

PRISCILA OLIN SILVA

**Saúde, alimentação e nutrição de mulheres e crianças: um
retrato de comunidades remanescentes de quilombos em
Goiás, Brasil**

BRASÍLIA

2021

PRISCILA OLIN SILVA

**Saúde, alimentação e nutrição de mulheres e crianças: um
retrato de comunidades remanescentes de quilombos em
Goiás, Brasil**

Tese de doutorado apresentada como requisito para o título de Doutora em Nutrição Humana, pelo Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Muriel Bauermann Gubert
Coorientadora: Profa. Dra. Leonor Maria Pacheco Santos

BRASÍLIA

2021

PRISCILA OLIN SILVA

Saúde, alimentação e nutrição de mulheres e crianças: um retrato de comunidades remanescentes de quilombos em Goiás, Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Nutrição Humana, Universidade de Brasília, como requisito para obtenção do título de Doutora em Nutrição Humana, à seguinte banca examinadora:

Dra. Muriel Bauermann Gubert (presidente)

Universidade de Brasília

Dra. Elisabetta Gioconda Iole Giovanna Recine (membro efetivo)

Universidade de Brasília

Dra. Giselle Ane Bortolini (membro efetivo)

Ministério da Saúde

Dr. Haroldo da Silva Ferreira (membro efetivo)

Universidade Federal de Alagoas

Dra. Maria Natacha Toral Bertolin (membro suplente)

Universidade de Brasília

Dedico esta tese à cada uma das mulheres e crianças das comunidades quilombolas brasileiras. Meu desejo é que vocês sejam vistas e que realizem tudo o que sonharem nessa vida.

Agradecimentos

Não existe outra possibilidade para começar estes agradecimentos que não pela minha mãe, Divina, e meu pai, José Santana. Literalmente, isso tudo não teria sido possível sem o apoio, a confiança e o incentivo de vocês. E aquele velho clichê cabe muito bem aqui: vocês são meu porto seguro e minha base. Obrigada por tanto.

Agradeço à toda a minha grande família (avós, tios, tias, primas e primos), que mesmo sem compreender muito bem o que era esse tal de doutorado, sempre me apoiou e deu forças para que eu concluísse essa etapa. Um agradecimento especial à minha vó Naidés e à minha prima Ana Laura. Eu amo todos vocês e estou ansiosa pelas nossas aglomerações.

Aos meus amigos e amigas de Anápolis, Brasília, Goiânia e Moçambique. De um jeito ou de outro, vocês foram e são essenciais para a minha trajetória acadêmica e para a minha vida. Aos antigos e aos recém-chegados. Gabrielle, Diego, Gêssica, Lucinda, Natália M., Ada Bento, Natália A., Joyce, Fernando, Jéssica Fernanda, Flaviane, Deny, Dayanna, Victor.

Às minhas amigas e às colegas do NESNUT-UnB pela parceria, pelos compartilhamentos e pelo apoio. Em especial à Jéssica, Stefanie, Giselle e Dryelle.

Às minhas orientadoras pelos ensinamentos e troca de conhecimentos. Leonor, obrigada pela oportunidade e pela confiança. Muriel, obrigada pela acolhida e por ter acreditado em mim em momentos que nem eu mesma acreditava.

À Gabriela Buccini. Obrigada por embarcar comigo nessa empreitada e por ver em mim algo tão grande. Você foi essencial para este trabalho.

Ao grupo do MultiplicaSSAN, em nome da professora Anelise. Eu tenho um orgulho imenso de ser Multiplica. Obrigada por “abrir caminhos de diálogos”. Vocês são luz nesse mundo.

Às professoras Elisabetta e Natacha. Ter trabalhado ao lado de vocês foi incrível. Vocês são inspiração. Obrigada pela oportunidade e pela confiança.

À equipe que participou do projeto quilombola em Goiás, especialmente a Natália, Amanda e professora Lucélia. Que aventura! E à Tamara, da equipe de Alagoas. Obrigada pela parceria.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa.

E por fim, mas não menos importante, agradeço, em nome das lideranças quilombolas, a todas as pessoas que participaram da pesquisa. Obrigada por abrirem suas casas para nós e por dividir um pouquinho da sua história. Espero conseguir retribuir toda a sua generosidade. A gente se encontra por esses caminhos do Cerrado.

Breve apresentação da autora

De onde eu vim?

Muito prazer, Priscila.

