

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE E SOCIEDADE**

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE
GESTANTES DE UMA COMUNIDADE DE REMANESCENTES
QUILOMBOLAS**

CELSO LOURENÇO DE ARRUDA NETO

Mossoró – RN

2016

CELSO LOURENÇO DE ARRUDA NETO

**CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE
GESTANTES DE UMA COMUNIDADE DE REMANESCENTES
QUILOMBOLAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Hougelle Simplício Gomes Pereira

Mossoró-RN

2016

**Catálogo da Publicação na Fonte.
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.**

Arruda Neto, Celso Lourenço De

Caracterização do Perfil Nutricional de Gestantes de Uma Comunidade De Remanescentes Quilombolas. / Celso Lourenço De Arruda Neto – Mossoró, RN, 2016.

66 f.

Orientador(a): Prof. Dr. Hougelle Simplício Gomes Pereira

Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Campus Central. Programa de Pós - Graduação em Saúde e Sociedade da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte,

1. Estado nutricional. 2. Gestantes. Quilombolas. I. Pereira, Hougelle Simplício Gomes. II. Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. III. Título.

UERN/ BC CDD 612
Bibliotecário: Sebastião Lopes Galvão Neto – CRB - 15/486

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E SOCIEDADE
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE E SOCIEDADE

A COMISSÃO ABAIXO ASSINADA APROVA A DISSERTAÇÃO
INTITULADA

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL NUTRICIONAL DE
GESTANTES DE UMA COMUNIDADE DE REMANESCENTES
QUILOMBOLAS

Elaborada por

CELSO LOURENÇO DE ARRUDA NETO

COMO REQUISITO FINAL PARA A OBTENÇÃO DO TÍTULO DE
MESTRE EM SAÚDE E SOCIEDADE

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Hougelle Simplício Gomes Pereira UERN/RN _____
(Orientador)

Prof. Dr. Reginaldo Antônio Freitas Jr. ISD/RN _____

Prof. Dr. Cleber de Mesquita Andrade UERN/RN _____

Mossoró - RN
2016

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais por serem meu corpo, minha mente e meu coração sempre em tudo que me dediquei a fazer. Dedico ainda à Comunidade de Capoeiras, que tão carinhosamente acolheu a mim e o meu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Assim como os agradecimentos de todos os dias, agradeço primeiramente a Deus por ser em mim fonte de força, esperança e amor, me guiando em todos os passos que dei nesta caminhada e em tudo que faço na minha vida.

Agradeço imensamente aos meus pais, Célio e Hozana, por todo o suporte que eles representam em minha vida, me segurando em todas as vezes em que quase caí e me ensinaram que por mais dura que seja uma caminhada, a glória da vitória faz tudo valer a pena. Neste núcleo, agradeço ainda à minha irmã Maria Júlia pelo sincero amor e a cumplicidade de toda uma vida.

Agradecimento especial à equipe do CEPS Anita Garibaldi que tão prontamente me recebeu e me acolheu em suas atividades e que tanto me ajudaram para a execução desta pesquisa. Somo a este o agradecimento à Comunidade de Capoeiras, que foram compreensivos e colaborativos, em especial às gestantes que aceitaram participar do estudo.

Agradeço grandemente ao meu orientador, o Prof. Dr. Hougelle, pela condução, pelos ensinamentos e contribuições, mas acima de tudo pelas palavras de calma que sempre me ajudaram a manter o foco desde o início do mestrado. Levarei desta parceria valiosos ensinamentos que me acompanharão pela minha vida acadêmica e profissional.

Agradeço aos amigos que contribuíram para a concretização desta jornada, direta ou indiretamente, especialmente aos que me deram apoio para que eu me mantivesse na estrada. Neste contexto agradeço às minhas amigas Geordânia e Sarah, pelas vezes em que me abrigaram e infinitamente à Dona Maria do Carmo, não só pela hospedagem, mas pelo apoio e cuidado em tudo que fez por mim.

Ainda agradecendo aos amigos dedico um agradecimento aos meus companheiros de jornada, aos amigos que fiz no mestrado, que singularmente compõem a nossa Equipe Nota 10, Josy, Nalígia, Priscilla e Breno, por todo o apoio, conhecimento trocado, por ouvir todas as lamentações e por acima de tudo por tudo que fizemos juntos.

Agradeço aos meus colegas de trabalho pela compreensão em todas as vezes eu tive que trocar os horários das minhas aulas para fazer a pesquisa. Agradeço especialmente ao Prof. Clênio por me ajudar com a análise estatística.

Agradeço ainda aos meus alunos por todas as vezes que também foram compreensivos em tais situações, especialmente àquelas que foram além desta relação e se tornaram minhas amigas e que tanto me ajudaram na execução desta pesquisa, Raíra, Joene, Nayane, Jayne e Beth. Obrigado, além de tudo por todas as palavras de apoio e pela torcida, serei um eterno torcedor de vocês também.

Venho agradecer ainda a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Sociedade por todos os ensinamentos e contribuições que deram para esta etapa da minha formação acadêmica. Agradecimento especial aos professores Dr. Cléber Mesquita, pelas considerações na qualificação e pelas palavras de incentivo e inspiração, à Dra. Fátima Raquel pelas considerações valiosas na qualificação e à Prof^a. Dra. Irany pelo tratamento e atenção em todas as vezes em que me dirigi à sua pessoa.

Agradecimento especial à Luzia por ser tão solícita e prestativa em todas as vezes em que precisei da sua ajuda, e não foram poucas, e pelas orientações que me foram repassadas.

SUMÁRIO

RESUMO	10
I INTRODUÇÃO	12
1.1 O PROBLEMA	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 OBJETIVO GERAL	13
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
1.3 JUSTIFICATIVA	14
II REVISAO DA LITERATURA	15
2.1 ESTADO NUTRICIONAL E NECESSIDADES NA GESTAÇÃO	15
2.2 COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O ACESSO À SAÚDE	18
2.3 COMUNIDADE DE CAPOEIRAS, MACAÍBA, RIO GRANDE DO NORTE	23
III METODOLOGIA	26
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	26
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	26
3.3.1 POPULAÇÃO	26
3.3.2 AMOSTRA	26
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	27
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS	27
3.5.1 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	27
3.5.2 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR	28
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	28
IV RESULTADOS	30
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E CULTURAL	30
4.2 ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES	34
4.3 CONSUMO ALIMENTAR	35
V DISCUSSÃO	44
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E CULTURAL	44
5.1.1 DISCUSSÃO RELATIVA A IDADE DA GESTAÇÃO	44
5.1.2 DISCUSSÃO RELATIVA A MORADIA	45
5.1.3 DISCUSSÃO RELATIVA A RENDA FAMILIAR	46
5.1.4 DISCUSSÃO RELATIVA A ESCOLARIDADE	46
5.1.5 DISCUSSÃO RELATIVA A ESTADO CIVIL	47
5.1.6 DISCUSSÃO RELATIVA À RELIGIÃO	47
5.1.7 DISCUSSÃO RELATIVA A ATIVIDADE FÍSICA	48
5.1.8 DISCUSSÃO RELATIVA AO FUMO E ÁLCOOL	48
5.2 ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES	48
5.2.1 DISCUSSÃO RELATIVA AO PESO PRÉ-GESTACIONAL	48
5.2.2 DISCUSSÃO RELATIVA AO PESO GESTACIONAL	49

5.3 CONSUMO ALIMENTAR.....	50
5.3.1 CARBOIDRATOS.....	50
5.3.2 PROTEÍNAS.....	51
5.3.3 VITAMINAS E MINERAIS.....	51
5.3.4 FRUTAS E VERDURAS.....	52
VII REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICES.....	62
APÊNDICE I.....	63
HISTÓRICO SOCIOECONÔMICO-CULTURAL.....	63
ANEXOS.....	64
ANEXO I.....	65
INQUÉRITO RECORDATÓRIO DE 24 HORAS.....	65
ANEXO II.....	66
FORMULÁRIO DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR.....	66

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Comparativo das condições socioeconômicas e culturais entre as gestantes de Capoeiras e as gestantes atendidas no CEPS Anita Garibaldi.	33
TABELA 2	Avaliação do estado nutricional das gestantes de acordo com o IMC e a adequação da CMB.	34
TABELA 3	Comparativo da média de consumo alimentar entre os grupos de gestantes.	38
TABELA 4	Análise de comparação entre os grupos utilizando teste t de Student.	41
TABELA 5	Frequência de consumo por grupos alimentares das gestantes de Capoeiras e do CEPS Anita Garibaldi	45

RESUMO

As populações quilombolas têm seus direitos garantidos na Constituição Brasileira, apesar das dificuldades que encontram para terem acesso a vários serviços como saúde, infraestrutura, habitação e alimentação. Os poucos estudos existentes sobre essas populações evidenciam marginalização a que estão submetidas e essa ausência de dados relativos às condições de saúde e de estilo de vida dificultam o planejamento de ações que possam reverter esta situação. O objetivo deste estudo foi avaliar o estado nutricional e o consumo alimentar de gestantes quilombolas. Foi realizado um estudo transversal e descritivo que fez a comparação do estado nutricional e do consumo alimentar entre um grupo de gestantes quilombolas da Comunidade de Capoeiras e gestantes do município de Macaíba no Rio Grande do Norte. O estado nutricional foi mensurado utilizando-se dados antropométricos e o consumo alimentar utilizando-se um Questionário de Frequência Alimentar. Foi observada uma predominância de adolescentes entre as gestantes de Capoeiras, com uma média de idade de 20,37 anos. A caracterização socioeconômica demonstrou uma diferença de renda, onde as gestantes de Macaíba apresentaram uma maior renda que as gestantes quilombolas. Quanto ao estado nutricional segundo o IMC observou-se uma pequena porcentagem de gestantes com baixo peso na Comunidade de Capoeiras. No entanto, o estado nutricional predominante entre as gestantes de Capoeiras foi o de sobrepeso (62,0%) em detrimento de 28,57% no grupo comparado. A comparação do consumo alimentar demonstrou diferença significativa estatisticamente no consumo da quantidade de carboidratos e de niacina entre os dois grupos. Observou-se ainda um baixo consumo diário de verduras cruas, legumes e frutas nos dois grupos e ainda um baixo consumo de leite, especialmente entre as gestantes quilombolas. Os resultados do estado nutricional associados aos maus hábitos alimentares podem ser responsáveis pelo desenvolvimento de problemas para a mães e o os bebês. Os achados desse estudo permitem uma visualização de uma característica que exerce muita influência no processo gestacional e pouco se tem investigado em comunidades quilombolas. Mais do que um problema somente para as gestantes, o acesso a saúde ainda não está totalmente garantido para essas populações. Para se obter uma efetividade de atendimento às gestantes de comunidades quilombolas, necessita-se proceder um recorte étnico da assistência em saúde garantindo um planejamento baseado nas necessidades reais destes grupos.

Palavras-chave: estado nutricional, gestantes, quilombolas.

ABSTRACT

The Maroons have their rights guaranteed in the Brazilian Constitution, despite the difficulties that are to have access to various services such as health, infrastructure, housing and food. The few studies on these populations show marginalization to which they are submitted and that the absence of data on health and lifestyle make it difficult to plan actions that can reverse this. The aim of this study was to evaluate the nutritional status and dietary intake of pregnant women Maroons. a cross-sectional descriptive study made a comparison of the nutritional status and dietary intake among a group of community quilombo pregnant women Capoeiras and Macaíba municipality of pregnant women in Rio Grande do Norte was held. Nutritional status was measured using anthropometric data and dietary intake using a food frequency questionnaire. a predominance of adolescents among pregnant women in Capoeiras, with an average age of 20.37 years was observed. Socioeconomic characterization showed an income gap, where pregnant women Macaíba had a higher income than the Maroons pregnant. Regarding nutritional status according to BMI there was a small percentage of pregnant women with low weight in the Community of Capoeiras. However, the prevailing nutritional status in pregnant women coops was overweight (62.0%) over 28.57% in the comparison group. Comparison of feed intake showed a statistically significant difference in consumption of the amount of carbohydrates and niacin between the two groups. There was still a low intake of raw vegetables and fruits in both groups and even a low milk consumption, especially among pregnant women Maroons. The results of nutritional status associated with poor eating habits can be responsible for developing problems for mothers and babies. The findings of this study allow a preview of a feature that exerts a lot of influence in the pregnancy process and little has been investigated in quilombo communities. More than just a problem for pregnant women, access to health is not fully guaranteed for these populations. To obtain effectiveness of care for pregnant women of quilombo communities, need to make an ethnic trimming of health care ensuring planning based on the real needs of these groups.

Key-words: nutritional status, pregnant, marrons.

I INTRODUÇÃO

1.1 O PROBLEMA

O Direito a Saúde está instituído na Constituição Brasileira devendo ser assegurado a todo cidadão de forma igualitária, atendendo a requisitos de condições socioeconômicas adequadas, aspectos culturais preservados e cultivados e questões políticas bem estabelecidas. Todos esses fatores determinam as condições de vida de uma comunidade e refletem nas conjunturas de bem-estar, e conseqüentemente de saúde, dos seus habitantes (VIACAVA, 2010).

Neste contexto, ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se apresentava como um modelo de intervenção para garantir o atendimento igualitário na saúde, mas que por outro lado mostrava-se falho no próprio planejamento. A condução das atividades propostas pelo SUS ficou sob responsabilidade do Ministério da Saúde (MS) que não elaborou um plano nacional de saúde que levasse em consideração o diagnóstico situacional, diretrizes e prioridades de forma suficiente. As políticas públicas, quando debatidas sobre a sua necessidade, baseavam-se em densidade populacional deixando de fora o contingente quilombola sob a justificativa de não atingir um quantitativo representativo (FREITAS et al, 2011).

