, através da construção conjunta de processos, que promovam a exigibilidade do direito humano à alimentação, a valorização de hábitos e tradições culturais, o acesso e o consumo a alimentos saudáveis, por comunidades quilombolas do Rio Grande do Sul.

Os resultados apresentados no artigo 3 demonstraram mudanças positivas nas práticas alimentares das comunidades que receberam a intervenção. A falta de significância estatística para alguns desfechos pode se dever ao tamanho da amostra (falta de poder para detectar diferenças significativas) e também pelo fato de as análises terem sido por intenção de tratar, além de algumas outras limitações descritas anteriormente. A abordagem qualitativa foi de fundamental importância para detectar melhorias não quantificáveis ocorridas, como por exemplo, valorização das práticas alimentares tradicionais.

Considerando a precariedade de condições de vida e saúde que caracterizam essas comunidades, recomenda-se que ações intersetoriais e com continuidade sejam delineadas e implementadas com vistas a promover estilos de vida saudáveis para essas populações.

## 10. ANEXOS

### a. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Educação Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas com insegurança alimentar: resgate da cultura alimentar, promoção da alimentação saudável e da exigibilidade do Direito Humano a Alimentação.

**Pesquisador:** Marilda Borges Neutzling

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 26447614.2.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 635.254

**Data da Relatoria:** 24/04/2014

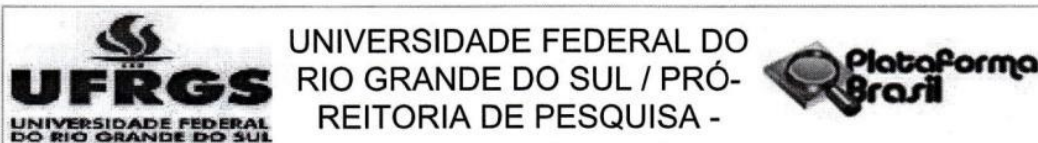
##### Apresentação do Projeto:

A pesquisa proposta visa desenvolver estratégias de educação nutricional, interferindo na alimentação de duas comunidades quilombolas gaúchas (de Canguçu e Pelotas), respeitando e valorizando os hábitos e tradições culturais dessas comunidades. Haverá avaliação do antes e depois da intervenção, utilizando metodologias qualitativas e quantitativas. A pesquisa se faz em continuidade com outra realizada pela mesma equipe em 2011, em que se mostrou significativa insegurança alimentar e problemas relacionados à nutrição nas comunidades de Canguçu e Pelotas. O estudo será feito em três fases: I – Estudo qualitativo para a identificação da cultura e práticas alimentares das comunidades quilombolas em questão; diagnóstico (quantitativo) alimentar, nutricional, de acesso a programas de combate à fome e insegurança alimentar nas duas comunidades quilombolas; II – Realização de oficinas que valorizem as práticas alimentares tradicionais, respeitando a cultura alimentar e estimulando a promoção da alimentação saudável; formação de sujeitos multiplicadores dessa intervenção; e III – Avaliação da intervenção anterior através da análise de alterações no consumo e nas práticas alimentares, na exigibilidade do direito humano à alimentação e na insegurança alimentar.

##### Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver estratégias de educação nutricional através da construção conjunta de processos e

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 635.254

valorização de hábitos e tradições culturais, a fim de promover o consumo de alimentos saudáveis e melhorias nas condições de saúde da população quilombola.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão adequadamente descritos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa mostra-se bem fundamentada em todos os seus aspectos e revela uma preocupação genuína com comunidades que têm sua alimentação e nutrição prejudicadas por uma série de fatores, dentre eles o maior acesso a alimentos industrializados e condições econômicas adversas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE da fase quantitativa afirma duas vezes "Uma das vias desse termo de consentimento livre e esclarecido ficará com você." O TCLE das oficinas culinárias inclui um termo de cessão de uso de áudio e imagem, mas em nenhum momento do termo fica claro que os participantes serão filmados (apenas o áudio é referido). Os termos de anuência foram todos anexados (dos representantes das comunidades quilombolas onde será realizada a pesquisa, das Equipes de Estratégia Saúde da Família e das comunidades de Cristal e Nova Palma, que funcionarão como grupo controle).

**Recomendações:**

Recomenda-se aprovação, com a sugestão de excluir do TCLE da fase quantitativa uma das vezes em que é afirmado que uma das vias do termo ficará com o participante. Sugere-se também referir no TCLE das oficinas culinárias a possibilidade de haver registro de imagem ou alterar o título do "termo de cessão de uso de áudio e imagem" para "termo de cessão de uso de áudio".

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências que impeçam a aprovação do projeto por este CEP.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

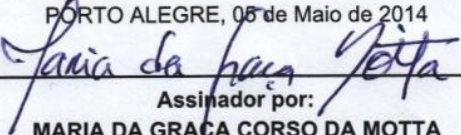
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Encaminhe-se.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

Continuação do Parecer: 635.254

PORTO ALEGRE, 05 de Maio de 2014



Assinador por:

**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
Bairro: Farroupilha CEP: 90.040-060  
UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)

## b. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): fase quantitativa (I e III)



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (fase quantitativa)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está realizando uma pesquisa com populações quilombolas do Rio Grande do Sul. A pesquisa é intitulada **“Educação Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas com insegurança alimentar: resgate da cultura alimentar, promoção da alimentação saudável e da exigibilidade do Direito Humano a Alimentação”**. Este estudo tem por objetivo conhecer os hábitos e a cultura alimentar de comunidades quilombolas visando a elaboração de estratégias de educação nutricional através da valorização de hábitos e tradições culturais.

Gostaríamos de convidar você para participar do estudo. A participação na pesquisa consiste em responder um questionário sobre seu consumo alimentar, hábitos alimentares, acesso aos serviços de saúde e programas governamentais de combate à fome. Essa atividade terá duração de cerca de uma hora, ocorrerá em local privativo e será conduzida por um entrevistador treinado. Após a entrevista você será pesado, medido e verificaremos a medida de sua cintura.

Os questionários serão digitados e posteriormente guardados em local seguro (na Universidade) por cinco anos. Os dados da pesquisa não serão identificados, isto é, seu nome não irá aparecer em nenhum momento. Os resultados serão apresentados sem que seja possível identificar individualmente os participantes.

A participação no estudo é voluntária e você tem toda a liberdade para aceitar ou recusar este convite, sem nenhum constrangimento. Você também pode se recusar a responder alguma pergunta ou desistir da participação em qualquer momento do estudo.

Se você tiver alguma dúvida sobre a pesquisa, poderá contatar a pesquisadora responsável, a professora Marilda Neutzling pelo telefone 33085118 ou 33085620, ou o presidente do comitê de ética da UFRGS, no telefone 33083738.

Eu, \_\_\_\_\_ pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Participante

\_\_\_\_\_  
Profa Dra. Marilda Borges Neutzling  
Coordenadora de Pesquisa

c. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): fase qualitativa (I e III)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E  
TERMO DE CESSÃO DE USO DE ÁUDIO E IMAGEM (Grupos focais)

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está realizando uma pesquisa com populações quilombolas do Rio Grande do Sul. A pesquisa é intitulada **“Educação Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas com insegurança alimentar: resgate da cultura alimentar, promoção da alimentação saudável e da exigibilidade do Direito Humano a Alimentação”**. Este estudo tem por objetivo conhecer os hábitos e a cultura alimentar de comunidades quilombolas visando a elaboração de estratégias de educação nutricional através da valorização de hábitos e tradições culturais.

Gostaríamos de convidar você para participar do estudo. A participação na pesquisa consiste em ir a reuniões com grupos da comunidade (grupos focais) para discutir a alimentação habitual das pessoas, alimentação saudável, práticas alimentares. Essas discussões serão gravadas em áudio e depois transcritas, sendo o material guardado em local seguro (na Universidade) por cinco anos. Os dados da pesquisa não serão identificados, isto é, seu nome não irá aparecer em nenhum momento. Os resultados serão utilizados para fins de estudo e apresentados sem que seja possível identificar individualmente os participantes.

A participação na pesquisa é voluntária e você tem toda a liberdade para aceitar ou recusar este convite, sem nenhum constrangimento. Você também pode se recusar a responder alguma pergunta ou desistir da participação em qualquer momento do estudo.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável, a professora Marilda Neutzling pelo telefone 33085118 ou 33085620, ou o presidente do comitê de ética da UFRGS, no telefone 33083738.

Eu, \_\_\_\_\_ pelo  
presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da  
pesquisa. Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Participante

\_\_\_\_\_  
Profa Dra. Marilda Borges Neutzling  
Coordenadora de Pesquisa

**d. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): Intervenção (Fase II)**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO E**

**TERMO DE CESSÃO DE USO DE ÁUDIO E IMAGEM**

**(Oficinas culinárias)**

O Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) está realizando uma pesquisa com populações quilombolas do Rio Grande do Sul. A pesquisa é intitulada **“Educação Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas com insegurança alimentar: resgate da cultura alimentar, promoção da alimentação saudável e da exigibilidade do Direito Humano a Alimentação”**. Este estudo tem por objetivo conhecer os hábitos e a cultura alimentar de comunidades quilombolas visando a elaboração de estratégias de educação nutricional através da valorização de hábitos e tradições culturais.

Gostaríamos de convidar você para participar do estudo. A participação na pesquisa consiste em se envolver em oficinas culinárias que ocorrerão na comunidade. Nessa atividade os (as) participantes serão convidados (as) a preparar pratos tradicionais daquela comunidade, bem como incluir alimentos saudáveis nessas preparações. Todos os gêneros alimentícios utilizados nas oficinas serão fornecidos pelos pesquisadores do projeto. Haverá registro em áudio das falas dos participantes durante as oficinas. Essas falas serão depois transcritas, sendo o material guardado em local seguro (na Universidade) por cinco anos. Os dados da pesquisa não serão identificados, isto é, seu nome não irá aparecer em nenhum momento. Os resultados serão utilizados para fins de estudo e apresentados sem que seja possível identificar individualmente os participantes.

A participação na pesquisa é voluntária e você tem toda a liberdade para aceitar ou recusar este convite, sem nenhum constrangimento. Você também pode se recusar a responder alguma pergunta ou desistir da participação em qualquer momento do estudo.

Se você tiver alguma dúvida sobre o estudo, poderá contatar a pesquisadora responsável, a professora Marilda Neutzling pelo telefone 33085118 ou 33085620, ou o presidente do comitê de ética da UFRGS, no telefone 33083738.

Eu, \_\_\_\_\_, pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa. Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) Participante

\_\_\_\_\_  
Profa Dra. Marilda Borges Neutzling  
Coordenadora de Pesquisa



### e. Carta de anuência dos líderes das comunidades



#### Carta de Anuência

Prezado (a)Sr(a). \_\_\_\_\_

Representante da Comunidade Quilombola \_\_\_\_\_

Solicitamos sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada **“Educação Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas com insegurança alimentar: resgate da cultura alimentar, promoção da alimentação saudável e da exigibilidade do Direito Humano a Alimentação.”** Este estudo tem por objetivo conhecer os hábitos e a cultura alimentar de comunidades quilombolas visando a elaboração de estratégias de educação nutricional que promovam o consumo de alimentos saudáveis e melhorias nas condições de saúde da população quilombola.