Sou filha da Universidade de Brasília, lugar que tem um cantinho cativo no meu coração. Foi na graduação que o mundo da saúde coletiva e da segurança alimentar e nutricional começou a se abrir para mim. E hoje, ainda faz meus olhos brilharem, e não apenas no âmbito profissional. E foi nesse período também que eu conheci pessoas, principalmente mulheres, que até hoje me inspiram e com as quais tenho o prazer de conviver. Na graduação também iniciei na pesquisa e na extensão. E a área acadêmica se tornou um caminho que eu decidi trilhar.

Como eu cheguei até aqui, entregando esta tese de doutorado?

Saindo da graduação, ingressei no mestrado, na Universidade Federal de Goiás, que foi quando comecei a trabalhar com a temática quilombola. Recentemente me perguntaram como eu escolhi trabalhar com essa temática. E parando para pensar, eu percebi que não escolhi. Fui escolhida. Caí de paraquedas em um projeto da minha então orientadora, que já tinha um contato com essas comunidades, e ali fiquei e montei minha base.

Chegou o doutorado, a ideia era continuar trabalhando com a temática quilombola. Escrevi o pré-projeto e fui aprovada na seleção. Minha primeira orientadora do doutorado, professora Leonor, já estava envolvida em um projeto grande com a temática quilombola, e aí tudo se encaminhou para eu me integrar à equipe. Entrei com o projeto já aprovado, financiado e em vias de começar a ser executado. Logo no início do curso, me deparei então com a etapa de organizar e executar a coleta de dados. Certamente esse foi um dos maiores desafios que já vivi até hoje. Sempre que me lembro da experiência, um misto de sentimentos aparece. Fiz o que eu não achava ser capaz e chegamos ao final dessa etapa, às custas de algumas lágrimas, muito trabalho, parcerias inestimáveis, banho gelado de cachoeira, risadas, muito pó das estradas de chão nos interiores de Goiás e muitos, mas muitos aprendizados.

E lá se vão 7 anos desde que a temática quilombola passou a fazer parte da minha vida.

Nesse momento de fechamento de um ciclo, vejo que muitas coisas poderiam ter sido feitas de forma diferente durante esses 5 anos. Mas quando é que não pensamos isso,

não é mesmo? Cada escolha, cada pequeno detalhe, cada experiência desses 5 anos me trouxeram até aqui. E eu me sinto muito feliz.

E para onde vou?

Eu tenho algumas paixões na vida, e uma delas certamente é a docência. Experimentei essa função pela primeira vez no mestrado, mas foi durante o doutorado, com professora voluntária que eu percebi: eu quero muito isso na minha vida. Atualmente estou em outra área profissional, mas eu sinto que cedo ou tarde, eu voltarei para a docência. É aí que eu sinto que estou fazendo um pouquinho pelos meus pares e espero ter essa oportunidade novamente.

Sobre a temática quilombola, imagino que dificilmente ela sairá do meu farol. A vida nos leva por caminhos diversos, mas seria um prazer e uma possibilidade de cumprir um compromisso pessoal se eu puder de alguma forma continuar trabalhando com essa temática.

Encerramos por aqui.

Boa leitura!

Resumo

Objetivo: Avaliar práticas alimentares e aspectos de saúde e nutrição de mulheres e crianças menores de 5 anos em comunidades quilombolas certificadas em Goiás.

Metodologia: estudo de abordagem metodológica mista, com um componente qualitativo e um quantitativo de delineamento transversal. A pesquisa foi realizada em nove comunidades quilombolas rurais, certificadas e não tituladas do estado de Goiás nos anos de 2017 a 2019. No componente qualitativo foi realizado um grupo focal com avós (n=4) e um com mães (n=12) de crianças menores de 5 anos de uma das comunidades incluídas na pesquisa. A análise dos dados foi baseada na análise de conteúdo, modalidade temática. Foi construído um modelo conceitual multinível baseado no modelo sociológico, que guiou a discussão do material empírico. O componente quantitativo envolveu 203 mulheres e 73 crianças entre 0 e 59 meses de nove comunidades quilombolas. A coleta e análise dos dados incluiu: variáveis demográficas, socioeconômicas, segurança alimentar e nutricional, de saúde das crianças, dados antropométricos para avaliação do estado nutricional de mulheres e crianças e consumo alimentar. Avaliou-se a alimentação de mulheres e crianças usando os indicadores de diversidade da dieta, consumo de alimentos ultraprocessados e qualidade da dieta. Foram realizadas análises descritivas e de qui-quadrado para verificar a associação entre variáveis socioeconômicas e a qualidade da dieta. *Resultados:* no componente qualitativo, emergiram 4 temas principais da análise: motivos para amamentar; fatores que influenciam negativamente o aleitamento; introdução da alimentação complementar; rede de suporte, composta pela dimensão familiar/comunitária e serviços de saúde. Identificou-se uma importante influência das práticas e conhecimentos intergeracionais, especialmente das avós, na alimentação infantil. O componente quantitativo evidenciou indicadores sociais, econômicos e de saúde desfavoráveis. A alimentação de mulheres e crianças se caracteriza por baixa diversidade e qualidade e elevado consumo de ultraprocessados. A diversidade da dieta se associou positivamente à maior renda ($p < 0,001$), não participação em programa de transferência de renda ($p = 0,038$) e à maior escolaridade ($p < 0,001$) para as mulheres e ao menor número de moradores no domicílio ($p = 0,046$), classificação socioeconômica B/C ($p = 0,018$) e dieta diversa materna ($p < 0,001$) para as crianças. A baixa qualidade da dieta se associou à menor renda ($p < 0,001$) para as mulheres e em crianças, à menor diversidade da dieta materna