As ações de saúde promovidas pelo MS voltadas para a população quilombola estavam centradas na ideia de incentivo à equidade, através da extensão da cobertura de ações já existentes como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Programa de Habitação e Saneamento e as ações de segurança alimentar e nutricional. No entanto, a igualdade de acesso não foi garantida na prática, colocando estas populações em uma situação de vulnerabilidade social e, conseqüentemente, de saúde. Dados de 2013 da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR) demonstraram o cadastro de mais de 107 mil famílias quilombolas cadastradas no CadÚnico, sendo três quartos dessas em situação de extrema pobreza (CALHEIROS; STADTLER, 2010).

Apesar das tentativas de tornar o acesso à saúde mais eficaz para essas comunidades, o quadro de vulnerabilidade social dos quilombolas está expresso na sua forma de se referir à saúde e à doença. A morbimortalidade por doenças

infeciosas ou crônico-degenerativas nessa população específica encontra-se além do que se espera para a evolução dos serviços de saúde. Faz-se necessário reconhecer a importância de se proceder a um recorte étnico na assistência tendo por base às condições de vida dessas pessoas, percebendo à sua maior suscetibilidade a certos agravos como hipertensão e anemia falciforme (FREITAS, 2011).

No que concerne à atenção à saúde materno-infantil percebe-se que, apesar das melhorias registradas na atenção a este público, o acesso igualitário para uma adequada assistência à gestação ainda se mostra insuficiente. Esta dificuldade já se registra em todas as parcelas da população quando se trata de saúde de mulheres e crianças que são, ainda hoje, grupos de alta vulnerabilidade a enfermidades e afecções (GÓES; NASCIMENTO, 2013).

Um fato que evidencia essa negligência do acesso de comunidades quilombolas à saúde é a escassez de dados e estudos que avaliem as condições dessas populações. Apesar da importância de se conhecer os indicadores de saúde para, posteriormente, elaborar ações específicas para este público, pouco se tem avançado nessa investigação. Inseridos nesse contexto, tem-se a precariedade de estudos sobre a saúde materna nas populações quilombolas, mesmo diante dos riscos conhecidos aos quais esse público está exposto, como complicações decorrentes de problemas hipertensivos que são bastante comuns na população negra (MARQUES et al, 2014).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar e comparar o perfil nutricional de grupos de gestantes quilombolas e não-quilombolas.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar avaliação antropométrica das gestantes de ambos os grupos;
- Analisar o consumo alimentar das gestantes;
- Comparar o perfil nutricional de gestantes quilombolas e não-quilombolas;

1.3 JUSTIFICATIVA

Realizando-se uma busca no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para dados antropométricos e de consumo alimentar de gestantes quilombolas, incluindo adolescentes, o relatório gerado mostra que em todo o território nacional se dispõe desses dados para apenas 3 gestantes. Este dado reflete claramente a deficiência que existe no conhecimento de dados nutricionais para populações quilombolas. A literatura disponível não é suficiente para caracterizar o perfil nutricional de gestantes quilombolas e com isso dificulta a tomada de decisão para a elaboração de políticas públicas voltadas para a prevenção à saúde, assim como, não há dados para se tomar ações corretivas de saúde que possam ser necessárias para essas populações com características específicas. Este Estudo procurou diminuir esta falha no conhecimento científico dos dados nutricionais de gestantes quilombolas.

II REVISAO DA LITERATURA

2.1 ESTADO NUTRICIONAL E NECESSIDADES NA GESTAÇÃO

O período gestacional é caracterizado por inúmeras alterações orgânicas, com repercussões funcionais, metabólicas, físicas, emocionais, comportamentais e alimentares. Todas essas alterações são extremamente necessárias para que o organismo da gestante consiga regular suas atividades, garantindo adequado resultado gestacional (SILVA, 2010).

As mudanças dessa fase não ocorrem para atender exclusivamente às necessidades da gestação, como também há preparo para o trabalho de parto e o período de lactação. O adequado atendimento nutricional durante a assistência pré-natal (PN) requer, de todos os profissionais, conhecimento dessas alterações e das necessidades durante a gestação (SILVA, 2010; KRAUSE, 2012).

O período gestacional é constituído por 40 semanas, sendo heterogêneo em seus aspectos fisiológicos, metabólicos e nutricionais. O primeiro trimestre caracteriza-se por grandes modificações biológicas devidas à intensa divisão celular que ocorre nesse período. A saúde do embrião vai depender da condição nutricional da mãe, não apenas quanto às suas reservas energéticas, mas também quanto às reservas de vitaminas, minerais e oligoelementos. O segundo e o terceiro trimestres integram outra fase para a gestante, em que o meio externo vai exercer influência direta na condição nutricional do feto. O ganho de peso adequado, a ingestão de energia e nutrientes, o fator emocional e o estilo de vida serão determinantes para o crescimento e o desenvolvimento normais do feto (VITOLLO, 2008).

A gestação é uma das etapas da vida da mulher de maior vulnerabilidade nutricional, estando, por exemplo, mais sujeita a intercorrências decorrentes da má alimentação, em um momento em que o organismo está em intenso anabolismo que determina expressivo aumento das necessidades nutricionais, comparado ao período pré-concepcional (SILVA, 2010).

Os componentes chave para a aquisição de um estilo de vida saudável durante a gestação incluem tanto o adequado ganho de peso, quanto o consumo de alimentos variados, suplementação apropriada de micronutrientes e o não uso de álcool e/ou cigarros ou qualquer outra substância danosa (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 1998).

Há evidências de que o crescimento intrauterino exerce importante efeito sobre a saúde na vida adulta (VITOLLO, 2008). Potdar et al (2014) sugeriu que a desproporção do tamanho ao nascer do recém-nascido devido o ambiente intrauterino desfavorável ocasionado por má-nutrição energético/proteica está altamente correlacionada com aumento na incidência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como doenças cardiovasculares, diabetes tipo 2 e hipertensão durante os períodos mais tardios da vida.

As bases biológicas que sustentam o conceito da “programação fetal” ainda são especulativas, mas podem envolver alterações permanentes na expressão gênica que podem modificar a diferenciação tecidual e a regulação hormonal e metabólica. Sugere-se que o feto se adapta ao meio intrauterino desfavorável com permanentes reajustes no sistema homeostático para auxiliar na sobrevivência. Contudo, essas alterações sendo inconsistentes com o ambiente pós-natal, acabam sendo desvantajosas e aumentando o risco de DCNT (VICKERS et al., 2000).

Qualquer condição materna adversa coloca o feto em risco de nascer prematuramente. A prematuridade representa riscos à saúde significativos. Uma hipótese é que a prematuridade pode ser decorrente de uma inadequada obtenção de nutrientes para continuar o crescimento e o desenvolvimento do feto ou da placenta. Pesquisadores especulam que a inanição materna provoca alterações no DNA, regulada por vários nutrientes bem no início da gravidez ou no ato da concepção. Altas taxas de abortos espontaneos, natimortos, mortes neonatais e malformações congênitas foram observadas em mulheres que conceberam durante a época da fome. As crianças sobreviventes eram menores (ZAMMIT et al., 2007; KRAUSE, 2009).

Um ganho de peso insuficiente na gravidez resulta em uma menor expansão do volume plasmático, levando a uma diminuição no fluxo placentário e, portanto, menor transporte de nutrientes e oxigênio para o feto, refletindo assim no menor peso e no tamanho da placenta, além de menor conteúdo de ácido desoxirribonucleico (DNA). Dessa forma, o baixo peso ao nascer é uma das principais consequências da desnutrição materna. Este impacto na saúde da criança envolve prejuízos no desenvolvimento neurológico do feto, deficiência imunológica, sequelas no crescimento pós natal, além de outros prejuízos, como na produção de enzimas e nas funções de órgãos como rim, pulmão e fígado (VITOLLO, 2008).

De acordo com a atual compreensão dos processos biológicos indica-se que o estado nutricional das mulheres antes e durante a gravidez desempenham um papel importante na determinação de processos do desenvolvimento e garantem uma gravidez com resultados bem sucedidos. Estudos observacionais sugerem que a ingestão de suplementos vitamínicos e minerais pré-concepcional e periconcepcional estão associados com um risco reduzido de recém-nascidos com baixo peso e/ou pequenos para a idade gestacional e partos prematuros (RAMAKRISHNAN, 2012).

A nutrição da mulher, antes e durante a gravidez, desempenha um papel fundamental na saúde reprodutiva e é reconhecida como sendo importante para otimizar a gravidez e a disponibilidade e fornecimento de nutrientes ao feto, que é totalmente dependente do estado nutricional materno que por sua vez depende de suas reservas de nutrientes e ingestão alimentar (SHIN et al., 2016).

A boa alimentação durante a fase gestacional garante que haja substratos suficientes à produção hormonal, visto que desempenham papel fundamental na gravidez, no parto e na lactação. São esses hormônios responsáveis pelas alterações do período, constituídos de colesterol, como o estrogênio e a progesterona, e proteínas, como a gonadotropina coriônica humana (hCG) e o lactogênio placentário humano, daí a necessidade do bom estado nutricional da gestante (SILVA, 2009).

Um dos mais importantes determinantes do ganho de peso durante a gestação é o alto consumo energético, que por sua vez, é um dos fatores que sistematicamente vem apresentando associação positiva com a retenção de peso pós parto e obesidade materna. Nos Estados Unidos, a obesidade tem apresentado prevalências mais elevadas na população negra, mesmo após ajuste para idade e educação (BURKE et al, 1996; LEWIS et al, 2005).

A falta de informação sobre os cuidados de saúde na gestação e pós-parto podem ocasionar negligência com o consumo alimentar desse período. Mulheres negras são mais suscetíveis a adotar hábitos de vida insalubres como resultado de discriminação e exclusão por elas sofrida ao longo da vida. Não se pode descartar a possível contribuição dos serviços de saúde à inadequação no consumo alimentar, gerando iniquidade. Essa iniquidade é ocasionada pela desigualdade de tratamento aos grupos populacionais mais desfavorecidos socialmente, com distinção negativa

para as mulheres de pele escura. Minorias étnico raciais tendem a receber uma má assistência a saúde em relação à maioria, mesmo quando fatores relacionados ao acesso, como renda são controlados. Essas discrepâncias são complexas e tem raízes em desigualdades históricas e contemporâneas, em vários níveis – sistema de saúde, processos administrativos, profissionais de saúde. Com relação aos profissionais de saúde, as divergências podem surgir da discriminação e, em relação ao paciente, de uma falta de interação com a equipe, ocasionada por uma desconfiança em relação a experiências anteriores com os serviços de saúde que foram insatisfatórias (LEAL et al, 2005; SMEDLEY et al, 2001).

2.2 COMUNIDADES QUILOMBOLAS E O ACESSO À SAÚDE

As comunidades quilombolas são resultado da luta dos escravos de origem africana por sua liberdade e são representantes de uma época muito triste para a raça negra, a palavra “quilombo”, em sua etimologia bantu significa acampamento guerreiro na floresta e foi popularizada no Brasil para se referir às unidades de apoio mútuo criadas pelos rebeldes ao sistema escravista e às suas reações, organizações e lutas pelo fim da escravidão no país (FREITAS ET AL, 2011; SILVA, 2010).

Essas comunidades guardam em si uma riqueza cultural de extrema importância para o nosso país, pois compreende uma dimensão secular de resistência, na qual homens e mulheres negros buscavam o quilombo como possibilidade de se manterem física, social e culturalmente, em contraponto à cultura escravocrata, em um contexto de lutas pelo alcance do reconhecimento, redistribuição e representação política na esfera pública para os negros. No período pós-abolição, a luta pelos direitos quilombolas se somou às lutas da população negra de modo geral, sendo uma forte bandeira dos movimentos negros organizados durante o século XX e XXI (CARDOSO, 2010; SILVA, 2010).

As comunidades quilombolas foram reconhecidas oficialmente pelo Estado brasileiro em 1988, nº Artigo 68, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Todas as regiões brasileiras apresentam áreas remanescentes de quilombos, e há registros de um total de 2790 comunidades no país com panoramas regionais diversificados (ANJOS, CIPRIANO, 2007; MACHADO, BAPTISTA, LIMA, 2010).

A introdução desse direito na Constituição de 1988 culmina para a pluralização de temas e demandas na cena pública nacional, sendo considerado um marco de vitória das lutas negras no Brasil. A partir da década de 1990 o movimento quilombola ganha visibilidade nacional e passa a defender uma agenda própria que coloca novos desafios aos movimentos sociais negros (CARDOSO, 2008).

Podemos ver claramente que o quilombo não significou apenas um lugar de refúgio de escravos fugidos, mas a organização de uma sociedade livre, formada por “homens e mulheres que se recusavam viver sob o regime da escravidão e desenvolviam ações de rebeldia e de luta contra esse sistema”, como define (MUNANGA & GOMES 2006).

A população quilombola ainda luta incessantemente por igualdade de direitos, pela posse e regularização fundiária de suas terras, pela ampliação de uma cidadania plena e por um acesso mais digno à saúde pública no nosso país. Os quilombolas estão distribuídos por todo território nacional, e muitos ainda vivem em comunidades formadas por forte vínculo de parentesco, mantendo ainda vivas tradições culturais e religiosas. A grande parte dos membros da comunidade exercem trabalhos ligados a trabalhos rurais, ou culturas de subsistência, e muitos dependem de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família, entre outros (CARDOSO, 2010).

