



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE, AMBIENTE E
SOCIEDADE NA AMAZÔNIA**

AMANDA DE NAZARÉ FRANCO AREDE

**PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM QUILOMBOLAS MARAJOARAS**

**BELÉM-PARÁ
2017**

AMANDA DE NAZARÉ FRANCO AREDE

**PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM QUILOMBOLAS MARAJOARAS**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, da Universidade Federal do Pará para à obtenção do título de Mestre em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia.

Orientadora: Profa. *Dra.* Irland Barroncas Gonzaga

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

Arede, Amanda de Nazaré Franco

Prevalência dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas marajoaras /Amanda de Nazaré Franco Arede ; orientadora, Irland Barroncas Gonzaga – 2017.

100 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, Belém, 2017.

Inclui bibliografias.

1. Saúde da população negra. 2. Quilombos-Brasil. 3. Doença crônica. I. Título.

AMANDA DE NAZARÉ FRANCO AREDE

**PREVALÊNCIA DOS FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM QUILOMBOLAS MARAJOARAS**

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Irland Barroncas Gonzaga
Profa. - Universidade Federal do Pará - ICS

Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos
Prof. - Universidade Federal do Pará- ICEN

Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva
Prof. - Universidade Federal do Pará - ICS

Profa. Dra. Silvia dos Santos de Almeida
Profa. - Universidade Federal do Pará - ICEN

Dedico esta dissertação;

*Ao meu pai Sergio Franco e minha mãe Maria Lucia Franco, meus pilares e
exemplos de vida e dignidade;*

A minha vó Raimunda, minha “Santinha” de todas as horas;

A meu irmão Bruno e minha sobrinha Camille pela eterna cumplicidade;

Ao meu amado companheiro da vida e melhor amigo Alvaro;

A todos os membros e amigos do LASIG-GEPEC;

*E aos povos Quilombolas Marajoaras que foram e sempre serão minha fonte
de inspiração e desejo de mudanças, que venham outras jornadas.*

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente a Deus, dono de minha vida, guardião de minhas decisões e luz do meu caminho. A Nossa Senhora de Nazaré que jamais me desamparou e a quem sempre peço intercessão junto a Jesus Cristo para mostrar o caminho a seguir.

Agradeço ao meu pai Sergio Franco, por ser um homem de extremo valor e caráter além de ser um profissional brilhante em sua carreira, saiba que todos os momentos de ausência que a vida nos abrigou a passar nunca significaram nada frente a sua onipresença em minha vida, meu herói e meu exemplo de vida.

Agradeço a minha mãe Maria Lucia, exemplo de mulher guerreira, esteio desta família, a quem posso orgulhosamente chamar de amiga e agradecer por cada conquista na minha vida.

Agradeço a minha vó Raimunda Borges, minha pequena sábia, minha companheira, minha fiel escudeira e grande amor.

Agradeço ao meu esposo por seu amor, sua paciência, sua compreensão nos momentos de minha ausência, saiba que tenho muito orgulho de ter você na minha vida e poder compartilhar todos os momentos alegres ou tristes com meu melhor amigo que também é o meu amor.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Irland Barroncas, por suas valiosas contribuições e cujo auxílio tornou este trabalho possível.

Agradeço ao querido mestre, Prof. Edson Ramos, que me prestou todo apoio, auxílio e dedicação, mostrando-me sempre uma saída nos momentos decisivos e por seu valoroso amparo frente às dificuldades.

Agradeço a quem hoje posso chamar de companheira nessa jornada árdua e gratificante que é a vida de um pesquisador (quanta pretensão nos denominarmos assim, mas é a realidade que buscamos e que se estiver traçada pelas linhas de Deus, breve alcançaremos). Regiane Padilha agradeço por cada contribuição, por cada risada, incentivo e confiança que a vida nos levou a depositar uma na outra, você terá muito em breve tudo que almeja.

Agradeço aos profissionais e estagiários do LASIG/GEPEC que me acolheram com carinho e sempre mostraram disposição para ajudar em todos os momentos, nunca me esquecerei de nenhum de vocês. Em especial a professora Silvia e professora Adrilayne.

Agradeço aos residentes da Comunidade quilombola de Mangueiras, que sempre me receberam com carinho e um brilho no olhar que só existe neles, pessoas de coração puro e alma aguerrida, Noemi, Mara e Mari, jamais esquecerei o exemplo de luta e fé de vocês.

Agradeço imensamente a Universidade Federal do Pará, instituição da qual orgulhosamente faço parte desde a graduação.

Ao programa de pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará.

Ao PROEXT, pelo auxílio e apoio concedido, que foi de fundamental importância para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao MEC/SESu, pelo apoio que viabilizou toda a realização deste projeto.

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, que representa uma grande conquista na minha vida.

“Ama-se mais o que se conquista com esforço.” Benjamin Disraeli

RESUMO

O estudo objetiva determinar a prevalência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta residente em oito comunidades quilombolas localizadas em Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará. Para tal, utilizou-se uma amostra de 297 indivíduos adultos de ambos os sexos, com idades entre 18 a 59 anos, obtidas por meio de demanda espontânea.

Os dados foram coletados por meio de um questionário de pesquisa estruturado com perguntas referentes à identificação (sexo e idade); aspectos sócio demográficos (grau de escolaridade, ocupação, renda mensal); aspectos clínicos (consumo de bebida alcoólica, tabagismo, doenças auto referidas e hábitos alimentares); antropometria (peso, estatura, índice de massa corporal e circunferências). Foi utilizado o teste da diferença entre proporções para a comparação das amostras, com as variáveis do fator de risco e de proteção, e foi adotado o nível de significância de 5%.

Como resultados, a pesquisa obteve que os homens possuem maior prevalência de fatores de risco para consumo excessivo de bebida alcoólica (85,58%), tabagismo (48,08 %), consumo de carnes com gordura (62,26 %). E possuem prevalência de fator de proteção para prática de atividades físicas de (71,70 %). As mulheres possuem um perfil de maior prevalência de fatores de risco para alto consumo de carne com gordura (79,06%), consumo excessivo de bebida alcoólica (65,26 %). Como fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis, nas mulheres pode destacar o alto consumo de frutas, verduras e legumes (75,52%). Os resultados demonstraram que os moradores dos Quilombos Marajoaras estão em risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e as maiores prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis estão relacionadas à ingestão alimentar inadequada, consumo excessivo de bebida alcoólica e tabagismo.

Palavras-chave: Saúde da população negra, quilombos, doenças crônicas.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the prevalence and distribution of the main risk and protection factors for chronic non communicable diseases in the adult population living in eight quilombola communities located in Salvaterra, Marajó Island, Pará. The sample was obtained through a non-probabilistic sampling technique For convenience, with spontaneous demand, and the sample was represented by 297 adult individuals of both sexes, aged between 18 and 59 years.

Data were collected through a structured questionnaire with questions related to identification (sex and age); Socio-demographic aspects (educational level, occupation, monthly income); Clinical aspects (alcohol consumption, smoking, self-reported diseases and eating habits); Anthropometry (weight, height, body mass index and circumferences). The test of the difference between proportions was used for the comparison of the samples, with the variables of the risk factor and protection, and it was adopted the level of significance adopted was 5%.

As a result, the research found that men have a higher prevalence of risk factors for excessive consumption of alcoholic beverages (85.58%), smoking (48.08%), and consumption of meat with fat (62.26%). And they have a prevalence of protection factor for the practice of physical activities (71.70%). Women have a higher prevalence of risk factors for high consumption of meat with fat (79.06%), excessive consumption of alcoholic beverages (65.26%). As protective factors for chronic non-communicable diseases, women can highlight the high consumption of fruits, vegetables and vegetables (75.52%). The results showed that residents of the Marajoara Quilombos are at risk for the development and the higher prevalence of risk factors for chronic non communicable diseases are related to inadequate food intake, excessive consumption of alcoholic beverages and smoking.

Keywords: Health of the black population, quilombos, chronic diseases.

LISTA DE FIGURAS
CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

FIGURA 1	Mapa da localização da Ilha do Marajó no Estado do Pará - Agosto, 2016.	22
FIGURA 2	Mapa das Comunidades Quilombolas do Município de Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará - Agosto, 2016.	23

CAPÍTULO 2 – ARTIGO CIENTÍFICO

FIGURA 1	Mapa da localização da Ilha do Marajó no Estado do Pará - Agosto, 2016.	40
FIGURA 2	Mapa das Comunidades Quilombolas do Município de Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará - Agosto, 2016.	41

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 2 – ARTIGO CIENTÍFICO

TABELA 1	Características Socioeconômicas dos moradores das Comunidades Quilombolas da Ilha do Marajó, Salvaterra Pará, em Agosto de 2016.	47
TABELA 2	Características Nutricionais dos moradores das Comunidades Quilombolas da Ilha do Marajó, Salvaterra-Pará, em Agosto de 2016.	48
TABELA 3	Prevalências dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, dos moradores das Comunidades Quilombolas da Ilha do Marajó, Salvaterra-Pará, em Agosto de 2016, por sexo.	50
TABELA 4	Percentual e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção: dados Brasil, Belém e Salvaterra, amostra feminina, 2016.	51
TABELA 5	Percentual e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção: dados Brasil, Belém e Salvaterra, amostra masculina, 2016.	52

LISTA DE QUADROS

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES GERAIS

QUADRO 1	Valores e Classificação do Índice Massa Corporal (IMC) para Adultos.	26
QUADRO 2	Classificação do Risco de Morbidades para Adultos segundo Circunferência da Cintura.	26
QUADRO 3	Classificação do percentual de gordura para o sexo masculino, por faixa de idade (em anos).	27
QUADRO 4	Classificação do percentual de gordura para o sexo feminino, por faixa de idade (em anos).	28

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT - Doenças Crônicas não transmissíveis

INCRA - Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

PBQ - Programa Brasil Quilombola

QFA - Questionário de Frequência Alimentar

R24h - Recordatório 24 horas

SEPPIR - Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFPA - Universidade Federal do Pará

VIGITEL - Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

IMC - Índice de Massa Corporal

OMS - Organização Mundial de Saúde

DCB - Dobra Cutânea Bicipital

DCT - Dobra Cutânea Tricipital

DCSE - Dobra Cutânea Subescapular

DCSI - Dobra Cutânea Supra Ilíaca

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

DM - Diabetes Mellitus

LASIG - Laboratório de Sistema de Informação e Georreferenciamento

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES GERAIS	14
1.1	INTRODUÇÃO	15
1.2	JUSTIFICATIVA	18
1.3	OBJETIVOS	19
1.3.1	Objetivo Geral	19
1.3.2	Objetivos Específicos	19
1.4	HIPÓTESES	20
1.5	METODOLOGIA	20
2	ARTIGO CIENTÍFICO	31
3	CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	66
4	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
5	APÊNDICES	75
6	ANEXOS	83

1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

1.1 - INTRODUÇÃO

Durante os séculos XVI e XIX, o Brasil foi um dos países localizados no Continente Americano que mais importaram negros africanos escravizados, este número expressivo representava um terço de todo tráfico negreiro (SALLES, 2005). Hoje o Brasil possui a segunda maior população negra, perdendo apenas para a Nigéria (ARENZ, 2012).

A trajetória dos negros no Brasil é envolta por discriminação e racismo, porém a luta por reconhecimento, identidade, garantia de direitos e melhores condições de vida, é também uma característica marcante desses povos (SALLES, 2005; MARQUES, 2009).

Várias foram às formas de levante e resistência coletiva, frente ao processo de escravidão, como por exemplo, a formação de grupos de escravos que buscavam abrigo em locais distantes e de difícil acesso, o que deu origem aos quilombos ou mocambos (FIGUEIREDO, 2009). Atualmente as comunidades remanescentes de quilombos são “grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra” (BRASIL, 2003).

O Programa Brasil Quilombola (PBQ) mostra que existem mais de um milhão de quilombolas no país, a maior parcela dessa população vive em áreas rurais, em condições sub-humanas e de extrema pobreza, o PBQ ainda mostra que uma parcela significativa dessa população recebe algum tipo de auxílio, como programas do governo, Bolsa Família ou Bolsa Escola, estando eles na faixa de cidadãos brasileiros que possuem pouco ou nenhum grau de escolaridade (BRASIL, 2012). Comunidades de Populações Tradicionais Quilombolas do Estado do Pará não diferem desta triste realidade, vivem também nesse espectro de pobreza, escassez de serviços de saúde e educação, acrescidos das peculiaridades da Região Amazônica que torna ainda mais difícil o acesso à bem feitorias (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A Amazônia é um ecossistema vasto e complexo, abrigo uma população majoritariamente urbana, porém sua população rural inclui grupos tradicionais, como os indígenas e quilombolas e suas especificidades, seu modo de vida e saúde ainda são assuntos com lacunas a ser preenchidas e suas relações com o meio ambiente x saúde possuem perspectivas complexas

e desafiantes (SILVA, 2006). Em suma, a Amazônia é muito mais comentada do que de fato vivida e estudada, devendo-se talvez ao fato de ter proporções continentais, acesso restrito e com dificuldades de estadia e locomoção.

Há aproximadamente 240 comunidades remanescente de quilombos no Estado do Pará, divididas pelas mesorregiões do Baixo Amazonas, Marajó, Nordeste do Estado do Pará e Região Metropolitana de Belém. Possuindo o maior número de terras quilombolas tituladas do Brasil (CPISP, 2010).

No município de Salvaterra, situado no nordeste do arquipélago do Marajó, no Estado do Pará, a presença de negros em comunidades remanescentes de quilombos é bastante representativa. Acredita-se que o número de comunidades quilombolas no município seja dezoito, onde se estabeleceram laços de parentescos, com trajetória histórica e de territorialização (MALUNGU, 2006).

Condições sociais, econômicas, culturais e etnicorraciais são um consenso quando o assunto são os determinantes para a análise do processo saúde-doença dos indivíduos, portanto, grupos expostos a riscos sociais são acometidos mais facilmente por doenças (MARMOT; WILKINSON, 1999; BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Lopes (2004) mostra em seu estudo que negros possuem experiências dispare desde seu nascimento, até os seus processos de adoecimento e morte, por pertencerem em sua maioria a grupos sociais com menor renda e escolaridade, expondo assim, uma realidade de pobreza e discriminação que possuem desdobramentos e impactos nas populações remanescente de quilombos.

Nas últimas décadas o Brasil vem passando por uma transição caracterizada pelo declínio de doenças infecto-parasitárias e a ascensão em números alarmantes de doenças de caráter crônico-degenerativo (WHO, 2005) (CASADO *et al.*, 2009). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas pelo conjunto de patologias irreversíveis que tem um processo de instalação lento no organismo e geralmente assintomático inicialmente, possuindo uma dinâmica complexa em cada etapa do processo saúde-doença (WHO, 2005; SILVA, 2009).

As DCNT'S são consideradas grandes problemas de saúde pública na atualidade. No Brasil, a mortalidade causada por tais doenças chega a 70% em adultos, além do impacto econômico com os altos custos recorrentes da

necessidade de acompanhamento médico contínuo, uso prolongado de medicamentos e consequente sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011; IBGE, 2014). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) chama atenção ao fato de que as DCNT'S atingem fortemente as camadas mais pobres da população. O aumento da atenção em relação a doenças crônicas vem ganhando espaço no cenário mundial, devido ao crescimento de indicadores de morbidades e o entendimento da importância da promoção da saúde, como medida preventiva para o surgimento de novos casos (SCHMIDT *et al.*, 2011).

No Brasil, existe um documento intitulado, Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, que define as ações necessárias para o enfrentamento e contenção das DCNT'S e seus fatores de risco em comum, por um período de dez anos. Portanto, conhecer a prevalência de fatores de risco e proteção em uma determinada população, fomenta o monitoramento e consequente controle/intervenção de DCNT (BRASIL, 2011).