Para realização do estudo, em um primeiro momento serão realizadas entrevistas (através de questionário) com os chefes de famílias das comunidades e realizadas medidas de peso, altura e circunferência da cintura nesses indivíduos. Paralelamente, parte de nossa equipe realizará entrevistas (semi-estruturadas) com as lideranças comunitárias. Em uma segunda fase as famílias serão convidadas a participar de grupos de discussão sobre seus hábitos alimentares (grupos focais). A seguir serão desenvolvidas, com participantes voluntários, oficinas culinárias, visando a promoção da alimentação saudável. Nessas oficinas, os gêneros alimentícios utilizados serão providenciados pelo projeto. Ao mesmo tempo os assuntos “segurança alimentar, direito humano à alimentação e saúde das populações quilombolas” serão trabalhados com os serviços de saúde mais próximos a comunidade. E por fim, em uma terceira fase, haverá reaplicação do questionário inicial e uma segunda medição de peso, altura e circunferência da cintura dos responsáveis pelas famílias.

Todos os dados e informações obtidas a partir da pesquisa serão utilizados para fins de estudo e planejamento de políticas públicas, os participantes não serão identificados. As entrevistas semi-estruturadas e as discussões realizadas em grupos (grupos focais) poderão ser gravados em áudio e depois transcritos, sendo o material guardado em local seguro (na Universidade) por cinco anos. A participação de qualquer membro da comunidade é voluntária e terão toda a liberdade para aceitar ou recusar este convite, não implicando em nenhum tipo de constrangimento para a pessoa que se recusar a participar. Colocamo-nos à disposição para esclarecimentos em qualquer momento da pesquisa.

Profa Marilda Neutzling (Coordenadora do estudo)

Eu, _____ (Representante da Comunidade Quilombola _____), autorizo a realização da pesquisa “Educação Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas com insegurança alimentar: resgate da cultura alimentar, promoção da alimentação saudável e da exigibilidade do Direito Humano a Alimentação.”  _____ Assinatura Representante	Data: ____/____/____
--	----------------------

Telefones de contato da Profa Marilda Neutzling: 51- 3308 5118 ou 51-33085620

Telefone de contato do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS: 051-33083738

f. Questionário de Pesquisa (FASE I e FASE III)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
 Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia  
 Pesquisa de Segurança Alimentar e Nutricional em quilombos do RS.

INSTRUMENTO GERAL

<i>Informações gerais</i>	
Questionário: _____ Entrevistador: _____ Data da Entrevista: ____/____/____ Município: _____ Comunidade Quilombola: _____ Nome do entrevistado: _____ Endereço do entrevistado: _____ Telefone do entrevistado: _____ Telefone contato: _____ Observação: _____	Quest ____  Entr ____  Data ____/____/____  Municip ____  Comunid ____
<i>Vou fazer algumas perguntas sobre você e sua família:</i>	
1. <b>Observar:</b> Sexo: (0) Masculino (1) Feminino  2. Qual a sua data de nascimento? ____/____/____  3. Quantos anos completos você tem? ____ anos (999) IG  4. Qual o seu estado civil? ( <i>resposta estimulada</i> ) (0) Casada (1) Em união (2) Viúva (3) Separada/divorciada (4) Solteira (9) IG  5. Qual sua cor? ( <i>resposta estimulada</i> ) (0) Branca (1) Parda (2) Preta (3) Amarela (4) Indígena (9) IG  6. Você está trabalhando? (1) Trabalhando (2) Desempregado (3) Aposentado (4) Pensionista (5) Encostado (6) Estudante (7) Dona de casa ( ) Outra situação: _____  ☑ Se a pessoa não estiver trabalhando, pule para a questão 11.  7. Onde você trabalha? _____  8. Qual a sua principal ocupação atualmente? _____  9. No seu trabalho você tem carteira assinada? (0) Não (1) Sim	Sexo ____  DN ____  Anos ____  Estciv ____  Cor ____  Trab1 ____  Ondetrab1 ____  Ocuptrab1 ____  Carteira1 ____

10. Quantas horas você trabalha por semana? \_\_\_\_\_ horas

11. Até que ano (série completa) você estudou? \_\_\_\_\_ série do \_\_\_\_\_ grau

Se curso superior: (20) incompleto (30) completo  
(40) mestrado completo (50) Doutorado completo

12. Quantas famílias moram nesta casa? \_\_\_\_\_ famílias

13. Quantas pessoas moram nesta casa? \_\_\_\_\_ pessoas

Hstrab1\_\_\_\_

Série1\_\_\_\_

Nfamilia \_\_\_\_

Nmorador\_\_\_\_

**Agora vamos fazer algumas perguntas sobre a sua casa**

14. Qual o tipo da sua casa?

(1) tijolo/adobe/alvenaria (2) taipa revestida (3) madeira (4) material aproveitado  
(5) barro (6) Mista (Tijolo e madeira) ( ) outro\_\_\_\_\_

Tipcasa \_

15. Quantos cômodos ou peças têm sua casa? \_\_\_\_\_

Comodos \_\_

16. Sua casa possui energia elétrica? (0) Não (1) Sim

Energia \_

17. Qual o tipo de abastecimento de água?

(1) rede pública (2) Poço ou nascente (3) Cisterna (4) Carro pipa (5) Cacimba  
(6) Água engarrafada (7) Chafariz ( ) Outros\_\_\_\_\_ (9) IG (8) NSA

Abastag \_

Se for rede pública pule para questão 19

18. Qual o tratamento da água no domicílio?

(1) filtração (2) fervura (3) Cloração (4) Sem tratamento

Tratagua \_

19. Qual o destino do lixo do domicílio?

(1) Coletado (2) Queimado/enterrado (3) Céu aberto ( ) Outro\_\_\_\_\_

Lixo \_

20. Qual o destino das fezes e urina no domicílio?

(1) Sistema de esgoto (rede geral) (2) Fossa (3) Céu aberto ( ) Outros\_\_\_\_\_

Destfezes \_

21. Por favor, responda quais e quantos destes itens vocês possuem em casa. Considere somente os aparelhos que estejam funcionando no momento:

ITENS	NÃO		SIM	QUANTOS?			
Rádio	Não	(0)	Sim. Quantos?	1. m	• Dois	• Três	(4)Quatro ou +
Geladeira	Não	(0)	Sim	(4) Sim			
Freezer	Não	(0)	Sim	(2) Sim			
Carro	Não	(0)	Sim. Quantos?	(4) Um	(7) Dois	(9) Três ou mais	

Rádio \_

Gelad \_

Freezer \_

Carro \_

Maquina \_

Máq. Lavar roupa	Não	(0)	Sim	(2) Sim			
Vídeo cassete/DVD	Não	(0)	Sim	(2) Sim			
Televisão a cores	Não	(0)	Sim. Quantos?	(1) Uma	(2) Duas	(3) Três	(4) Quatro ou +
Banheiro	Não	(0)	Sim. Quantos?	(4) Uma	(5) Duas	(6) Três	(7) Quatro ou +
Empregada mensalista	Não	(0)	Sim. Quantos?	(3) Uma	(4) Duas ou +		

Dvd \_

Tv \_

Banh \_

Empreg \_

**Agora vamos conversar sobre recebimento de benefícios do governo**

**22.** A família está cadastrada no **Cadastro Único** para Programas Sociais do Governo Federal (CAD ÚNICO)?

(0) Não (1) Sim (9) IG

CadUnic\_

TarSocEnerEle\_

**23.** A família tem acesso a **Tarifa Social de Energia Elétrica**?

(0) Não (1) Sim (9) IG

TarSEE%\_ \_ \_

Se sim: Que ano \_\_\_\_\_ Qual percentual de desconto \_\_\_\_\_%

DecAptPronaf\_

**24.** Alguma pessoa residente no domicílio possui **Declaração de Aptidão ao PRONAF – DAP**?

(0) Não (1) Sim: Ano \_\_\_\_\_ (9) IG

ATER\_

ATERPeriodo\_

**25.** A família recebe acompanhamento/visita **técnica de extensão rural (ATER)**?

(0) Não (1) Sim (9) IG

Se sim: Qual periodicidade? \_\_\_\_\_

Qual a data aproximada da última visita? \_\_\_\_\_

Quem visitou? \_\_\_\_\_

ATERdata\_

ATERvisi\_

VendAlimeCQ\_

**26.** Alguma pessoa residente no domicílio vende algum alimento/produto oriundo da comunidade quilombola?

(0) Não **Pule para questão 28** (1) Sim (9) IG

Se sim: Qual(is) alimento(s)/produto(s)? \_\_\_\_\_

QualVendACQ\_

**27.** Algum destes alimentos/produtos levam a identificação do **Selo Quilombos do Brasil**?

(0) Não (1) Sim (9) IG

Se sim: Qual(is) alimento(s)/produto(s)? \_\_\_\_\_

SeloQB\_

**28.** Alguma pessoa residente no domicílio participa de algum **programa de geração de trabalho e renda**?

(0) Não (1) Sim (9) IG

Se sim: Quem e qual(is) são esses programas? \_\_\_\_\_

ProgGerTraRen\_

QualProgGTR\_

**29.** Alguma pessoa residente no domicílio participa de algum programa por meio da **economia solidária**?

(0) Não (1) Sim (9) IG

Se sim: Quem e qual(is) são esses programas? \_\_\_\_\_

ProgEconSolid\_

QuaisProgES\_

ProgEdCam\_

**30.** Alguma pessoa residente no domicílio participa de algum **programa de educação do campo ou**

QualPECDR\_

**desenvolvimento rural?**

(0) Não (1) Sim (9) IG

Se sim: Quem e Qual(is) são esses programas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pronatec\_

**31. Alguma pessoa residente no domicílio participa de algum curso de ensino do PRONATEC (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego)?**

(0) Não (1) Sim (9) IG

Se sim: Quem e onde é realizado o curso? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

OndPronatec\_\_\_\_\_

BenefBF\_

QuantBenBF\_

**32. Algum morador recebe atualmente algum benefício do Bolsa Família?**(0) Não  **Pule para questão 36** (1) Sim

Se sim, quantas? \_\_\_\_\_ pessoas (cartões)

**33. Qual o valor recebido por cada pessoa pelo programa bolsa família?**

Pessoa 1 R\$ \_\_\_\_\_

Pessoa 2 R\$ \_\_\_\_\_

Pessoa 3 R\$ \_\_\_\_\_

Pessoa 4 R\$ \_\_\_\_\_

Valopbf1 \_\_\_\_\_

Valopbf2 \_\_\_\_\_

Valopbf3 \_\_\_\_\_

Valopbf4 \_\_\_\_\_

**34. Você conhece as condições que uma família deve cumprir para receber Programa Bolsa Família?**(0) Não  **Pule para questão 40** (1) Sim

Condpbf\_

**35. Se Sim:** Quais são as condições que você conhece?

Condicionalidades	Não (0)	Sim (1)
Frequência escolar		
Ir semestralmente a uma Unidade de Saúde		
Carteira de Vacinação em dia		
Pesagem		
Outra:		