($p=0,046$). *Conclusões*: as práticas alimentares infantis nas comunidades quilombolas são fortemente moldadas pelos conhecimentos e práticas intergeracionais. Mulheres e crianças quilombolas vivem em condições precárias e a maior qualidade da dieta está associada às melhores condições socioeconômicas. É urgente a implementação de políticas efetivas para garantir o cumprimento de direitos e a promoção da alimentação adequada e saudável, considerando as peculiaridades e sociais da população quilombola.

Palavras-chave: grupos com ancestrais do continente africano, saúde, nutrição, dieta, práticas intergeracionais

Abstract

Objective: to evaluate practices and aspects of health and nutrition of women and children under 5 years of age in certified quilombola communities in Goiás. *Methodology:* study with a mixed methodological approach, with a qualitative and a cross-sectional design quantitative component. The research was conducted in nine rural, certified and untitled quilombola communities in the state of Goiás from 2017 to 2019. In qualitative component was carried out a focus group with grandmothers (n = 4) and one with mothers (n = 12) of children under 5 years of age from one of the communities included in the study. Data analysis was based on content analysis, thematic modality. A multilevel conceptual model based on the sociological model was built, which guided the discussion of the empirical material. The quantitative component involved 203 women and 73 children aged between 0 and 59 months from the nine quilombola communities. Data collection and analysis included: demographic, socioeconomic, food and nutritional security, children's health, anthropometric data to assess the nutritional status of women and children, and food consumption. The feeding of women and children was evaluated using indicators of diet diversity, consumption of ultra-processed foods and diet quality. Descriptive and chi-square analyzes were performed to verify the association between socioeconomic variables and diet quality. *Results:* in the qualitative component, 4 main themes emerged from the analysis: reasons for breastfeeding; factors that negatively influence breastfeeding; introduction of complementary feeding; support network, consisting of the family/community dimension and health services. It was identified an important influence of intergenerational practices and knowledge, especially of grandmothers, on infant feeding. The quantitative component showed unfavorable social, economic and health indicators. Feeding of women and children is characterized by low diversity and quality and high consumption of ultra-processed foods. Dietary diversity was positively associated with higher income ($p < 0.001$), non-participation in a cash transfer program ($p = 0.038$) and higher education ($p < 0.001$) for women and fewer household members ($p = 0.046$), socioeconomic classification B/C ($p = 0.018$) and maternal dietary divers ($p < 0.001$) for children. The low quality of the diet was associated with lower income ($p < 0.001$) for women and children, and less diversity in the maternal diet ($p = 0.046$). *Conclusions:* infant feeding practices in quilombola communities are strongly shaped by intergenerational knowledge and practices. Quilombola women and children live in precarious conditions and better diet quality is associated with better

socioeconomic conditions. It is urgent to implement effective policies to ensure the fulfillment of rights and the promotion of adequate and healthy food, considering the peculiarities and social characteristics of the quilombola population.