A preservação da cultura quilombola e sua organização estão diretamente ligadas ao território, já que o direito legal à terra onde seus antepassados começaram a escrever sua história é essencial para essa manutenção. O território das comunidades quilombolas é usufruído de forma coletiva, ou seja, pode ser usado por toda uma família ou pelos membros da comunidade (TRECCANI, 2006).

Os remanescentes de quilombo precisam de um território que abrigue não só sua esfera econômica e habitacional, mas também que abrigue seus costumes, cultura, lazer, cultos religiosos, cemitério e recursos naturais, fazendo assim, um uso diversificado da sua terra e perpetuando seu legado histórico e cultural (TRECCANI, 2006).

O grande desafio, hoje colocado, é a busca pela real superação dos reflexos das legislações e conceitos do Brasil Colônia e Império, que tinham como sustentação econômica, cultural e social o racismo e a violência contra os negros, bem como contra suas expressões organizativas, culturais e simbólicas. Esses

conceitos dos séculos passados ainda se fazem presentes em interpretações e ações do contexto da sociedade atual, tendo que haver muitos esforços ainda para a construção de um país que reconhece a pluralidade em seus aspectos mais profundos (CALHEIROS, STADTLER, 2010).

A população negra formada por grupos remanescentes de escravos africanos, reconhecida como população quilombola, talvez seja o grande emblema do racismo institucional no País. Durante muitos anos essa população foi praticamente invisível aos olhos dos gestores governamentais e não recebeu incentivos sociais de qualquer natureza, obrigando-os a viver em condições higiênico-sanitárias insalubres. Em outras palavras, para essa população perpetuou-se uma escravidão de outra natureza, mas igualmente desumana e inaceitável (FREITAS ET AL, 2013).

As condições precárias em que vivem estas comunidades os deixam expostos a uma série de fatores de risco para desenvolvimento de doenças, que podem afetar o trato gastrointestinal, aparelho respiratório, músculo esquelético, dentre muitos outros órgãos, sendo extremamente necessário a implementação de estratégias de intervenção por parte dos profissionais de saúde para promover a saúde entre esta população (SANTOS ET AL, 2014; DAMAZIO ET AL, 2013).

A ausência de serviços de saúde locais, fazendo com que, ao surgirem doenças, seus habitantes sejam obrigados a percorrer grandes distâncias em busca de ajuda é um fator determinante para a piora do quadro clínico em algumas patologias que vem a acometer habitantes desta população. A maior parte não possui água tratada e esgoto sanitário e as condições do quadro natural influenciam a vida socioeconômica dos quilombolas e, indiretamente, sua saúde (SILVESTRE, MOREIRA, 2011; FREITAS ET AL, 2011).

O abastecimento de água é um problema de grande importância nessas comunidades uma vez que, grande parte da população dos quilombos utiliza água proveniente de poços/nascentes sendo que somente uma minoria utiliza água oriunda de abastecimento da rede pública. Em relação ao tratamento de água para consumo verificou-se que 91,3% das famílias quilombolas declararam não utilizar nenhum método de purificação da água, esse é um fator relevante para a saúde do grupo uma vez que muitas doenças parasitárias ou infecciosas, comuns em comunidades quilombolas, podem ser transmitidas através da má qualidade da água consumida (PINHO ET AL, 2015; DAMAZIO ET AL, 2013).

Mesmo com todas as reformas sanitárias ocorridas no Brasil, algumas famílias de comunidades quilombolas ainda descartam seus dejetos ao céu aberto. O uso do meio ambiente para descartar as fezes favorece a proliferação de vetores e de micro-organismos causadores de doenças endêmicas e de parasitoses, vindo a ocasionar quadros de diarreia, que são bastante comuns entre os habitantes dessas comunidades, como também a contaminação da água dos mananciais de superfície, prejudicando, ainda mais, a qualidade da água consumida pelas pessoas (DAMAZIO ET AL, 2013; PINHO ET AL, 2015; SILVA, 2007)

Estudos recentes apontam que a hipertensão arterial sistêmica e a doença de Chagas são patologias frequentes entre a população quilombola de algumas regiões brasileiras. A existência da doença de chagas depende da distribuição da pobreza e das condições por ela geradas que determinam o convívio do homem com o vetor no ambiente domiciliar. Vale ressaltar que, muitos povos quilombolas, ainda se utilizam de práticas alternativas e do uso de plantas consideradas por eles como medicinais (MARQUES ET AL, 2010; VIEIRA, VIEIRA, 2011).

Quando analisamos o perfil nutricional e as condições antropométricas percebemos que a situação nutricional das comunidades quilombolas deriva de um complexo processo histórico que envolve fatores socioeconômicos, geográficos e ambientais, que vêm gerando precárias condições de vida e situação de vulnerabilidade frente aos agravos à saúde. A situação de insegurança alimentar e nutricional termina por favorecer o risco de sofrer baixo peso e comprometer a capacidade funcional para realizar atividades do cotidiano, como hábitos alimentares e estilos de vida. (GURRERO ET AL, 2007;).

Nas comunidades quilombolas brasileiras, a produção agrícola tenta ser desenvolvida em escala de economia de mercado, com oferta de produtos, como: melancia, feijão, milho e alguns subprodutos da mandioca. Contudo, a quantidade produzida é insuficiente para alimentar a população e gerar renda durante o ano inteiro (SILVA ET AL, 2007; SILVA ET AL, 2008).

A base da alimentação dessa população constitui-se em: peixes, farinha de mandioca e frutas. As aves são consumidas em ocasiões especiais e a carne bovina raramente. A carne de caça também é uma opção referida. Outros alimentos, como arroz, feijão e macarrão, são consumidos quando existe disponibilidade de renda de um ou mais membros da família. Em algumas regiões observam-se preparações

regionais como o vinho de açaí, doces de frutas da região e a confecção da farinha do peixe (piracuí) (SILVA ET AL, 2008).

Em crianças, existe a prevalência de déficit estatural e também de anemia por deficiência de ferro, já quanto ao peso, observa-se que há uma leve tendência ao sobrepeso, entretanto, tal aspecto não indica necessariamente uma redução nos problemas nutricionais da população. De fato, o avanço do sobrepeso é uma preocupação, haja vista sua forte relação com uma infinidade de agravos à saúde. O fato de a criança apresentar sobrepeso não a isenta de carências nutricionais específicas que comprometam seu crescimento, desenvolvimento e saúde (COUTINHO, GENTIL, TORAL, 2008; FERREIRA ET AL, 2011).

Quanto à educação, nessas comunidades o que dificulta a continuidade dos estudos é não haver o ensino médio nas escolas. Há desconhecimento geral da população sobre a importância da educação na vida dos indivíduos, o que é perpetuado entre as gerações e culmina em baixos níveis de escolaridade (PINHO ET AL, 2015; PARÉ, OLIVEIRA, VELLOSO, 2007).

A falta de perspectiva com relação ao futuro e ao crescimento pessoal, somados às difíceis condições de moradia, condições de trabalho, acesso à alimentação e água de péssima qualidade e a falta de uma política de valorização do homem do campo, tem sido apontado frequentemente como causa do alto índice de alcoolismo e tabagismo entre as populações quilombolas. (LEITE, 2008; MELLO, 2010).

Com relação à saúde mental, um estudo investigou a comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos, Paraíba, e observou presença de alcoolismo e problemas mentais. Outro, enfocando a depressão na população quilombola da Bahia, observou prevalência do transtorno similar à da população geral brasileira e ausência de diferenças por sexo na prevalência e intensidade dos sintomas depressivos, foi observado também que quanto maior a prevalência de depressão, menor é a autopercepção do indivíduo sobre saúde, no geral (SILVA, LIMA, HAMANN, 2010; BARROSO, MELO, GUIMARÃES, 2014).

A associação entre a depressão e a pior autopercepção da saúde tanto para homens quanto para mulheres, indicando que a forma como a pessoa percebe sua condição de saúde é um fator muito importante para compreender o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, independente do sexo. Estudos sobre

adoecimento mental em outras populações e investigações sobre outras condições de saúde na população quilombola já haviam indicado a relação entre a pior autopercepção da saúde e o adoecimento físico e mental (BARROSO, MELO, GUIMARÃES, 2015; HOFMANN, ANU ASNAANI, HINTON, 2010; MOLINA ET AL, 2012).

Esse é um aspecto ainda pouco trabalhado em intervenções de saúde, mas que afeta diretamente a procura por serviços de saúde e a adesão ao tratamento de diversas doenças, o que demonstra a importância e a necessidade desse critério ser incluído em intervenções com a população quilombola (BARROSO, MELO, GUIMARÃES, 2015; FAUSTINO, SEIDL, 2010).

Apesar dos avanços e melhorias na área da saúde, a exemplo da redução nas taxas de mortalidade e aumento na expectativa de vida, a população negra ainda apresenta altas taxas de morbimortalidade quando comparadas com as taxas da população em geral. Além disso, verifica-se que, apesar da melhora em alguns indicadores de saúde, as desigualdades étnicas e raciais ainda permanecem (GOMES ET AL, 2013).

2.3 COMUNIDADE DE CAPOEIRAS, MACAÍBA, RIO GRANDE DO NORTE

O Rio grande de Norte possui cerca de sessenta comunidades quilombolas, destas, vinte foram reconhecidas, e a comunidade de Capoeiras está incluída nesta lista, sendo reconhecida oficialmente em 2007. Capoeiras ocupa uma área rural situada geograficamente no município de Macaíba, a qual fica 35 quilômetros de distância e a 65 quilômetros de Natal. A historiografia do município remonta o início do século XVII, no ano de 1614, quando o Capitão Francisco Rodrigues Coelho recebeu algumas datas de terra, que deram origem ao Ferreiro Torto e ergueu o segundo Engenho da Capitania do Rio Grande: o Engenho Potengi. No final do século XVIII, o núcleo demográfico de Macaíba era conhecido como Povoação de Coité com a existência de terras de plantios, algumas fazendas e sítios (CASCUDO, 1984; MILLER, 2007).

O topônimo Coité provém de um tipo de vegetação, árvore de grande fruto não comestível, que servia para fazer vasilhas, encontrada nas terras de Fabrício Gomes de Pedrosa, fundador da cidade de Macaíba, presidente da Intendência de

Natal, comprador e exportador de açúcar e algodão para o exterior e para o Porto do Guarapes (SILVA, 2003).

De acordo com a cultura oral a comunidade rural de Capoeiras, localizada no município de Macaíba começou com quatro famílias, sendo duas Santos e duas Moura. O nome Capoeiras foi dado em homenagem a um dos primeiros moradores da comunidade o senhor João Capoeira. A data da formação do quilombo não é conhecida. A terra era maior do que a encontrada hoje, o que relatam os mais velhos (MACÊDO, 2014)

A comunidade de Capoeiras é composta por cerca de 330 famílias, distribuídas num território de 884,993 hectares, totalizando mais ou menos 1500 habitantes, que vivem principalmente da atividade agrícola (mandioca, feijão e caju) atendendo, principalmente, as necessidades familiares, e da pequena produção agropecuária, criação de pequenos animais: galinha, porco, bode para consumo doméstico; e comercialização da farinha da mandioca, das aposentadorias, pensões, dos auxílios financeiros dos programas federais (bolsa família, cesta básica do “Fome Zero”, Programa do Leite para crianças, entre outros) (MILLER, 2007; FREIRE, 2009).

Com relação à renda mensal das famílias, 52,31% da população de Capoeiras possui até um salário mínimo, 26,62% até dois salários mínimos, 6,15% recebe mais de dois salários mínimos e 16,92% não possui renda fixa (MACÊDO, 2014).

A comunidade possui uma Associação Cultural e uma Cooperativa de Moradores. Existem igrejas católica e evangélica, duas casas de farinha, uma escola que atende o ensino infantil e fundamental I, posto de saúde e um ponto de cultura, que é um espaço onde as pessoas prestigiam as contribuições da cultura afro em Capoeiras, como o pau furado ou bambelô, rituais religiosos, dentre outros (FREIRE, 2009).

A comunidade conta com uma infraestrutura básica de serviços de energia elétrica, telefonia, abastecimento de água, coleta de lixo. Não existe sistema sanitário, porém as casas possuem fossas sépticas (FREIRE, 2009; MACÊDO, 2014).

Existe um posto de saúde, mas conta apenas com um clínico geral e uma enfermeira. O atendimento é quinzenal e os atendimentos de urgência são realizados na UPA (Distrito de Jundiaí, Macaíba). (FREIRE, 2009; SILVA, 2003)

III METODOLOGIA

3.1 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte sob o parecer de número 1.283.984 e foi desenvolvida de acordo com preceitos éticos previstos na resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa assegurando aos participantes os referenciais bioéticos de autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade.

As participantes foram convidadas a participar da pesquisa e esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, bem como lhes foi assegurado a desistência de participação a qualquer momento. Após os devidos esclarecimentos, elas foram convidadas a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) concordando com a sua participação. Para as participantes com idade inferior a 18 anos, os esclarecimentos da pesquisa foram repassados à gestante e à sua mãe ou responsável legal e este último convidado a assinar o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).

O presente estudo foi desenvolvido em parceria com o Centro de Ensino e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi, como parte integrante do projeto “A Barriguda” desenvolvido na Comunidade de remanescentes quilombolas de Capoeiras, Macaíba/RN, que têm por objetivo proporcionar assistência pré-natal completa e especializada às gestantes da referida comunidade.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Foi desenvolvida uma pesquisa de campo, transversal, descritiva e analítica com a comparação entre dois grupos de gestantes.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

3.3.1 POPULAÇÃO

A população em estudo foi constituída por gestantes do município de Macaíba, no Rio Grande do Norte, divididas em dois grupos: gestantes quilombolas e gestantes não-quilombolas.