Freqpbf\_

Uspbf\_

Vacinpbf\_

Pesagpbf\_

Outrapbf\_

 **Pule para questão 40****36. Alguma vez algum morador recebeu Bolsa Família?**(0) Não  **Pule para questão 42** (1) Sim

vezpbf\_

**37. Por quanto tempo recebeu este benefício? \_\_\_\_\_ meses**

Temppbf1 \_\_\_\_\_

**38. Há quanto tempo não recebe o benefício Bolsa Família? \_\_\_\_\_ meses**

Ntempbf1 \_\_\_\_\_

**39. Qual o motivo para o cancelamento do benefício do programa Bolsa Família? (resposta múltipla)**

(1) Frequência escolar (2) Não foi a US (3) Carteira de vacinação não estava em

Cancpbf\_

dia (9) Não sabe ( )Outro motivo: _____	
<b>40.</b> O dinheiro recebido com o programa bolsa família é (era) gasto principalmente com o que? <i>(Resposta múltipla escolha)</i> (1) Alimentação (2) Material Escolar (3) Vestuário (4) Remédios (5) Gás (6) Luz (7) Tratamento médico (8) Água (9) Transporte ( )Outro: _____	Gastpbf _ _ _ _
<b>41.</b> Após o recebimento do Programa Bolsa Família houve mudança na alimentação da família? (0) Não (1) Sim Se sim, que mudança? _____ _____	Mudalimen __ Qmudança __
<b>42.</b> Algum morador desta casa já recebeu alguma doação de cesta de alimentos? (0) Não <b>☒Pule para questão 44</b> (1) Sim Se sim, quem forneceu (orgão/instituição)? _____ Se sim há quanto tempo? _____ meses	Cestal__ Fcestal__ Tcestal__
<b>43.</b> Nos últimos 30 dias, algum morador desta casa recebeu alguma doação de cesta de alimentos? (0) Não (1) Sim Se sim, quem forneceu? _____	Cestal30__ Fcesta30I__
<b>44.</b> A família participa do programa de aquisição de alimentos (PAA)? (0) Não <b>☒Pule para questão 59</b> (1)Nem sei o que é esse programa <b>☒Pule para questão 59</b> (2)Sim	Partpaa _
<b>45.</b> Desde quando a família participa do PAA? _____ meses	Temppaa _ _ _
<b>46.</b> A família participa como produtor de alimentos ou como família que recebe alimentos do PAA? (1) Produtor (2) Família recebe alimentos do PAA <b>☒Pule para questão 53</b> (3) Ambas	Tipopaa _
<b>47. Se a família é produtora de alimentos:</b>  Que alimentos e qual quantidade a família produz para o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA)? _____ _____	
<b>48.</b> Para onde são vendidos os alimentos? _____ _____	
<b>49.</b> Os preços pagos pelo governo são justos e compensadores? (0) Não (1) Sim	Preçopaa _
<b>50.</b> A família está satisfeita com o programa? (0) Não (1) Sim	Satisfpaa _
<b>51.</b> Quais são as vantagens do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) para o produtor? _____	

<p>52. Quais são as dificuldades do Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) para o produtor? _____</p> <hr/> <p><b>53. Se a família recebe alimentos do PAA:</b></p> <p>Onde a família recebe os alimentos? _____</p> <p>54. Que alimentos e quantidades recebem? _____</p> <hr/> <p>55. A família está satisfeita com o programa de aquisição de alimentos (PAA)? (0) Não (1) Sim</p> <p>56. Quais são as vantagens do Programa de Aquisição de Alimentos? _____</p> <hr/> <p>57. Quais são as dificuldades do Programa de Aquisição de Alimentos? _____</p> <hr/> <p>58. A família recebe ou tem acesso a algum outro programa de governo? _____</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Satisfprog _</p>
<b>Agora vamos conversar sobre atividades agrícolas</b>	
<p>59. Você exerce alguma atividade agrícola?</p> <p><i>Atividade agrícola trata-se de qualquer atividade de: agricultura, pecuária, extração vegetal, pesca, caça, piscicultura ou serviço auxiliar em alguma destas atividades.</i></p> <p>1. Não <input type="checkbox"/> <b>Pule para questão 65</b> (1) Sim</p> <p>60. Nesta atividade agrícola você é: <i>(resposta estimulada)</i>  (1) Empregado (2) Conta Própria (3) Empregador (4) Não remunerado (para o próprio consumo)  (5) Empregado/ Conta Própria (9)IG (8)NSA</p> <p>61. Vendeu alguma parte da produção?  (0) Não <input type="checkbox"/> <b>Pule para questão 63</b> (1) Sim</p> <p>62. Quem comprou parte da produção?  (1) Empresa (2) Cooperativa (3) Governo  (4) Intermediário Particular (5) Consumidor direto ( )outro</p>	<p>Atvagri _</p> <p>Vatvagri _</p> <p>Vendprod _</p> <p>Quemcomp _</p> <p>Consfam _</p>

<p><b>63.</b> Algo da produção foi consumida pela família? (0) Não (1) Sim</p> <p><b>64.</b> Que parcela da produção foi consumida pelas pessoas moradoras deste domicílio? (1) menos da metade (2) metade (3) mais da metade</p>	<p>Consmor _</p>
<p><b>Agora vou ler algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa. Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que a senhora (sr) responda todas elas.</b></p>	
<p><b>65.</b> Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio <u>tiveram a preocupação de que a comida acabasse</u> antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p> <p><b>66.</b> Nos últimos três meses, <u>os alimentos acabaram</u> antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p> <p><b>67.</b> Nos últimos 3 meses os moradores desse domicílio <u>ficaram sem dinheiro (ou produção)</u> para ter uma alimentação saudável e variada?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p> <p><b>68.</b> Nos últimos 3 meses os moradores deste domicílio <u>comeram apenas alguns poucos tipos de</u></p>	<p>EBIA65_</p> <p>EBIA66_</p> <p>EBIA67_</p>



<p><i>alimentos que ainda tinham</i>, porque o dinheiro acabou?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p>	<p>EBIA68_</p>
<b>PARA DOMICÍLIO COM MORADORES DE 18 ANOS OU MAIS DE IDADE</b>	
<p><b>69.</b> Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, <u>deixou de fazer alguma refeição</u>, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p>	<p>EBIA69_</p>
<p><b>70.</b> Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade, <u>comeu menos do que achou que devia</u>, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p>	<p>EBIA70_</p>
<p><b>71.</b> Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade <u>sentiu fome, mas não comeu</u>, porque não tinha dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p>	<p>EBIA71_</p>
<p><b>72.</b> Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade <u>ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia</u>, porque não havia dinheiro para comprar a comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p>	<p>EBIA73_</p>
<b>PARA DOMICÍLIO COM MORADORES DE 18 ANOS OU MENOS DE IDADE</b>	
<p><b>74.</b> Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade, <u>não puderam ter uma alimentação saudável e variada</u>, porque não havia dinheiro para comprar comida?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p>	<p>EBIA74_</p>
<p><b>75.</b> Nos últimos 3 meses os moradores menores de 18 anos de idade <u>comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos</u> que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?</p> <p>(0) Não (1) Sim (9) Não sabe (8) NSA</p>	<p>EBIA75_</p>

<p><b>76.</b> Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade <u>comeu menos do que você achou que devia</u> porque não havia dinheiro para comprar a comida?  (0) Não  (1) Sim  (9) Não sabe  (8) NSA</p> <p><b>77.</b> Nos últimos três meses, <u>foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições</u> de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?  (0) Não  (1) Sim  (9) Não sabe  (8) NSA</p> <p><b>78.</b> Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade <u>deixou de fazer alguma refeição</u>, porque não havia dinheiro para comprar a comida?  (0) Não  (1) Sim  (9) Não sabe  (8) NSA</p> <p><b>79.</b> Nos últimos três meses algum morador com menos de 18 anos de idade <u>sentiu fome, mas não comeu</u> porque não havia dinheiro para comprar mais comida?  (0) Não  (1) Sim  (9) Não sabe  (8) NSA</p> <p><b>80.</b> Nos últimos três meses algum morador com menos de 18 anos de idade <u>ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia</u>, porque não havia dinheiro para comprar comida?  (0) Não  (1) Sim  (9) Não sabe  (8) NSA</p>	<p>EBIA76 __</p> <p>EBIA77 __</p> <p>EBIA78 __</p> <p>EBIA79 __</p> <p>EBIA80 __</p>
<b>Vou fazer algumas perguntas sobre sua saúde e acesso aos serviços de saúde</b>	
<p><b>81.</b> Em caso de doença que local você procura?  (1) Hospital      (2) Unidade de Saúde      (3) Terreiro/Benedeira      (4) Farmácia  ( ) outro _____</p> <p><b>82.</b> Quantas vezes você consultou com médico nos ÚLTIMOS 12 MESES? ____  (88) NSA      (00) Nenhuma vez <b>☑pule para questão 85</b></p> <p><b>83.</b> Onde você foi atendido?  (1) Unidade de Saúde      (2) Hospital      (3) Domicílio      (4) Trabalho      (5) Consultório Médico  (6) Ambulatório de plano de saúde      (7) Pronto socorro</p> <p><b>84.</b> Qual a especialidade médica?  (1) Médico da família      (2) Clínico Geral      (3) Psiquiatra      ( )  )Outro: _____</p>	<p>localdoen _</p> <p>medico __</p> <p>Atendmed _</p> <p>Especmed __</p>

<p><b>85.</b> Há algum Posto ou Unidade de <b>Saúde da Família</b> dentro da comunidade quilombola? (0) Não (1) Sim: Se Não: Quantos quilômetros fica a Unidade de Saúde mais próxima? _____</p> <p><b>86.</b> A comunidade quilombola recebe visita de <b>Agente de Saúde da Família</b>? (0) Não (1) Sim: Se sim: Qual periodicidade? _____ Qual a data aproximada da última visita? _____</p>	<p>Saundefam__</p> <p>KmSaundefam__</p> <p>Agsaude__</p> <p>Pagsaude__</p> <p>Dagsaude__/_/_/_</p> <p>-</p>
<div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> <p><i>As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gastou fazendo atividade física na ÚLTIMA semana. As perguntas incluem as atividades que você faz no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa.</i></p> </div> <p><b>87.</b> Nesta última semana, você caminhou por pelo menos 10 minutos em casa ou no trabalho, para ir de um lugar para outro? Dias _____ por <b>SEMANA</b> ( 0 ) Nenhum <input type="checkbox"/> <b>Pule para questão 89</b></p> <p><b>88.</b> Nos dias em que você caminhou por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou caminhando por dia? Horas: _____ Minutos: _____</p> <p><b>89.</b> Em quantos dias você realizou atividades moderadas por pelo menos 10 minutos, como por exemplo, pedalar leve na bicicleta, carregar pesos leves, fazer exercícios domésticos leves (como varrer, lavar a louça e cuidar da horta) (não incluir caminhada). Dias _____ por <b>SEMANA</b> ( 0 ) Nenhum <input type="checkbox"/> <b>Pule para questão 91</b></p> <p><b>90.</b> Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos, quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? Horas: _____ Minutos: _____</p> <p><b>91.</b> Em quantos dias da última semana, você realizou atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos, como por exemplo, jogar futebol, fazer serviços domésticos pesados, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faz aumentar sua respiração ou batimentos do coração. Dias _____ por <b>SEMANA</b> ( 0 ) Nenhum <input type="checkbox"/> <b>Pule para questão 93</b></p> <p><b>92.</b> Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades <b>por dia</b>? Horas: _____ Minutos: _____</p>	<p>Camin__</p> <p>Tcam ___</p> <p>AtivModer ____</p> <p>Tmod ___</p> <p>AtivVig__</p> <p>TVig ___</p>

Estas últimas questões são sobre o tempo que você permanece sentado todo o dia, no trabalho, em casa, visitando um amigo, sentado ou deitado assistindo TV ou durante seu tempo livre. (não incluir tempo gasto sentado em transporte).