Keywords: African Continental Ancestry Group, health, nutrition, diet, intergenerational practices

Lista de tabelas

Artigo 1: Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres participantes dos grupos focais em uma comunidade quilombola no estado de Goiás. Brasil, 2019	51
Artigo 2: Tabela 1. Caracterização socioeconômica e de acesso a serviços públicos de mulheres e crianças menores de 5 anos em domicílios de 9 comunidades quilombolas de Goiás (2018)	75
Artigo 2: Tabela 2. Variáveis de saúde, estado nutricional e práticas alimentares de crianças de 0 a 59 meses e mulheres em 9 comunidades quilombolas de Goiás (2018)	77
Artigo 2: Tabela 3. Associação de fatores sociodemográficos, maternos e da criança à diversidade e à qualidade da dieta de crianças de 6 a 59 meses e mulheres em 9 comunidades quilombolas de Goiás (2018)	78

Lista de figuras e quadros

Quadro 1. Arcabouço legal e político das principais ações do Estado Brasileiro voltados à população quilombola	25
Artigo 1: Quadro 1. Passos do processo de análise de conteúdo temática dos grupos focais com mulheres de uma comunidade quilombola no estado de Goiás. Brasil, 2019.	50
Artigo 1: Quadro 2. Temas centrais e subtemas identificados nos grupos focais com mulheres de uma comunidade quilombola no estado de Goiás. Brasil, 2019.	52
Artigo 1: Figura 1. Modelo conceitual sobre as influências na alimentação infantil identificadas em grupos focais com mulheres de uma comunidade quilombola no estado de Goiás. Brasil, 2019.	53

Lista de abreviaturas

CONAQ	Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas
FCP	Fundação Cultural Palmares
PBQ	Programa Brasil Quilombola
PCT	Povos e Comunidades Tradicionais
INCRA	Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária
ATER	Assistência Técnica e Extensão Rural
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
InSAN	Insegurança Alimentar e Nutricional
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
AM	Aleitamento materno
AME	Aleitamento materno exclusivo
OMS	Organização Mundial da Saúde
HEI	Healthy Eating Index
GF	Grupos focais
R24h	Recordatório Alimentar de 24 horas
DD	Diversidade da Dieta
E/I	Indicador de estatura por idade
IMC/I	Índice de Massa Corporal por idade
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
IMC	Índice de Massa Corporal
PBF	Programa Bolsa Família

Sumário

Apresentação	17
1. Revisão da literatura	19
1.1. Populações remanescentes de quilombos no Brasil	19
1.1.1. Contextualização histórica e definições	19
1.1.2. Condições de vida e segurança alimentar e nutricional de populações quilombolas: panorama atual e políticas específicas	23
1.1.3. Práticas alimentares de crianças pequenas nas comunidades quilombolas: foco no aleitamento materno e nas influências intergeracionais	28
1.1.4. Consumo alimentar e estado nutricional de mulheres e crianças quilombolas	29
1.2. Métodos para avaliação da qualidade global da dieta	31
2. Objetivos	36
2.1. Gerais	36
2.2. Específicos	36
3. Métodos	37
3.1. Contexto	37
3.2. Delineamento e local do estudo	37
3.3. Participantes do estudo	38
3.4. Logística do estudo	39
3.5. Instrumentos de coleta de dados	40
3.6. Análises de dados	44
3.7. Aspectos éticos	45
4. Resultados e discussão	46
4.1. Artigo 1 - Percepções e práticas intergeracionais de mulheres quilombolas sobre aleitamento materno e alimentação infantil	46
4.2. Artigo 2 - Condições de vida, saúde e nutrição de mulheres e crianças menores de 5 anos em comunidades quilombolas de Goiás, Brasil	67
5. Considerações finais	89
Referências bibliográficas	91
Apêndices	99
Anexos	117

Apresentação

As comunidades remanescentes de quilombos – quilombolas – fazem parte dos povos e comunidades tradicionais (PCT) do Brasil, grupos culturalmente diferenciados, que se reconhecem como tal e tem formas próprias de organização social, mantendo uma relação íntima com os territórios que ocupam (1).

A origem das comunidades quilombolas remete ao período escravocrata no Brasil, mas ao longo do tempo, elas foram se transformando e se (re)construindo, apresentando atualmente uma multiplicidade de identidades (2). Hoje, mais de 3.400 comunidades são reconhecidas oficialmente pela Fundação Cultural Palmares, e outras tantas lutam pela certificação e titulação de suas terras (3).

Grande parte da população quilombola ainda vive em situação de extrema vulnerabilidade, com precário acesso a direitos básicos, como saúde, educação, alimentação adequada e saudável, trabalho e moradia (4–8). O processo de invisibilidade é tão profundo que não existem nem mesmo dados demográficos precisos sobre essa população.