3.3.2 AMOSTRA

Um dos grupos foi composto por gestantes quilombolas residentes na comunidade de Capoeiras, Macaíba/RN, e atendidas na Unidade Básica de Saúde da referida comunidade, sendo o único critério de inclusão/exclusão o desejo de participar da pesquisa. O outro grupo foi constituído de gestantes atendidas no Centro de Ensino e Pesquisa em Saúde Anita Garibaldi, do Instituto Santos Dumont (ISD). O recrutamento em ambos os grupos foi realizado por conveniência, através de convite realizado diretamente à gestante no momento da utilização dos serviços de saúde citados. A amostragem, portanto, foi aleatória incluindo aquelas que demonstraram interesse em participar do estudo.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista, utilizando-se de um questionário socioeconômico e cultural, para se conhecer condições econômicas, estilo de vida e práticas culturais (APÊNDICE I). Os dados incluíram ainda medidas antropométricas que foram aferidas no momento da entrevista e estão descritas no próximo tópico e avaliação do consumo alimentar, de ambos os grupos, que foram posteriormente comparados.

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS

3.5.1 AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

Os dados antropométricos foram coletados de prontuários e aferidos na oportunidade da entrevista. Coletou-se do prontuário o peso pré-gestacional da paciente, para, juntamente com a altura registrada em prontuário, calcular o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional. Este dado, expresso em Kg/m^2 , foi classificado de acordo com os valores de corte propostos pela Institute of Medicine (IOM, 2009).

Para o cálculo do IMC gestacional foram realizadas no momento da entrevista a aferição de peso e altura. O IMC gestacional foi classificado de acordo com a idade gestacional segundo valores de referência preconizados pelo Ministério da Saúde, adaptado de Atalah (1997) (BRASIL, 2011). O peso foi obtido mediante utilização de balança do tipo plataforma, com capacidade de até 150 kg, estando a gestante descalça e observando se há presença de edema indicativo de retenção hídrica. A altura da gestante foi mensurada utilizando-se estadiômetro graduado até dois metros, observando-se a postura que deveria estar ereta, com os pés juntos e

próximos a parte anterior do estadiômetro com os braços relaxados ao longo do corpo.

Foram aferidas, ainda, medidas da Circunferência do Braço (CB) e da Prega Cutânea Tricipital (PCT), ambas utilizadas para o cálculo da Circunferência Muscular do Braço (CMB). Com este dado foi possível avaliar a composição corporal, por meio da predição de conteúdo de massa magra do braço. A classificação destes valores foi feita de acordo com o proposto por Frisancho (1981).

3.5.2 AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR

Para a avaliação do consumo alimentar foram utilizados um recordatório de ingestão habitual (ANEXO I) e um questionário de frequência alimentar (QFA) (ANEXO II). O recordatório de ingestão habitual é largamente utilizado para avaliação do consumo alimentar de populações e investiga todas as refeições do entrevistado, mediante relato de quais alimentos foram consumidos, em quais refeições e horários, e as quantidades descritas em medidas caseiras (FISBERG et al, 2005). Posteriormente, essas quantidades em medidas caseiras foram convertidas em gramas através da utilização da Tabela de Avaliação do Consumo Alimentar em Medidas Caseiras (PINHEIRO et al, 2004). Os alimentos, valores em gramas, foram analisados quanto à sua composição de energia, macro e micronutrientes de acordo com a Tabela Brasileira de Composição de Alimentos (TACO, 2011).

O QFA utilizado foi o proposto pelo Ministério da Saúde, o Formulário de Marcador do Consumo Alimentar, que analisa a frequência de consumo de dez grandes grupos de alimentos sendo estes: 1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc); 2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca); 3. Frutas frescas ou salada de frutas; 4. Feijão; 5. Leite ou iogurte; 6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc); 7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc); 8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote; 9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom); 10. Refrigerante (não considerar os *diet* ou *light*).

3.6 ANALISE ESTATÍSTICA

Foi realizada análise quanti-qualitativa com os dados quantitativos expressos em frequência simples, frequência percentual, média, e desvio padrão, utilizando estatística inferencial para comparação entre os grupos estudados. Para comparação das variáveis não-categóricas foram utilizados o teste T de student de comparação pareada e para comparação das variáveis categóricas o teste exato de Fisher para amostras pequenas (TRIOLA, 2013).

IV RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E CULTURAL

Todas as gestantes da comunidade de Capoeiras aceitaram participar da pesquisa, sendo um total de 8 gestantes. A média de idade foi de 20,37 anos ($\pm 6,69$), sendo dessa amostra composta por 75% (n=6) de gestantes menores de 18 anos e 25% (n=2) de mulheres adultas. Quanto às gestantes atendidas no CEPSAG a amostra foi de 21 gestantes, sendo 23,80% (n=5) de gestantes adolescentes e 76,20% de adultas, ficando a média de idade em 27,2 anos ($\pm 8,14$).

Os dados socioeconômicos e culturais de ambos os grupos de gestantes estão descritos na Tabela 1 abaixo. Apesar da não evidência de significância na correlação entre as variáveis, algumas características podem ser destacadas como discrepantes ou muito semelhantes entre os grupos. No que diz respeito às condições de moradia, em ambos os grupos prevalece a utilização de casa própria, 87,5% (n=7) e 71,43% (n=15), estando ainda a presença de casas alugadas no segundo grupo (19,05%). Ao fazer referência a outros tipos de moradia, em ambos os grupos foi relatado a mesma modalidade, a de caseiros de uma determinada propriedade e por isso faziam uso da casa em troca dos serviços prestados.

As condições de saneamento foram relatadas como adequadas, 87,5% (n=7) e 100% (n=21), quase que unanimemente, segundo a percepção que as entrevistadas tinham sobre esse aspecto. Algumas referiram a existência de rede pública de saneamento e outras a existência de fossas sépticas. Entre as gestantes da comunidade de Capoeiras, a maioria referiu uso de fossas sépticas e uma referiu não haver destinação específica para o esgoto (12,5%).

A renda familiar, apesar de não mostrar diferença estatística significativa, demonstra uma estratificação social que diferencia um grupo do outro. Metade das gestantes quilombolas apresentaram renda familiar igual ou inferior a um salário mínimo, para muitas vezes subsidiar o sustento de até mais de três pessoas. A fala das próprias entrevistadas evidenciou a insegurança financeira, uma vez que a maioria dos seus maridos, responsáveis pela renda, não possui um emprego fixo, obtendo renda de trabalhos esporádicos. Essa modalidade também foi relatada pelas gestantes do CEPSAG, mas em menor frequência (28,57%), no qual foi descrito verbalmente um maior acesso a empregos formais (constituídos por vínculo

empregatício com carteira de trabalho). Além disso, a faixa de renda prevalente neste grupo foi um estrato superior ao grupo de gestantes quilombolas - entre um a dois salários mínimos (57,15%). A faixa de renda prevalente neste grupo foi de 1 a 2 salários mínimos (57,15%).

A comparação entre o nível de escolaridade entre os grupos mostra uma clara diferença de acesso à educação. Entre as gestantes quilombola, todas possuem ensino fundamental incompleto, cujas entrevistadas, em sua maioria adolescentes, relataram haver interrompido os estudos devido à gestação. As gestantes atendidas no CEPSAG apresentaram um maior nível de ensino médio concluído (38,1%), observando-se, entretanto, um considerável quantitativo também com ensino fundamental incompleto (33,33%).

No que diz respeito ao estado civil, percebe-se uma similaridade entre os grupos com uma predominância de mulheres casadas, 50% e 57,15%, respectivamente gestantes quilombolas e não-quilombolas. Segue-se a esse a classificação de amasiada para ambos os grupos, 37,5% e 33,33%. A predominância dessas duas categorias evidencia a presença de um companheiro, na maioria dos casos, representando um maior apoio socioeconômico e afetivo no processo da gestação.

Ao investigar se as participantes possuíam religião, observou-se uma divisão clara entre a religião católica e a evangélica em ambos os grupos, equivalendo-se bem as duas entre o grupo de gestantes de Capoeiras e não-quilombolas. Além destas, foi relatado ainda, apenas por uma participante, nenhum seguimento religioso. Curiosamente, nenhuma religião de origem africana foi mencionada pelas gestantes quilombolas.

O estilo de vida das gestantes foi investigado quanto a prática de atividade física, consumo de bebidas alcólicas e tabagismo, estes dois últimos aspectos anteriormente a gestação. Em ambos os grupos a prática de atividade física mostrou-se deficiente, sendo que no grupo quilombolas ainda atingiu metade das participantes (50%, n=4) e no outro grupo englobou apenas 14,29% (n=3). O consumo de bebidas alcoólicas e de fumo mostrou-se nulo entre as gestantes

quilombolas e baixo nas outras gestantes, sendo este último de 4,76% e 9,52% para fumo e álcool respectivamente.

TABELA 1: Comparativo das condições socioeconômicas e culturais entre as gestantes de Capoeiras e as gestantes atendidas no CEPS Anita Garibaldi.

Variáveis	Capoeiras		CEPSAG		Teste Exato de Fisher
	n	%	n	%	
Condições de Moradia					
Casa Própria	7	87,5	15	71,43	1,00
Casa Alugada	-	-	4	19,05	
Outra	1	12,5	2	9,52	
Condições de Saneamento					
Adequadas	7	87,5	21	100	*
Inadequadas	1	12,5	0	0	
Renda Familiar					
<1 SM	4	50%	6	28,57	0,214
de 1 a 2 SM	3	37,5	12	57,15	
de 2 a 4 SM	1	12,5	3	14,28	
> 4 SM	0	0	0	0	
Nível de Escolaridade					
Ensino Fundamental Incompleto	8	100	7	33,33	*
Ensino Fundamental Completo			2	9,52	
Ensino Médio Incompleto			8	38,1	
Ensino Médio Completo			4	19,05	
Ensino Superior Incompleto					
Ensino Superior Completo					
Pós- Graduação					
Estado Civil					
Solteira	1	12,5	1	4,76	0,143
Casada	4	50	12	57,15	
Amasiada	3	37,5	7	33,33	
Separada			0	0	
Viúva			1	4,76	
Religião					
Católica	4	50	14	66,67	*
Evangélica	4	50	6	28,57	
Não possui			1	4,76	
Pratica Atividade Física					
Sim	4	50	3	14,29	1,00
Não	4	50	18	85,71	
Fumava antes da gestação					
Sim	0	0	1	4,76	*
Não	8	100	20	95,24	
Bebia antes da gestação					
Sim	0	0	2	9,52	*
Não	8	100	19	90,48	

* Não possui correlação, a variável é uma constante.

4.2 ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES

Os dados antropométricos foram aplicados em fórmulas propostas pelas referências citadas na metodologia e os resultados estão demonstrado na Tabela 2 abaixo.

TABELA 2: Avaliação do estado nutricional das gestantes de acordo com o IMC e a adequação da CMB.

Variáveis	Capoeiras		CEPSAG		p (95%)
	n	%	N	%	
IMC pré-gestacional					
Baixo Peso	2	25%	0	0%	0,732
Eutrófica	1	12,50%	11	52,38%	
Sobrepeso	5	62,50%	6	28,57%	
Obesidade	0	0%	4	19,04%	
IMC gestacional					
Baixo Peso	3	37,50%	3	14,28%	0,598
Eutrófica	1	12,50%	8	38,09%	
Sobrepeso	4	50%	6	28,57%	
Obesidade	0	0%	4	19,04%	
Adequação da CMB					
Desnutrição	0	0%	2	9,53%	0,170
Eutrófica	8	100,0%	19	90,47%	
Sobrepeso	0	0%	0	0%	
Obesidade	0	0%	0	0%	

O teste T de Student para amostras independentes em pares não demonstrou diferença significativa para nenhuma das variáveis estudadas. No entanto, alguns dados merecem destaque por evidenciar o estado nutricional de cada grupo.

Um quarto do grupo de gestantes quilombolas apresentou baixo peso no período pré-gestacional, segundo cálculo do IMC, enquanto as gestantes não quilombolas não apresentaram ninguém neste estrato. Em detrimento à essa parcela de baixo peso, o perfil nutricional que se destaca entre as gestantes quilombolas foi o de Sobrepeso (62,5%, n=5) em comparação com a frequência de sobrepeso nas gestantes não quilombolas (28,57%). O grupo de gestantes atendidas no CEPSAG em sua maioria se apresentou eutrófica (52,38%, n=11), apresentando, no entanto, uma parcela considerável de excesso de peso, entendendo este como a somatória de sobrepeso e obesidade (47,61%, n=10).

Com o advento da gestação observa-se uma modificação na distribuição dos extratos do perfil nutricional com uma pequena elevação no percentual de baixo peso em ambos os grupos, 37,50%(n3) e 14,28%(n=3), respectivamente para gestantes quilombolas e não-quilombolas. As demais categorias no grupo quilombola seguiram praticamente as mesmas, diferentemente do grupo em comparação onde observou-se uma diminuição significativa do percentual de eutróficas (38,09%, n=8).