TemSent1 \_\_\_

93. Quanto tempo no total você gasta sentado durante um **dia de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

TemSent2 \_\_\_

94. Quanto tempo no total você gasta sentado durante em um **dia de final de semana**?

\_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_ minutos

Para finalizar, vou fazer algumas perguntas sobre rendimentos.

95. NO MÊS PASSADO: Quanto ganharam as pessoas que moram nesta casa?

Pessoa 1: R\$ \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ Salários Mínimos

Pessoa 2: R\$ \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ Salários Mínimos

Pessoa 3: R\$ \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ Salários Mínimos

Pessoa 4: R\$ \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ Salários Mínimos

Pessoa 5: R\$ \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ Salários Mínimos

P1 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

P2 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

P3 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

P4 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

P5 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

96. A família tem outra fonte de renda com, por exemplo: pensão, benefício, aluguel, doação e etc.

Tipo renda1: \_\_\_\_\_ Valor (R\$) \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ SM

Tipo renda2: \_\_\_\_\_ Valor (R\$) \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ SM

Tipo renda3: \_\_\_\_\_ Valor (R\$) \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ SM

Tipo renda4: \_\_\_\_\_ Valor (R\$) \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_ SM

R1 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

R2 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

R3 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

R4 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_

**MUITO OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO**

COMPOSIÇÃO FAMILIAR / DOMICILIAR

Nome	TODOS						SE MENOR DE 6 ANOS			SE MAIOR DE 18 ANOS		
	Sexo (0) M (1) F	Idade	Data de Nascimento DD/MM/AA	Relação com o entrevistado	Tem certidão de nascimento? (0) Não (1) Sim	Estuda atualmente (0) Não (1) Sim	Carteira vacinação em dia (0) Não (1) Sim	Trabalha atualmente: (0) Não (1) Sim	Tem Carteira de trabalho? (0) Não (1) Sim	Tem CPF? (0) Não (1) Sim	Tem RG? (0) Não (1) Sim	
Entrevistado	XXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX				
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												

- |                            |                                 |                     |                        |                    |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------|------------------------|--------------------|
| 01 = RESP. DO DOMICILIO    | 02 = CONJUGE OU COMPANHEIRO (A) | 03 = FILHO OU FILHA | 04 = ENTEADO (A)       | 05 = NETO (A)      |
| 06 = PAI/MÃE               | 07 = SOGRO (A)                  | 08 = IRMÃO/IRMÃ     | 09 = GENIRO/NORA       | 10 = OUTRO PARENTE |
| 11 = SOBRINHO/SOBRINHA     | 12 = AVÓ (Ô)                    | 13 = CUNHADO (A)    | 14 = MADRASTA/PADRASTO | 15 = TIO/TIA       |
| 16 = OUTROS SEM PARENTESCO | 99 = IG                         | 88 = NSA            |                        |                    |

**INSTRUMENTO NUTRIÇÃO**

<i>Informações gerais</i>	
<p><b>Questionário:</b> _____</p> <p>Entrevistador: _____</p> <p>Data da Entrevista: ____/____/____</p> <p>Município: _____</p> <p>Comunidade Quilombola: _____</p> <p>Nome do entrevistado: _____</p> <p>Endereço do entrevistado: _____</p> <p>Telefone do entrevistado: _____</p> <p>Telefone contato: _____</p> <p>Observação: _____</p>	<p>Quest ____</p> <p>Entr ____</p> <p>Data ____/____/____</p> <p>Municip ____</p> <p>Comunidade ____</p>
<p style="text-align: center;"><b>Mais algumas perguntas sobre a sua alimentação</b></p> <p><b>21. Em quantos dias da semana o(a) Sr.(a) costuma comer feijão?</b></p> <p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana                  2 ( ) 3 a 4 dias por semana                  3 ( ) 5 a 6 dias por semana                  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)                  5 ( ) quase nunca                  6 ( ) nunca</p> <p><b>22. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer pelo menos um tipo de verdura ou legume (alface, tomate, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha – não vale batata, mandioca ou inhame)?</b></p> <p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana                  2 ( ) 3 a 4 dias por semana                  3 ( ) 5 a 6 dias por semana                  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)                  5 ( ) quase nunca (<i>pule para q21</i>)                  6 ( ) nunca (<i>pule para q21</i>)</p>	<p>VIGITEL</p> <p>ConsumoFeijão____</p> <p>ConsumoVerdura__</p>

<p><b>23. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer salada de alface e tomate ou salada de qualquer outra verdura ou legume CRU?</b></p> <p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana  2 ( ) 3 a 4 dias por semana  3 ( ) 5 a 6 dias por semana  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)  5 ( ) quase nunca (<i>pule para q19</i>)  6 ( ) nunca (<i>pule para q19</i>)</p> <p><b>24. Num dia comum, o(a) sr.(a) come este tipo de salada:</b></p> <p>1 ( ) no almoço (<i>1 vez no dia</i>)  2 ( ) no jantar ou  3 ( ) no almoço e no jantar (<i>2 vezes no dia</i>)</p> <p><b>25. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer verdura ou legume COZIDO junto com a comida ou na sopa, como, por exemplo, couve, cenoura, chuchu, berinjela, abobrinha, sem contar batata, mandioca ou inhame?</b></p> <p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana  2 ( ) 3 a 4 dias por semana  3 ( ) 5 a 6 dias por semana  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)  5 ( ) quase nunca (<i>pule para q21</i>)  6 ( ) nunca (<i>pule para q21</i>)</p> <p><b>26. Num dia comum, o(a) sr.(a) come verdura ou legume cozido:</b></p> <p>1 ( ) no almoço (<i>1 vez no dia</i>)  2 ( ) no jantar ou  3 ( ) no almoço e no jantar (<i>2 vezes no dia</i>)</p> <p><b>27. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer carne vermelha (boi, porco, cabrito)?</b></p> <p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana  2 ( ) 3 a 4 dias por semana  3 ( ) 5 a 6 dias por semana  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)  5 ( ) quase nunca (<i>pule para q23</i>)  6 ( ) nunca (<i>pule para q23</i>)</p> <p><b>28. Quando o(a) sr.(a) come carne vermelha com gordura, o(a) sr.(a) costuma:</b></p> <p>1 ( ) tirar sempre o excesso de gordura  2 ( ) comer com a gordura  3 o não come carne vermelha com muita gordura</p> <p><b>29. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer frango/galinha?</b></p>	<p>ConsumoVerCru__</p> <p>Quantsalada__</p> <p>Quanconlegcozi__</p> <p>QuantVerdlegu__</p> <p>QuanConsCarne__</p> <p>Comgord__</p>
---	--

<p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana  2 ( ) 3 a 4 dias por semana  3 ( ) 5 a 6 dias por semana  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)  5 ( ) quase nunca (<i>pule para q25</i>)  6 ( ) nunca (<i>pule para q25</i>)</p>	<p>ConsuFrango____</p>
<p><b>30. Quando o(a) sr.(a) come frango/galinha com pele, o(a) sr.(a) costuma:</b></p> <p>1 ( ) tirar sempre a pele  2 ( ) comer com a pele  3 o não come pedaços de frango com pele</p>	<p>Tirarpelefrango____</p>
<p><b>31. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar suco de frutas natural?</b></p> <p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana  2 ( ) 3 a 4 dias por semana  3 ( ) 5 a 6 dias por semana  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)  5 ( ) quase nunca (<i>pule para q27</i>)  6 ( ) nunca (<i>pule para q27</i>)</p>	<p>ConsSucoFrutas____</p>
<p><b>32. Num dia comum, quantos copos o(a) sr.(a) toma de suco de frutas natural?</b></p> <p>1 ( ) 1  2 ( ) 2  3 ( ) 3 ou mais</p>	<p>CoposSuco____</p>
<p><b>33. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma comer frutas?</b></p> <p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana  2 ( ) 3 a 4 dias por semana  3 ( ) 5 a 6 dias por semana  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)  5 ( ) quase nunca (<i>pule para q29</i>)  6 ( ) nunca (<i>pule para q29</i>)</p>	<p>ConsFrutas____</p>
<p><b>34. Num dia comum, quantas vezes o(a) sr.(a) come frutas?</b></p> <p>1 ( ) 1 vez no dia  2 ( ) 2 vezes no dia  3 ( ) 3 ou mais vezes no dia</p>	<p>QuantConsFrut____</p>
<p><b>35. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar refrigerante ou suco artificial?</b></p> <p>1 ( ) 1 a 2 dias por semana  2 ( ) 3 a 4 dias por semana  3 ( ) 5 a 6 dias por semana  4 ( ) todos os dias (<i>inclusive sábado e domingo</i>)  5 ( ) quase nunca (<i>pule para q32</i>)</p>	<p>QuantConsFrut____</p>



<p>6 ( ) nunca <i>(pule para q32)</i></p> <p><b>36. Quantos copos/latinhas costuma tomar por dia?</b>  1 ( ) 1  2 ( ) 2  3 o 3  4 ( ) 4  5 ( ) 5  6 ( ) o 6 ou +  777 ( ) não sabe</p> <p><b>37. Em quantos dias da semana o(a) sr.(a) costuma tomar leite? (Não vale de soja)</b>  1 ( ) 1 a 2 dias por semana  2 ( ) 3 a 4 dias por semana  3 ( ) 5 a 6 dias por semana  4 ( ) todos os dias <i>(inclusive sábado e domingo)</i>  5 ( ) quase nunca <i>(pule para R143)</i>  6 ( ) nunca <i>(pule para R143)</i></p> <p><b>38. Quando o sr.(a) toma leite, que tipo de leite costuma tomar?</b>  1 ( ) integral  2 ( ) desnatado ou semidesnatado  3 o os dois tipos  777 ( ) não sabe</p> <p><b>39. Em quantos dias da semana o sr.(a) costuma comer alimentos doces, tais como: sorvetes, chocolates, bolos, biscoitos ou doces?</b>  ( ) 1 a 2 dias por semana  ( ) 3 a 4 dias por semana  ( ) 5 a 6 dias por semana  ( ) todos os dias <i>(inclusive sábado e domingo)</i>  ( ) quase nunca  ( ) nunca</p> <p><b>40. Em quantos dias da semana você costuma trocar a comida do almoço ou jantar por sanduíches, salgados e/ou pizza?</b>  ( ) 1 a 2 dias por semana  ( ) 3 a 4 dias por semana  ( ) 5 a 6 dias por semana  ( ) todos os dias <i>(inclusive sábado e domingo)</i>  ( ) quase nunca  ( ) nunca</p>	<p>ConsuRefrige____</p> <p>QuantRefrig____</p> <p>QuantConsLeite____</p> <p>Tipodeleite_</p> <p>QuanConsDoces____</p> <p>TrocarComi/Lan____</p>
--	---