Tais fatores aumentam os riscos do indivíduo vir a apresentar uma DCNT, e por possuir uma correlação favorável com o surgimento dessas patologias, podem servir de indicadores de monitoramento, são eles: consumo de álcool, a prática do tabagismo, sedentarismo, excesso de peso e obesidade e alimentação não saudável (BRASIL, 2011). Todos são fatores que podem ser modificados com intervenção ou prevenidos por meio de promoção de saúde (GAZIANO *et al.*, 2007). Controlar e monitorar fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis e estimular hábitos de vida saudável que protegem o indivíduo de apresentar uma DCNT são estratégias muito usadas nos países desenvolvidos desde a década de 70 e possuem resultados positivos que refletem em uma diminuição significativa na mortalidade decorrente de DCNT (SILVA *et al.*, 2013).

Fatores sociais aliados a hábitos de vida e escolhas alimentares se tornam determinantes para o surgimento de Doenças Crônicas não Transmissíveis nas diversas populações (VIEIRA, 2014; CARDOSO *et al.*, 2015). O método no qual se iniciam e evoluem essas patologias, possuem uma dinâmica complexa que requer estudos que busquem entender cada etapa do processo saúde-doença nas populações rurais, mais especificamente nas

populações quilombolas, e em particular na região Amazônica, principalmente pelo fato de serem populações historicamente silenciadas e vulneráveis (SILVA, 2009).

Ainda é um grande desafio no Brasil garantir que os serviços sociais e de saúde cheguem às populações quilombolas, serviços estes que são de extrema necessidade para essas comunidades que são consideradas um dos segmentos mais pobres, esquecidos e desconhecidos da sociedade, além da inegável dificuldade de acesso devido seu relativo isolamento geográfico (FREITAS *et al.*, 2011; PINHO *et al.*, 2015).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta residente em nove comunidades quilombolas de Salvaterra.

1.2 - JUSTIFICATIVA

A escassez de estudos, de dados e informações sobre fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis ou até mesmo dados sobre o número de pessoas portadoras dessas patologias crônicas em populações remanescentes de quilombos localizados na Região Norte, vem demonstrar e alertar para a necessidade e importância de projetar e sistematizar pesquisas que realizem uma análise de indicadores epidemiológicos para a elaboração de políticas públicas que busquem a distribuição equitativa de serviços de atenção em saúde e melhoria na qualidade de vida, como refere Arruti (2009).

As comunidades quilombolas da região marajoara podem estar vivendo elevados riscos à saúde, assim como riscos sociais, haja vista que se desconhece essa realidade, e como consequência não se criam caminhos propositivos que sejam favoráveis para o alcance previsto em lei, do direito à saúde, universalizado no Brasil por meio da Carta Magna de 1988, regulamentado pelas Leis orgânicas da saúde Nº 8.080/90 e 8.143/90, onde define que a saúde é um dever do Estado e um direito de todo cidadão, cabendo ao Estado prover todas as condições para o seu pleno desenvolvimento (BRASIL, 1990).

Sendo assim, entende-se que, as discussões sobre a saúde da população negra quilombola, em particular das que residem no município de

Salvaterra na Ilha do Marajó devem ser alargadas, por meio de mais estudos éticos e com base nos critérios científicos, posto que há um enorme desconhecimento mesmo na atualidade da agenda social e política do país, sobre a saúde desses povos. Pensar nisso é tentar encontrar formas eficazes para resolução desses problemas por meio de pesquisas voltadas a essas comunidades que as possam compreender dentro da sua originalidade cultural.

Refletir e buscar essa problemática, com profundidade é compreender que a Lei Nº 8.080, de institucionalização do Sistema Único de Saúde, que acentua uma visão abrangente de saúde, com determinantes como alimentação, saneamento básico, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte, lazer, serviços sociais e outros, sendo operacionalizada, respeitando as tradições culturais dessas comunidades marajoaras, é um caminho vital, para que as mesmas não tenham o *seu modus operandi* de viver extinto ou invisibilizado e suas mazelas sejam pensadas de maneira a buscar sua melhoria.

1.3 - OBJETIVOS

1.3.1- Objetivo Geral

Determinar a prevalência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta residente nas comunidades quilombolas, localizadas em Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará.

1.3.2 - Objetivos Específicos

Como objetivos específicos, pode-se listar:

- Mostrar as características sócio demográficas dos residentes quilombolas Marajoaras;
- Realizar avaliação nutricional em residentes de oito comunidades remanescentes de quilombos localizadas em Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará, incluindo medidas antropométricas, circunferências e percentual de gordura corporal;
- Identificar o consumo alimentar, de acordo com o questionário de frequência alimentar semi-quantitativo.

- Identificar a prevalência de fatores de risco para o acometimento de doenças crônicas não transmissíveis segundo o sexo;
- Identificar a prevalência fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis segundo o sexo.
- Mostrar o percentual e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção dos dados pesquisados em comparação aos dados referentes a Belém.
- Mostrar o percentual e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção dos dados pesquisados em comparação aos dados referentes a amostra nacional.

1.4 – HIPÓTESES

O presente estudo trabalha com as seguintes hipóteses: a nula (H0) de que não há correlação dos fatores de risco com o surgimento de patologias crônicas não transmissíveis, e a segunda hipótese alternativa (H1), de que existe uma relação entre os fatores de risco com o surgimento de DCNT'S em um nível de significância (α) igual a 5%.

O estudo ainda tem como hipótese nula (H0) de que não há correlação dos fatores de proteção com o não surgimento de patologias crônicas não transmissíveis, e a segunda hipótese alternativa (H1), de que existe uma relação entre os fatores de proteção com o não surgimento de DCNT'S em um nível de significância (α) igual a 5%.

1.5 – METODOLOGIA

Desenho, população do estudo e amostragem

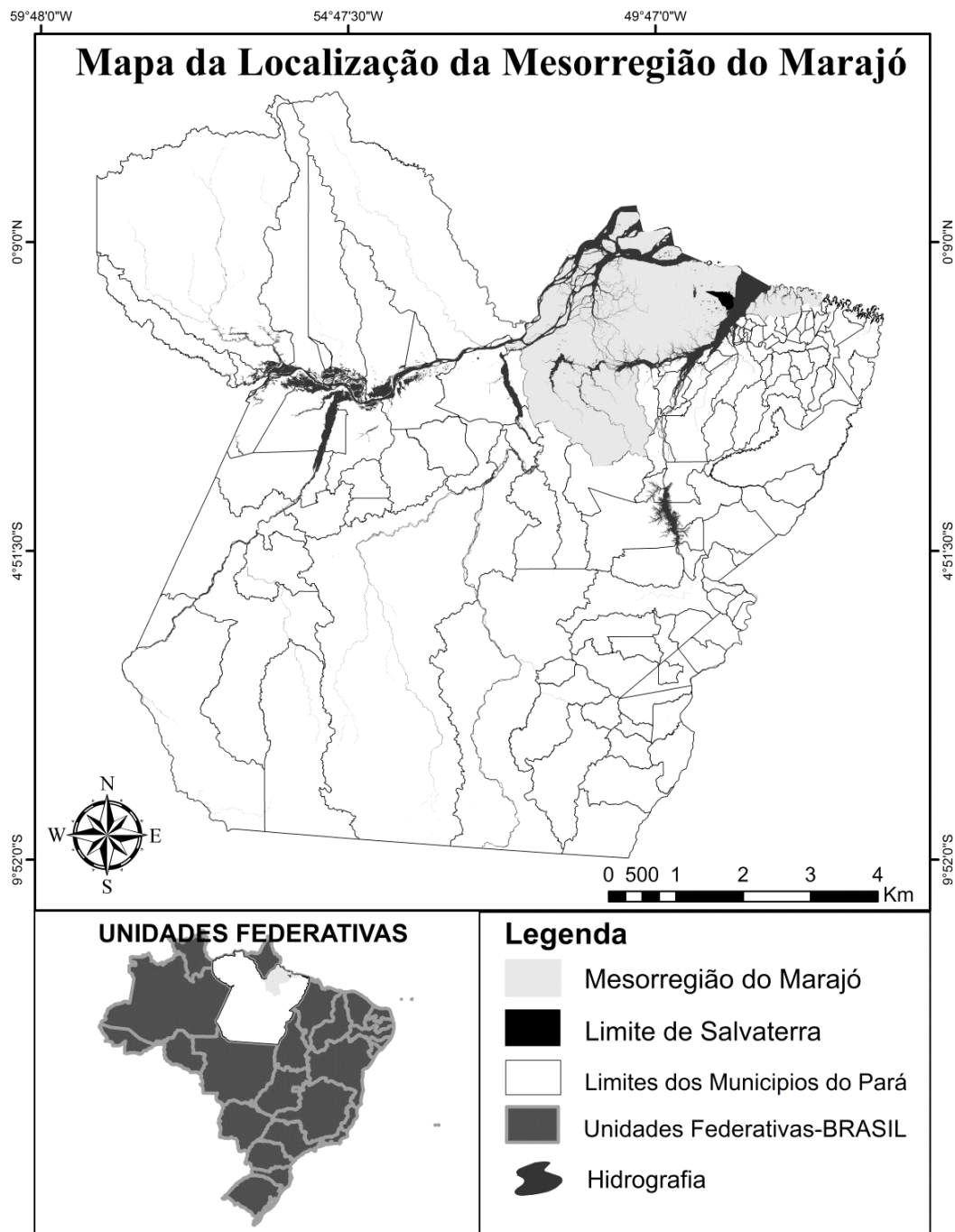
O presente estudo foi retirado de um projeto de extensão denominado: Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças em Populações Negras e Mapeamento de Imagens de Populações Quilombolas da Ilha do Marajó - Pará, este tem por objetivo avaliar o perfil nutricional e identificar aspectos sócio demográficos, clínicos, antropométricos, nutricionais e comportamentais, e suas relações com o desenvolvimento de enfermidades crônicas não transmissíveis.

Foram realizadas visitas a Ilha do Marajó (Figura 1), mas precisamente ao município de Salvaterra no período de Agosto e Setembro de 2016, o

estudo abrangeu as comunidades de Mangueiras, Barro Alto, Deus Ajude, Providência, Caldeirão, Bacabal, Pau Furado e Boa Vista (Figura 2). Os dias e locais da realização do atendimento foram previamente acordados com as lideranças das comunidades e a Secretaria de Saúde local.

A amostra foi obtida por meio da técnica de amostragem probabilística com demanda espontânea (DILLMAN *et al.*, 2009). De acordo com o censo realizado nas comunidades quilombolas localizadas em Salvaterra no ano de 2016 pelo Laboratório de Sistema de Informação e Georreferenciamento (LASIG), a população residente nas oito comunidades citadas é de 1996 pessoas, incluindo homens, mulheres, idosos e crianças. A amostra foi representada por 297 indivíduos residentes nas comunidades estudadas (com erro amostral máximo de 5,4%), respeitando os critérios de inclusão onde se estabeleceu que fossem homens e mulheres, adultos, com idades compreendidas entre 18 e 59 anos, excluindo do estudo mulheres gestantes ou nutrizas.

Figura 1: Mapa da localização da Ilha do Marajó no Estado do Pará - Agosto, 2016.



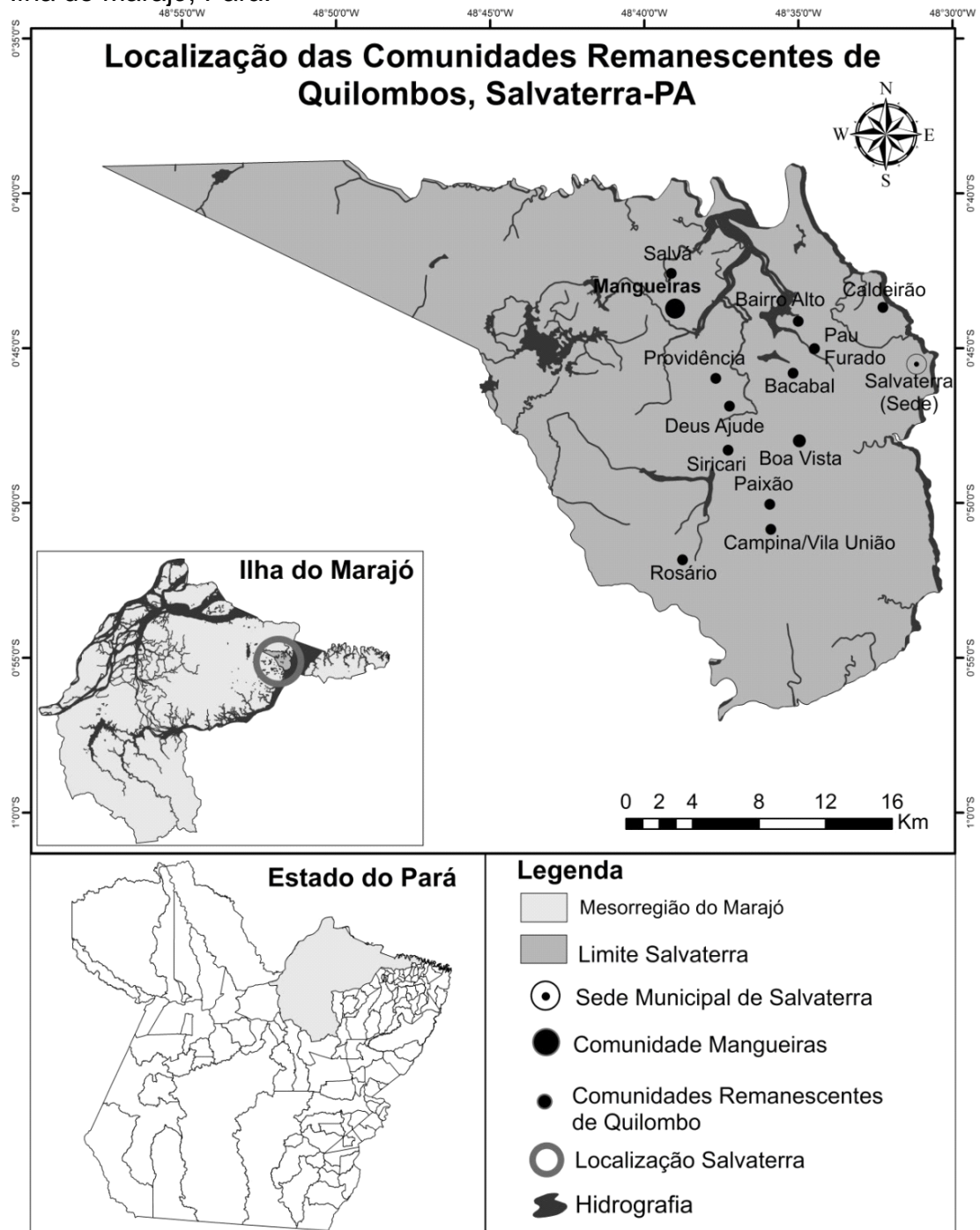
Parâmetros Cartográficos: SIRGAS 2000

Fonte dos Shapes: IBGE

Elaboração: Laboratório de Sistema de Informação e Georreferenciamento

Fonte: Ramos *et al.* (2016, p.19).

Figura 2: Mapa das Comunidades Quilombolas do Município de Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará.



Parâmetros Cartográficos: Sirgas 2000

Fonte dos Shapes: IBGE

Elaboração: Laboratório de Sistema Informação e Georreferenciamento

Fonte: Ramos *et al.* (2016, p.19).

Coleta de dados e definição de variáveis

Os dados foram coletados por meio de um questionário de pesquisa estruturado (Apêndice A) com perguntas referentes à identificação (sexo e idade); aspectos sócio demográficos (grau de escolaridade, ocupação, renda mensal individual); aspectos clínicos (consumo de bebida alcoólica, tabagismo, doenças auto referidas, hábitos alimentares); antropometria (peso, altura, índice de massa corporal, circunferências e pregas cutâneas).