A adequação da Circunferência Muscular do Braço (CMB) permite fazer uma predição da composição corporal inferindo-se que ela expressa o conteúdo de massa magra do braço, podendo este valor ser tomado como referência para a composição geral. No grupo de gestantes quilombolas, de acordo com esta variável, percebeu-se que todas apresentaram depósitos de massa corporal com classificação adequada (100% eutróficas). O grupo comparado apresentou uma pequena parcela com CMB indicando desnutrição, que pode significar uma distribuição corporal inadequada e um depósito de massa magra insuficiente para manter um bom estado nutricional.

4.3 CONSUMO ALIMENTAR

A avaliação do consumo alimentar, realizado através da análise da composição da dieta de cada participante, foi expressa por média dos valores de consumo de cada nutriente e comparada entre os dois grupos e com a recomendação existente para gestantes de acordo com a Dietary Intake References (DRI) como mostra a Tabela 3 abaixo.

O teste estatístico para esta variável demonstrou significância na diferença de consumo de Carboidratos (CHO) e Niacina entre os dois grupos. A análise do padrão de consumo dos grupos nos mostra uma diferença que não foi confirmada pelo teste estatístico. A primeira delas diz respeito ao consumo de energia diário das gestantes em que se percebe um maior consumo calórico entre as gestantes do CEPSAG tanto na média que se apresentou superior (1630,98 Kcal em detrimento de 1354,73), mas também no desvio padrão elevado que demonstra que muitas gestantes estiveram em um valor distante desta média. Não há uma recomendação de energia, pois a oferta calórica diária é calculada baseando-se na necessidade individual de cada gestante.

Os valores dos macronutrientes carboidratos, proteínas e lipídios foram expressos em média do percentual do consumo em relação ao consumo de calorias para facilitar o entendimento e comparação com os valores de recomendação que seguem faixas percentuais. A nível de teste estatístico, esses valores percentuais foram convertidos em valores absolutos expressos em gramas e comparados entre os dois grupos. Essa análise permitiu a identificação de variação significativa no consumo dos carboidratos, no qual o consumo maior do grupo de gestantes atendidas no CEPSAG desse nutriente pode estar relacionado ao maior consumo calórico e conseqüentemente ao maior consumo de alimentos fontes deste nutriente, como foi relatado nas entrevistas.

Apesar da média percentual de proteínas ter se mostrado maior no grupo de quilombolas, percebe-se um alto valor de DP entre as gestantes não quilombolas, portanto estatisticamente não houve diferença entre os dois grupos quanto ao consumo de proteínas. A mesma justificativa não se aplica aos lipídios, visto que o desvio padrão em ambos os grupos mostrou-se semelhante e a média percentual foi claramente maior no grupo de quilombolas.

O consumo de fibras mostrou-se semelhante entre os grupos e insuficiente conforme a recomendação mínima para gestantes de 28g de fibras diárias. O consumo de colesterol, em contrapartida, semelhante em ambos os grupos e mesmo estando abaixo do valor limite de referência, serve como alerta para evitar consumos exacerbados.

Analisando-se o consumo de cálcio nos grupos, pode-se observar que as gestantes do CEPSAG apresentam um consumo superior (450,20mg/d) ao das gestantes de quilombolas (248,44). Apesar disso, ambos os grupos possuem consumo inferior à recomendação diária.

Os demais minerais seguiram basicamente o mesmo resultado, o consumo foi superior no grupo de gestantes do CEPS Anita Garibaldi. Destaca-se o alto consumo de fósforo em ambos os grupos chegando muito próximo da recomendação no grupo Capoeiras (695,05 mg/d) e ultrapassando a recomendação diária no outro grupo (933,48 mg/d).

A relação cálcio/fósforo (Ca/P) deve ser igual ou superior a 1,0 indicando que a quantidade de cálcio consumido deve ser maior que a de fósforo. Em ambos os

grupos essa relação se mostrou muito inadequada, decorrente do que foi comentado anteriormente sobre o consumo elevado de fósforo.

O consumo de vitaminas e de minerais, se mostrou inferior ao recomendado para ambos os grupos. O consumo de vitamina A mostrou-se altamente insuficiente para ambos os grupos, sendo um pouco superior no grupo do CEPSAG (199,33 mcg/d em detrimento de 120,01 mcg/d; Recomendação – 770 mcg). Essa inadequação pode ser ainda observada para as vitaminas B1, B2 e B6. A única exceção para ambos os grupos foi no consumo de vitamina C, que foi de 104,26 mg/d e 176,20 mg/d para o grupo de gestantes quilombolas e o grupo do CEPSAG respectivamente, sendo que mais uma vez o consumo no segundo grupo foi superior (Recomendação – 85 mg). O consumo de Niacina foi inadequado no grupo quilombola (14,36 mg/d) e adequado e superior no grupo comparado (20, 62), ressaltando-se ainda que houve significância estatística para 95% de confiança nesta comparação.

TABELA 3: Comparativo da média de consumo alimentar entre os grupos de gestantes.

Grupo Estudado	Média de Consumo											
	Consumo diário (Kcal)		Carboidratos (%)		Proteínas (%)		Lipídios (%)		Fibras (g)		Colesterol (mg)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Gestantes quilombolas	1354,73	160,1	54,08	4,64	21,29	2,09	24,63	4,02	14,21	3,19	242,96	141,23
Gestantes não-quilombolas	1630,98	490,4	59,57	7,39	18,55	5,47	21,90	4,70	16,30	4,16	236,46	67,41
Recomendação DRI												
RDA	-		45 - 65%		10 - 35%		20 - 35%		28 g		300 mg	
UL	-		-		-		-		-		-	

Grupo Estudado	Média de Consumo											
	Cálcio (mg)		Fósforo (mg)		Ferro (mg)		Sódio (mg)		Potássio (mg)		Relação Ca/P	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Gestantes quilombolas	248,44	125,9	695,05	121,38	6,92	1,43	1318,53	460,91	964,92	201,80	0,34	0,15
Gestantes não-quilombolas	450,20	396,15	933,48	415,67	8,71	4,02	1375,47	703,38	1191,50	406,53	0,42	0,22
Recomendação DRI												
RDA	1000 mg		700 mg		27 mg		1500 mg		4700 mg		≥ 1,0	
UL	2500 mg		3500 mg		45 mg		2300 mg		ND		-	

Grupo Estudado	Média de Consumo											
	Vitamina A (mcg)		Vitamina B1 (mg)		Vitamina B2 (mg)		Niacina (mg)		Vitamina B6 (mg)		Vitamina C (mg)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Gestantes quilombolas	120,01	84,72	0,87	0,31	0,88	0,42	14,36	8,29	0,49	0,33	104,26	90,58
Gestantes não-quilombolas	199,33	141,88	0,90	0,29	1,26	0,80	20,62	9,17	0,86	0,45	176,20	129,66
Recomendação DRI												
RDA	770 mcg		1,4 mg		1,4 mg		18 mg		1,9 mg		85 mg	

UL	3000 mcg	ND	ND	35 mg	100 mg	2000 mg
----	----------	----	----	-------	--------	---------

TABELA 4: Análise de comparação entre os grupos utilizando teste t de Student.

	Consumo					
	diário	Carboidratos	Proteínas	Lipídios	Fibras	Colesterol
	(Kcal)	(%)	(%)	(%)	(g)	(mg)
Teste t de Student (95%)	0,149	0,036	0,722	0,854	0,244	0,911
	Cálcio (mg)	Fósforo (mg)	Ferro	Sódio	Potássio	Relação
			(mg)	(mg)	(mg)	Ca/P
Teste t de Student (95%)	0,131	0,109	0,287	0,852	0,202	0,177
	Vitamina	Vitamina B1	Vitamina	Niacina	Vitamina	Vitamina
	A (mcg)	(mg)	B2 (mg)	(mg)	B6 (mg)	C (mg)
Teste t de Student (95%)	0,135	0,553	0,216	0,03	0,115	0,381

A frequência de consumo alimentar avaliado segundo o Questionário de Marcadores do Consumo alimentar encontra-se demonstrado na Tabela 5. Este questionário levou em consideração 10 grupos de alimentos. Para fins de comparação entre os grupos de gestantes, observou-se a frequência de consumo de cada grupo de alimentos com o objetivo de conhecer quais tipos de alimentos estão mais presentes na alimentação das gestantes.

O grupo de gestantes quilombolas mostrou-se mais adepta do consumo de salada crua do que o outro grupo, apresentando consumo diário de 37,50% contra 14,28. Apesar disso, o consumo de verduras cruas por duas ou três vezes por semana, mostrou-se superior entre as gestantes atendidas no CEPS. Observando-se os dois grupos é perceptível que o hábito de comer vegetais crus não ganham um lugar de destaque no consumo diário, isso se comparado a outros grupos de alimentos mais frequentes como pode se ver a seguir.

No que se refere ao consumo de legumes e verduras o quadro é ainda mais crítico. Em ambos os grupos a ausência de consumo destes alimentos mostrou-se predominante, chegando a ser relatado o não consumo por todas as gestantes quilombolas. No momento da entrevista, ao serem questionadas sobre o consumo de alimentos deste grupo as participantes demonstraram reações de aversão, que justificaria a falta de consumo. Entre as gestantes não quilombolas algumas ainda relataram alguma frequência de consumo.

O consumo de frutas frescas esteve presente na maioria dos relatos das gestantes de ambos os grupos. Este consumo frequente pode ser evidenciado pelo o que está exposto na Tabela 5, onde pode ser observado prevalência de consumo

diário nos dois grupos (87,50% e 71,43%). O consumo de frutas esteve evidenciado principalmente nos lanches, acompanhando o almoço e frequentemente atendendo à produção local e de frutas da temporada.

O consumo de feijão mostrou-se equivalente com o consumo tradicional do brasileiro e condizente com as recomendações para gestantes que necessitam de um consumo diário adequado para conseguir um bom aporte de ferro e proteína vegetal. As gestantes de Capoeiras relataram, unanimemente, consumir feijão todos os dias, sendo o consumo diário prevalente também entre as gestantes do grupo de comparação (76,10%).

O consumo de leite e derivados, em ambos os grupos, mostrou-se abaixo da recomendação, visto que deve ser diário e aumentado neste período da vida para promover um aporte adequado de cálcio e isto fica reforçado no baixo consumo de cálcio que foi observado na análise da composição da dieta das gestantes. Este consumo diário foi menor ainda no grupo Capoeiras (37,50%) quando comparado ao segundo grupo (47,62%).

Os primeiros cinco grupos de alimentos deste questionário representam os alimentos que espera-se estejam mais presentes na alimentação diária, pois são fonte da maioria das vitaminas e minerais que auxiliam os processos metabólicos do organismo humano. Os demais cinco grupos representam, de maneira oposta, os alimentos que deveriam ser pouco consumidos ou não estejam presentes na dieta devido a sua composição das chamadas “calorias vazias”, sendo em sua maioria ricos em açúcares e gorduras saturadas que são os principais responsáveis, a curto e longo prazo, pela maioria das doenças crônicas não transmissíveis.

No que diz respeito ao consumo de salgadinhos fritos e batata frita de pacote, ambos os grupos se mostraram pouco adeptos, sendo esporádicas as gestantes que relataram fazer o consumo destes, mesmo que poucas vezes por semana. No entanto, pouco mais de metade das gestantes não quilombolas consomem hambúrguer e embutidos entre duas a quatro vezes por semana. O consumo destes alimentos, que contêm uma grande quantidade de sódio, foi menor no grupo quilombola que pode ser reforçado pelo consumo de sódio que também foi menor neste grupo.

O consumo de alimentos do grupo de bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote foi considerado alto em ambos os grupos, mas os relatos feitos na entrevista eles dizem respeito ao consumo de biscoitos salgados, raramente incluindo o consumo de salgadinhos de pacote. Este consumo foi maior no grupo de gestantes do CEPSAG quando comparado às gestantes quilombolas.

Os dois últimos grupos de alimentos deste questionário chamam a atenção para o seu conteúdo rico, principalmente, em açúcares simples. No grupo dos biscoitos doces e doces em geral observa-se uma maior variabilidade no consumo, mas baseando-se nos relatos eles estiveram mais relacionados ao consumo de biscoitos doces simples, que se consumidos em uma quantidade adequada não apresentam muitos riscos. Um fato curioso que se observou quanto ao consumo deste grupo foi a alta prevalência de gestantes, em sua maioria adolescentes, que relataram comer biscoito recheado todos os dias, sendo este fato mais comum ainda entre as gestantes adolescentes do grupo atendido no CEPSAG. O consumo de refrigerantes apresentou-se reduzido em ambos os grupos e a maioria das entrevistadas, de ambos os grupos, relataram parar o consumo com o advento da gestação.