Ao longo dos anos, a temática quilombola tem ganhado mais espaço na produção científica brasileira, mas ainda existem importantes lacunas. Entre elas, destaca-se a temática da alimentação e nutrição, ainda pouco explorada, especialmente quando se trata do público materno-infantil, considerado mais vulnerável frente às inequidades sociais e de saúde. Considerando a escassez de literatura, a importância da alimentação adequada e saudável para crescimento e desenvolvimento plenos e uma vida saudável, e a necessidade urgente de ampliar o arcabouço de informações para subsidiar ações efetivas voltadas à melhoria das condições de vida da população quilombola, esta tese buscou investigar as práticas alimentares em comunidades quilombolas, incluindo desde o aleitamento materno, até a qualidade da dieta de crianças e mulheres adultas

O primeiro capítulo traz o referencial teórico que embasou a elaboração das perguntas de pesquisa e a discussão dos resultados do estudo. Essa seção explora inicialmente aspectos relacionados às populações remanescentes de quilombos no Brasil, em quatro tópicos: o primeiro relacionado ao contexto histórico e à definição das comunidades remanescentes de quilombos; o segundo sobre aspectos de saúde e segurança alimentar e nutricional nessas comunidades; um terceiro tópico tratando das práticas alimentares de crianças pequenas, com foco no aleitamento e em práticas

intergeracionais que influenciam a alimentação; e finalmente um tratando da alimentação e estado nutricional de mulheres e crianças quilombolas. Como complementação aos métodos a serem utilizados, ainda são exploradas nessa seção a avaliação da qualidade da dieta de crianças pequenas e de adultos.

No Capítulo 2 são apresentados os objetivos geral e específicos que guiaram a realização deste trabalho, e no Capítulo 3 é descrito o percurso metodológico da tese, incluindo a contextualização do projeto matriz do qual o presente estudo é derivado e da população de estudo, e os procedimentos de coleta e análise de dados, para os componentes qualitativo e quantitativo que compõem esta tese.

O capítulo 4 trata dos resultados e discussão, sendo composto por dois artigos científicos. O primeiro, publicado no periódico *Cadernos de Saúde Pública*, é intitulado “Percepções e práticas intergeracionais de mulheres quilombolas sobre aleitamento materno e alimentação infantil” e mostrou como as práticas e conhecimentos intergeracionais influenciam nas práticas de alimentação infantil. O segundo artigo é intitulado “Aspectos nutricionais e alimentares de mulheres e crianças em comunidades quilombolas de Goiás”, e identificou as características da dieta do público materno-infantil nessas comunidades. Este artigo será submetido ao periódico científico *Cadernos de Saúde Pública*. Um terceiro artigo, elaborado como produto complementar no âmbito desta tese, está na seção de Apêndices, e consistiu em uma revisão sistemática sobre índices usados para a avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos, de forma a subsidiar a escolha metodológica na avaliação da dieta infantil das comunidades estudadas.

O Capítulo 5 encerra essa tese com as considerações finais da autora, a partir de todo o caminho percorrido nessa construção, apontando as principais conclusões e contribuições do estudo, percepções e reflexões da autora e propondo questões relevantes que ainda precisam ser exploradas dentro da temática.

1. Revisão da literatura

1.1. Populações remanescentes de quilombos no Brasil

1.1.1. Contextualização histórica e definições

A palavra quilombo, originária da etimologia bantu, um grupo de idiomas falados em países africanos, significa acampamento ou fortaleza, e foi usada pelos colonizadores europeus para designar os grupos de escravos fugidos da exploração (9). Ainda hoje esse termo é usado no Brasil, muitas vezes associado apenas à ideia de comunidades formadas a partir da fuga de escravos que passavam a resistir às ações de captura, o que se configura em uma conotação limitada sobre todo o processo histórico de formação desses coletivos e às características sociais, culturais e políticas que essas comunidades apresentam hoje (10).

A existência dos remanescentes de quilombos tem uma longa história, porém seu reconhecimento legal, o entendimento conceitual e contextual desses povos, e a real presença dessa população na agenda pública são recentes. Cem anos após a abolição oficial da escravidão no Brasil, os quilombolas foram reconhecidos oficialmente pelo Estado brasileiro, com a promulgação da nova Constituição Federal, com destaque para os Artigos 215 e 216 e no Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. No Artigo 215, assegura-se a toda a população brasileira o pleno exercício dos direitos culturais e o acesso às fontes de cultura nacionais, apoiando e incentivando as manifestações culturais. O artigo prevê ainda a proteção pelo Estado das culturas populares, entre elas as afro-brasileiras. O Artigo 216 trata do patrimônio cultural brasileiro, e garante o tombamento de documentos e sítios históricos detentores de reminiscências dos antigos quilombos no Brasil. Já o Artigo 68 do Ato das Disposições Transitórias trata da regularização dos territórios ocupados pelos remanescentes das comunidades de quilombos (Brasil, 1988). Este último, tem uma relevância ainda maior na concretização dos direitos desses povos, pois a relação com o território é um dos elementos mais fundamentais de sua existência e, além disso, porque a terra que estas comunidades ocupam muitas vezes é objeto de disputas e conflitos, e um instrumento de poder, principalmente econômico (10).