Com o intuito de avaliar os **fatores de risco** para DCNT, o presente estudo utilizou as seguintes variáveis:

- Tabagismo: indivíduos que mantêm o hábito de fumar cigarros independentemente da quantidade.
- Consumo de bebidas alcoólicas: avaliados o percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas regularmente.
- Excesso de peso: proporção de indivíduos com IMC igual ou superior a 25 Kg/m² (WHO,1995).
- Obesidade: proporção de indivíduos com IMC igual ou superior a 30 Kg/m² (WHO,1995).
- Circunferência da cintura: mulheres com até 80 cm e homens com até 94 cm de circunferência abdominal foram classificados como risco aumentado e mulheres com >88cm e homens com >102 cm de circunferência abdominal foram classificados como risco muito aumentado (WHO,1995).
- Percentual de gordura corporal: Classificado como (Excelente, Muito Bom, Bom, Adequado, Alto, Moderadamente Alto e Muito Alto) de acordo com o sexo e valores encontrados (WHO,1995).
- Alimentação não Saudável: proporção de indivíduos que não comem frutas, legumes e verduras no mínimo de três porções diárias. Médio e alto consumo de leite integral, carnes gordurosas ou com pele; refrigerante e suco artificial.
- Prática de atividade física: proporção de indivíduos que não praticam atividades físicas acima de 30 minutos diários em três ou mais dias por semana.
- Morbidade auto referida: proporção de indivíduos que relatam diagnóstico médico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia e Obesidade.

Para a avaliação dos **fatores de proteção** para DCNT, o presente estudo utilizou as seguintes variáveis:

- Hábito de consumo regular e recomendado de frutas, legumes e verduras: consumo de três ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana, caracterizado pelo médio e alto consumo.
- Prática de atividade física: proporção de indivíduos que praticam atividades físicas acima de 30 minutos diários em três ou mais dias por semana.

Medidas antropométricas

Todas as medidas antropométricas foram realizadas por um grupo de alunos do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Pará (UFPA), previamente capacitados e seguindo as normas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1995), sob orientação e supervisão de Nutricionistas. Os dados antropométricos avaliados foram peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura (CC) e pregas cutâneas bicipital, tricipital, supra ilíaca e subescapular para avaliar percentual de gordura corporal (%GC).

O peso foi obtido em quilogramas, com a utilização de uma balança digital portátil da marca Plenna® com capacidade máxima de 150 Kg, com divisões escalares de 100 g e precisão de 0,1 Kg. Os indivíduos foram medidos trajando roupas leves, sem sapatos, acessórios ou adornos, e situados no centro da balança. A estatura foi medida em metros, com a utilização de um estadiômetro portátil da marca Altuxata®, com escala de 0 a 213 cm e precisão de 0,1 cm, disposto em superfície plana. Os participantes foram avaliados descalços, sem adornos na cabeça, em posição ereta. Permaneceram no centro da plataforma do estadiômetro, de costas para a escala métrica, com os pés e tornozelos unidos, costas e pernas eretas, braços ao longo do corpo e o corpo inteiramente encostado no aparelho e posteriormente foi solicitado ao entrevistado que olhasse para o horizonte, realizasse uma leve inspiração e se mantivesse na posição desejada. O IMC foi obtido a partir da divisão do total do peso em kg pela altura em centímetros elevada ao quadrado e classificado de acordo com o Quadro 1.

Quadro 1: Valores e Classificação do Índice Massa Corporal (IMC) para Adultos.

Fase da vida	IMC (Kg/m ²)	Classificação
Adulto	<16,0	Magreza grau III
	16,0 a 16,9	Magreza grau II
	17,0 a 18,4	Magreza grau I
	18,5 a 24,9	Eutrofia
	25,0 a 29,9	Sobrepeso
	30,0 a 34,9	Obesidade grau I
	35,0 a 39,9	Obesidade grau II
	>40,0	Obesidade grau III

Fonte: WHO,1997.

A circunferência da cintura (CC) é um indicador da adiposidade visceral estando fortemente relacionado às doenças cardiovasculares e ateroscleróticas. Circunferências da cintura alteradas também são responsáveis por distúrbios hormonais como a Síndrome Metabólica muito comum em pessoas obesas e parâmetro para risco cardiovascular. A classificação da CC é feita de acordo com o sexo do indivíduo (Quadro 2) e é medida na linha da cicatriz umbilical (WHO,1998).

Quadro 2: Classificação do Risco de Morbidades para Adultos segundo Circunferência da Cintura.

Sexo	Risco Aumentado	Risco Muito Aumentado
Homens	94 a 102 cm	> 102 cm
Mulheres	80 a 88 cm	> 88 cm

Fonte: WHO,1998.

Para a aferição das pregas cutâneas foi utilizado um adipômetro científico (Sanny®), com alta precisão e sensibilidade de 0,1mm. Cada prega cutânea foi aferida três vezes consecutivas e foi utilizada a média entre as três aferições. Há diversas dobras cutâneas utilizadas para se estimar a gordura

corporal, porém este estudo optou em utilizar as quatro mais comumente utilizadas e seguir o protocolo de Faulkner (1968), são elas:

Dobra cutânea bicipital: Localizou-se o ponto médio entre o acrômio e o olecrano na face anterior do braço direito, fez-se uma marcação e com os dedos (polegar e indicador), separou-se uma prega formada pela pele e o tecido adiposo a 1 cm do ponto marcado, tomando cuidado para separá-la do tecido muscular, em seguida pinçou-se com o calibrador no ponto marcado determinado, de modo que formasse um plano perpendicular ao braço.

Dobra cutânea tricípital: foi realizada na face posterior do braço, a 1 cm do ponto médio marcado entre o acrômio e o olecrano. Pinçou-se com os dedos uma prega, e separou-se do tecido muscular para a aplicação do calibrador.

Dobra cutânea subescapular: pinçou-se uma prega obliquamente ao eixo longitudinal do corpo, a 2 cm do ângulo inferior da escápula.

Dobra cutânea supra ilíaca: a aferição ocorreu na metade da distância entre o último arco costal e a crista ilíaca, sendo pinçada a prega obliquamente ao eixo longitudinal.

A soma da dobra cutânea bicipital (DCB), dobra cutânea tricípital (DCT), dobra cutânea subescapular (DCSE) e dobra cutânea supra ilíaca (DCSI) permitem calcular o percentual de gordura do indivíduo. A classificação do percentual de gordura foi feita por sexo e idade (Quadro 3 e Quadro 4).

Quadro 3: Classificação do percentual de gordura para o sexo masculino, por faixa de idade (em anos).

Classificação	Idade				
	18 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 65
Muito baixo	< 4,0	< 8,0	< 10,0	< 12,0	< 13,0
Excelente	4,0 a 6,0	8,0 a 11,0	10,0 a 14,0	12,0 a 16,0	13,0 a 18,0
Muito bom	6,1 a 10,0	11,1 a 15,0	14,1 a 18,0	16,1 a 20,0	18,1 a 21,0
Bom	10,1 a 13,0	15,1 a 18,0	18,1 a 21,0	20,1 a 23,0	21,1 a 23,0
Adequado	13,1 a 16,0	18,1 a 20,0	21,1 a 23,0	23,1 a 25,0	23,1 a 25,0
Moderadamente alto	16,1 a 20,0	20,1 a 24,0	23,1 a 25,0	25,1 a 27,0	25,1 a 27,0
Alto	20,1 a 24,0	24,1 a 27,0	25,1 a 29,0	27,1 a 30,0	27,1 a 30,0
Muito alto	> 24,0	> 27,0	> 29,0	> 30,0	> 30,0

Fonte: Ramos *et al.* (2016, p.31).

Quadro 4: Classificação do percentual de gordura para o sexo feminino, por faixa de idade (em anos).

Classificação	Idade				
	18 a 25	26 a 35	36 a 45	46 a 55	56 a 65
Muito baixo	< 13,0	< 14,0	< 16,0	< 17,0	< 18,0
Excelente	13,0 a 16,0	14,0 a 16,0	16,0 a 19,0	17,0 a 21,0	18,0 a 22,0
Muito bom	16,1 a 19,0	16,1 a 20,0	19,1 a 23,0	21,5 a 25,0	22,1 a 26,0
Bom	19,1 a 22,0	20,1 a 23,0	23,1 a 26,0	25,1 a 28,0	26,1 a 29,0
Adequado	22,1 a 25,0	23,1 a 25,0	26,1 a 29,0	28,1 a 31,0	29,1 a 32,0
Moderadamente alto	25,1 a 28,0	25,1 a 29,0	29,1 a 32,0	31,1 a 34,0	32,1 a 35,0
Alto	28,1 a 31,0	29,2 a 33,0	32,1 a 36,0	34,1 a 38,0	35,1 a 38,0
Muito alto	> 31,0	> 33,0	> 36,0	> 39,0	> 38,0

Fonte: Ramos *et al.* (2016, p.32).

Questionário de Frequência Alimentar

O instrumento de pesquisa utilizado para avaliar o consumo alimentar habitual dos moradores, foi um questionário de frequência alimentar (QFA) semi-quantitativo (Apêndice B), aplicado aos adultos por nutricionistas e acadêmicos de nutrição, previamente treinados. Foi elaborado com base nos estudos de validação de frequência alimentar e adaptado aos alimentos característicos da região da população pesquisada (SÁVIO, 2002; SLATER *et al.*, 2003; ARAUJO *et al.*, 2010).

O referido questionário foi composto por 80 alimentos divididos em três grupos:

i) Alimentos in natura e minimamente processados: iogurte, leite integral, leite desnatado, queijo, carne bovina, carne suína, frango, ovo, peixe, vísceras, abóbora, alface, alho/cebola, beterraba, cenoura, chuchu, couve, repolho, tomate, abacate, abacaxi, banana, goiaba, laranja, maçã, mamão, manga, melancia, maracujá, suco de acerola, suco de maracujá, suco de limão, arroz, batata, feijão, macarrão, mingau, azeite, café, manteiga, óleo de soja, pão (BRASIL, 2014).

ii) Alimentos processados e ultraprocessados: bolacha, pipoca, margarina, biscoito recheado, batata frita, bolo, chocolate em barra, pizza, pastel/coxinha, sorvete, achocolatado, refrigerante, sucos artificiais, mortadela, presunto, salsicha, macarrão instantâneo, carne enlatada, bombom. (BRASIL, 2014).

iii) Alimentos regionais: leite de búfala, queijo de búfala, camarão, carne de búfalo, caça, jambu, maxixe, açaí, castanha do Pará, ingá, farinha de mandioca, macaxeira, pupunha, bacaba. (BRASIL, 2005; LIMA *et al.*, 2001)

Com escala de frequência alimentar divididas em quatro categorias: não consome, baixo consumo, médio consumo e alto consumo, em que: i) **Não consome:** prática alimentar não existente; ii) **Baixo consumo:** prática de consumo de até 2 vezes no mesmo mês; iii) **Médio consumo:** prática de consumo de 1 a 3 vezes por semana; iv) **Alto consumo:** prática de consumo de 4 a 7 vezes por semana.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação dos aspectos técnicos do protocolo de pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA. Foi aprovado sob o parecer de número 1.173.526 (Anexo A), cumprindo dessa forma com as exigências legais da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), órgão vinculado ao Ministério da Saúde que trata das “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil”, e todos os adultos envolvidos na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da inclusão na amostra (Apêndice C).

Análise Estatística

Os dados encontrados na pesquisa foram digitados em uma planilha Microsoft Office Excel® 2010 e posteriormente tabulados e organizados em forma de tabelas e gráficos com intuito de traçar o perfil socioeconômico, demográfico e nutricional dos residentes das comunidades quilombolas. Para verificar a existência de prevalências estatisticamente significativas entre os sexos, foi utilizado o teste da diferença entre proporções para a comparação das amostras, com as variáveis do fator de risco e de proteção. O nível de

significância adotado foi de 5%, e os testes foram efetuados com o auxílio do programa Minitab, versão 17.

Esta dissertação intitulada **“Prevalência de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Quilombolas Marajoaras”** está estruturada para apresentação em formato de artigo científico. O presente estudo foi realizado com coleta de dados de adultos residentes nas Comunidades Quilombolas de Mangueiras, Barro Alto, Deus Ajude, Providência, Caldeirão, Bacabal, Pau Furado e Boa Vista, localizadas em Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará, e tem por objetivo determinar a prevalência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população pesquisada.

Este artigo científico obedece às orientações, normas e formato da revista *Ciência e Saúde Coletiva* para a qual será submetido.

ARTIGO CIENTÍCO

FRANCO-AREDE, A. N. Prevalência de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em Quilombolas Marajoaras.

Periódico a que será submetido: *Ciência e Saúde Coletiva* (Classificação B1, segundo os critérios do Sistema *Qualis* da CAPES/ Área: Interdisciplinar).

**Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças
crônicas não transmissíveis em Quilombolas Marajoaras.**

*Prevalence of risk factors and protection for chronic diseases
not transmissible in Quilombolas Marajoara.*

Amanda de Nazaré Franco Arede¹
Ireland Barroncas Gonzaga

¹Rodovia Mario Covas 257, Condomínio Lion Ville, Quadra 12
Lote 01 – Coqueiro, CEP: 66650-000. Belém, Pará, Brasil.

E-mail: francoamanda22@gmail.com

E-mail: irland1000@gmail.com

RESUMO

O estudo objetiva determinar a prevalência dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis na população adulta residente em oito comunidades quilombolas Marajoara. Utilizou-se a técnica de amostragem probabilística com demanda espontânea, e foi representada por 297 indivíduos adultos de ambos os sexos, com idades entre 18 e 59 anos.

Sendo observadas variáveis sobre, aspectos sócio demográficos, clínicos e antropometria. Em seguida realizado teste estatístico com objetivo de avaliar diferenças significativas entre as amostras.

De onde se verifica que os homens possuem maior prevalência de fatores de risco para consumo bebida alcoólica (85,58%), tabagismo (48,08%), e carnes com gordura (62,26%). Já as mulheres possuem maior prevalência para alto consumo de carne com gordura (79,06%) e consumo de bebida alcoólica (65,26%). Como fatores de proteção, pode destacar o alto consumo de frutas, verduras e legumes (75,52%). Os resultados mostram que os moradores dos Quilombos Marajoaras estão em risco para o desenvolvimento de doenças crônicas e as maiores prevalências de fatores de risco estão relacionadas à ingestão alimentar inadequada, consumo excessivo de bebida alcoólica e tabagismo.

Palavras-chave: Saúde da População Negra, Quilombos, Doenças crônica.

ABSTRACT

The study aims to determine the prevalence of the main risk factors and protection for Chronic Diseases in the adult population living in eight Marajoara quilombola communities. The non-probabilistic sampling technique was used for convenience, with spontaneous demand, and was represented by 297 adult individuals of both sexes, aged between 18 and 59 years.

Data were collected through a research questionnaire with questions about socio-demographic, clinical and anthropometry aspects. The test of the difference between proportions was used for the comparison of the samples, with the variables of the risk factor and protection, with significance level of 5%.

Men have a higher prevalence of risk factors for alcohol consumption (85.58%), smoking (48.08%), and meat with fat (62.26%). Women have a higher prevalence for high consumption of meat with fat (79.06%) and alcohol consumption (65.26%). As protection factors, it can highlight the high consumption of fruits, vegetables and vegetables (75.52%). The results show that the inhabitants of the Marajoara Quilombos are at risk for the development and the higher prevalences of risk factors are related to inadequate food intake, excessive consumption of alcoholic beverages and smoking.

Keywords: Health of the Black Population, Chronic Diseases, Quilombos.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas o Brasil vem passando por uma transição caracterizada pelo declínio de doenças infecto-parasitárias e a ascensão em números alarmantes de doenças de caráter crônico-degenerativo.^{1,2} As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são caracterizadas pelo conjunto de patologias irreversíveis que tem um processo de instalação lento no organismo e geralmente assintomático inicialmente, possuindo uma dinâmica complexa em cada etapa do processo saúde-doença.^{1,3}

As DCNT são consideradas grandes problemas de saúde pública na atualidade. No Brasil, a mortalidade causada por tais doenças chega a 70% em adultos, além do impacto econômico com os altos custos recorrentes da necessidade de acompanhamento médico contínuo, uso prolongado de medicamentos e consequente sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS).^{4,5} O Ministério da Saúde⁴ chama atenção ao fato de que as DCNT atingem fortemente as camadas mais pobres da população. O aumento da atenção em relação a doenças crônicas vem ganhando espaço no cenário mundial, devido ao crescimento de indicadores de morbidades e o entendimento da importância da promoção da saúde, como medida preventiva para o surgimento de novos casos.⁶

Condições sociais, econômicas, culturais e etnicorraciais são um consenso quando o assunto são os determinantes para a análise do processo saúde-doença dos indivíduos, portanto, grupos expostos a riscos sociais são acometidos mais facilmente por doenças.^{7,8} Lopes (2004)⁹ mostra em seus estudos que negros possuem experiências dispare desde seu nascimento, até os seus processos de adoecimento e morte, por pertencerem em sua maioria a grupos sociais com menor renda e escolaridade, expondo assim, uma realidade de pobreza e discriminação.