TABELA 5: Frequência de consumo por grupos alimentares das gestantes de Capoeiras e do CEPS Anita Garibaldi

Grupo/Frequência	1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)	2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)	3. Frutas frescas ou salada de frutas	4. Feijão	5. Leite ou iogurte	6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)	7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)	8. Bolachas/biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote	9. Bolachas/biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)	10. Refrigerante (não considerar os diet ou light).
Gestantes Quilombolas										
Não consome	25%	100%				62,50%	50%		25%	75%
1x/semana	12,50%				25%	25%	37,50%	12,50%	37,50%	25%
2x/semana	12,50%					12,50%		25%		
3x/semana	12,50%		12,50%					12,50%		
4x/semana					12,50%					
5x/semana					25%					
6x/semana							12,50%			
7x/semana	37,50%		87,50%	100%	37,50%			50%	37,50%	
Gestantes Não-quilombolas										
Não consome	19,05%	52,38%			9,52%	80,95%	28,57%	4,76%	33,33%	52,38%
1x/semana	9,52%	14,28%				9,52%	19,05%	9,52%	9,52%	28,57%
2x/semana	33,33%	14,28%	14,28%		19,05%	4,76%	28,57%	9,52%	9,52%	19,05%
3x/semana	19,05%	9,52%	0,00%	14,28%	19,05%		19,05%	4,76%	23,81%	
4x/semana	5%		4,76%	9,52%	4,76%		4,76%		4,76%	
5x/semana								9,52%		
6x/semana			9,52%			4,76%		14,28%		
7x/semana	14,28%	9,52%	71,43%	76,19%	47,62%			47,62%	19,05%	
Teste Exato de Fisher	0,107	*	1	*	0,25	1	0,429	0,943	0,743	1

V DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA E CULTURAL

5.1.1 DISCUSSÃO RELATIVA A IDADE DA GESTAÇÃO

Os dados mais recentes disponibilizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estimaram a população do município de Macaíba para o ano de 2015 em 78.021 habitantes, sendo a densidade demográfica de 136,0 hab/Km². As mulheres representam cerca de 50,43% da população total do município, destas 6.955 são adolescentes (10 a 19 anos), 11.879 são mulheres com idades entre 20 e 39 anos e 6.837 mulheres com 40 a 59 anos (IBGE, 2010). Percebe-se por este censo que a maior parcela das mulheres do município encontra-se em faixa etária adulta, condizente com a população deste estudo no qual 76,20% das gestantes atendidas no CEPS Anita Garibaldi encontravam-se nesta faixa etária. O contrário foi observado na comunidade de Capoeiras, onde a predominância de gestantes foi de adolescentes.

Apesar de a amostra do presente estudo ser pequena, a avaliação de outros estudos com populações quilombolas demonstraram uma predominância de adolescentes entre as gestantes. Oliveira et al (2014) evidenciou este fato em um estudo sobre saúde reprodutiva de mulheres quilombolas no norte de Minas Gerais, do qual participaram 411 mulheres, observando que 52,1% (n=214) das gestantes eram adolescentes.

Ferreira e Torres (2015) desenvolveram um estudo das condições socioeconômicas e demográficas de uma comunidade quilombola em Alagoas em dois períodos distintos da sua história, antes e depois da certificação da comunidade como sendo de remanescentes quilombolas, nos anos de 2008 e 2012 respectivamente. Neste estudo ficou evidenciado que em ambos os anos a primeira gestação das mulheres avaliadas ocorreu antes dos 19 anos de idade, 79,2% em 2008 e 80,0% em 2012, reforçando a prevalência de gravidez na adolescência nessas comunidades.

A gravidez na adolescência envolve uma série de fatores de cunho social e cultural. O próprio ensejo biológico da menarca, que ocorre cada vez mais cedo em todas as populações, confere um atributo psicológico de transição para a vida adulta, culminando em comportamentos adultos como a própria prática sexual. O

fator cultural exerce papel determinante, uma vez que as raízes históricas propagadas denotam a função reprodutiva da mulher como sendo a principal no seu ciclo evolutivo. Neste contexto, observa-se a iniciação da adolescente na vida adulta em todos os aspectos o que inclui o advento da gestação (SILVA, 2012).

5.1.2 DISCUSSÃO RELATIVA A MORADIA

As condições de moradia podem evidenciar muito sobre a percepção de saúde de que uma população dispõe, pois denota as características geográficas, ambientais e sociais às quais o indivíduo está exposto. A posse da residência em que vivem está diretamente relacionada às condições socioeconômicas da família e expressar a sua segurança ou ausência dela. No presente estudo o percentual de famílias com casa própria foi superior às demais modalidades descritas (87,5%) sendo o mesmo observado para as gestantes do grupo não-quilombola (71,43%). Outros fatores relacionados às condições de moradia como a forma de tratamento do esgoto também mostraram-se favoráveis em ambos os grupos, onde a predominância de condições adequadas observou-se tanto para a comunidade como para o município.

Quanto à descrição de adequação pelas entrevistadas, as mesmas referiram a existência de fossas sépticas como local de destinação dos esgotos. Estudos que avaliaram condições de infraestrutura dessas comunidades demonstraram uma forte prevalência de ausência no atendimento de quesitos como saneamento básico, como observou Silva (2007) na comunidade de Caiana dos Crioulos, na Paraíba. Esta deficiência em setores básicos além da rede de saneamento, como rede de abastecimento de água e destinação adequada dos resíduos sólidos foram relatados em diversos outros estudos em comunidades quilombolas (SILVA, 2010; GUERRERO et al, 2012).

A localização geográfica das comunidades quilombolas, geralmente em áreas rurais distantes dos municípios, dificultam a implantação destes serviços. Somado a isso, tem o baixo desenvolvimento de políticas públicas que promovam um recorte étnico de atendimento a essas populações. As condições de provimento de serviços básico como os descritos tem impacto significativo e direto sobre as condições de saúde de uma população, visto que tornam o ambiente mais suscetível ao desenvolvimento de agentes etiológicos e vetores de inúmeras afecções (MOURA et al, 2014).

5.1.3 DISCUSSÃO RELATIVA A RENDA FAMILIAR

Como descrito nas características socioeconômicas há uma diferença entre os grupos no estrato até 1(um) salário mínimo. A análise de mulheres quilombolas do norte de Minas Gerais também classificou a maioria destas com renda inferior a um SM (73,7%), reafirmando às baixas condições sociais às quais essas populações estão submersas (OLIVEIRA et al, 2014). De acordo com os indicadores de pobreza disponibilizados pela Coordenadoria de Estudos Socioeconômicos do Estado do Rio Grande do Norte estima-se que 56,60%da população se encontra em situação de pobreza e que a faixa de concentração de renda esteja entre 1 e 2 SM (35,60%) (IBGE, 2010).

O estudo de Ferreira e Torres (2015) demonstrou uma melhoria na renda per capita da comunidade quilombola de Bom Despacho, Alagoas, associando-se este incremento ao maior número de famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (PBF) do Governo Federal entre os anos de 2008 e 2004. No entanto, este acréscimo não foi o suficiente para igualar a condição socioeconômica destes quilombolas à população brasileira no geral ou aos alagoanos na mesma época.

5.1.4 DISCUSSÃO RELATIVA A ESCOLARIDADE

A maioria dos estudos que avaliou nível de escolaridade expressaram estes resultados em anos de estudo. No presente estudo, optou-se por estratificar os ciclos de estudos para avaliar a percepção das gestantes quanto o grau de estudo. Foi possível observar nestes resultados que o nível de escolaridade das gestantes quilombolas mostrou-se bem inferior ao das gestantes não-quilombolas. Os estudos de Ferreira e Torres, em 2008 e 2012 na comunidade de Bom Despacho, e de Oliveira et al (2014) em Minas Gerais mensuraram essa variável em quantidades de anos estudados. Observou-se uma melhora no nível de escolarização entre os anos de 2008 e 2012 no estudo de Ferreira e Torres, no qual a porcentagem de mulheres que estudaram menos de 4 anos passou de 53,0% para 47,5% com consequente aumento nos anos de estudo. No estudo de Oliveira e colaboradores o percentual de mulheres com mais de 5 anos de estudo foi de 50,9% no ano de 2013, demonstrando um maior acesso à educação.

Comparando-se os estudos citados com os resultados encontrados para as gestantes quilombolas, pode-se equivaler 4 anos de estudo como integrantes do

ensino fundamental e uma vez que a participante apresentar menos eu 4 anos de estudos pode-se caracterizar como ensino fundamental incompleto. Neste sentido, o presente estudo aproxima-se dos resultados encontrados por Ferreira e Torres, realizado com mulheres quilombolas da Região Nordeste do Brasil, uma vez que há predominância de ensino fundamental incompleto.

5.1.5 DISCUSSÃO RELATIVA A ESTADO CIVIL

A situação conjugal descrita em ambos os grupos avaliados neste estudo aponta para uma união estável das gestantes, seja na forma de casamento ou no fato de viverem juntas aos seus companheiros. Informação semelhante ficou evidenciada no trabalho de Oliveira et al (2014) onde 69,3% das mulheres quilombolas encontravam-se em situação de união estável. Resultado bem semelhante foi observado por Kochergin et al (2014) em comunidades quilombolas em Vitória da Conquista, Bahia, destacando que 63,9% das entrevistadas referiram ter companheiro.

5.1.6 DISCUSSÃO RELATIVA À RELIGIÃO

Buscou-se ao avaliar se as gestantes possuíam religião descobrir duas informações importantes sobre a cultura deste povo. A primeira se a população da comunidade mantinha as tradições religiosas mantendo vivas as crenças nos deuses afros ou orixás, propagando os cultos dos negros às gerações futuras. A segunda diz respeito a conhecer se a religião praticada exercia alguma modificação nos hábitos alimentares das gestantes ou da população em geral. Nesse contexto, observou-se que todas as gestantes de Capoeiras possuíam religião, sendo esta católica ou evangélica, evidenciando que não havia mais a prática das religiões africanas entre a sua cultura. De acordo com o que foi observado por Reginaldo Prandi (2004), avaliando o processo de formação religiosa de comunidades quilombolas, os negros tiveram que esconder por muito tempo o seu culto aos orixás e mesmo com o advento da abolição da escravidão, eles tiveram que adotar uma postura de pertencente ao catolicismo para poderem ser aceitos na sociedade.

A respeito da interferência da religião nos hábitos alimentares, as gestantes que referiram pertencer à religião evangélica relataram que a mesma não permite algumas práticas ligadas ao comportamento, como a modificação de vestuário, e

outras ligadas à alimentação e estilo de vida, como o não consumo de sangue de animais, carne de suínos e também o não consumo de bebidas alcoólicas ou fumo.

5.1.7 DISCUSSÃO RELATIVA A ATIVIDADE FÍSICA

Em relação ao estilo de vida, ambos os grupos mostraram uma baixa prática de atividade física, sendo esta ainda mais prevalente entre as gestantes quilombolas. Poucos estudos buscaram avaliar a prática de atividade física em gestantes, sendo então deficiente esta informação. Os estudos, como o de Soares e Barreto (2015) que avaliou quilombolas no Sudoeste da Bahia, dispõem de informações acerca da prática de atividade física na população em geral. No referido estudo de Soares e Barreto, observou-se uma prevalência de baixa atividade física na população, chegando a 78,70% da população que não praticava ou praticava menos que três vezes por semana.

5.1.8 DISCUSSÃO RELATIVA AO FUMO E ÁLCOOL

O tabagismo, que foi pouco relatado assim como o etilismo neste estudo, também atingiu baixa parcela da população quilombola do estudo de Soares e Barreto (2015) sendo que 79,16% relatou não fumar. Deve-se ter atenção para o fato de que o estudo citado avaliou toda a população. O consumo de álcool também foi descrito como baixo entre mulheres quilombolas no estudo de Kochergin et al (2014) 72,1%, mas não foram relatados dados para gestantes.

5.2 ESTADO NUTRICIONAL DAS GESTANTES

5.2.1 DISCUSSÃO RELATIVA AO PESO PRÉ-GESTACIONAL

Avaliar o estado nutricional da mulher antes do início da gestação faz parte de um processo importante, pois o ganho de peso que ocorrerá ao longo da gravidez interfere diretamente na saúde da mãe, no desenvolvimento do feto e nos eventos do parto (SHIN, WON e SONG, 2016). A comparação entre o estado nutricional dos dois grupos por meio do IMC permitiu evidenciar uma clara diferença que caracteriza a vulnerabilidade das mulheres quilombolas. Apenas 12,50% das gestantes quilombolas são eutróficas enquanto este percentual é de 52,38% em gestantes não quilombolas. O baixo peso esteve presente entre as gestantes quilombolas (25%) em um percentual considerável e não foi observado entre as gestantes não-quilombolas. Comparando-se estes achados aos resultados observados por Kochergin et al (2014), no qual foi avaliado o estado nutricional da população em geral, percebe-se

que também houve presença de baixo peso entre as mulheres, mas em uma proporção bem inferior, 3,5% de 398 mulheres.

Neste momento pregresso à gestação é importante observar se há baixo peso ou excesso de peso, pois a conduta de ganho de peso será baseada nestes resultados. Neste contexto um resultado importante chama atenção nos achados desta pesquisa, pois observou-se um percentual de 62,5% (sobrepeso) de excesso de peso entre as gestantes quilombolas e de 47,61% (sobrepeso + obesidade) de excesso de peso entre as gestantes não-quilombolas, evidenciando um quadro de excesso de peso importante para ambas as populações. Os resultados de Kochergin et al também mostraram uma alta incidência de excesso de peso entre as mulheres, 51,8% (sobrepeso + obesidade).

Para mulheres que apresentam excesso de peso no início da gravidez, o ganho de peso deve ser calculado com um cuidado maior, pois um ganho de peso que piore este estado nutricional pode acarretar em problemas para a saúde da gestante, como diabetes gestacional, dislipidemias, hipertensão, dentre outras doenças crônicas, para o feto, como ganho de peso além do normal resultando em feto muito grande para a idade gestacional, e para o momento do parto como pré-eclâmpsia, prematuridade e morbimortalidade materno-fetal (CROZIER et al, 2010).

5.2.2 DISCUSSÃO RELATIVA AO PESO GESTACIONAL

Durante o período gestacional ocorre um incremento no número de gestantes com baixo peso em ambos os grupos estudados como já foi mencionado. Ocorreu uma leve diminuição de excesso de peso entre as gestantes de Capoeiras, no entanto, o excesso de peso permaneceu inalterado entre as gestantes de Macaíba, agravando o quadro de inadequação do estado nutricional neste segundo grupo onde somado à manutenção de excesso de peso, tem-se o acréscimo de gestantes com baixo peso.