**ENTREVISTADOR: REGISTRE, NO QUADRO ABAIXO, TODOS OS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE O INDIVÍDUO CONSUMIU ONTEM:**

1. ALIMENTOS/ BEBIDAS/ INGREDIENTES DE PREPARAÇÕES	2. QUANTIDADE (MEDIDAS CASEIRAS/GRAMAS/VOLUME)	3. PREPARAÇÃO FEITA EM CASA OU COMPRADA PRONTA [C]-casa [SP] semipronta, [PA]-pronta para aquecer, [P]-pronta para comer	4. SE O ALIMENTO OU BEBIDA FOR [SP], [PA] OU [P]:  ANOTAR  QUAL A MARCA E SE [D]-DIET OU  [L]-LIGHT	5. HORÁRIO (preencher na forma de 24:00)	6. LOCAL ONDE REALIZOU A REFEIÇÃO	7. REFEIÇÃO Pesquisador anote o nome da refeição realizada pelo indivíduo para cada item alimentar presente no Recordatório
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		
				___:___		

**Nº DO QUEST:**

**41. ADICIONOU AÇÚCAR EM BEBIDAS OU SOBREMESAS? (ENTREVISTADOR: Você é quem deve fazer essa pergunta e anotar abaixo em qual refeição e em qual alimento isso ocorre, assim como a quantidade adicionada em cada item)**

SIM Qual/Quais alimento(s) \_\_\_\_\_

Qual/Quais refeição(ões) \_\_\_\_\_

NÃO

**ENTREVISTADOR: CERTOS ALIMENTOS E BEBIDAS SÃO FREQUENTEMENTE ESQUECIDOS. REGISTRE, NO QUADRO ABAIXO, TODOS OS ALIMENTOS E BEBIDAS QUE PODEM TER SIDO ESQUECIDOS SELECIONANDO SIM OU NÃO PARA CADA ITEM ABAIXO:**

ALIMENTOS/PREPARAÇÃO/BEBIDAS CONSUMIDOS QUE PODEM TER SIDO ESQUECIDOS	SIM, QUAL/ QUANTIDADE (gramas ou medidas caseiras)	26. SE SIM, INFORME O HORÁRIO	NÃO
42. Água, água com gás, água mineral engarrafada, água da torneira		_____ : _____	
43. Café, chá, refrigerante, leite, suco natural, suco artificial		_____ : _____	
44. Cerveja, vinho, coquetéis com álcool, outras bebidas alcoólicas		_____ : _____	
45. Biscoitos doces, balas, sorvetes, outros doces		_____ : _____	
46. Salgadinhos de pacote, biscoitos salgados, pipoca, amendoim, castanhas		_____ : _____	
46. Azeite, óleo de soja, óleo de milho, óleo de canola, óleo de girassol		_____ : _____	
47. Maionese, molhos para salada prontos		_____ : _____	
48. Geléias, mel, xarope de milho, glicose		_____ : _____	
49. Algum outro alimento ou bebida (Qual?: _____)		_____ : _____	



**Agora vamos conversar sobre seus hábitos alimentares**

**50.** Na maioria das vezes, onde você acessa/compra os alimentos que a família consome? (*múltiplas respostas*)

(1) Compra mercado      (2) Alimentação na escola      (3) Ajuda de parentes e amigos  
 (4) Produção própria      (5) Doação de alimentos      (6) Programas públicos SAN  
 (7) Cozinha comunitária      (8) Restaurante Popular      (9) Troca de alimentos

OndAcessoAlime\_\_

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

**51. Medidas antropométricas do (a) entrevistado (a)**

Peso 1 (Kg):	
Altura 1: (cm)	
Circunferência da Cintura 1 (cm)	

Peso 2 (Kg):	
Altura 2: (cm)	
Circunferência da Cintura 2 (cm)	

Observações:

---



---



---

Peso 1 \_\_, \_\_, \_\_  
 Altura 1 \_\_, \_\_, \_\_  
 Cc1 \_\_, \_\_, \_\_  
 Peso 2 \_\_, \_\_, \_\_  
 Altura 2 \_\_, \_\_, \_\_  
 Cc2 \_\_, \_\_, \_\_  
 Pesoca1 \_\_, \_\_, \_\_  
 Altura ca1 \_\_, \_\_, \_\_  
 Idadeca1 \_\_, \_\_, \_\_  
 Sex1 \_\_  
 Peso ca2 \_\_, \_\_, \_\_  
 Altura ca2 \_\_, \_\_, \_\_  
 Idadeca2 \_\_, \_\_, \_\_  
 Sex2 \_\_

**MUITO OBRIGADA POR SUA PARTICIPAÇÃO**

**g. Roteiro do Grupo Focal realizado nas duas comunidades quilombolas que receberam intervenção de educação alimentar e nutricional (FASE I)**

1. Como é hoje a alimentação habitual das pessoas da comunidade?
2. Vocês consideram que esta é uma alimentação saudável? Por que?
3. Quais os alimentos que não são saudáveis que são consumidos habitualmente pelas pessoas da comunidade? Por que não são saudáveis? Por que são consumidos?
4. O que deve ser mudado na alimentação das pessoas da comunidade? Por que? Como?

**h. Roteiro do Grupo Focal realizado nas duas comunidades quilombolas que receberam intervenção de educação alimentar e nutricional (FASE III)**

1. Como é hoje a alimentação habitual das pessoas da comunidade?
2. Vocês consideram que esta é uma alimentação saudável? Por que?
3. Quais os alimentos que não são saudáveis que são consumidos habitualmente pelas pessoas da comunidade? Por que não são saudáveis? Por que são consumidos?
4. O que deve ser mudado na alimentação das pessoas da comunidade? Por que? Como?
5. Identificam se houve alguma mudança na alimentação da comunidade nos últimos dois anos? Se sim, quais as mudanças que identificam? Se não, ao que atribuem.
6. Se não falarem sobre as oficinas, perguntar se consideram que a partir desta intervenção as pessoas modificaram alguma coisa em sua alimentação, forma de preparo dos alimentos, consciência na hora de comprar alimentos, valorização dos alimentos tradicionais, diversificação da alimentação.

## **i. Normas para submissão de artigos à Revista Cadernos de Saúde Pública**

Revista:

Cadernos de Saúde Pública

ISSN 1678-4464 *versión on-line*

<http://www.scielo.br/revistas/csp/pinstruc.htm>

<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/submissao/instrucao-para-autores>

### **Escopo e política**

*Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health* (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico que contribuem com o estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista adota apenas a versão on-line, em sistema de publicação continuada de artigos em periódicos indexados na base SciELO. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

Como o resumo do artigo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, indicamos a leitura atenta da recomendação específica para sua elaboração. Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.

A Revista adota o sistema Ephorous para identificação de plágio.

Os artigos serão avaliados preferencialmente por três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito pelo Corpo Editorial de CSP se atender aos critérios de qualidade, originalidade e rigor metodológico adotados pela revista.

Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo a publicação Cadernos de Saúde Pública, o direito de primeira publicação.

### **Forma e preparação de manuscritos**

Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções abaixo antes de submeterem seus artigos a Cadernos de Saúde Pública.



1. CSP aceita trabalhos para as seguintes seções:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 1.600 palavras);

1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva, que é acompanhado por comentários críticos assinados por autores a convite das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações);

1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras;

1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva, máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como por exemplo o PROSPERO (<http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>); as revisões sistemáticas deverão ser submetidas em inglês;

1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada, podendo ter até 8.000 palavras;

1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados ou métodos qualitativos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações); artigos sobre instrumentos de aferição epidemiológicos devem ser submetidos para esta Seção, obedecendo preferencialmente as regras de Comunicação Breve (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois

exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa;

1.8 – Comunicação Breve: relatando resultados preliminares de pesquisa, ou ainda resultados de estudos originais que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações);

1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras);

1.10 – Resenhas: resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras).

## **2. Normas para envio de artigos**

2.1 - CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.

2.2 - Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.

2.3 - Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.

2.4 - A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 12.13.

2.5 - Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

### **3. Publicação de ensaios clínicos**

3.1 Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

3.2 Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados a partir de orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.

3.3 As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:

Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)

ClinicalTrials.gov

International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)

Nederlands Trial Register (NTR)

UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

### **4. Fontes de financiamento**

4.1 Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.

4.2 Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).

4.3 No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

## **5. Conflito de interesses**

5.1 Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

## **6. Colaboradores**

6.1 Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

6.2 Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada. 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.

## **7. Agradecimentos**

7.1 Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

## **8. Referências**

8.1 As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (p. ex.: Silva <sup>1</sup>). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências

citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos.

Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.

8.2 Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

8.3 No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (p. ex.: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

## **9. Nomenclatura**

9.1 Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

## **10. Ética em pesquisas envolvendo seres humanos**

10.1 A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2008), da Associação Médica Mundial.

10.2 Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada.

10.3 Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo).

10.4 Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um

formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

10.5 O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.

## **11. Processo de submissão *online***

11.1 Os artigos devem ser submetidos eletronicamente por meio do sítio do Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos (SAGAS), disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>.

11.2 Outras formas de submissão não serão aceitas. As instruções completas para a submissão são apresentadas a seguir. No caso de dúvidas, entre em contato com o suporte sistema SAGAS pelo e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

11.3 Inicialmente o autor deve entrar no sistema SAGAS. Em seguida, inserir o nome do usuário e senha para ir à área restrita de gerenciamento de artigos. Novos usuários do sistema SAGAS devem realizar o cadastro em “Cadastre-se” na página inicial. Em caso de esquecimento de sua senha, solicite o envio automático da mesma em “Esqueceu sua senha? Clique aqui”.

11.4 Para novos usuários do sistema SAGAS. Após clicar em “Cadastre-se” você será direcionado para o cadastro no sistema SAGAS. Digite seu nome, endereço, e-mail, telefone, instituição.

## **12. Envio do artigo**

12.1 A submissão *online* é feita na área restrita de gerenciamento de artigos: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/index.php>. O autor deve acessar a “Central de Autor” e selecionar o link “Submeta um novo artigo”.

12.2 A primeira etapa do processo de submissão consiste na verificação às normas de publicação de CSP.

O artigo somente será avaliado pela Secretaria Editorial de CSP se cumprir todas as normas de publicação.

12.3 Na segunda etapa são inseridos os dados referentes ao artigo: título, título resumido, área de concentração, palavras-chave, informações sobre financiamento e conflito de interesses, resumos e agradecimentos, quando necessário. Se desejar, o autor pode sugerir potenciais consultores (nome, e-mail e instituição) que ele julgue capaz de avaliar o artigo.