Existem fatores que aumentam os riscos do indivíduo vir a apresentar uma DCNT, e por possuir uma correlação favorável com o surgimento de tais patologias, podem servir de indicadores de monitoramento, são eles: consumo de álcool, a prática do tabagismo, sedentarismo, excesso de peso e obesidade e alimentação não saudável. Todos são fatores que podem ser modificados com intervenção ou prevenidos por meio de promoção de saúde.¹⁰ Controlar e monitorar fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis é uma estratégia muito usada nos países desenvolvidos desde a década de 70 e possui resultados positivos que refletem em uma diminuição significativa na mortalidade decorrente de DCNT.¹¹

No Brasil, existe um documento intitulado, Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis 2011-2022, que define as ações necessárias para o enfrentamento e contenção das DCNT e seus fatores de risco em comum, por um período de dez anos. Os eixos de atuação são divididos em três tópicos: I. Vigilância, informação, avaliação e monitoramento; II. Promoção da saúde; e III. Cuidado Integral de Doenças Crônicas não Transmissíveis. Portanto, conhecer a prevalência de fatores de risco em uma determinada população, fomenta o monitoramento e conseqüente controle/intervenção de DCNT.⁴

O Programa Brasil Quilombola mostra que existem mais de um milhão de quilombolas no país, a maior parcela dessa população vive em áreas rurais, em condições sub-humanas e de extrema pobreza, o PBQ ainda mostra que uma parcela significativa dessa população recebe algum tipo de auxílio, como programas do governo, Bolsa Família ou Bolsa Escola, estando eles na faixa de cidadãos brasileiros que possuem pouco ou nenhum grau de escolaridade.¹² Comunidades de Populações Tradicionais Quilombolas do Estado do Pará não diferem desta triste realidade, vivem também nesse espectro

de pobreza, escassez de serviços de saúde e educação, acrescidos das peculiaridades da Região Amazônica que torna ainda mais difícil o acesso a bem feitorias.^{13,14}

A Amazônia é um ecossistema vasto e complexo, abrigando uma população majoritariamente urbana, porém sua população rural inclui grupos tradicionais, como os indígenas e quilombolas e suas especificidades, seu modo de vida, ainda são assuntos com lacunas a ser preenchidas e suas relações com o meio ambiente e saúde possuem perspectivas complexas e desafiantes.¹⁵ Em suma, a Amazônia é muito mais comentada do que de fato vivida e estudada, devendo-se talvez ao fato de ter proporções continentais, acesso restrito e com dificuldades de estadia e locomoção. No Estado do Pará, existem 240 comunidades quilombolas. No Marajó há muitas comunidades quilombolas situadas nos municípios de Anajás, Bagre, Cachoeira do Arari, Curralinho, Gurupá, Muaná, Ponta de Pedra, Salvaterra e Soure.^{16,17,18}

No município de Salvaterra, situado no nordeste do arquipélago do Marajó, Estado do Pará, a presença de negros em comunidades remanescentes de quilombos é bastante representativa. Acredita-se que o número de comunidades quilombolas no município de Salvaterra seja dezoito, onde se estabeleceram laços de parentescos, com uma trajetória histórica e de territorialização.¹⁹

Ainda é um grande desafio no Brasil garantir que os serviços sociais e de saúde cheguem às populações quilombolas, serviços estes que são de extrema necessidade para essas comunidades que são consideradas um dos segmentos mais pobres, esquecidos e desconhecidos da sociedade, além da inegável dificuldade de acesso devido seu relativo isolamento geográfico.^{20,14}

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi determinar a prevalência e distribuição dos principais fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis

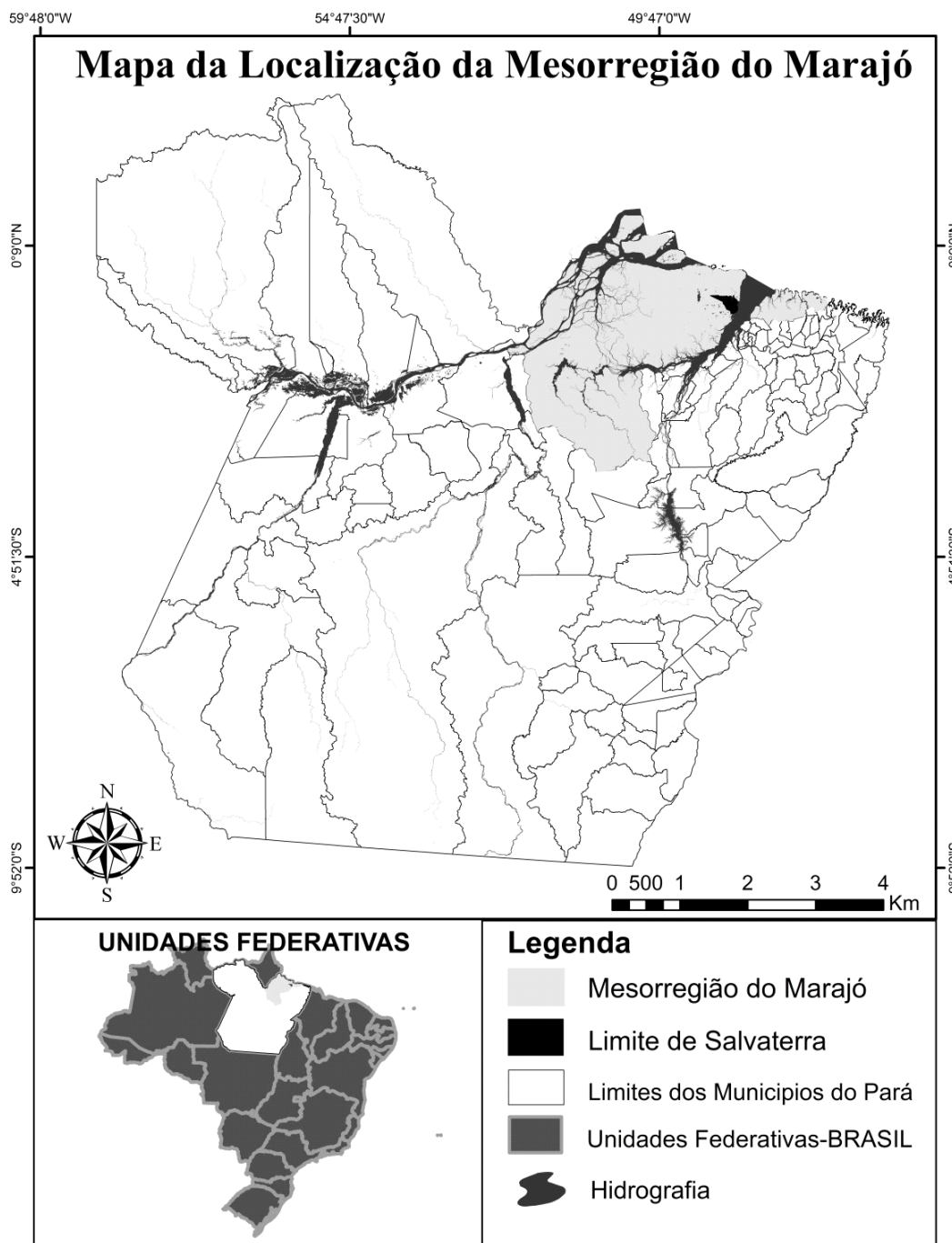
na população adulta residente em nove comunidades quilombolas de Salvaterra, na Ilha do Marajó, Estado do Pará, no ano de 2016.

MÉTODOS

Desenho, população do estudo e amostragem

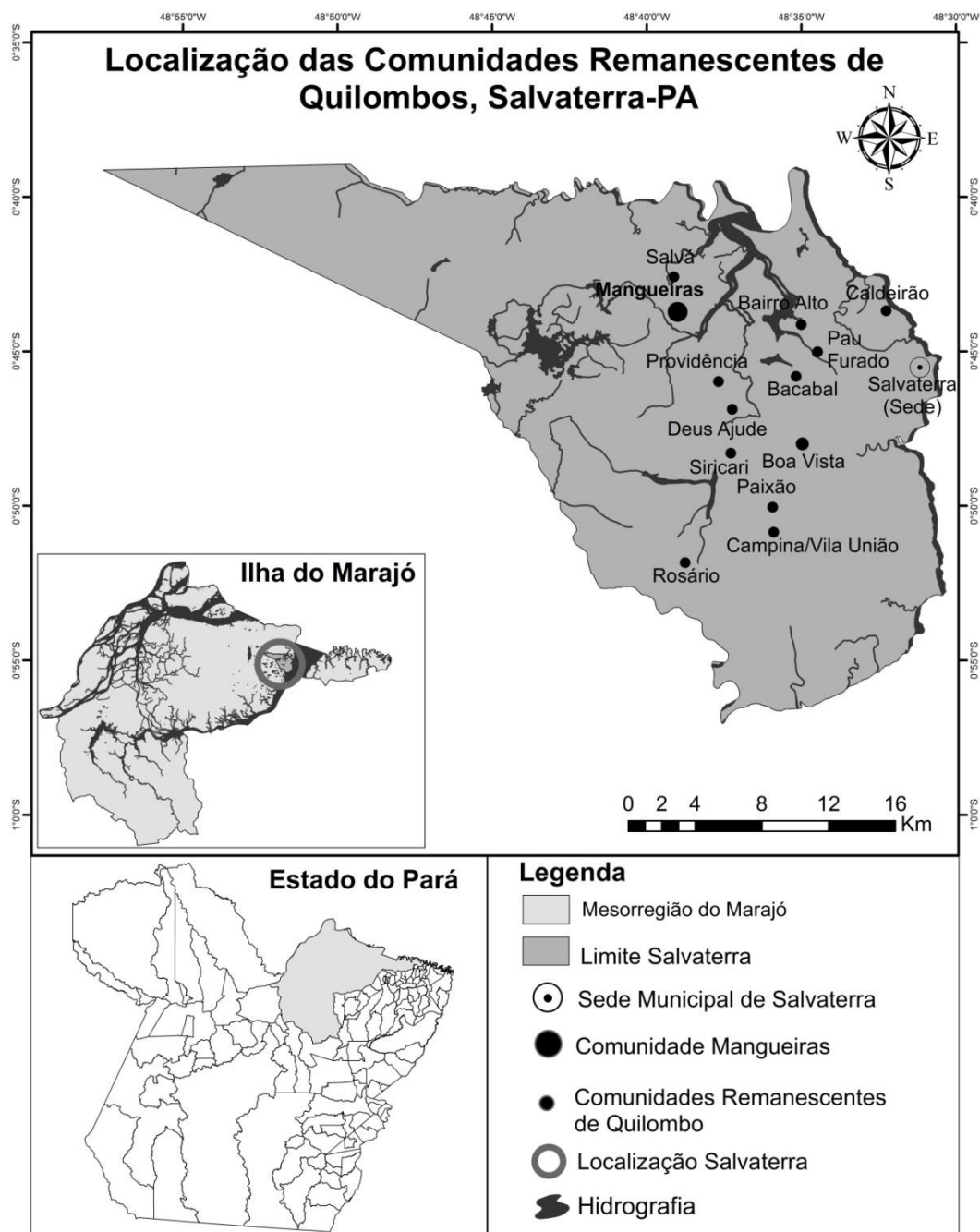
Foram realizadas visitas a Ilha do Marajó (Figura 1), mais precisamente ao município de Salvaterra no período de Agosto e Setembro de 2016, o estudo abrangeu as comunidades de Mangueiras, Barro Alto, Deus Ajude, Providência, Caldeirão, Bacabal, Pau Furado e Boa Vista (Figura 2). A população residente nas oito comunidades citadas é de 1996 pessoas, incluindo homens, mulheres, idosos e crianças. A amostra foi representada por 297 indivíduos residentes nas comunidades estudadas (com erro amostral máximo de 5,4%), respeitando os critérios de inclusão onde se estabeleceu que fossem homens e mulheres, adultos, com idades compreendidas de 18 a 59 anos, excluindo do estudo mulheres gestantes ou nutrizes. A amostra foi obtida por meio da técnica de amostragem probabilística com demanda espontânea.

Figura 1: Mapa da localização da Ilha do Marajó no Estado do Pará - Agosto, 2016.



Fonte: Ramos *et al.* (2016, p.19).²¹

Figura 2: Mapa das Comunidades Quilombolas do Município de Salvaterra, Ilha do Marajó, Pará.



Fonte: Ramos *et al.* (2016, p.19).²¹

Coleta de dados e definição de variáveis

Os dados foram coletados por meio de um questionário de pesquisa estruturado com perguntas referentes à identificação (sexo e idade); aspectos sócio demográficos (grau de escolaridade, ocupação, renda mensal); aspectos clínicos (consumo de bebida alcoólica, tabagismo, doenças auto referidas e hábitos alimentares); antropometria (peso, estatura, índice de massa corporal e circunferências).

Com o intuito de avaliar os fatores de risco para DCNT, o presente estudo utilizou as seguintes variáveis:

- Tabagismo: indivíduos que mantêm o hábito de fumar cigarros independentemente da quantidade.
- Consumo de bebidas alcoólicas: avaliados o percentual de adultos que consumiram bebidas alcoólicas regularmente.
- Excesso de peso: proporção de indivíduos com IMC igual ou superior a 25 Kg/m².
- Obesidade: proporção de indivíduos com IMC igual ou superior a 30 Kg/m². -- Circunferência da cintura: mulheres com até 80 cm e homens com até 94 cm de circunferência abdominal foram classificados como risco aumentado e mulheres com >88cm e homens com >102 cm de circunferência abdominal foram classificados como risco muito aumentado.
- Percentual de gordura corporal: Classificado como (Excelente, Muito Bom, Bom, Adequado, Alto, Moderadamente Alto e Muito Alto) de acordo com o sexo e valores encontrados.
- Alimentação não Saudável: proporção de indivíduos que não comem frutas, legumes e verduras no mínimo de três porções diárias. Médio e alto consumo de leite integral, carnes gordurosas ou com pele; refrigerante e suco artificial.
- Prática de atividade física: proporção de indivíduos que não praticam atividades físicas acima de 30 minutos diários em três ou mais dias por semana.

- Morbidade auto referida: proporção de indivíduos que relatam diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Dislipidemia e Obesidade.

Para a avaliação dos fatores de proteção para DCNT, o presente estudo utilizou as seguintes variáveis:

- Hábito de consumo regular e recomendado de frutas, legumes e verduras: consumo de três ou mais vezes por dia em cinco ou mais dias da semana, caracterizado pelo médio e alto consumo.

- Prática de atividade física: proporção de indivíduos que praticam atividades físicas acima de 30 minutos diários em três ou mais dias por semana.