Quando dessa inclusão na Constituição, as discussões e a compreensão sobre quem de fato eram esses povos, ainda era muito incipiente no Brasil, tanto que a menção

aos remanescentes de quilombos não ocorre de forma direta em todos os Artigos citados. A partir desse momento, começa a se desenvolver o processo de incorporação dessa população na agenda política brasileira e a atuação mais incisiva de movimentos sociais ligados à causa (10). O ano de 1995 é um marco histórico nessa trajetória, pois foi quando ocorreu a primeira titulação – processo que resulta na cessão do título de posse e uso coletivo da terra para as comunidades quilombolas – de um território quilombola no Brasil, no estado do Pará, e a criação da Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas (CONAQ).

A CONAQ surgiu como resultado do I Encontro Nacional das Comunidades Negras Rurais Quilombolas, realizado em Brasília-DF. Nessa época, alguns estados já se mostravam bem organizados e com processos avançados de articulação e mobilização, com destaque para o Maranhão. Então a Coordenação foi pensada no sentido de promover essa articulação nacional com todos os estados brasileiros que tivessem comunidades quilombolas (11) (CONAQ, 2021). A partir desse momento, ganha força e mais visibilidade a questão quilombola no país (10,11).

Outro momento de destaque nessa linha do tempo, é o ano de 2003, em que é publicado o Decreto nº 4.887, que 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. Esse Decreto traz pela primeira vez o termo e a definição de comunidades remanescentes de quilombos, compreendendo-as como:

“(...) os grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto-atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”(12).

É a partir daí que o processo de (re)conhecimento identitário das comunidades quilombolas passa a ganhar mais corpo e elementos como autoidentificação e relação com o território se tornam mais concretos. O que antes era entendido de forma mais genérica, voltado para populações negras rurais, ganha outros contornos, com elementos que diferenciam essas comunidades das demais (10). Nessa perspectiva, segundo Arruti (1997):

Ao serem identificados como ‘remanescentes’, aquelas comunidades em lugar de representarem os que estão presos às relações arcaicas de

produção e reprodução social, aos misticismos e aos atavismos próprios do mundo rural [...] passam a ser reconhecidas como símbolo de uma identidade, de uma cultura e, sobretudo, de um modelo de luta e militância negra, dando ao termo uma positividade que no caso indígena é apenas consentida (p.22) (13).

Nessa época também era ratificada e promulgada no Brasil a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, que trata dos direitos dos povos indígenas e tribais – sendo esse último grupo no qual os quilombolas foram alocados –, e que reconhece a consciência de sua própria identidade como um critério fundamental para a auto atribuição (14).

É importante mencionar que esse processo de construção identitária não foi algo que aconteceu apenas por parte da sociedade e do Estado brasileiros, mas foi especialmente um movimento que se deu dentro dos próprios grupos de remanescentes de quilombos, dos quais emergiram esses elementos de diferenciação e autoidentificação, pois esse auto reconhecimento não esteve posto de forma sólida entre esses grupos desde o início. Entra em cena neste momento a questão da etnicidade, em que, dentro desses processos de diferenciação, elaboram-se classificações que definem fronteiras sociais e simbólicas, resultantes também da interação com o outro, que permitem a “alocação” dos diferentes grupos étnicos em categorias, de acordo com suas peculiaridades. Para os remanescentes de quilombos, a definição se desloca do senso comum que associa essas comunidades a grupos de escravos fugidos, ou as categoriza com base em características fenotípicas, para colocar no centro da questão a mobilização étnica (10).

Os remanescentes de quilombos constituem um “sistema político, econômico, de parentesco e religioso, que margeia ou pode ser alternativo à sociedade abrangente” (p.54). Durante todo esse percurso histórico, as comunidades passaram e passam por inúmeras transformações em sua organização, incorporando práticas de outros segmentos populacionais e ressignificando as próprias práticas e significados. Apesar de haver características comuns, não há uma identidade única para todos os remanescentes de quilombos brasileiros, e cada comunidade possui suas especificidades, produto de suas interações sociais com o “lado de fora” das comunidades (15).