A presença de obesidade ou sobrepeso no primeiro trimestre da gestação pode ser comprometedor para a sobrevivência e crescimento do feto. O excesso de peso nesse período expõe a mãe ao risco de desenvolvimento de síndrome metabólica que é caracterizada pela presença de elevação dos níveis de glicose, hiperinsulinemia, hiperlipidemia, hipertensão e resistência à insulina. Por outro lado, a baixa composição corporal no período pré-gestacional e o baixo ganho de peso

durante a gestação acarretam em retardo do crescimento intra-uterino (RCIU), representando 11% de todos os recém-nascidos em países de baixa e média renda (MCKNIGHT et al, 2011).

Há uma grande deficiência de estudos que avaliaram o estado nutricional de gestantes quilombolas. Não obstante, os sistemas de informação dos serviços de saúde negligenciam a inserção e cadastro de dados que serviriam para subsidiar o planejamento de ações voltadas para essa população em específico. Um exemplo disto ficou evidenciado ao visitar a base de dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), vinculado ao Ministério da Saúde, onde observou-se ao pesquisar sobre o estado nutricional de gestantes de comunidades quilombolas um registro ínfimo e insuficiente para todo o estado do Rio Grande do Norte. A pesquisa contemplou os anos de 2011 a 2015 e em todos eles a quantidade de gestantes avaliadas foi muito baixo (o maior foi um total de 5 gestantes no ano de 2015).

Devido à inexistência de dados no SISVAN sobre o estado nutricional de gestantes quilombolas, estabeleceu-se uma comparação dos resultados encontrados neste estudo com os valores disponíveis no referido sistema de vigilância epidemiológica para gestantes do município de Macaíba referentes ao ano de 2015. O total de gestantes observados nesta busca foi de 195 gestantes, atendidas ao longo do ano, e destas 10,77% apresentaram baixo peso, 31,28% eutróficas, 38,85% com sobrepeso e 24,1% com obesidade. Os valores demonstrados para as gestantes quilombolas mostram-se muito aquém do que se evidenciou para o município.

5.3 CONSUMO ALIMENTAR

5.3.1 CARBOIDRATOS

A análise do consumo alimentar permitiu observar um baixo consumo de energia entre as gestantes de Capoeiras e um elevado consumo entre as gestantes atendidas no CEPS Anita Garibaldi, evidenciando inadequação do aporte calórico em ambos os grupos. Em casos de consumo energético deficientes a gestante pode ter várias consequências diretas na sua saúde, como deficiências nutricionais causadores de anemias, desnutrição e doenças provenientes de falta de vitaminas e minerais específicos, e na formação do feto, como baixo peso e baixo crescimento para a idade fetal (GOMES e FREIRE, 2012).

Em contraponto, o consumo excessivo de energia pode gerar um estado nutricional de excesso de peso e desencadear processos metabólicos causadores de doenças crônicas não-transmissíveis, como o diabetes gestacional (OVESEN, RASMUSSEN e KESMODEL, 2011). Este achado foi observado entre as gestantes não-quilombolas, que apresentaram um consumo calórico diário superior ao outro grupo. Associado a este fato, houve um maior consumo também de carboidratos, expresso na análise estatística, que pode acarretar um quadro de diabetes gestacional. Recém-nascidos de mães com sobrepeso ou obesidade estão mais suscetíveis a serem macrossômicos, necessitarem de internação na unidade de terapia intensiva, serem prematuros, apresentarem má-formação congênita e exigir tratamento para icterícia e hipoglicemia (ATHUKORALA et al, 2010).

Os valores de consumo de fibra nos dois grupos mostraram-se deficientes, estando muito aquém da recomendação diária e associado a um quadro de excesso de peso pode participar na instalação de problemas metabólicos. Um consumo adequado de fibras tem papel importante no controle do metabolismo de glicose e pode contribuir para minimizar doenças crônicas decorrentes de síndrome metabólica (RAMAKRISHNAN et al, 2012).

5.3.2 PROTEÍNAS

O consumo de proteínas mostrou-se dentro da faixa de recomendação em ambos os grupos, podendo este valor ter sido superestimado no grupo de Capoeiras, pois estas apresentaram menor consumo de energia e o percentual proteico baseia-se no consumo energético. A ingestão de alimentos fonte de proteínas deve ser orientada com cuidado, visto que um baixo consumo pode acarretar em deficiências para o organismo materno e conseqüentemente prejudicar o desenvolvimento fetal, uma vez que as proteínas são participantes diretos dos processos metabólicos e fisiológicos normais do organismo humano (OTA et al, 2012).

5.3.3 VITAMINAS E MINERAIS

Observou-se uma deficiência significativa de vitaminas e minerais para todas as gestantes avaliadas, em especial para alguns desses micronutrientes que apresentam demanda elevada no período gestacional como cálcio, ferro e vitamina

A. O desequilíbrio do consumo de cálcio e fósforo prejudica a absorção de cálcio, dificultando os processos que dele dependem e isso pode ser detectado em uma dieta avaliando-se a relação de consumo de cálcio e fósforo (Relação Ca/P). A garantia de suprimento dessas necessidades pode ser obtida através de uma alimentação equilibrada e variada, baseada no consumo de gêneros de todos os grupos alimentares que garante uma diversificação dos nutrientes absorvidos (DUNLOP et al, 2012).

5.3.4 FRUTAS E VERDURAS

Estudos avaliaram ainda o consumo de verduras e frutas de forma geral como o representado na avaliação de Ribeiro, Morais e Pinho (2015) com uma população quilombola do Norte de Minas Gerais, onde foi observado o consumo de frutas e verduras de 25% da população estudada consumindo estes alimentos de 1 a 3 vezes por semana. O consumo de frutas e verduras em 1 a 3 vezes por mês foi relatado pelos 75% restante da amostra no presente estudo.

Soares e Barreto (2015) descreveram um consumo de frutas menor que 5 vezes por semana em 81,93% de uma amostra de 736 quilombolas de Vitória da Conquista na Bahia. Esse mesmo grupo relatou um consumo inferior a 5 vezes por semana para verduras e legumes de 86,41%. Todos os dados aqui relatados corroboram uma situação de baixo consumo de alimentos naturais que são a principal fonte de vitaminas e minerais da dieta.

Em detrimento deste baixo consumo de frutas, verduras e legumes, observou-se uma presença de alimentos processados representados aqui pelo grupo de biscoitos doces e salgados e salgadinhos fritos e alimentos processados como os embutidos. Esta informação encontra-se corroborada ainda por Pinto et al (2014) em estudo realizado com comunidades quilombolas que possuíam titulação das suas terras, onde verificou-se que grande parte das famílias fazem o consumo de alimentos altamente processados, de alta densidade energética e baixo valor nutritivo em detrimento do consumo de frutas, legumes e verduras. Estes autores afirmaram ainda que este achado esteve mais presente em famílias mais pobres e justificado pelo baixo valor de compra que esses alimentos industrializados apresentam, evidenciando um cenário globalizado de insalubridade alimentar e nutricional, no qual destaca-se a alta vulnerabilidade de populações não só urbanas, como também rurais aos mercados destes alimentos.

Avaliar o consumo alimentar proporcionou dados inéditos sobre os hábitos de consumo das gestantes quilombolas, uma vez que a maioria dos estudos avaliou o consumo alimentar de populações quilombolas no geral. A comunhão de muitas informações que foram colocadas pelo presente estudo e reforçadas pelos achados de outros pesquisadores servem como fonte de confirmação do quadro de alta vulnerabilidade à insegurança alimentar onde se inserem às populações quilombolas.

VI CONCLUSÃO E SUGESTÕES

Os dados deste estudo não evidenciaram diferenças significativas entre as gestantes quilombolas e não-quilombolas no que diz respeito ao estado nutricional e ao consumo alimentar, mas sugerem hábitos e estilo de vida diferenciados relacionadas principalmente às condições socioeconômicas e questões culturais. Os dados antropométricos e de consumo alimentar das gestantes de Capoeiras permitem traçar um perfil nutricional destas mulheres e através dele traçar perspectivas para melhorar as falhas existentes no atendimento nutricional desta comunidade. Neste ponto, percebe-se a necessidade de um real atendimento nutricional na Comunidade de Capoeiras através da atuação de um profissional nutricionista que possa estar próximo da realidade local e conseguir atender as demandas baseado em um diagnóstico situacional.

Este estudo realizou a caracterização do perfil nutricional e do consumo alimentar de gestante quilombolas. Além disso, permitiu a observação comparativa destes aspectos entre gestantes quilombolas e não quilombolas do mesmo município em que a comunidade está inserida.

Devem ser observados alguns fatores que foram limitantes para os resultados que este estudo demonstrou. Como principal limitação deve-se destacar o pequeno número de sujeitos inseridos na pesquisa. O período pontual da coleta de dados - ou seja, a coleta transversal - é outro limitante do estudo. Desta forma, um estudo longitudinal poderá permitir uma observação mais fidedigna do estado nutricional durante a gestação.

Obtêm-se desta pesquisa muito mais que dados que tinham por objetivo de traçar um perfil nutricional destas gestantes, mas um anseio de trabalhar em políticas e ações que estejam voltadas para atender populações vulneráveis e que podem ser melhores orientadas quanto a uma alimentação adequada e saudável.

VII REFERÊNCIAS

- AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION (ADA). Position of the American Dietetic Association: nutrition management of adolescent pregnancy. **Jada**, v.89, n. 1, p. 104-109, 1998.
- ANJOS, R.S.A.; CIPRIANO, A. As comunidades no território nacional. **In: Anjos RSA; Cipriano A. Quilombolas: tradições e cultura da resistência**. 1ª edição. São Paulo: Aori Comunicação, 2007.
- ATALAH , S.E. ET AL. Propuesta de um nuevo estándar de Evaluación nutricional em embarazadas. **Rev. Med. Chile**, v. 125, n. 12, p. 1429-1436. 1997.
- BARROSO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**, v. 35, n. 4, p. 256-63. 2014.
- BARROSO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Fatores associados a depressão: diferenças por sexo em moradores de comunidades quilombolas. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 18, n. 2, p. 503-514. 2015.
- BEZERRA, V.M. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 6, p.1835-1847. 2014.
- BLOOMFIELD, F.H. How is maternal nutrition related to preterm birth? **Annu. Rev. Nutr**, v.31, p.235–261. 2011.
- BOARDLEY, D.J.; SARGENT, R.G.; COKER, A.L.; HUSSEY, J.R.; SHARPE, P.A. The relationship between diet, activity, and other factors, and postpartum weight change by race. **Obstet Gynecol**, v.86, n.5, p.834-838. 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : normas técnicas de sistema de vigilância alimentar e nutrição. Ministério da Saúde, Brasília, 2011.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Chamada Nutricional Quilombola 2006*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2006.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR): Relatório de Gestão do Exercício de 2013. **Brasília**: Ministério da Saúde, 2014.
- BURKE, G.L.; BILD, D.E.; HILNER, J.E.; FOLSOM, A.R.; WAGENKNECHT, L.E.; SIDNEY, S. Differences in weight gain in relation to race, gender, age and education

in young adults: the CARDIA Study. Coronary Artery Risk Development in Young Adults. **Ethn Health**, v.1, n.4, p.327-335. 1996.

CALHEIROS, F.P.; STADTLER, H.H.C. Ethnic identity and power: quilombos in Brazilian public policy. **Rev. Katálysis**, v.13, n.1, p.133-139. 2010.

CARDOSO, L.F.C. Sobre imagens e quilombos: notas a respeito da construção da percepção acerca das comunidades quilombolas. **R. Est. Pesq. Educ.**, v. 12, n. 1, p. 11-20. 2010.

CASCUDO, L.C. **História do Rio Grande do Norte**. Natal: Fundação José Augusto, 1984

CHAVARRO, J.E.; RICH-EDWARDS, J.W.; ROSNER, B.A.; WILLETT, W.C. Iron intake and risk of ovulatory infertility. **Obstetrics and Gynecology**, v. 108, p.1145–1152. 2006.

COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 2, p. 332–40. 2008.

CROZIER, S.R. et al. Weight gain in pregnancy and childhood body composition: findings from the Southampton Women's Survey. **Am J Clin Nutr**, v. 91, p.1745-1751. 2010.

DAMAZIO, S.M.; LIMA, M.S.; SOARES, A.R. & SOUZA, M.A.A. - Intestinal parasites in a quilombola community of the Northern State of Espirito Santo, Brazil. **Rev. Inst. Med. Trop. Sao Paulo**, 55(3): 179-83, 2013.

ESCOTT-STUMP, S.; MAHAN, K. L.; RAYMOND, J. L. **Krause - Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 13. ed. São Paulo: Elsevier, 2013. 340 p.

FAUSTINO, Q.M.; SEIDL, E.M.F. Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. **Psic Teor e Pesq**, v. 26, n. 1, p. 121-30. 2010.

FERREIRA, H.S.; LAMENHA, M.L.D.; XAVIER JÚNIOR, F.S.; CAVALCANTE, J.C.; SANTOS, A.M. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos. **Rev. Panam Salud Publica**, v. 30, n. 1, p. 51-58. 2011.

FERREIRA, H.S.; TORRES, Z.M.C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 15, n. 2, p. 219-229.2015.

FISBERG, R.A.; SLATER, B.; MARCHIONI, D.M.L.; MARTINI, L.A. **Inquéritos alimentares: métodos e bases científicas**. Barueri: Manole; 2005. capítulo 1, p.2-7.