Medidas antropométricas

Todas as medidas antropométricas foram realizadas por um grupo de alunos do Curso de Nutrição da Universidade Federal do Pará, previamente capacitados e seguindo as normas da Organização Mundial da Saúde (OMS), sob orientação e supervisão de Nutricionistas. Os dados antropométricos avaliados foram peso, estatura, índice de massa corporal (IMC), circunferência da cintura e pregas cutâneas para avaliar percentual de gordura corporal (%GC). O peso foi obtido em quilogramas, com a utilização de uma balança digital portátil da marca Plenna® com capacidade máxima de 150 Kg, com divisões escalares de 100 g e precisão de 0,1 Kg. Os indivíduos foram medidos trajando roupas leves, sem sapatos, acessórios ou adornos, e situados no centro da balança. A estatura foi medida em metros, com a utilização de um estadiômetro portátil da marca Altorexata®, com escala de 0 a 213 cm e precisão de 0,1 cm, disposto em superfície plana. Os participantes foram avaliados descalços, sem adornos na cabeça, em posição ereta. Permaneceram no centro da plataforma do estadiômetro, de costas para a escala métrica, com os pés e tornozelos unidos, costas e pernas eretas, braços ao longo do corpo e o corpo inteiramente

encostado no aparelho e posteriormente foi solicitado ao entrevistado que olhasse para o horizonte, realizasse uma leve inspiração e se mantivesse na posição desejada. O IMC foi classificado de acordo com o preconizado pela OMS,^{22,23} sendo este considerado de 18,5 a 24,9 kg/m² eutrofia, < 18,5 kg/m² magreza e > 24,9 kg/m² sobrepeso para adultos.

A CC foi medida na distância média entre a última costela flutuante e a crista ilíaca, ao final de uma expiração normal, estando o indivíduo na posição ortostática, com o mínimo de roupa possível. Classificado de acordo com WHO.²⁴

Para a aferição das pregas cutâneas foi utilizado um adipômetro científico (Sanny®), com alta precisão e sensibilidade de 0,1mm. Cada prega cutânea foi aferida três vezes consecutivas e foi utilizada a média entre as três aferições. Há diversas dobras cutâneas utilizadas para se estimar a gordura corporal, porém este estudo optou em utilizar as quatro mais comumente utilizadas e seguir o protocolo de Faulkner.²⁵ A soma da dobra cutânea bicipital (DCB), dobra cutânea tricípital (DCT), dobra cutânea subescapular (DCSE) e dobra cutânea supra ilíaca (DCSI) permitem calcular o percentual de gordura do indivíduo. A classificação do percentual de gordura foi feita por sexo e idade.

Questionário de Frequência Alimentar

O instrumento de pesquisa utilizado para avaliar o consumo alimentar habitual dos moradores, foi um questionário de frequência alimentar (QFA) semi-quantitativo, aplicado aos adultos por nutricionistas e acadêmicos de nutrição, previamente treinados. Foi elaborado com base nos estudos de validação de frequência alimentar e adaptado aos alimentos característicos da região da população pesquisada.^{26,27,28}

O referido questionário foi composto por 80 alimentos divididos em três grupos: **Alimentos in natura ou minimamente processados**, **Alimentos processados ou ultraprocessados** e **Alimentos regionais**.^{29,30}

Com escala de frequência alimentar divididas em quatro categorias: não consome, baixo consumo, médio consumo e alto consumo, em que: i) **Não consome**: prática alimentar não existente; ii) **Baixo consumo**: prática de consumo de até 2 vezes no mesmo mês; iii) **Médio consumo**: prática de consumo de 1 a 3 vezes por semana; iv) **Alto consumo**: prática de consumo de 4 a 7 vezes por semana.

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação dos aspectos técnicos do protocolo de pesquisa do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da UFPA. Foi aprovado sob o parecer de número 1.173.526, cumprindo dessa forma com as exigências legais da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde,³¹ órgão vinculado ao Ministério da Saúde que trata das “Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil”, e todos os adultos envolvidos na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da inclusão na amostra.

Análise Estatística

Os dados encontrados na pesquisa foram digitados em uma planilha Microsoft Office Excel® 2010 e posteriormente tabulados e organizados em forma de tabelas e gráficos com intuito de traçar o perfil socioeconômico, demográfico e nutricional dos residentes das comunidades quilombolas. Para verificar a existência de prevalências estatisticamente significativas entre os sexos, foi utilizado o teste da diferença entre proporções para a comparação das amostras, com as variáveis do fator de risco e de proteção. O nível de

significância adotado foi de 5%, e os testes foram efetuados com o auxílio do programa Minitab, versão 17.

RESULTADOS

Participaram do estudo 297 indivíduos residentes em oito comunidades remanescentes de Quilombos localizadas no município de Salvaterra, na Ilha do Marajó (PA), Mangueiras, Bairro Alto, Deus Ajude, Providência, Caldeirão, Bacabal, Pau Furado e Boa Vista. Sendo (64,31%) do sexo feminino e (35,69%) do sexo masculino. A Tabela 1 apresenta as características dos residentes avaliados. Observa-se predominância da faixa etária de 21 a 30 anos, nível de escolaridade de fundamental incompleto, a principal ocupação sendo do lar e a renda individual menor que um salário mínimo.

Tabela 1: Características Socioeconômicas dos moradores das Comunidades Quilombolas da Ilha do Marajó, Salvaterra-Pará, em Agosto de 2016.

Categoria	n	Percentual	
		Feminino	Masculino
	297	64,31	35,69
Idade			
18 a 20	10	3,66	2,83
21 a 30	87	34,55	19,81
31 a 40	67	20,94	25,47
41 a 50	67	19,9	26,60
51 a 59	66	20,94	24,53
Escolaridade			
Ensino Fundamental Incompleto	156	49,44	68,00
Ensino Fundamental Completo	122	50,56	32,00
Ocupação (dez maiores)			
Do Lar	92	50,55	0,00
Pescador(a)	54	14,84	25,96
Agricultor(a)	30	5,49	19,23
Estudante	13	5,49	2,88
Agricultor(a)/Pescador(a)	10	0,55	8,65
Professor(a)	9	4,40	0,96
Roceiro	9	2,75	3,85
Aposentado(a)	8	2,75	2,88
Lavrador(ora)	4	0,00	3,85
Serviços Gerais	4	1,10	1,92
Renda Individual (em Salário Mínimo*)			
<1	191	76,36	65,66
1 3	69	22,42	32,32
3 5	4	1,21	2,02

Nota: Salário Mínimo = R\$ 880,00 (oitocentos e oitenta reais).

A Tabela 2 mostra o estado nutricional dos adultos residentes em oito comunidades quilombolas de Salvaterra. Onde 49,51% dos homens estão eutróficos, assim como 39,89% de mulheres também se encontram em estado de eutrofia. Quanto ao percentual de gordura 75,48% dos homens e 92,00% das mulheres apresentaram %PG muito alto. Na análise da

circunferência da cintura 34,95% dos homens possuem CC com risco cardiovascular aumentado e 69,52% das mulheres possuem CC com risco cardiovascular muito aumentado.

Tabela 2: Características Nutricionais dos moradores das Comunidades Quilombolas da Ilha do Marajó, Salvaterra-Pará, em agosto de 2016.

Variável	n	Percentual	
		Feminino	Masculino
Estado Nutricional			
Baixo Peso	12	6,38	0,00
Eutrofia	126	39,89	49,51
Sobrepeso	81	26,06	31,07
Obesidade Grau I	58	21,28	17,48
Obesidade Grau II	11	4,79	1,94
Obesidade Grau III	3	1,60	0,00
Percentual de Gordura			
Muito Baixo	0	0,00	0,00
Excelente	2	0,53	0,94
Muito Bom	4	0,53	2,83
Bom	7	1,60	3,77
Adequado	2	0,53	0,94
Alto	9	0,53	7,55
Moderadamente Alto	17	4,28	8,49
Muito Alto	252	92,00	75,48
Circunferência da cintura			
Sem Risco	124	30,48	65,05
Risco Aumentado	166	69,52	34,95

Na Tabela 3 observa-se a prevalência dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, dos moradores (por sexo) das Comunidades Quilombolas da Ilha do Marajó, Salvaterra-Pará. Os homens possuem maior prevalência de fatores de risco para consumo excessivo de bebida alcoólica (85,58%), tabagismo (48,08%), consumo de carnes com gordura (62,26%). E possuem prevalência de fator de proteção para prática de atividades físicas de (71,70%).

As mulheres possuem um perfil de maior prevalência de fatores de risco para alto consumo de carne com gordura (79,06%), consumo excessivo de bebida alcoólica (65,26%). Como fatores de proteção para doenças crônicas não transmissíveis, nas mulheres pode destacar o alto consumo de frutas, verduras e legumes (75,52%).

Por meio da Tabela 3, quando se compara os sexos, verificam-se prevalências superiores para os homens com relação aos fatores de risco excesso de peso, tabagismo e consumo de bebida alcoólica. Além disso, observa-se a prevalência significativamente superior para homem com relação ao fator de proteção prática de atividade física.

Tabela 3: Prevalências e respectivos intervalos com 95% de confiança (IC 95%) dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis, dos moradores das Comunidades Quilombolas da Ilha do Marajó, Salvaterra-Pará, em Agosto de 2016, por sexo.

Fator	Prevalência		p*
	Mulheres % (IC 95%)	Homens % (IC 95%)	
Fator de Risco			
Sobrepeso	26,06 (19,95-32,95)	31,07 (22,31-40,94)	0,412
Obesidade	27,66 (26,00-41,32)	19,42 (15,38-34,73)	0,037
Tabagismo	30,11 (23,61-37,25)	48,08 (37,02-56,62)	0,003
Consumo de Bebida Alcoólica (Autoreferida)	65,26 (58,03-72,01)	85,58 (77,33-91,70)	0,000
Hipertensão Arterial (Autoreferida)	16,58 (11,55-22,70)	3,81 (01,05-09,47)	0,000
Diabetes (Autoreferida)	4,26 (01,85-08,21)	2,86 (00,59-08,12)	0,751
Dislipidemia (Autoreferida)	14,66 (09,97-20,49)	10,38 (05,30-17,81)	0,371
Refri / Suco Artificial	64,47 (57,35-71,14)	50,46 (40,72-60,18)	0,007
Leite Integral	60,73 (53,42-67,70)	36,79 (27,63-46,71)	0,000
Carne Vermelha	79,06 (72,59-84,60)	62,26 (52,33-71,50)	0,003
Fator de Proteção			
Consumo Regular de Fruta, Hortaliça, Verdura e Legume	75,52 (72,31-78,53)	77,83 (73,57-81,70)	0,393
Pratica Atividade Física	46,03 (38,77-53,42)	71,70 (62,12-80,02)	0,000

* teste de proporções ao nível de 5%.

A Tabela 4 descreve o percentual e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção para DCNT no sexo feminino comparando com os dados de Belém e do Brasil, provindos da pesquisa VIGITEL 2016.³² Pode-se verificar que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (65,26%), tabagismo (30,11%) e alto consumo de sucos artificiais/refrigerantes (64,47%) e carnes com gordura (79,06%) encontrados nas mulheres residentes nas comunidades quilombolas, são consideravelmente disparem aos resultados da capital do Estado, Belém e a amostra nacional. Já os resultados sobre o alto consumo de leite integral (60,73%) entrou em consonância com os demais resultados.

Tabela 4: Percentual e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção: dados Brasil, Belém e Salvaterra, amostra feminina, 2016.

Fator	Brasil	Belém	Amostra	p (1)	p (2)
Fator de Risco					
Sobrepeso	50,50 (49,96-51,04)	48,14 (45,35-50,94)	26,06 (19,95-32,95)	0,000	0,000
Obesidade	19,60 (19,17-20,03)	17,42 (15,37-19,63)	27,66 (21,40-34,64)	0,007	0,001
Tabagismo	5,00 (4,77-5,24)	3,01 (2,14-4,11)	30,11 (23,61-37,25)	0,000	0,000
Consumo de Bebida Alcoólica (Autoreferida)	12,10 (11,75-12,43)	8,74 (6,99-10,15)	65,26 (58,03-72,01)	0,000	0,000
Hipertensão Arterial (Autoreferida)	27,50 (27,02-27,99)	23,67 (21,35-26,12)	16,58 (11,55-22,70)	0,001	0,032
Diabetes (Autoreferida)	9,90 (9,58-10,23)	6,57 (5,27-8,08)	4,26 (1,85-2,21)	0,007	0,261
Dislipidemia (Autoreferida)	25,90 (25,43-26,38)	28,58 (26,10-31,16)	14,66 (9,97-20,49)	0,000	0,000
Refri / Suco Artificial	13,90 (13,53-14,28)	11,48 (9,77-13,37)	64,47 (57,35-71,14)	0,000	0,000
Leite Integral	51,20 (50,66-51,74)	63,97 (61,26-66,63)	60,73 (53,42-67,70)	0,009	0,420
Carne Vermelha	22,50 (22,05-22,95)	20,51 (18,31-22,84)	79,06 (72,59-84,70)	0,000	0,000
Fator de Proteção					
Frutas e Hortaliças (5 ou mais dias da semana)	40,70 (40,17-41,23)	28,27 (25,80-30,84)	75,65 (71,03-79,88)	0,000	0,000
Atividade Física	29,90 (29,41-30,40)	31,20 (28,65-33,83)	46,03 (38,77-53,42)	0,000	0,000

Nota: valores estaduais e nacionais conforme pesquisa VIGITEL 2016 (Brasil, Ministério da Saúde 2017). Os valores de p se referem a significância da diferença entre as proporções da amostra e do Brasil (1) e Belém (2), respectivamente.

A Tabela 5 descreve o percentual e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção para DCNT no sexo masculino comparando com os dados de Belém e do Brasil, provindos da pesquisa VIGITEL 2016.³² Nota-se que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas (85,58 %), tabagismo

(48,08%) e alto consumo de sucos artificiais/refrigerantes (50,46%) e a prevalência da prática de atividade física (71,70%) encontrados em homens residentes nas comunidades quilombolas, são valores bem maiores do que os encontrados na pesquisa referente a capital do Estado, Belém e a amostra nacional.

Tabela 5: Percentual e intervalo de confiança dos fatores de risco e proteção: dados Brasil, Belém e Salvaterra, amostra masculina, 2016.

Fator	Brasil	Belém	Amostra	p (1)	p (2)
Fator de Risco					
Sobrepeso	57,70 (57,02-58,38)	61,63 (58,01-65,16)	31,07 (22,31-40,94)	0,000	0,000
Obesidade	18,10 (17,57-18,64)	21,63 (18,71-24,79)	19,42 (12,28-28,38)	0,701	0,700
Tabagismo	9,40 (9,00-9,81)	9,66 (7,62-12,03)	48,08 (38,17-58,09)	0,000	0,000
Consumo de Bebida Alcoólica (Autoreferida)	27,30 (26,69-27,92)	29,93 (26,64-33,39)	85,58 (77,33-91,70)	0,000	0,000
Hipertensão Arterial (Autoreferida)	23,60 (23,02-24,19)	17,96 (15,25-20,93)	3,81 (1,05-9,47)	0,000	0,000
Diabetes (Autoreferida)	7,80 (7,43-8,18)	6,67 (4,97-8,72)	2,86 (0,59-8,12)	0,065	0,190
Dislipidemia (Autoreferida)	18,80 (18,27-19,35)	23,67 (20,64-26,92)	10,38 (5,30-17,81)	0,024	0,002
Refrigerante / Suco Artificial	19,60 (19,06-20,16)	15,65 (13,09-18,48)	50,46 (40,72-60,18)	0,000	0,000
Leite Integral	59,00 (58,32-59,68)	69,12 (65,64-72,44)	36,79 (27,63-46,71)	0,000	0,000
Carne Vermelha	43,10 (42,42-43,78)	37,96 (34,44-41,58)	62,26 (52,33-71,50)	0,000	0,000
Fator de Proteção					
Frutas e Hortaliças (5 ou mais dias da semana)	28,80 (28,18-29,43)	20,82 (17,94-23,93)	77,36 (71,13-82,81)	0,000	0,000
Atividade Física	46,60 (45,91-47,29)	48,98 (45,31-52,66)	71,70 (62,12-80,02)	0,000	0,000

Nota: valores estaduais e nacionais conforme pesquisa VIGITEL 2016 (Brasil, Ministério da Saúde 2017). Os valores de p se referem a significância da diferença entre as proporções da amostra e do Brasil (1) e Belém (2), respectivamente.