Nos anos que seguiram, o Estado brasileiro adotou uma postura política de “compensação” pelo longo período de invisibilização e exclusão sofrida pela população quilombola. À agenda pública quilombola no Brasil foram sendo incorporadas iniciativas em diversos âmbitos, relativas à certificação das comunidades (legislação), regularização dos territórios (legislação), educação escolar diferenciada (diretrizes), desenvolvimento

sustentável (política), e melhoria no acesso a direitos básicos por essa população, com destaque para o Programa Brasil Quilombola (PBQ), lançado em 2004.

O processo de certificação é necessariamente iniciado pelo movimento das próprias comunidades que se autointitulam remanescentes de quilombos. Os documentos necessários para a certificação, processo que compete à Fundação Cultural Palmares (FCP), são: ata da assembleia ou de reunião específica para tratar do tema da auto declaração; relato histórico da formação e principais características socioeconômicas e culturais da comunidades; e requerimento de certificação (16).

Existem hoje no Brasil 3.471 comunidades remanescentes de quilombos certificadas pela FCP. Destas, 69 estão no estado de Goiás, sendo que mais da metade delas recebeu a certificação nos últimos quatro anos. A região Nordeste concentra 61% das comunidades certificadas no país, com destaque para o Estado do Maranhão (FCP, 2021). Contudo, os registros demográficos da população quilombola são imprecisos e subestimados. Em 2012, havia uma estimativa de 214 mil famílias e 1,17 milhão de indivíduos quilombolas no Brasil. Entretanto os dados disponíveis são insuficientes para traçar um retrato mais fiel dos números da população quilombola (17). Estava prevista uma seção específica para a população quilombola no Censo Demográfico de 2020, que foi adiado devido à pandemia de COVID-19. Espera-se que essa seção seja mantida quando o Censo for realizado.

A titulação das terras é de responsabilidade do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA) e dos governos estaduais e é um processo bem mais lento e conflituoso que a certificação. Segundo informações do INCRA, entre 2005 e 2018, foram expedidos 124 títulos de posse coletiva da terra, sendo que nestes territórios estão pouco mais de 200 comunidades. Em Goiás, o território Kalunga é o único titulado, ocupando áreas de 3 municípios goianos e considerado o maior remanescente de quilombo em extensão do Brasil, apesar de haver relatos dos moradores de que apenas parte do território foi regularizado (18).

A Comissão Pró-Índio de São Paulo mapeou os principais motivos para a lentidão na titulação das terras quilombolas, entre eles: reduções orçamentárias e insuficiência de quadro técnico frente à demanda, o excesso de burocracia e os longos prazos para realização das etapas no processo de titulação, incluindo o período de contestação a que tem direito os proprietários não quilombolas das terras a serem regularizadas (19). A titulação dos territórios é um mecanismo para garantir mais segurança jurídica às comunidades e favorecer seu acesso a políticas públicas. Assim, essa morosidade nos

processos de titulação configura-se como uma ameaça à existência das comunidades, deixando-as mais vulneráveis à invasão e expropriação de terras, exploração indevida de recursos naturais nos territórios, dificultando a preservação da cultura e o cumprimento dos direitos quilombolas (20).

1.1.2. Condições de vida e segurança alimentar e nutricional de populações quilombolas: panorama atual e políticas públicas

Apesar do reconhecimento constitucional e das políticas “compensatórias”, as condições de vida nas comunidades quilombolas ainda hoje são precárias. Os estudos apontam uma continuidade de indicadores sociais e de saúde desfavoráveis, evidenciando um cenário de exclusão social sistemática dessa população.

O acesso à saúde está entre os principais problemas enfrentados pelas comunidades quilombolas. Em uma revisão integrativa da literatura que analisou a produção científica sobre saúde quilombola, os resultados evidenciam as diversas falhas do sistema de saúde brasileiro em oferecer atenção integral de qualidade à essa população, que abrange não apenas o acesso físico aos serviços, mas também a oferta de cuidado qualificado, de acordo com as especificidades sociais, culturais e biológicas. Entre os resultados dos estudos, destacam-se: as altas prevalências de hipertensão arterial e anemia falciforme, acompanhamento pré-natal e puerperal aquém do recomendado, baixa cobertura de suplementação de vitamina A em crianças, elevado consumo de álcool e problemas psicológicos. Outro ponto que chama a atenção em alguns dos estudos é a percepção negativa dos quilombolas sobre a atenção à saúde recebida e a autopercepção de saúde como ruim (5), reforçando a lacuna que ainda há na realização do direito à saúde dessa população.