12.4 O título completo (nos idiomas Português, Inglês e Espanhol) deve ser conciso e informativo, com no máximo 150 caracteres com espaços.

12.5 O título resumido poderá ter máximo de 70 caracteres com espaços.

12.6 As palavras-chave (mínimo de 3 e máximo de 5 no idioma original do artigo) devem constar na base da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

12.7 *Resumo*. Com exceção das contribuições enviadas às seções Resenha, Cartas ou Perspectivas, todos os artigos submetidos deverão ter resumo no idioma original do artigo, podendo ter no máximo 1.700 caracteres com espaço. Visando ampliar o alcance dos artigos publicados, CSP publica os resumos nos idiomas português, inglês e espanhol. No intuito de garantir um padrão de qualidade do trabalho, oferecemos gratuitamente a tradução do resumo para os idiomas a serem publicados.

12.8 *Agradecimentos*. Possíveis agradecimentos às instituições e/ou pessoas poderão ter no máximo 500 caracteres com espaço.

12.9 Na terceira etapa são incluídos o(s) nome(s) do(s) autor(es) do artigo, respectiva(s)

instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e e-mail, bem como a colaboração de cada um. O autor que cadastrar o artigo automaticamente será incluído como autor de artigo. A ordem dos nomes dos autores deve ser a mesma da publicação.

12.10 Na quarta etapa é feita a transferência do arquivo com o corpo do texto e as referências.

12.11 O arquivo com o texto do artigo deve estar nos formatos DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text) e não deve ultrapassar 1 MB.

12.12 O texto deve ser apresentado em espaço 1,5cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

12.13 O arquivo com o texto deve conter somente o corpo do artigo e as referências bibliográficas. Os seguintes itens deverão ser inseridos em campos à parte durante o processo de submissão: resumos; nome(s) do(s) autor(es), afiliação ou qualquer outra informação que identifique o(s) autor(es); agradecimentos e colaborações; ilustrações (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.14 Na quinta etapa são transferidos os arquivos das ilustrações do artigo (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas), quando necessário. Cada ilustração deve ser enviada em arquivo separado clicando em "Transferir".

12.15 *Ilustrações*. O número de ilustrações deve ser mantido ao mínimo, conforme especificado no item 1 (fotografias, fluxogramas, mapas, gráficos e tabelas).

12.16 Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse o limite.

12.17 Os autores devem obter autorização, por escrito, dos detentores dos direitos de reprodução de ilustrações que já tenham sido publicadas anteriormente.



12.18 *Tabelas*. As tabelas podem ter 17cm de largura, considerando fonte de tamanho 9. Devem ser submetidas em arquivo de texto: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format) ou ODT (Open Document Text). As tabelas devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo. Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas.

12.19 *Figuras*. Os seguintes tipos de figuras serão aceitos por CSP: Mapas, Gráficos, Imagens de satélite, Fotografias e Organogramas, e Fluxogramas.

12.20 Os mapas devem ser submetidos em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics). Nota: os mapas gerados originalmente em formato de imagem e depois exportados para o formato vetorial não serão aceitos.

12.21 Os gráficos devem ser submetidos em formato vetorial e serão aceitos nos seguintes tipos de arquivo: XLS (Microsoft Excel), ODS (Open Document Spreadsheet), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.22 As imagens de satélite e fotografias devem ser submetidas nos seguintes tipos de arquivo: TIFF (Tagged Image File Format) ou BMP (Bitmap). A resolução mínima deve ser de 300dpi (pontos por polegada), com tamanho mínimo de 17,5cm de largura. O tamanho limite do arquivo deve ser de 10Mb.

12.23 Os organogramas e fluxogramas devem ser submetidos em arquivo de texto ou em formato vetorial e são aceitos nos seguintes tipos de arquivo: DOC (Microsoft Word), RTF (Rich Text Format), ODT (Open Document Text), WMF (Windows MetaFile), EPS (Encapsuled PostScript) ou SVG (Scalable Vectorial Graphics).

12.24 As figuras devem ser numeradas (algarismos arábicos) de acordo com a ordem em que aparecem no texto, e devem ser citadas no corpo do mesmo.

12.25 Títulos e legendas de figuras devem ser apresentados em arquivo de texto separado dos arquivos das figuras.

12.26 *Formato vetorial.* O desenho vetorial é originado a partir de descrições geométricas de formas e normalmente é composto por curvas, elipses, polígonos, texto, entre outros elementos, isto é, utilizam vetores matemáticos para sua descrição.

12.27 *Finalização da submissão.* Ao concluir o processo de transferência de todos os arquivos, clique em "Finalizar Submissão".

12.28 *Confirmação da submissão.* Após a finalização da submissão o autor receberá uma mensagem por e-mail confirmando o recebimento do artigo pelos CSP. Caso não receba o e-mail de confirmação dentro de 24 horas, entre em contato com a Secretaria Editorial de CSP por meio do e-mail: [csp-artigos@ensp.fiocruz.br](mailto:csp-artigos@ensp.fiocruz.br).

### **13. Acompanhamento do processo de avaliação do artigo**

13.1 O autor poderá acompanhar o fluxo editorial do artigo pelo sistema SAGAS. As decisões sobre o artigo serão comunicadas por e-mail e disponibilizadas no sistema SAGAS.

13.2 O contato com a Secretaria Editorial de CSP deverá ser feito através do sistema SAGAS.

### **14. Envio de novas versões do artigo**

14.1 Novas versões do artigo devem ser encaminhadas usando-se a área restrita de gerenciamento de artigos do sistema SAGAS, acessando o artigo e utilizando o *link* “Submeter nova versão”.

## **RESUMO**

O Resumo alcança maior visibilidade e distribuição do que o artigo em si, por isto deve conter as informações essenciais do artigo. Nos CSP a extensão do Resumo é restrita a 1.700 caracteres (incluindo espaços), o que torna a sua elaboração um desafio.

O Resumo é escrito depois do artigo pronto, mas não é corte e cola de frases soltas. É um sumário do que tem de mais importante, e deve atrair o leitor para o artigo completo. Frequentemente é a única parte do artigo que é lida. CSP não adota resumo estruturado, pois é grande a variedade de tipos de artigos recebidos. Em geral, o Resumo deve conter o objetivo, o método, os principais resultados e conclusão.

Na conclusão evite jargões do tipo “mais pesquisas são necessárias sobre o tema”, “os resultados devem ser considerados com cautela” ou “os resultados deste estudo podem ser úteis para a elaboração de estratégias de prevenção”. No final do Resumo descreva em uma frase sua conclusão sobre em que termos seus resultados ajudaram a responder aos objetivos do estudo. Procure indicar a contribuição dos resultados desse estudo para o conhecimento acerca do tema pesquisado.

## **PESQUISA ETIOLÓGICA**

Artigos Qualitativos:

As metodologias qualitativas representam um conjunto amplo e diversificado de procedimentos interpretativos comprometidos com a análise dos significados das ações sociais e das experiências humanas. Seus métodos atravessam distintos campos disciplinares e, portanto, apresentam diferentes parâmetros para aferir a qualidade e as “boas práticas” de pesquisa.

Traçamos aqui um roteiro básico das informações e critérios científicos que consideramos importantes para um artigo que aporte métodos qualitativos. Antes de

enviar seu texto reflita sobre essas indagações. Embora não seja uma listagem de itens universais ou obrigatórios, a maioria refere a questões muito relevantes.

#### Adequação aos propósitos de análise qualitativa

- O artigo explora os processos sociais a fim de compreender os significados, sentidos das ações e experiências?
- O objeto de pesquisa é claramente contextualizado?

#### Quadro teórico

- O artigo apresenta diálogo com alguma teoria ou reflexão teórica das Ciências Sociais e Humanas em suas interfaces com a Saúde Coletiva?
- Há perguntas que orientem a busca investigativa?

#### Metodologia

- O artigo explicita o(s) tipo(s) de método(s) empregado(s), seus princípios e sua adequação ao objeto de estudo?
- Os acervos utilizados em pesquisas qualitativas são muito diversificados (entrevistas, conversas, observações, fotos, músicas, documentos oficiais etc.). Em qualquer caso, a justificativa para a eleição da referida fonte e os critérios de seleção estão definidos?
- Os critérios para escolha do campo de pesquisa e dos sujeitos estão demarcados? Tais critérios são coerentes com os propósitos do estudo?
- As técnicas para a coleta (construção) dos dados são descritas e suas eventuais limitações explicitadas?
- O critério para definir o número de registros tomados para análise (número de entrevistas, de observações ou outros documentos) é descrito?
- As relações, posições e mediações entre pesquisador e os sujeitos do estudo e suas possíveis influências nos resultados são mencionadas (reflexividade)?
- O tratamento do material e os procedimentos de análise são minuciosamente detalhados?
- As etapas do processo interpretativo são assinaladas? São descritas as categorizações, agrupamentos, comparações etc.?
- As categorias empregadas para análise (caso existam) são apresentadas?

#### Resultados e Discussão

- Os resultados apresentados são claros e coerentes com os objetivos do estudo?

- Há equilíbrio entre os resultados apresentados e os distintos objetivos listados?
- Os resultados apresentados trazem informações relevantes e contextualizadas?
- São elucidativos para melhor compreender ou “responder” às perguntas do estudo? – Os resultados contribuem para a ampliação do conhecimento ou restringem-se ao nível da confirmação de estudos anteriores?
- As evidências empíricas para as interpretações feitas são apresentadas (citações, trechos de diários de campo, entre outros) de forma adequada e suficiente?
- As interpretações são demarcadas, distinguindo-se do nível descritivo?
- As interpretações apresentadas dialogam com a literatura da área de forma adequada, atualizada e suficiente?
- As conclusões encontram respaldo nos resultados do artigo?

## **j. Normas para submissão de artigos à Revista Ciência e Saúde Coletiva**

Revista:

Ciência e Saúde Coletiva

ISSN 1413-8123 *versão impressa*; ISSN 1678-4561 *versão online*

<http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

### **Instruções para colaboradores**

*Ciência & Saúde Coletiva* publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

### **Orientações para organização de números temáticos**

A marca da Revista Ciência & Saúde Coletiva dentro da diversidade de Periódicos da área é o seu foco temático, segundo o propósito da ABRASCO de promover, aprofundar e socializar discussões acadêmicas e debates interpares sobre assuntos considerados importantes e relevantes, acompanhando o desenvolvimento histórico da saúde pública do país.

Os números temáticos entram na pauta em quatro modalidades de demanda:

Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.

Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.

Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.

Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

O Termo de Referência deve conter: (1) título (ainda que provisório) da proposta do número temático; (2) nome (ou os nomes) do Editor Convidado; (3) justificativa resumida em um ou dois parágrafos sobre a proposta do ponto de vista dos objetivos, contexto, significado e relevância para a Saúde Coletiva; (4) listagem dos dez artigos propostos já com nomes dos autores convidados; (5) proposta de texto de opinião ou de entrevista com alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

Por decisão editorial o máximo de artigos assinados por um mesmo autor num número temático não deve ultrapassar três, seja como primeiro autor ou não.