DISCUSSÃO

O baixo nível escolar ainda é predominante nos residentes remanescentes de quilombolas, situação esta que já foi observada por Pinho & Colaboradores,³³ ao constatar que a maioria (66,31%) dos residentes dessas mesmas comunidades possui apenas o ensino fundamental incompleto. A baixa escolaridade também caracteriza as comunidades quilombolas localizadas no estado da Bahia, em que a metade dos residentes relataram nunca terem estudado.³⁴ Aqueles de Minas Gerais (60,1%) possuem apenas quatro anos de escolaridade³⁵.

Esses mesmos autores,^{33,34,35} ainda encontraram resultados semelhantes no que diz respeito a baixa renda dos residentes das comunidades em questão, circunstância preocupante pois o fator monetário é primordial para a determinação da insegurança alimentar.^{36,37}

Diante dos resultados obtidos, identifica-se uma compilação de condições que propiciam o risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis em ambos os sexos nos residentes das comunidades em questão.

A prevalência dos fatores de risco de pressão arterial, tabagismo, excesso de álcool e hábitos alimentares inadequados achados neste estudo compreendem os maiores fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis identificadas no presente estudo.³⁸

Verificou-se o predomínio do fator de risco para prevalência de hipertensão em homens, estes achados são condizentes com os encontrados em quilombolas residentes no norte de Minas, dos entrevistados 31,0% relataram ser hipertensos.³⁹

A população masculina manifestou prevalência significativa quanto os fatores de risco para tabagismo

(48,08%), consumo excessivo de bebida alcoólica (85,58%) igualmente achados em comunidades quilombolas da Vitória da Conquista na Bahia prevalecendo o consumo elevado de álcool (58,40%) entre os residentes masculinos.⁴⁰ Tal como no estudo sobre a prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em capitais brasileiras e no Distrito Federal.⁴¹

Quanto ao prevalecimento da prática de atividade física pelos homens pode estar associado ao tempo destinado as atividades que estes desempenham, majoritariamente extrativista.³⁵ Outro aspecto a ser considerado diz respeito à mobilidade, já que estas comunidades estão inseridas no meio rural demandando esforço físico em suas atividades laborais.³⁹

Identifica-se que o fator de risco de obesidade (27,66%) observado no gênero feminino não se restringe a esta população tradicional, fazendo-se presente em outras comunidades remanescentes dos quilombos no Estado do Pará.⁴² Informação que ressalta a condição elevada dessas mulheres virem a desenvolver alguma doença crônica não transmissível.⁴³

Além do que, a maioria das mulheres (69,52%) apresenta risco cardiovascular muito aumentado segundo a CC, oportuno para doenças cardiovasculares, equiparando-se as condições encontradas em 42,59% das mulheres adultas residentes do município de Portel, Pará.⁴⁴

As mulheres também apresentaram fatores de risco e de proteção para DCNT relacionados com a alimentação. Neste sentido, tem-se verificado a influência pelos padrões de hábitos alimentares inadequados característicos da vida urbana quanto ao consumo de alimentos pobres nutricionalmente como os industrializados e aqueles com elevado teor calóricos, uma vez que tais hábitos são influenciados pela localização geográfica onde as

comunidades estão inseridas, geralmente próximas de rodovias e cidades.^{35,45}

Estabelecendo uma comparação entre os gêneros, os homens consomem bem menos leite integral, carne vermelha com gordura e praticam mais atividade física que as mulheres entrevistadas. A diferença dos hábitos alimentares entre os gêneros também são demonstrados em outros estudos.⁴⁶ As práticas alimentares errôneas pelo sexo feminino também são encontradas em adultos quilombolas do norte de Minas Gerais.³⁵

Os resultados desta investigação mostram que os adultos residentes apresentam-se eutróficos (mulheres: 39,89% e homens: 49,51%), contudo, ao analisar as variáveis do estado nutricional isoladamente, em especial as mulheres, é identificado o predomínio de indivíduos em estado nutricional de sobrepeso e obesidade preditores de risco para DCNT,⁴⁷ tais resultados estão em conformidade com Melo & Silva.⁴²

No que diz respeito às comparações de resultados da pesquisa com quilombolas Marajoaras e o último VIGITEL³² realizado em 2016, notam-se dados com disparidades de resultados alarmantes. Mulheres quilombolas diferem bastante da estatística mostrada na capital do Estado do Pará e da análise geral do Brasil. 65,26% das mulheres quilombolas pesquisadas, disseram consumir bebida alcoólica de maneira regular e em quantidades excessivas, dado preocupante, principalmente quando analisamos a média nacional que é de 12,10% de mulheres que ingerem bebida alcoólica excessivamente, deve-se salientar que o predomínio de mulheres quilombolas pesquisadas estão na faixa etária de 21 a 30 anos, adultas jovens, em idade produtiva. Também podem ser observadas diferenças significativas na prática do tabagismo, consumo excessivo de sucos artificiais e refrigerantes, bem como o alto consumo de carne vermelha

com gordura, todos, fatores de risco para o desenvolvimento de DCNT'S.

Nos homens residentes nas comunidades quilombolas as diferenças significativas também estão no consumo excessivo de bebida alcoólica (85,58%), enquanto que a média nacional encontrada pelo Inquérito telefônico foi de (27,30%), o tabagismo, e o consumo de sucos artificiais e refrigerantes também se mostraram diferentes das encontradas em Belém e na média nacional. Porém, os homens pesquisados praticam mais atividade física que a média nacional, fato que pode ser explicado pelas características de suas atividades laborais ligadas ao campo.

CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu identificar a prevalência dos principais fatores de risco e proteção para DCNT na população de oito comunidades quilombolas localizadas em Salvaterra, Ilha do Marajó - Pará, população pouco estudada e encontrada na literatura. Essa escassez de estudos referentes a populações tradicionais só aumenta o abismo científico acerca das iniquidades em relação ao acesso a serviços de saúde e toda a vulnerabilidade e esquecimento a que estas populações estão expostas, deixando claro um processo perigoso de aumento das mazelas que podem ser evitadas com conhecimento sobre seus hábitos de vida, preferencias e respeito a sua cultura e história tão singular.

Os resultados demonstraram que os moradores dos Quilombos Marajoaras estão em risco para o desenvolvimento de DCNT e as maiores prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis estão relacionadas à ingestão alimentar inadequada, consumo excessivo de bebida alcoólica e tabagismo. Conhecer a situação real desses fatores

possibilita a adoção de medidas específicas eficazes para promoção da saúde e prevenção das DCNT que têm se destacado com o aumento em todo o país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. Geneva: WHO; 2005.

2 - CASADO, L. VIANNA, L.M., THULER, L.C.S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. Rev. Bras. de Cancerologia, v.55, n.4, 2009, p. 379-388.

3 - SILVA, H. P. Socio-ecology of health and disease: The effects of invisibility on the caboclo populations of the Amazon. In: ADAMS, C.; MURRIETA, R.S.S; NEVES, W.A.; HARRIS, M. (Orgs.) Amazon Peasant Societies in a Changing Environment: Political Ecology, Invisibility and Modernity in the Rain Forest. New York: Springer, 2009, p. 307-333.

4 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

5 - BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil. Grandes

regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

6 - SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. *The Lancet*, 2011.

7 - COSTA L. C, THULER L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. *Rev Bras Estud Popul*. 2012;29(1):133-45.

8 - BARROS M. B. A, FRANCISCO P. M. S. B, ZANCHETTA LM, CÉSAR C. L. G. Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003- 2008. *Cien Saude Colet*. 2011;16(9):3755-68.

9 - LOPES, FERNANDA. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: I seminário Nacional Saúde da População Negra. 18 – 24 de Agosto de 2004.

10 - GAZIANO T. A., GALEA G., REDDY K.S. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*. 2007; 370 (9603):1939 46.

11 - SILVA L.S., COTTA R.M.M., ROSA C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. *Revista Pan-americana Salud Publica*. 2013; 34(5):343-50.

12 - BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Resolução 466/12. Brasília, Distrito Federal, 2012.

13 - OLIVEIRA, A.S.J; RODRIGUES, F.E.N.; CORRÊIA, L.S.S.; TAVARES, M.D.E.; MONTEIRO, T.L. Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades remanescentes de Quilombo. Assis: Triunfal Gráfica e Editora. 2011.

14 - PINHO, L.; DIAS, R. L.; CRUZ L. M. A.; VELLOSO, N. A. Condições de saúde de comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. Pesquisa. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

15 - SILVA, H. P. A Saúde Humana e a Amazônia no Século XXI: Reflexões Sobre os Objetivos do Milênio. Novos Cadernos do NAEA/UFPA, 9(1):77-94, jun. 2006. ISSN 1516-6481.

16 - AV - Açaí Vip. Comunidades quilombolas do Estado do Pará. 2014. Disponível em: <http://acaivip.blogspot.com.br/2013/01/comunidadesquilombolas-do-Estado-do.html>. Acesso em: 28 de mai. 2017.

17 - CPISP-Comissão Pró-Índio de São Paulo. Comunidades quilombolas no Brasil –Estado do Pará – Escravidão e resistência na Amazônia – A formação dos Quilombos, 2016. Disponível em: http://www.cpispp.org.br/comunidades/html/brasil/pa/pa_escravidao_quilombos.html. Acesso em: 20 mai. 2017.

18 - INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Relação de processos de regularização abertos no INCRA. Brasília, 2016.

19 - MALUNGU - Coordenação Estadual das Associações das Comunidades Remanescentes de Quilombo do Pará. Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia. Série: Movimentos

sociais, identidade coletiva e conflitos. Fascículo 8: Quilombolas de Caxias do Maranhão, maio 2006.

20 - 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. Revista CEFAC, São Paulo, v.13, n. 5, p. 937-943, set./out. 2011.

21 - RAMOS, E. M. L. S.; ALMEIDA, S. S.; ARAÚJO, A. R.; SANTOS, R. P.; FRANCO-AREDE, A. N.; LIMA, E. J. S. Métodos e Ações Nutricionais em Quilombos. 1. Ed. Praia: Edições Uni-CV, 2016. 169 p.

22 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: World Health Organization; 1995. (Technical Report Series, 854).

23 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, WHO, 1997.

24 - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

25 - FAULKNER, J. A. Physiology of swimming and diving. In: FALLS, H. B. (Org.). Exercise physiology. Baltimore: A. Press, 1968.p. 415-446.

26 - SÁVIO, K.E.O. Perfil nutricional da clientela atendida em restaurantes industriais de Brasília - Distrito Federal, 2002. Dissertação (Mestrado em Nutrição) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

27 - SLATER, B.; PHILIPPI, S.T.; MARCHIONI, D.M.L.; FISBERG, R.M. Validação de Questionários de Frequência

Alimentar - QFA: considerações metodológicas. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 6, n. 3, p. 200-208, 2003.

28 - ARAUJO, M.C.; VEIGA, G.V.; SICHIERI, R.; PEREIRA, R. A. Elaboração de questionário de frequência alimentar semi quantitativo para adolescentes da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Revista de Nutrição. Campinas, v.23, n. 2, p. 179-189, 2010.

29 - BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

30 - LIMA, R. R.; TOURINHO, M. M.; COSTA, P. C. Várzeas Flúvio-Marinhas da Amazônia brasileira: características e possibilidades agropecuárias. 2. Ed: Belém: FCAP, 2001. 342 p.

31 - BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Resolução 466/12. Brasília, Distrito Federal, 2012.

32 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Vigitel Brasil 2016: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico : estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2016 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

33 - PINHO, P. M.; PAMPLONA, V. M. S.; RAMOS, E. M. L. S. Avaliação Nutricional em Quilombolas Marajoaras. Cap. 4, p. 47, 2013.

34 - BEZERRA V.M., ANDRADE A.C.S, CÉSAR C.C., CAIAFFA W.T. Desconhecimento da hipertensão arterial e seus determinantes em quilombolas do sudoeste da Bahia, Brasil. Cien Saude Colet 2015; 20:797-807.

35 - OLIVEIRA, M.; KETLLIN, S.; PRATES CALDEIRA, A. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas do norte de Minas Gerais. Cadernos Saúde Coletiva, v. 24, n. 4, 2016.

36 - TOMASI, E.; SILVA, S. M., THUMÉ, E., DA SILVEIRA, D. S., SIQUEIRA, F. V., DILELIO, A. S., FASSA, A.G. (2014). Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades Food insecurity in the Northeast and South of. Cad. Saúde Pública, 30(1), 161-174.

37 - MARIN-LEON, L., FRANCISCO, P.M.S.B., SEGALL-CORRÊA, A.M., PANIGASSI, G. (2011). Bens de consumo e insegurança alimentar: diferenças de gênero, cor de pele autorreferida e condição socioeconômica. Revista Brasileira de Epidemiologia, 14(3), 398-410.

38 - LOZANO R, N.M, FOREMAN K, L.S., SHIBUYA K, A.V, et al. Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2012 Dec;380(9859):2095-128

- 39 - OLIVEIRA, S.K.M., PEREIRA, M.M., GUIMARÃES, A. L. S., CALDEIRA, A.P. (2015). Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2879-2890.
- 40 - CARDOSO, L.G.V.; MELO, A.P.S.; CESAR, C.C. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p. 809-820, 2015.
- 41 - MALTA, D.C., CAMPOS, M.O., OLIVEIRA, M.M.D., ISER, B. P. M., BERNAL, R.T.I., CLARO, R.M., REIS, A.A.C.D. (2015). Prevalência de fatores de risco e proteção para doenças crônicas não transmissíveis em adultos residentes em capitais brasileiras, 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(3), 373-387.
- 42 - MELO, M.F.T., SILVA, H.P. (2015). Doenças crônicas e os determinantes sociais da saúde em comunidades quilombolas do Pará, Amazônia, Brasil. *Revista ABPN*, 7(16), 168-189.
- 43 - BERNAL, R.T.I., MALTA, D.C., ISER, B.P.M., MONTEIRO, R. A. (2016). Método de projeção de indicadores das metas do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil segundo capitais dos estados e Distrito Federal. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(3), 455-466.
- 44 - ATAIDE, B. R. B., MIRANDA, R. N. M., COSTA, D. J. A GUTERRES, A. S., SOUZA, R. G. Perfil nutricional de mulheres adultas atendidos em Unidade de Saúde no Município

de Portel-PA. Revista Nutrição em Pauta Ano 25. n.143 p.10–14,Abril 2017.

45 - CORDEIRO MM, MONEGO ET, MARTINS KA. Overweight in Goiás' quilombola students and food insecurity in their families. Rev Nutr. 2014;27(4):405- 12.

46 - TOLONI, M.H.D.A., LONGO-SILVA, G., GOULART, R M.M., & TADDEI, J. A.D.A.C. (2011). Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. Revista de Nutrição.

47 - PHILLIPS CM. Metabolically healthy obesity across the life course: epidemiology, determinants, and implications. Ann N Y Acad Sci. 2016;1381(1):1-16

**3 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS
FUTUROS**

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstraram que as maiores prevalências de fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis em quilombolas Marajoaras estão relacionados a hábitos alimentares desequilibrados, consumo excessivo de bebida alcoólica e tabagismo, salientando que há pouca referencia de doenças crônicas não transmissíveis diagnosticada o que nos remete ao fato de haver pouco ou quase nenhum acompanhamento médico nessa população e a probabilidade relativamente alta de ter pacientes portadores de DCNT sem diagnóstico e com tratamento negligenciado. O presente estudo também permitiu identificar a prevalência dos principais fatores de risco e proteção para DCNT na população de oito comunidades quilombolas localizadas em Salvaterra, Ilha do Marajó - Pará, população pouco estudada e encontrada na literatura, essa escassez de estudos referentes a populações tradicionais só aumenta o abismo científico acerca das iniquidades em relação ao acesso a serviços de saúde e toda a vulnerabilidade e esquecimento a que estas populações estão exposta, deixando claro um processo perigoso de aumento das mazelas que podem ser evitadas com conhecimento sobre seus hábitos de vida, preferencias e respeito a sua cultura e história tão singular .