FREIRE, M. Não é se associar é se aconchegar: notas sobre o processo de reorganização política da comunidade quilombola de Capoeiras. Trabalho de conclusão de curso em Ciências Sociais. UFRN, 2009.

FREITAS, D.A.; CABALLERO, A.D.; MARQUES, A.S.; HERNÁNDEZ, C.I.V.; ANTUNES, S.L.N.O. Saúde e Comunidades Quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev. CEFAC**, v. 13, n. 5, p. 937-943, 2011.

FREITAS, D.A.; CABALLERO, A.D.; MARQUES, A.S.; HERNÁNDEZ, C.I.V.; ANTUNES, S.L.N.O. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Rev CEFAC**; v. 13, n. 5, p. 937-943. 2011.

FREITAS, D.A.; RABELO, G.L.; SILVEIRA, J.C.S., SOUZA, L.R.; LIMA, M.C.; PEREIRA, M.M.; MOURA, P.H.T.; OLIVEIRA, S.K.M., SIQUEIRA JUNIOR, W.R.; MARQUES, A.S.; LEÃO C.D.A.; MACEDO, C.P.; CALDEIRA, A.P. Percepção de estudantes da área da saúde sobre comunidades rurais quilombolas no norte de Minas Gerais-Brasil. **Rev. CEFAC.**, v. 15, n. 4,p. 941-946. 2013.

GÓES, E.F.; NASCIMENTO, E.R. Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. **Saúde debate**, v. 37, n.99, p.571-579.2013.

GOMES, E.M.; FREIRE, J.A.P. Hábitos de vida e estado nutricional de gestantes. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, v. 5, p.21-25. 2012.

GOMES, K.O.; REIS, E.A.; GUIMARÃES, M.D.C.; CHERCHIGLIA, M.L. Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1829-42. 2013.

GUERRERO, A.F.H.; SILVA, D.O.; TOLEDO, L.M.; GUERRERO, J.C.H.; TEIXEIRA, P. Situação nutricional como reflexo das desigualdades sociais da população adulta e idosa de comunidades quilombolas do município de Santarém, Pará - Amazônia, Brasil. *Saúde Soc.*, v. 16, n. 2, p. 90-117. 2007.

GUERRERO, A.F.H.; SILVA, D.O.; TOLEDO, L.M.; GUERRERO, J.C.H.; TEIXEIRA, P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saúde e Soc**, v.16, n. 2, p.103-110. 2007.

- HOFMANN, S.G.; ANU ASNAANI, M.A.; HINTON, D.E. Cultural aspects in social anxiety and social anxiety disorder. **Depress Anxiety**, v. 27, n. 12, p. 1117-27. 2010.
- INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press, 2009.
- KAC, G.; BENÍCIO, M.H.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, G.; VALENTE, J.G.; STRUCHINER, C.J. Gestational weight gain and prepregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of Brazilian women. **J Nutr**, v.134, n.3, p. 661-666. 2004.
- KOCHERGIN, C.N.; PROIETTI, F.A.; CÉSAR, C.C. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p.1487-1501. 2014.
- LACERDA, E.M.A.; LEAL, M.C. Fatores associados com a retenção e o ganho de peso pós-parto: uma revisão sistemática. **Rev Bras Epidemiol**, v.7, n.2, p.187-200. 2004
- LEAL, M.C.; GAMA, S.G.; CUNHA, C.B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. **Rev Saude Publica**, v. 39, n. 1, p. 100- 107. 2005.
- LEITE, I.K. O projeto político quilombola: desafios, conquistas e impasses atuais. **Est. Fem**, v. 16, n. 3, p. 965-77. 2008.
- LEWIS, T.T.; EVERSON-ROSE, S.A.; STERNFELD, B.; KARAVOLOS, K.; WESLEY, D.; POWELL, L.H. Race, education, and weight change in a biracial sample of women at midlife. **Arch Intern Med**, v. 165, n. 5, p. 545-551. 2005.
- MACÊDO, R.G. Quilombolas e desenvolvimento sustentável: análise a partir da comunidade capoeira dos negros (Macaíba/Brasil). Dissertação de Pós-Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2014.
- MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F.; LIMA, L.D. O planejamento nacional da política de saúde no Brasil: estratégias e instrumentos nos anos 2000. **Ciência e Saúde Col.**, v.15, n. 5, p. 2367-82. 2010.
- MARQUES, A.S. et al. Atenção primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 2, p. 365-371. 2014.

MARQUES, A.S.; CALDEIRA, A.P.; SOUZA, L.R.; ZUCCHI, P. População quilombola no norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 12, n. 2, p. 154-161. 2010.

MCKNIGHT, J.R.; SATTERFIELD, M.C.; LI, X.L.; GAO, H.J.; WANG, J.J.; LI, D.F. et al. Obesity in pregnancy: problems and potential solutions. **Frontiers in Bioscience**, v. 3, p.442–452. 2011.

MELLO M.M. Mocambo: antropologia e história no processo de formação quilombola. **Mana**, v. 15, n. 2, p. 585-603. 2010.

MILLER, F. *Comunidade quilombola de capoeiras (RN)*. Relatório antropológico. Convênio FUNCEP/UFRN/INCRA(RN), 2007.

MOLINA, M.R.A.L.; WIENER, C.D.; BRANCO, J.C.; JANSEN, K.; SOUZA, L.D.M.; TOMASI, E.; et al. Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. **Rev Psiquiatr Clín**, v. 38, n. 6, p. 194-7. 2012.

MUNANGA, K.; GOMES, N L. **O Negro no Brasil de Hoje**. São Paulo : Editora Global, 2006.

OLIVEIRA, S.K.M.; PEREIRA, M.M.D.; FREITAS, A.; CALDEIRA, A.P. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. **Cad. Saúde Colet.**, v. 22, n. 3, p. 307-313.2014.

OVESEN, P.; RASMUSSEN, S.; KESMODEL, U. Effect of prepregnancy maternal overweight and obesity on pregnancy outcome. **Obstetrics & Gynecology**, v.118, p. 305–312. 2011.

PARÉ, M.L.; OLIVEIRA, L.P.; VELLOSO, A.D. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel dos Pretos em Restinga Seca (RS) e da comunidade Kalunga do engenho II (GO). **Cad. Cedes, Campinas**, v. 27, n. 72, p. 215-232. 2007.

Pesquisa Nacional de Saúde PNS. *Delineamento da PNS*. [site da Internet] 2012. [acessado em 12/03/2016]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=delineamento>

PINHO, L.; DIAS, R.L.; CRUZ, L.M.A. et al. Conditions of health and quality of life of the quilombola elderly black. **J. res.: fundam. care. Online**, v. 7, n. 1, p. 1847-1855. 2015.

PRANDI, R. O Brasil com axé: candomblé e umbanda no mercado religioso. Estudos Avançados. São Paulo, v.18, n.52,2004. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em 12/03/2016.

RAMAKRISHNAN, U.; GRANT, F.; GOLDENBERG, T.; ZONGRONE, A.; MARTORELL, R. Effect of women's nutrition before and during early pregnancy on maternal and infant outcomes: A systematic review. **Paediatr. Perinat. Epidemiol**, v. 26 n. 1, p. 285–301. 2012.

RIBEIRO, G.; MORAIS, F.M.O.; PINHO, L. (IN) Segurança Alimentar de Comunidade Quilombola no Norte de Minas Gerais. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 3, p.1245-1250. 2015.

SÁNCHEZ-JOHNSEN, L.A.; FITZGIBBON, M.L.; MARTINOVICH, Z.; STOLLEY, M.R.; DYER, A.R.; VAN HORN, L. Ethnic Differences in Correlates of Obesity between Latin-American and Black Women. **Obes Res**, v.12, n. 4, p. 652-660. 2004.

SANTOS, L.R.C.S.; ASSUNÇÃO, A.A.; LIMA, E.P. Back pain in adults of quilombola territories. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 5, p. 750-757. 2014.

SANTOS, M.E.G.; CAMARGO, P.M. **Comunidades Quilombolas de Minas Gerais no século XXI: história e resistência. Centro de Documentação Elóy Ferreira da Silva**. Belo Horizonte : Autêntica/CEDEFES, 2008.

SHIN, D.; WON LEE, K.; SONG, W. Pre-Pregnancy Weight Status Is Associated with Diet Quality and Nutritional Biomarkers during Pregnancy. **Nutrients**, v. 8, p.162; 2016.

SILVA, D.O.; GUERRERO, A.F.H.; GUERRERO, C.H.; TOLEDO, L.M. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 21, n. 1, p. 83-97. 2008.

SILVA, E.L. Políticas Públicas e Diversidade étnica cultural: Um estudo da comunidade negra rural de Capoeiras- Macaíba/RN. Dissertação de Mestrado em Serviço Social- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2003.

SILVA, J. M. O. Significado da gravidez para adolescente quilombola : um olhar etnográfico da enfermagem. [Tese de Doutorado].Salvador, 2012.184f.

SILVA, J.A.N. Condições sanitárias e de saúde em Caianas dos Crioulos, uma comunidade de Quilombola do Estado da Paraíba. **Rev Saúde Soc.**, v.16, n. 2, p. 111-124. 2007.

- SILVA, M.J.G.; LIMA, F.S.S., HAMANN, E.M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Rev Saúde Soc.**, v. 19, n. 2, p. 109-20. 2010.
- SILVA, O.S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Rev Identidade**, v. 15, n. 1, p. 51-64. 2010.
- SILVA, O.S. Quilombos do Sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Rev Identidade**, v.15, n.1, p.51-64. 2010.
- SILVA, S.M.C.S.; MURA, J.D.P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 2.ed. São Paulo: Roc, 2010. 261 p.
- SILVESTRE, D.O.; MOREIRA, A.P.C. Uso, vivência e conservação do meio ambiente em populações tradicionais: o caso da comunidade quilombola de Caiana dos Crioulos, Alagoa Grande (PB). **Cadernos do Logepa**, v. 6, n. 2, p. 180-202. 2011.
- SMEDLEY, B.D.; STIH, A.Y.; NELSON, A.R. Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in health care. Washington: **The National Academy Press**; 2001.
- SOARES, D.A; BARRETO, S.M. Indicadores nutricionais combinados e fatores associados em população Quilombola no Sudoeste da Bahia, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.20, n. 3, p.821-832. 2015.
- TRECCANI, G. D. **Terras de quilombo: entraves do processo de titulação**. Belém: Programa Raízes, 2006.
- VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis: Comunicação em Saúde**, v.96, p.12-19. 2010.
- VICKERS, M. H.; BREIER, B. H.; CUTFIELD, W. S. et al. Fetal origins of hyperphagia, obesity and hypertension and postnatal amplification by hypercaloric nutrition. **Am J Physiol**, v. 279, p.83-87, 2000.
- VIEIRA, M.R.M.; VIEIRA, M.M. Atuação do Projeto RONDON em comunidade Quilombola do norte de Minas Gerais: um relato de experiência. **Rev Afrounimentes**, v. 1, n. 1. 2011.
- VITOLLO, M. R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. – Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008.
- VOLOCHKO, A.; BATISTA, L.E. Saúde nos Quilombos. Temas em Saúde Coletiva 9. São Paulo: Instituto de Saúde-SESSP; 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE I
HISTÓRICO SOCIOECONÔMICO-CULTURAL

Data de nascimento: __/__/__	Idade: _____
Nacionalidade: _____	Naturalidade: _____
Condições de saneamento: () adequadas () inadequado	
Casa: () própria () alugada () Outra, qual? _____	
Estrutura da casa: () Alvenaria () Madeira () Outra, qual? _____	
Profissão: _____	Ocupação: _____
Renda total da família: _____ Disponível para alimentação: _____	
Local de trabalho: _____	Horas de trabalho: _____
Nível de instrução: () fundamental () médio () superior () pós- graduação	
Completo? () sim () não se não, ainda estuda? () sim () não	
Se estuda: Local: _____	Horário: _____
Estado Civil: () solteira () casada () amasiada () viúva () separada	
Com quantas pessoas reside? _____ quem? _____	
Meios de locomoção: _____ tempo gasto com locomoção: _____	
Horas de sono: _____	característica do sono: _____
Atividade física? _____	Frequência: _____ Quanto tempo: _____
Atividade de lazer: _____	Frequência? _____ Quanto tempo: _____
Possui religião? () sim () não Exige mudanças de hábitos? () sim () não. Se sim, quais exigências alimentares? _____	
Faz uso de alguma droga lícita? () fumo () álcool	
Álcool: há quanto tempo? _____ tipo e quantidade: _____	
Fumo: há quanto tempo? _____ Quantidade: _____	
Faz uso de droga ilícita? () sim () não Qual: _____	
Considera dependente? () sim () não Em tratamento? () sim () não	

ANEXOS

ANEXO I
INQUÉRITO RECORDATÓRIO DE 24 HORAS

Nome: _____

Data de nascimento: ___/___/_____

Data da entrevista: ___/___/_____

Anote a refeição, o local onde foi realizado e os alimentos e/ou preparações (ingredientes) consumidos no dia anterior. Anote as marcas comerciais, medidas caseiras, os utensílios (tipo de colher, copo, prato etc.).

REFEIÇÃO/ LOCAL/HO RÁRIO	ALIMENTOS E/OU PREPARAÇÕES	QUANTIDADES/MEDIDA CASEIRA
DESJEJUM		
LANCHE		
ALMOÇO		
LANCHE		
JANTAR		
CEIA		