Sugere-se enfaticamente aos organizadores que apresentem contribuições de autores de variadas instituições nacionais e de colaboradores estrangeiros. Como para qualquer outra modalidade de apresentação, nesses números se aceita colaboração em espanhol, inglês e francês.

### **Recomendações para a submissão de artigos**

Recomenda-se que os artigos submetidos não tratem apenas de questões de interesse local, ou se situe apenas no plano descritivo. As discussões devem apresentar uma análise ampliada que situe a especificidade dos achados de pesquisa ou revisão no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, deixando claro o caráter inédito da contribuição que o artigo traz.

Especificamente em relação aos artigos qualitativos, deve-se observar no texto – de forma explícita – interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica inserida no diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva.

A revista *C&SC* adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin*

Geral 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo:

[www.icmje.org](http://www.icmje.org) ou [www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf](http://www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf).

Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

### **Seções da publicação**

**Editorial:** de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

**Artigos Temáticos:** devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres.

**Artigos de Temas Livres:** devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

**Artigos de Revisão:** Devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, temáticos ou de livre demanda, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

**Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

**Resenhas:** análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg.

**Cartas:** com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço).



Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são considerados à parte.

### **Apresentação de manuscritos**

#### **Não há taxas e encargos da submissão**

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista *C&SC*, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à *C&SC* não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de

subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/e> <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative>

### **Autoria**

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada. As contribuições individuais de cada autor devem ser indicadas no final do texto, apenas pelas iniciais (ex. LMF trabalhou na concepção e na redação final e CMG, na pesquisa e na metodologia).

2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.

### **Nomenclaturas**

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

### **Ilustrações e Escalas**

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excell e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de "quebra de página". Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso "copiar e colar") e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura

x 15 cm de largura. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso "copiar/colar". Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

### **Agradecimentos**

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

### **Referências**

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:  
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11 ...

ex. 2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”  
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

### **Artigos em periódicos**

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

**Livros e outras monografias**

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

**Outros trabalhos publicados**

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

*HIV+/AIDS: the facts and the future* [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

### **Material no prelo ou não publicado**

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronemberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

### **Material eletrônico**

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

*CDI, clinical dermatology illustrated* [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados **através da Revisão de pares** por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.



## **k. Normas para submissão de artigos à Revista Public Health Nutrition**

Revista:

Public Health Nutrition

ISSN 1368-9800 (Print), 1475-2727 (Online)

<https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/information/instructions-contributors>

### **Instructions for contributors**

#### **SCOPE**

The scope of *Public Health Nutrition* includes multi-level determinants of dietary intake and patterns, anthropometry, food systems, and their effects on health-related outcomes.

We welcome papers that:

- Address monitoring and surveillance of nutritional status and nutritional environments in communities or populations at risk
- Identify and analyse behavioral, sociocultural, economic, political, and environmental determinants of nutrition-related public health
- Develop methodology needed for assessment and monitoring
- Inform efforts to improve communication of nutrition-related information
- Build workforce capacity for effective public health nutrition action
- Evaluate or discuss the effectiveness of food and nutrition policies
- Describe the development, implementation, and evaluation of innovative interventions and programs to address nutrition-related problems
- Relate diet and nutrition to sustainability of the environment and food systems

Papers that do not fall within the scope as described above may be directed to more appropriate journals. We prefer papers that are innovative (do not repeat research already undertaken elsewhere) and relevant to an international readership.

## **ARTICLE TYPES**

PHN publishes Research Articles, Short Communications, Review Articles, Commentaries, Letter to the Editors and Editorials. Manuscripts should be submitted via <http://mc.manuscriptcentral.com/phnutr>. Please contact the Editorial Office on [phn.edoffice@cambridge.org](mailto:phn.edoffice@cambridge.org) regarding any other types of submission.

A typical Research Article should be no more than 5000 words; not including the abstract, references, tables, figures and acknowledgements.

A Short Communication should consist of no more than 2000 words and have a maximum of 3 tables OR figures.

A Commentary is a short piece of less than 2000 words that provides perspective on a topic of current relevance or controversy.

A Letter to the Editor should discuss, criticise or develop themes put forward in papers published in PHN; they should not be used as a means of publishing new work. Acceptance will be at the discretion of the Editorial Board, and editorial changes may be required. Wherever possible, letters from responding authors will be included in the same issue.

For systematic reviews and meta-analyses, the journal endorses the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement (see British Medical Journal (2009) 339, b2535). Such submissions should follow the [PRISMA guidelines](#) and authors should include the PRISMA checklist with their submission (see instructions below).

## **SUBMISSION AND REVIEW PROCESS**

PHN uses [ScholarOne Manuscripts](#) for online submission and peer review. As part of the online submission process, authors are asked to affirm that the submission represents original work that has not been published previously; that it is not currently being considered by another journal; and that each author has seen and approved the contents of the submitted manuscript.

At submission, authors must nominate at least four potential referees who may be asked by the Editorial Board to help review the work. Where possible, authors should provide the email address and institution of their recommended referees. Please ensure that these potential referees are not located at the same affiliation as any of the co-authors. PHN uses a double-blind review process, and manuscripts are normally reviewed by two external peer reviewers and a member of the Editorial Board.

Authors may submit a paper that has previously been posted on a preprint server, however please note that the journal operates a double-blind peer review process and therefore your paper may not be fully blinded as a result.

Revisions must be resubmitted within 2 months or they will be deemed a new paper. When substantial revisions are required after review, authors are normally given the opportunity to do this once only; the need for any further changes should reflect only minor issues

Appeals against an editorial decision will only be considered under exceptional circumstances. To have an appeal considered, please submit an appeal letter by responding to the decision letter directly, or directly to the Editorial Office at [phn.edoffice@cambridge.org](mailto:phn.edoffice@cambridge.org). Decisions on appeals are made by the Editor-in-Chief. If over six months has passed between the original decision and a successful appeal, your paper may be subject to further peer review at the Editor's discretion.

If you have any other concerns about the handling of a manuscript or editorial processes of the journal, please contact [phn.edoffice@cambridge.org](mailto:phn.edoffice@cambridge.org) or the journal's publisher, Cambridge University Press, on [publishingethics@cambridge.org](mailto:publishingethics@cambridge.org).

## **ORCID**

ORCID provides a unique identifier for researchers and through integration in key research workflows such as publication and grant applications, links your professional activities. We strongly encourage authors to link their ORCID identifier to their ScholarOne account. If you do not already have an ORCID identifier, registration is fast and free, and you can register directly from your ScholarOne account or

at <https://orcid.org/register>. ORCID iDs provided in ScholarOne will be published in the final article.

## **PUBLISHING ETHICS**

PHN adheres to the Committee on Publication Ethics (COPE) guidelines on research and publications ethics. The Journal considers all manuscripts on the strict condition that:

The manuscript is your own original work, and does not duplicate any previously published work;

The manuscript has been submitted only to the journal - it is not under consideration or peer review or accepted for publication or in press or published elsewhere;

All listed authors know of and agree to the manuscript being submitted to the journal; and

The manuscript contains nothing abusive, defamatory, fraudulent, illegal, libellous, or obscene.

Text taken directly or closely paraphrased from earlier published work that has not been acknowledged or referenced will be considered plagiarism. Submitted manuscripts in which such text is identified will be withdrawn from the editorial process. Any concerns raised about possible plagiarism or other violations of ethical guidelines in an article submitted to or published in PHN will be investigated fully and dealt with in accordance with the COPE guidelines.

## **DETAILED MANUSCRIPT PREPARATION INSTRUCTIONS**

### **Language**

Papers submitted for publication must be written in English and should be as concise as possible. We recommend that authors have their manuscript checked by an

English language native speaker before submission, to ensure that submissions are judged at peer review exclusively on academic merit.

We list a number of third-party services specialising in language editing and / or translation, and suggest that authors contact as appropriate. Use of any of these services is voluntary, and at the author's own expense.

Spelling should generally be that of the *Concise Oxford Dictionary* (1995), 9th ed. Oxford: Clarendon Press. Authors are advised to consult a current issue in order to make themselves familiar with PHN as to typographical and other conventions, layout of tables etc.

### **Authorship**

The Journal conforms to the International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) definition of authorship. Authorship credit should be based on:

- Substantial contributions to conception and design, data acquisition, analysis and/or interpretation;
- Drafting the article or revising it critically for important intellectual content; and
- Final approval of the version to be published.

The contribution of individuals who were involved in the study but do not meet these criteria should be described in the Acknowledgements section.

### **Ethical standards**

All submissions must abide by the guidelines in the World Medical Association (2000) Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, with notes of clarification of 2002 and 2004 (<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>), the Guidelines on the Practice of Ethics Committees Involved in Medical Research Involving Human Subjects (3rd ed., 1996; London: The Royal College of Physicians) and the Guidelines for the Ethical Conduct of Medical Research Involving Children, revised in 2000 by the Royal College of Paediatrics and Child Health: Ethics Advisory Committee (Arch Dis Child (2000) 82, 177–182).

## **PRISMA Checklist**

For systematic reviews and meta-analyses, PHN requires completion of the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) checklist ([www.prisma-statement.org/](http://www.prisma-statement.org/)). This policy includes all systematic reviews, including those for observational studies. A completed copy of the checklist should be submitted along with the manuscript, with page numbers noted as required. When a given item has not been addressed, authors must provide an explanation.

*Editors and reviewers will not evaluate manuscripts based on the number of items checked off in the checklist.* The purpose of the PRISMA guidelines is to recommend a critical set of items that should typically be reported in a manuscript. The guidelines are meant to improve transparency by helping authors improve the quality of their reporting. More clarity in reporting will facilitate review of your manuscript and increase its value to readers.

## **Cover Letter**

Authors are invited to submit a cover letter including a short explanation of how the article advances the field of public health nutrition in terms of research, practice, or policy, and of its relevance to an international readership. The text for the cover letter should be entered in the appropriate box as part of the online submission process.

## **Title Page**

Authors must submit a title page online as a separate file to their manuscript, to enable double-blind reviewing. For the same reason, the information on the title page should not be included in the manuscript itself. For a template title page, please click [here](#); the title page should include:

- The title of the article;
- Authors' names, given without titles or degrees;
- Name and address of department(s) and institution(s) to which the work should be attributed for each author, with each author's institution(s) identified by a superscript number (e.g. A.B. Smith<sup>1</sup>);

- Name, mailing address, email address, telephone and fax numbers of the author responsible for correspondence about the manuscript;
- A shortened version of the title, not exceeding 45 characters (including letters and spaces) in length;
- Disclosure statements, as outlined below. These must be included on the title page and not in the manuscript file, to enable double-blind reviewing; if the paper is accepted, they will be inserted into the manuscript during production.

### **Acknowledgements**

Here you may acknowledge individuals or organizations that provided advice and/or support (non-financial). Formal financial support and funding should be listed in the following section.

### **Financial Support**

Please provide details of the sources of financial support for all authors, including grant numbers. For example, "This work was supported by the Medical research Council (grant number XXXXXXXX)". Multiple grant numbers should be separated by a comma and space, and where research was funded by more than one agency the different agencies should be separated by a semi-colon, with "and" before the final funder. Grants held by different authors should be identified as belonging to individual authors by the authors' initials. For example, "This work was supported by the Wellcome Trust (A.B., grant numbers XXXX, YYYY), (C.D., grant number ZZZZ); the Natural Environment Research Council (E.F., grant number FFFF); and the National Institutes of Health (A.B., grant number GGGG), (E.F., grant number HHHH)".