Toda via, o que é demonstrado com o presente estudo é uma grande necessidade de ações preventivas voltadas a esta população, geração de conhecimento e fomento de políticas públicas para reverter o quadro de risco e preocupante em que se encontram na atualidade. Empoderar essas populações por meio de promoção de saúde é dar a elas direito de escolhas pautadas na sua qualidade de vida e não apenas no apelo mercadológico, e com isso buscar junto a suas lideranças comunitárias ferramentas para fazer valer seus direitos de acesso a saúde, educação e qualidade de vida com a promoção de políticas públicas eficientes voltadas para suas especificidades e redução de iniquidades sociais.

RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Com o desenvolver deste trabalho, foi percebido que vários desdobramentos ocorrem ao falar de DCNT, hábitos alimentares, estilo de vida, estado nutricional e saúde, pois são fenômenos multifatoriais e carregam uma complexidade e relevância que apenas este trabalho não seria capaz de elucidar. A fim de que pesquisadores futuros possam utilizar em seus achados científicos, pautas de estudos relevantes para a discussão e estratégias que corroborem para políticas públicas eficientes em combater ou evitar consequências nocivas à saúde advinda da falta de informação, e entendendo que a conclusão deste estudo não responde todas as questões para entender profundamente os fenômenos que ocorrem em todo o processo saúde-doença, sugere-se:

- 1) Verificar a partir de exames bioquímicos, o número de residentes com Doenças Crônicas não transmissíveis.
- 2) Fazer análise de ingestão de macronutrientes.
- 3) Fazer análise de ingestão de micronutrientes.

4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRUTI, J.M. PAULA, M.; HERINGER, R. (Orgs.) Políticas públicas para quilombos: terra, saúde e educação. In: Caminhos Convergentes: Estado e sociedade na superação das desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Heinrich Boll/Actionaid, 2009. p. 75-110.

ARAUJO, M.C.; VEIGA, G.V.; SICHIERI, R.; PEREIRA, R. A. Elaboração de questionário de frequência alimentar semi quantitativo para adolescentes da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Revista de Nutrição. Campinas, v.23, n. 2, p. 179-189, 2010.

ARENZ, K.H. Enfim a Liberdade: A Descolonização da África. Belém; Ed: Estudos Amazônicos, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Secretaria de Políticas de Promoção à Igualdade Racial (SEPPIR) – Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas. Brasília, DF. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2011.

_____. Lei n^o 8.080 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Imprensa Nacional. 20 set. 1990. Seção 1, p.18055.

_____. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil. Resolução 466/12. Brasília, Distrito Federal, 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Decreto no. 4887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União 2003; 21 nov.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilo de vida e doenças crônicas. Brasil. Grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.

BUSS, P.M. & PELLEGRINI FILHO, A. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007, p.77-93.

CPISP. Comunidades quilombolas do Estado do Pará. Comissão Pró-Índio de São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.cpisp.org.br/comunidades/html/i_brasil_pa.html. Acesso em: 15/04/2017.

CARDOSO, L.G.V.; MELO, ANA PAULA SOUTO. & CESAR, CIBELE COMINI. Prevalência do consumo moderado e excessivo de álcool e fatores associados entre residentes de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. *Ciên. & Saúde Coletiva*, v. 20, n.3, 2015, p.809-820.

CASADO, L. VIANNA, L.M. & THULER, L.C.S. Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. Bras. de Cancerologia*, v.55, n.4, 2009, p. 379-388.

DILLMAN, D., SMYTH, J., & CHRISTIAN, L. (2009). *Internet, mail and mixed-mode surveys – the tailored design method (3ª ed.)*. New Jersey: Wiley.

FIGUEIREDO, L. A Era da Escravidão. Coleção Revista de História no Bolso, 3. Rio de Janeiro: Sabin, 2009.

FAULKNER, J.A. Physiology of swimming and diving. In: FALLS, H. B. (Org.). Exercise physiology. Baltimore: A. Press, 1968.p. 415-446.

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. Revista CEFAC, São Paulo, v.13, n. 5, p. 937-943, set./out. 2011.

GAZIANO T. A., GALEA G., REDDY K.S. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. Lancet. 2007; 370 (9603):1939-46.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. In: I seminário Nacional Saúde da População Negra. 18 – 24 de Agosto de 2004.

LIMA, R. R.; TOURINHO, M. M.; COSTA, P. C. Várzeas Flúvio-Marinhas da Amazônia brasileira: características e possibilidades agropecuárias. 2. Ed: Belém: FCAP, 2001. 342 p.

MALUNGU - Coordenação Estadual das Associações das Comunidades Remanescentes de Quilombo do Pará. Projeto Nova Cartografia Social da Amazônia. Série: Movimentos sociais, identidade coletiva e conflitos. Fascículo 8: Quilombolas de Caxias do Maranhão, maio 2006.

MARMOT, M. & WILKINSON. R. Social determinants of health. New York: Oxford University Press. 1999.

MARQUES, C.E. De quilombos a quilombolas: notas sobre um processo histórico-etnográfico. Rev. de Antrop. USP, v. 52, n.1, 2009, p. 339-374.

OLIVEIRA, A.S.J.; RODRIGUES, F.E.N.; CORRÊIA, L.S.S.; TAVARES, M.D.E.; MONTEIRO, T.L. Quilombolas do Pará: condições de vulnerabilidade nas comunidades remanescentes de Quilombo. Assis: Triunfal Gráfica e Editora. 2011.

POLLOCK, M. L.; WILMORE, J. H. Exercícios na saúde e na doença: avaliação e prescrição para prevenção e reabilitação. MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 1993.p. 233-362.

PINHO, L.; DIAS, R. L.; CRUZ L. M. A.; VELLOSO, N. A. Condições de saúde de comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. Pesquisa. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

RAMOS, E. M. L. S.; ALMEIDA, S. S.; ARAÚJO, A. R.; SANTOS, R. P.; FRANCO-AREDE, A. N.; LIMA, E. J. S. Métodos e Ações Nutricionais em Quilombos. 1. Ed. Praia: Edições Uni-CV, 2016. 169 p.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P.R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet, 2011.

SILVA, H.P. A Saúde Humana e a Amazônia no Século XXI: Reflexões Sobre os Objetivos do Milênio. Novos Cadernos do NAEA/UFPA, 9(1):77-94, jun. 2006. ISSN 1516-6481.

SILVA, H. P. Socio-ecology of health and disease: The effects of invisibility on the caboclo populations of the Amazon. In: ADAMS, C.; MURRIETA, R.S.S; NEVES, W.A.; HARRIS, M. (Orgs.), Amazon Peasant Societies in a Changing Environment: Political Ecology, Invisibility and Modernity in the Rain Forest. New York: Springer, 2009, p. 307-333.

SALLES, V. O negro no Pará, sob o regime da escravidão. 3. Ed: Belém: IAP, Programa Raízes, 2005.

SILVA L.S., COTTA R.M.M., ROSA C.O.B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Revista Pan-americana Salud Publica. 2013; 34(5):343-50.

SÁVIO, K.E.O. Perfil nutricional da clientela atendida em restaurantes industriais de Brasília - Distrito Federal, 2002. Dissertação (Mestrado em

Nutrição) Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

SLATER, B.; PHILIPPI, S.T.; MARCHIONI, D.M.L.; FISBERG, R.M. Validação de Questionários de Frequência Alimentar - QFA: considerações metodológicas. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 6, n. 3, p. 200-208, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. WHO global report. Geneva: WHO; 2005.

_____. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva, WHO, 1997.

_____. Obesity: Preventing and managing the global epidemic – Report of a WHO consultation on obesity. Geneva, 1998.

VIEIRA, A.B.D. População quilombola Kalunga: acesso ao sistema de saúde sob o enfoque da bioética de intervenção. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília. Programa de Pós-Graduação em Bioética. Brasília: Universidade de Brasília. 2

APÊNDICE A – Questionário de pesquisa.



Universidade Federal do Pará
Instituto de Ciências Exatas e Naturais

Projeto de Extensão: Promoção da Saúde nas Comunidades Quilombolas - Ilha do Marajó, Pará

Questionário nº: _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Entrevistador: _____

Comunidade: _____

DADOS PESSOAIS

1. Nome: _____

2. Como é conhecido? _____

3. Gênero: () Masculino () Feminino

4. Telefone: _____

5. Cor/Raça: () Negra () Parda () Branca () Amarela
() Indígena

6. Ocupação: _____

7. Estado Civil: () Solteiro () Casado/União Estável

() Divorciado () Viúvo () Outro: _____

8. Naturalidade: _____

9. Data de nascimento: ____/____/____

9. 1 : Idade: _____

10. Endereço: _____

11. Grau de escolaridade:

- () Não Estudou () E. Fund. Completo
() E. Médio Completo () E. Superior Completo
() E. Fund. Incompleto () E. Médio Incompleto

() E. Superior Incompleto () Pós-Graduação

12. Renda Individual: R\$ _____ (1SM = R\$ 880,00)

() Sem Rendimento () 1 | 3 () 5 | 7

() < 1 () 3 | 5 () 7 | 9

() Sem Declaração

13. Renda Familiar: 13.1) R\$ _____ (1SM = R\$ 880,00)

() Sem Rendimento () 1 | 3 () 5 | 7

() < 1 () 3 | 5

() Sem Declaração

() 7 | 9

13. Quantidade de residentes por faixa etária:

Faixa Etária	Quantidade	
	Masc.	Fem.
Crianças (até 11 anos)		
Adolescentes (12 a 18 anos)		
Adulto (19 a 59 anos)		
Idoso (a partir de 60 anos)		

CONDIÇÕES SOCIAIS

14. Tipo de domicílio (MÚLTIPLA ESCOLHA): () alvenaria
() madeira () barro () outro: _____

15. Este domicílio tem água canalizada em pelo menos um cômodo? () Sim () Não

15.1. Principal fonte de abastecimento de água:

- () poço ou nascente na propriedade
() poço ou nascente fora da propriedade
() caixa d'água da comunidade
() cisterna (água de chuva)
() outra _____

16. Principal tipo de água usada para beber (MÚLTIPLA ESCOLHA):

- () filtrada () fervida () mineral comprada
() coada () hipoclorito () água sem tratamento

17. Neste domicílio, ou na propriedade, existe sanitário?

- () Sim () Não

18. De que forma é feito o escoadouro do banheiro ou sanitário?

- () fossa rudimentar (detritos são jogados em um buraco)
() fossa séptica (fechada)
() fossa séptica (semi-aberta)
() vala () direto para o rio ou lago () NSA

19. Principal destino do lixo do domicílio:

- () queimado () enterrado
() jogado ao céu aberto () outro: _____
() rede coletora de lixo

20. Principal tipo de iluminação:

- () elétrica (rede geral) () gerador (domiciliar)
() lâmpião () vela
() lâmparina () outro _____

APÊNDICE A – Questionário de pesquisa (continuação).

SAÚDE

21. Como você avalia o seu estado de saúde?

- Ruim Regular Bom
 Não Sabe Avaliar

22. Você procurou atendimento médico nos últimos 30 dias?

- Sim Não **(Se não, pule para 25)**

23. Se Sim, Onde? público particular

24. Quando procurou ATENDIMENTO MÉDICO, você foi atendido? sim não
 NSA

25. Você faz uso de remédio caseiro?

- sim não

26. Sua família recebe a visita do agente comunitário de saúde em sua residência? Sim
 Não

27. Qual a frequência ? _____

28. Você pratica atividade física?

- Sim Não

29. O(a) Sr(a) consome bebidas alcoólicas?

- Sim Não **(Se não, pule para a pergunta 37)**
 Parou

30. Há quanto tempo o sr (a) parou de consumir bebidas alcoólicas?

- Menos de 1 ano De 1 a 2 anos Há mais de 2 anos

31. O (a) sr.(a) parou de consumir bebidas alcoólicas por motivos de saúde? Sim Não

32. Quantas taças (120-150 ml) de VINHO TINTO o(a) Sr(a) consome POR SEMANA? (____) taças
 não

- Menos de 1 taça de vinho tinto
 Não tomo ou tomo apenas de vez em quando

33. Quantas taças de VINHO BRANCO o (a) Sr (a) consome POR SEMANA? (____) taças não

- Menos de 1 taça de vinho branco
 Não tomo ou tomo apenas de vez em quando

34. Quantas latas, garrafas ou copos de CERVEJA ou CHOPP o(a) Sr(a) consome POR SEMANA? (____) taças não

- copos pequenos (100-150 ml)
 tulipas, latas ou garrafas *long neck* (garrafa pequena)
 garrafas de 620 mL
 garrafas de 1 L
 Menos de 1 lata, garrafa ou copo
 Não tomo ou tomo apenas de vez em quando

35. Quantas doses (50 ml) de DESTILADOS (tais como uísque, vodka, tequila, rum aguardente ou cachaça) ou bebidas misturadas preparadas com esses destilados (caipirinha, coquetéis, *drinks*), o(a) Sr(a) consome POR SEMANA? (____) doses não

- Menos de 1 dose

APÊNDICE A – Questionário de pesquisa (continuação).

() Não tomo ou tomo apenas de vez em quando

36. Do total de bebidas alcoólicas que o(a) Sr(a) consome, com que frequência o(a) Sr(a) ingere junto às refeições?

() sempre ou quase sempre com as refeições

() maior parte junto com as refeições

() tanto junto quanto fora das refeições

() maior parte fora das refeições

() nunca ou quase nunca com as refeições

37. Você fuma atualmente?

() Sim **(Se não, pule para 38)**

() Não

37.2. Se EX-FUMANTE, há quanto tempo parou de fumar?

_____ anos _____ meses

(Ex-Fumante pula para 39)

38. O que você fuma? () cigarro () cachimbo

() tabaco/porronca () outro: _____

38.1. Em que quantidade você fuma POR DIA? _____

38.2. Que idade tinha quando começou a fumar regularmente?

_____ anos () não lembra

38.3. Você fuma dentro de casa? () Sim () Não

39. Você convive com alguém que fuma? () Sim () Não

40. Nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, o(a) Sr(a) usou algum tipo de medicamento?

() Não () Sim

41. Algum (ns) dos medicamentos que o (a) Sr (a) tomou durante as ÚLTIMAS DUAS SEMANAS foi para:

41.1 Diabetes ou açúcar alto no sangue?

() Sim () Não () Não sei

41.2. Hipertensão ou pressão alta?

() Sim () Não () Não sei

APÊNDICE A – Questionário de pesquisa (continuação).

		42.1. Toma algum remédio?	42.2. Onde consegue o medicamento?
42. Possui alguma doença diagnosticada?	S: Sim N: Não	S: Sim N: Não NSA	PS: Posto de saúde C: Compra H: Hospital
Câncer			
Pressão alta			
Diabetes			
Obesidade			
AVC/Derrame			
Colesterol alto			
Triglicerídeos alto			
Doenças do coração (DCV)			
Doenças respiratórias			

AVALIAÇÃO BIOQUÍMICA/PRESSÃO ARTERIAL E ANTROPOMETRIA

Entrevistador: _____

43. Se mulher, está grávida? () sim () não

44. Pressão arterial: _____

45. Horário da coleta: _____

46. Qual foi o horário da sua última refeição?: _____

47. Glicemia: _____

48. Peso Usual: _____

49. Altura (cm): _____

50. Peso (kg): _____

51. IMC (Kg/m²) _____

52. C. braço (cm): _____

53. C. da cintura (cm): _____

54. DCT (mm): _____ / _____ / _____

55. DCB (mm): _____ / _____ / _____

56. DCSI (mm): _____ / _____ / _____

57. DCSE (mm): _____ / _____ / _____

58. C. da panturrilha (cm) (IDOSO): _____

APÊNDICE B – Questionário de Frequência Alimentar.

Entrevistador: _____

QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR					
I. LEITE E PRODUTOS LÁCTEOS	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Yogurte					
Leite integral					
Leite desnatado					
Leite de búfala					
Queijo					
II. CARNES, PESCADOS E OVOS	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Camarão salgado					
Camarão fresco					
Carne de búfalo					
Carne bovina					
Carne suína (porco)					
Frango					
Ovo					
Peixe Fresco					
Peixe Salgado					
III. VERDURAS E LEGUMES	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Alface					
Alho/cebola					
Beterraba					
Cenoura					
Couve					
Repolho					
Tomate					
Abóbora					
IV. FRUTAS E POLPAS	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Abacate					
Abacaxi					
Açaí					
Castanha do Pará					
Banana					
Goiaba					
Laranja					
Maçã					
Mamão					
Melão					
Manga					
Maracujá					
Muruci					
V. PÃES, CEREAIS, TUBÉRCULO LEGUMINOSAS	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Arroz					
Arroz integral					
Batata					
Bolacha					
Farinha					
Feijão					

APÊNDICE B - Questionário de Frequência Alimentar (Continuação).

Macarrão					
Macaxeira					
Mingau					
Pão					
Batata doce					
Aveia					
Soja					
VI. ÓLEOS E GORDURAS	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Azeite					
Manteiga					
Margarina					
Óleo de soja					
Banha					
VII. DOCES GULOSEIMAS	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Biscoito recheado					
Bolo					
Chocolate					
Pizza					
Pastel/ Coxinha					
Sorvete					
VIII. BEBIDAS	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Achocolatado					
Café					
Refrigerante					
Sucos artificiais					
Suco natural					
IX. EMBUTIDO, ENLATADO, RICOS EM SÓDIO	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Mortadela					
Presunto					
Salsicha					
Maionese					
Shoyu					
Macarrão instantâneo (miojo)					
Molho de tomate pronto					
Batata palha					
Salgadinho de milho (esquilho)					
Queijo ralado					
X. COMIDAS REGIONAIS	NUNCA	RARO	Baixo 1 a 3 × no mês	Médio 1 a 3 × semana	Alto 4 a 7 × semana
Tacacá					
Vatapá, Caruru					
Maniçoba					
Pato no Tucupi					

OBSERVAÇÕES: _____

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Baseado na Resolução N°466 de 12/12/2012 do Conselho Nacional de Saúde)

Eu, _____

_____ tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) do projeto “Promoção da Saúde na Comunidade Quilombola Mangueiras – Ilha do Marajó, Pará”, recebi da equipe multidisciplinar, composta por alunos e profissionais da área de Nutrição, Estatística, Enfermagem e Engenharia da Computação, orientado pelo Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos, Instituto de Ciências Exatas e Naturais (ICEN), da Universidade Federal do Pará, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- O estudo que participarei se destina a verificar o perfil sociodemográfico; realizar atendimento nutricional: avaliação nutricional, conduta nutricional e orientações nutricionais; realizar pesquisas; estudos multidisciplinares; e estimular publicação sobre o tema em estudo.
- Este estudo apresenta grande importância por acrescentar novos conhecimentos à literatura a respeito do tema abordado.
- Que os resultados que se desejam alcançar são: conhecer perfil nutricional e identificar aspectos sociodemográficos, clínicos, antropométricos, nutricionais e comportamentais e suas relações com o desenvolvimento de enfermidades crônicas não transmissíveis.
- Que a pesquisa será feita nas comunidades remanescentes de quilombos de Mangueiras, Caldeirão, Bairro Alto, Siricari, Providencia, Deus Ajude, Bacabal, Pau Furado e Boa Vista, localizadas no Município de Salvaterra, Ilha do Marajó-Pará.

- Que será aplicado um questionário de entrevista previamente estruturado, com perguntas abertas e fechadas, que visam à identificação dos dados pessoais: idade, sexo, situação conjugal, naturalidade, características raciais, escolaridade, ocupação, assim como a situação habitacional, renda e condições do domicílio; dados de saúde: consumo de bebida alcoólica, tabagismo, atendimento médico, atividade física, doenças crônicas não transmissíveis; antropometria: peso, altura, circunferências, dobras cutâneas e pressão arterial; bioimpedância; avaliação bioquímica: exame de urina, hemograma completo e glicemia capilar.
- Que eu participarei da etapa de coleta de dados para preenchimento do questionário de entrevista e da coleta de material biológico para a realização dos exames bioquímicos.
- Que os incômodos que poderei sentir com a minha participação estão relacionados a sentir constrangimento por fornecer informações pessoais, ou mesmo não saber responder determinadas perguntas e por necessitar ser tocado pela equipe de Nutrição no exame antropométrico. Para isso a entrevista contará com total descrição dos entrevistadores que irão preservar o anonimato dos entrevistados(as) sem risco de qualquer divulgação da identidade do participante da pesquisa.
- Que esta pesquisa apresenta riscos à minha saúde física, por meio da utilização de agulhas e seringas no exame de sangue.
- Que os benefícios que devo esperar com a minha participação, mesmo que não diretamente refere-se à possibilidade deste estudo servir de base para outras pesquisas, aproximar os profissionais de saúde a realidade dos pacientes, além de servir de subsídio para a melhora nos programas de incentivos a prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis.
- Que sempre que desejar serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo. Além disso, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo

e, também, poderei retirar este consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

- Que as informações conseguidas por meio da minha participação não permitirão a identificação da minha pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo para a identificação do exame de urina e hemograma, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- Que este estudo não acarretará nenhuma despesa para o participante da pesquisa e eu receberei uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

<p>Endereço do(a) participante-voluntário(a) Domicílio: (rua, praça, conjunto): Bloco: /Nº: /Complemento: Bairro: /CEP/Cidade: /Telefone: Ponto de referência:</p>
<p>Contato de Urgência: Sr. Prof. Dr. Edson Marcos Leal Soares Ramos Travessa Angustura, 2932, Edifício Rio Mendoza, Bloco A, Apto. 1101 Marco, Belém-PA, CEP 66093-040. Fone (91)99113-6101. Ponto de referência: Entre Av. Duque de Caxias e Av. Rômulo Maiorana.</p>
<p>Endereço d(os,as) responsável(eis) pela pesquisa (OBRIGATÓRIO): Instituição: Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal do Pará - PROEX/UFPA. Rua Augusto Corrêa, 01-Guamá, Belém-PA. CEP 66.075-110 Telefones p/contato: (91)3201-7127.</p>
<p>ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao: Comitê de Ética</p>

e Pesquisa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará (CEP: UFPA/ICS), complexo de sala de aula/ICS, sala 14, Campus Universitário, Nº 01, Guamá, CEP: 66075-110, Belém-PA. Tel: 3201-7735, e-mail:cepccs@ufpa.br

Assinatura da voluntária ou responsável legal e rubricar as demais folhas	Nome e Assinatura do(s) responsável(eis) pelo estudo (Rubricar as demais páginas)

Belém, ____ de _____ de 2016.

ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Identificação de parâmetros sócio-demográficos, clínico-bioquímicos, nutricionais e comportamentais, e a relação destes aspectos com desenvolvimento de doenças carenciais e crônicas não transmissíveis em indivíduos residentes nas comunidades remanescentes de Quilombos do município de Salvaterra, na Ilha do Marajó, Pará

Pesquisador: LILIANE MARIA MESSIAS MACHADO

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 02710112.2.0000.0018

Instituição Proponente: Universidade Federal do Pará

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Pará

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.173.526

Data da Relatoria: 26/08/2015

Apresentação do Projeto:

O Brasil, que pela sua dimensão pode ser considerado um país continental, possui diferenças marcantes entre suas regiões em termos sociais, culturais, econômicos e epidemiológicos. O processo de transição nutricional ainda perdura, sendo caracterizado por mudanças ocorridas nos padrões nutricionais, alterando a dieta da população e se correlacionando com modificações nas esferas sócio-econômicas, demográficas e relacionadas à saúde. Assim como o processo de transição epidemiológica, pois tanto doenças infecto-parasitárias, quanto doenças crônicas não transmissíveis são observadas na população, com visíveis discrepâncias quando comparadas as regiões brasileiras. Nesse cenário, verifica-se o aumento do consumo de produtos industrializados, fast-foods, ricos em carboidratos simples e gordura, e pobres em fibras e micronutrientes; e a diminuição da ingestão de frutas, hortaliças, cereais integrais e outros produtos ricos em substâncias benéficas à saúde. Todos esses fatores, aliados ao aumento do sedentarismo, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, vem aumentando a grande lista de fatores de risco para ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, dislipidemias, hipertensão

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110
UF: PA **Município:** BELEM
Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.173.526

arterial, diabetes, doenças cardiovasculares e outras. Contudo, são muitos os estudos realizados em populações urbanas em detrimento à população rural, principalmente ribeirinhos e populações amazônicas, como os indivíduos remanescentes de quilombolas. Estas populações possuem estilo de vida e hábitos alimentares diferenciados da população das cidades, o que pode influenciar nos achados epidemiológicos e de consumo alimentar. E esse tipo de investigação é importante para que se possa traçar o panorama alimentar e de saúde dessas populações, para o direcionamento de ações de saúde pública que visem prevenção de enfermidades; além do conhecimento de seus hábitos alimentares e estilo de vida peculiares, enriquecendo assim ainda mais o acervo cultural e de costumes que compõem a diversidade de povos no Brasil. Portanto, esse projeto busca identificar aspectos sócio-demográficos, comportamentais, clínico-bioquímicos, antropométricos e do consumo alimentar e a relação destas variáveis com desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e carenciais em indivíduos residentes nas comunidades remanescentes de Quilombos do município de Salvaterra, na

Ilha do Marajó, Pará. Trata-se de um estudo observacional, transversal, de base populacional. A população de estudo será constituída de indivíduos pertencentes a todos os estágios de vida, de ambos os sexos, que aceitarem assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. A amostra será obtida a partir da técnica de amostragem aleatória estratificada, considerando erro máximo de 5%. Os dados serão coletados por meio de um

formulário de pesquisa onde serão coletados dados referentes à identificação (sexo e idade); aspectos sócio-demográficos (escolaridade, ocupação, meio de locomoção para o trabalho, número de filhos, naturalidade, local de residência, tipo e situação de moradia, abastecimento de água e rede de esgoto); a antropometria (peso, estatura, índice de massa corporal e circunferências) e aspectos clínicos (glicemia capilar, colesterol capilar e pressão arterial). Assim como, também será investigado o estilo de vida (tabagismo, etilismo e prática regular de atividade física) e consumo alimentar, por meio do questionário de frequência alimentar semi quantitativo. Espera-se que com esse estudo seja possível observar hábitos alimentares e estilo de vida dessas populações, assim como verificar a existência de fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis e carenciais.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar aspectos sócio-demográficos, clínico-bioquímico, antropométricos, nutricionais e comportamentais, e suas relações com o desenvolvimento de enfermidades crônicas não

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.173.526

transmissíveis em indivíduos residentes em comunidades remanescentes de Quilombos do município de Salvaterra, na Ilha do Marajó, Pará.

Objetivo Secundário:

(I) Verificar aspectos antropométricos (peso, altura/estatura, índice de massa corporal e circunferências);(II) Verificar aspectos clínicos (glicemia capilar, colesterol capilar e pressão arterial);(III) Identificar aspectos sócio-demográficos (idade, escolaridade, ocupação, meio de locomoção para o trabalho, número de filhos, naturalidade, local de residência, tipo e situação de moradia, abastecimento de água e rede de esgoto) e comportamentais (prática de atividade física, etilismo, tabagismo); (IV) Descrever os hábitos alimentares da população avaliada; (V) Realizar palestras para a população estudada visando a orientação nutricional; (VI) Comparar as comunidades estudadas quanto aos aspectos sócio-demográficos, clínicos, antropométricos, nutricionais e de estilo de vida;(VII) Analisar o tipo de associação entre as variáveis estudadas e o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Será coletada uma gota de sangue para cada determinação bioquímica casual (glicemia, triglicerídios e colesterol, conforme metodologia descrita anteriormente). Para isso, todas as normas de biossegurança serão consideradas. Assim como serão realizados todos os procedimentos necessários para proporcionar ao voluntário o mínimo de desconforto possível no momento da coleta. Quanto à aplicação do questionário da pesquisa, poderá ocorrer desconforto aos sujeitos em questão, devido a algumas questões contidas no protocolo, assim como no momento da aferição das medidas antropométricas. Para evitar tais danos, o pesquisador será capacitado para tornar a entrevista mais técnica possível. A identidade dos sujeitos será mantida em sigilo, pois os entrevistados não serão identificados por seus nomes, apenas por número do protocolo, assegurando assim a privacidade dos envolvidos, evitando constrangimentos, deixando claro que a participação do entrevistado pode ser interrompida a qualquer momento sem que haja prejuízos para a pessoa entrevistada. No mais, a aplicação desse questionário não representará qualquer risco de ordem física.

Benefícios:

Os resultados da pesquisa poderão contribuir para o conhecimento dos costumes alimentares ribeirinhos, possibilitando a montagem de banco de dados atualizado, podendo nortear outras pesquisas, e predizer possíveis situações a qual venha melhorar o conhecimento científico acerca

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamã CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.173.526

da população estudada. Serão ministradas palestras, distribuídos folders educativos e dadas orientações nutricionais a todos os participantes da pesquisa, além de serem fornecidos seus dados sobre situação nutricional e explicações quanto às interpretações dos mesmos. Aos pesquisadores, tem-se como benefício, o aumento do conhecimento acerca dos hábitos alimentares da população em estudo e perfil nutricional. Futuramente, este trabalho pode servir para a comunidade científica, também, como parâmetro de avaliação de mudanças ocorridas, caso uma nova pesquisa seja feita.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Emenda solicita a mudança de pesquisador responsável no protocolo já aprovado por este CEP contendo metodologia e critérios definidos conforme resolução 466/12 do CNS/MS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados contemplam os sugeridos pelo Sistema CEP/CONEP.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação da EMENDA. Este é nosso parecer, SMJ.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BELEM, 06 de Agosto de 2015

Assinado por:
Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.
Bairro: Campus Universitário do Guamá CEP: 66.075-110
UF: PA Município: BELEM
Telefone: (91)3201-7735 Fax: (91)3201-8028 E-mail: cepccs@ufpa.br

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA SAUDE COLETIVA



INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

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

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicado sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

Orientações para organização de números temáticos

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

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

- Por Termo de Referência enviado por professores/pesquisadores da área de saúde coletiva (espontaneamente ou sugerido pelos editores-chefes) quando consideram relevante o aprofundamento de determinado assunto.
- Por Termo de Referência enviado por coordenadores de pesquisa inédita e abrangente, relevante para a área, sobre resultados apresentados em forma de artigos, dentro dos moldes já descritos. Nessas duas primeiras modalidades, o Termo de Referência é avaliado em seu mérito científico e relevância pelos Editores Associados da Revista.
- Por Chamada Pública anunciada na página da Revista, e sob a coordenação de Editores Convidados. Nesse caso, os Editores Convidados acumulam a tarefa de selecionar os artigos conforme o escopo, para serem julgados em seu mérito por pareceristas.
- Por Organização Interna dos próprios Editores-chefes, reunindo sob um título pertinente, artigos de livre demanda, dentro dos critérios já descritos.

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



Revista Ciência e Saúde Coletiva

alguém que tenha relevância na discussão do assunto; (6) proposta de uma ou duas resenhas de livros que tratem do tema.

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

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

Recomendações para a submissão de artigos

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

A revista *C&SC* adota as "Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas", da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmceg.pt/document/714799430062.pdf. Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

Seções da publicação

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

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

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

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

Revista Ciência e Saúde Coletiva

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

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

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

Observação: O limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui texto e bibliografia. O resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

Não há taxas e encargos da submissão

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scicelo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinki da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de

Revista Ciência e Saúde Coletiva

subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).

9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave, palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> <http://decs.bvs.br/>).

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.

Revista Ciência e Saúde Coletiva

2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.
7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: "Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF"¹¹ ...



Revista Ciência e Saúde Coletiva

ex. 2: "Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade..."

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus* (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

2. Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl. 1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Erzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347:1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.



Revista Ciência e Saúde Coletiva

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio. Agrotóxicos, saúde e ambiente*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibusaki H, organizadores. *Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.*

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana - BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual



Revista Ciência e Saúde Coletiva

HBV+HIV: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AJ. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.
 Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calisto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1)[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe - PE - Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abo.net.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.