This disclosure is particularly important in the case of research supported by industry, including not only direct financial support for the study but also support in kind such as provision of medications, equipment, kits or reagents without charge or at reduced cost and provision of services such as statistical analysis. All such support, financial and in kind, should be disclosed here.

Where no specific funding has been provided for research, please provide the following statement: "This research received no specific grant from any funding agency, commercial or not-for-profit sectors."

In addition to the source of financial support, please state whether the funder contributed to the study design, conduct of the study, analysis of samples or data, interpretation of findings or the preparation of the manuscript. If the funder made no such contribution, please provide the following statement: "[Funder's name] had no role in the design, analysis or writing of this article."

### **Conflict of Interest**

The Journal adheres to the definition of conflicts of interest given by the ICMJE guidelines. A conflict of interest exists when an author has interests that might inappropriately influence his or her judgement, even if that judgement is not influenced. Financial relationships such as employment, consultancies, or honoraria, are the most easily identifiable conflicts of interest. However, non-financial conflicts can also exist as a result of personal relationships, academic competition, and personal or intellectual beliefs.

Having a conflict of interest is not in itself wrong, and not all relationships may lead to an actual conflict of interest. However, PHN requires full disclosure about any relevant relationships, even if the author or reviewer does not believe it affects their judgment. These disclosures can then be used as a basis for editorial decisions. One question that provides some guidance in deciding which relationships merit declaration as potential conflicts of interest is this: if a relationship is not disclosed, would a reasonable reader feel misled? When in doubt, full transparency is the best course of action. Perceived conflicts of interest are as important as actual conflicts of interest, and undeclared conflicts (perceived as well as actual) can undermine the credibility of both the journal and the authors.

So that others can make judgements about potential conflicts, please provide details of all known financial and non-financial (professional and personal) relationships with the potential to bias the work. Where no known conflicts of interest exist, please include the following statement: "None."



## **Authorship**

Please provide a very brief description of the contribution of each author to the research. Their roles in formulating the research question(s), designing the study, carrying it out, analysing the data and writing the article should be made plain.

## **Ethical Standards Disclosure**

Manuscripts describing research involving human participants must include the following statement: "This study was conducted according to the guidelines laid down in the Declaration of Helsinki and all procedures involving research study participants were approved by the [name of the ethics committee]. Written [or Verbal] informed consent was obtained from all subjects/patients." Where verbal consent was obtained, this must be followed by a statement such as: "Verbal consent was witnessed and formally recorded."

## **Manuscript Format**

The requirements of PHN are in accordance with the Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals produced by the ICMJE, and authors are encouraged to consult the latest guidelines, which contain useful, general information about preparing scientific papers. Authors should also consult the CONSORT guidelines for reporting results of randomised trials.

For detailed instructions regarding mathematical modelling, statistical analysis and nomenclature requirements, please refer to the Appendix to these instructions.

Typescripts should be prepared with 1.5 line spacing and wide margins (2 cm), the preferred font being Times New Roman size 12. At the ends of lines, words should not be hyphenated unless hyphens are to be printed. Continuous line and page numbering is required.

## **MANUSCRIPTS SHOULD BE ORGANISED AS FOLLOWS:**

### **Abstract**

Each paper must open with a structured abstract of not more than 250 words. The abstract should consist of the following headings: Objective, Design, Setting, Participants, Results, Conclusions. All the headings should be used, and there should be a separate paragraph for each one. The abstract should be intelligible without reference to text or figures.

### **Keywords**

Authors should list at least four keywords or phrases (each containing up to three words).

### **Introduction**

It is not necessary to introduce a paper with a full account of the relevant literature, but the introduction should indicate briefly the nature of the question asked and the reasons for asking it.

### **Methods**

For manuscripts describing experiments involving human subjects, the required ethical standards disclosure statement must be included on the title page only as described above. It will then be inserted into this section of the manuscript during production.

### **Results**

These should be given as concisely as possible, using figures or tables as appropriate. Data should not be duplicated in tables and figures.

### **Discussion**

While it is generally desirable that the presentation of the results and the discussion of their significance should be presented separately, there may be occasions when combining these sections may be beneficial. Authors may also find that additional or alternative sections such as 'conclusions' may be useful.

### **References**

References should be numbered consecutively in the order in which they first appear in the text using superscript Arabic numerals in parentheses, e.g. 'The conceptual difficulty of this approach has recently been highlighted<sup>(1,2)</sup>'. If a reference is cited more than once, the same number should be used each time. References cited only in tables and figure legends should be numbered in sequence from the last number used in the text and in the order of mention of the individual tables and figures in the text.

Names and initials of authors of unpublished work should be given in the text as 'unpublished results' and not included in the References. References that have been published online only but not yet in an issue should include the online publication date and the Digital Object Identifier (doi) reference, as per the example below.

At the end of the paper, on a page(s) separate from the text, references should be listed in numerical order using the Vancouver system. When an article has more than three authors only the names of the first three authors should be given followed by '*et al.*' The issue number should be omitted if there is continuous pagination throughout a volume. Titles of journals should appear in their abbreviated form using the [NCBI LinkOut page](#). References to books and monographs should include the town of publication and the number of the edition to which reference is made. References to material available on websites should follow a similar style, with the full URL included at the end of the reference, as well as the date of the version cited and the date of access. Examples of correct forms of references are given below.

### ***Journal articles***

Rebello SA, Koh H, Chen C *et al.* (2014) Amount, type, and sources of carbohydrates in relation to ischemic heart disease mortality in a Chinese population: a prospective cohort study. *Am J Clin Nutr* 100, 53-64.

Villar J, Ismail LC, Victora CG *et al.* (2014) International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the Newborn Cross-Sectional Study of the INTERGROWTH-21st Project. *Lancet* 384, 857-868.

Alonso VR & Guarner F (2013) Linking the gut microbiota to human health. *Br J Nutr* 109, Suppl. 2, S21-S26.

Bauserman M, Lokangaka A, Gado J et al. A cluster-randomized trial determining the efficacy of caterpillar cereal as a locally available and sustainable complementary food to prevent stunting and anaemia. *Public Health Nutr.* Published online: 29 January 2015. doi: 10.1017/S1368980014003334.

### ***Books and monographs***

Bradbury J (2002) Dietary intervention in edentulous patients. PhD Thesis, University of Newcastle.

Ailhaud G & Hauner H (2004) Development of white adipose tissue. In *Handbook of Obesity. Etiology and Pathophysiology*, 2nd ed., pp. 481–514 [GA Bray and C Bouchard, editors]. New York: Marcel Dekker.

Bruinsma J (editor) (2003) *World Agriculture towards 2015/2030: An FAO Perspective*. London: Earthscan Publications.

World Health Organization (2003) *Diet, Nutrition and the Prevention of Chronic Diseases*. Joint WHO/FAO Expert Consultation. WHO Technical Report Series no. 916. Geneva: WHO.

Keiding L (1997) *Astma, Allergi og Anden Overfølsomhed i Danmark – Og Udviklingen 1987–1991 (Asthma, Allergy and Other Hypersensitivities in Denmark, 1987–1991)*. Copenhagen, Denmark: Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi.

### ***Sources from the internet***

Nationmaster (2005) HIV AIDS – Adult prevalence rate. <http://www.nationmaster.com/country-info/stats/Health/HIV-AIDS/Adult-prevalence-rate> (accessed June 2013).

For authors that use Endnote, you can find the style guide for PHN [here](#).

## Tables

Tables should be placed in the main manuscript file at the end of the document, not within the main text. Be sure that each table is cited in the text. Tables should carry headings describing their content and should be comprehensible without reference to the text.

The dimensions of the values, e.g. mg/kg, should be given at the top of each column. Separate columns should be used for measures of variance (SD, SE etc.), the  $\pm$  sign should not be used. The number of decimal places used should be standardized; for whole numbers 1.0, 2.0 etc. should be used. Shortened forms of the words weight (wt) and height (ht) may be used to save space in tables.

Footnotes are given in the following order: (1) abbreviations, (2) superscript letters, (3) symbols. Abbreviations are given in the format: RS, resistant starch. Abbreviations in tables must be defined in footnotes in the order that they appear in the table (reading from left to right across the table, then down each column). Symbols for footnotes should be used in the sequence: \* † ‡ § || ¶, then \*\* etc. (omit \* or †, or both, from the sequence if they are used to indicate levels of significance).

For indicating statistical significance, superscript letters or symbols may be used. Superscript letters are useful where comparisons are within a row or column and the level of significance is uniform, e.g. <sup>a,b,c</sup>Mean values within a column with unlike superscript letters were significantly different ( $P < 0.05$ ). Symbols are useful for indicating significant differences between rows or columns, especially where different levels of significance are found, e.g. 'Mean values were significantly different from those of the control group: \* $P < 0.05$ , \*\* $P < 0.01$ , \*\*\* $P < 0.001$ '. The symbols used for  $P$  values in the tables must be consistent.

## Figures

Figures should be supplied as separate electronic files. Figure legends should be grouped in a section at the end of the manuscript text. Each figure should be clearly marked with its number and separate panels within figures should be clearly marked (a), (b), (c) etc. so that they are easily identifiable when the article and figure files are

merged for review. Each figure, with its legend, should be comprehensible without reference to the text and should include definitions of abbreviations.

We recommend that only TIFF, EPS or PDF formats are used for electronic artwork. Other formats (e.g., JPG, PPT and GIF files and images created in Microsoft Word) are usable but generally NOT suitable for conversion to print reproduction. For further information about how to prepare your figures, including sizing and resolution requirements, please see our [artwork guide](#).

In curves presenting experimental results the determined points should be clearly shown, the symbols used being, in order of preference, ○, ●, Δ, ▲, □, ■, ×, +. Curves and symbols should not extend beyond the experimental points. Scale-marks on the axes should be on the inner side of each axis and should extend beyond the last experimental point. Ensure that lines and symbols used in graphs and shading used in histograms are large enough to be easily identified when the figure size is reduced to fit the printed page.

Colour figures will be published online free of charge, and there is a fee of £250 per figure for colour figures in the printed version. If you request colour figures in the printed version, you will be contacted by CCC-Rightslink who are acting on our behalf to collect colour charges. Please follow their instructions in order to avoid any delay in the publication of your article.

### **Supplementary material**

Additional data (e.g. data sets, large tables) relevant to the paper can be submitted for publication online only, where they are made available via a link from the paper. The paper should stand alone without these data. Supplementary Material must be cited in a relevant place in the text of the paper.

Although Supplementary Material is peer reviewed, it is not checked, copyedited or typeset after acceptance and it is loaded onto the journal's website exactly as supplied. You should check your Supplementary Material carefully to ensure that it adheres to journal styles. Corrections cannot be made to the Supplementary Material after acceptance of the manuscript. Please bear this in mind when deciding what content to include as Supplementary Material.