Além do acesso aos serviços de saúde em si, as precárias condições de moradia, saneamento básico e acesso à água também estão ligadas à saúde e qualidade de vida. As construções de alvenaria já são predominantes nas comunidades, contudo em grande parte delas, os serviços públicos chegam de forma muito incipiente. É comum a queima do lixo, descarte de resíduos sem tratamento e baixa cobertura ou inexistência de fornecimento de água tratada. Essas condições podem contribuir com a maior incidência de doenças infecciosas, como zoonoses e verminoses, afetando especialmente as crianças (6,7,21). Além da água para consumo humano direto, esse bem é essencial para a produção de alimentos e criação de animais.

A baixa escolaridade é outro ponto crítico nas comunidades quilombolas. De forma geral, a maioria dos quilombolas não conseguem concluir nem o Ensino Fundamental (6,7,21,22). O acesso precário à informação e educação de qualidade é um fator potencialmente desfavorável ao autocuidado em saúde, ao cuidado com as crianças, ao emprego e renda e também à segurança alimentar e nutricional. Estudos apontam a associação entre a maior escolaridade materna e melhores indicadores de alimentação, saúde, e desenvolvimento infantis (6,23–27). Cabe ressaltar que a educação é um direito social garantido constitucionalmente no Brasil (28). No que tange à educação escolar, em 2012 foram publicadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Escolar Quilombola na Educação Básica, a fim de oferecer aos estudantes quilombolas uma educação que dialogue com suas especificidades culturais e seja instrumento de transformação da realidade. Contudo, o que se vê é uma implantação ainda muito tímida dessa proposta nas escolas de educação básica no país (29).

As comunidades quilombolas são predominantemente rurais e as principais atividades produtivas ainda estão relacionadas com atividades agrícolas. Elas fazem parte do chamado pequeno campesinato, produzindo para consumo próprio e comercializando quando há excedentes de produção, sendo uma fonte esporádica de renda. Além da produção própria, uma ocupação comum dos quilombolas, especialmente do sexo masculino, é a de trabalhadores rurais autônomos e assalariados rurais, uma condição de trabalho bastante instável (9,10).

Apesar de ainda ser uma atividade comum nas comunidades, a prática agrícola tem diminuído em virtude de aspectos como a falta de infraestrutura e acesso a políticas e programas voltados para a produção e comercialização rural. A pesquisa Segurança Alimentar e Nutricional em Territórios Quilombolas Titulados, realizada em 2011, mostrou como é limitado o acesso das famílias a essas iniciativas. Nas 169 comunidades avaliadas, apenas 5,9% dos domicílios acessavam o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf), 4% tinham Garantia Safra e 1,3% tinham acesso à Assistência Técnica e Extensão Rural (ATER). A comercialização para o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) e o Seguro da Agricultura Familiar não alcançavam nem 1% dos domicílios. Garantir o acesso a essas iniciativas pelas comunidades é fundamental para favorecer a inclusão produtiva, contribuir para a manutenção das pessoas no campo e para a segurança alimentar, pois além da possibilidade de produção para auto consumo, essas atividades são potenciais fontes de

renda para as famílias. Nesse sentido, demanda-se uma atuação mais efetiva do poder público para que essas políticas cheguem de fato às comunidades (7).

Ao analisar a evolução do orçamento do Programa Brasil Quilombola (PBQ) entre 2004 e 2014, Teixeira e Sampaio (2019) concluem que o programa funcionou como um dispositivo de inclusão simbólica das comunidades quilombolas na agenda pública do país, não operando da mesma maneira para a inclusão concreta e garantia de acesso às ações previstas no PBQ do ponto de vista orçamentário (30). O Programa foi institucionalizado por meio do Decreto nº 6.251 de 2007 e seria o meio pelo qual as ações da Agenda Social Quilombola Agenda Quilombola seriam executadas. A Agenda compreende ações em quatro eixos: acesso à terra; à infraestrutura e qualidade de vida; à inclusão produtiva e desenvolvimento local; e à cidadania (31).

No mesmo ano do estabelecimento da Agenda Quilombola foi publicada a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais. Ações propostas por essa política, apesar de não ser exclusiva para a população quilombola, convergem com ações da Agenda Quilombola, constituindo, em conjunto com as legislações relacionadas ao reconhecimento e à titulação de terras, o arcabouço legal e político das ações do Estado brasileiro (Quadro 1).

Quadro 1. Arcabouço legal e político das principais ações do Estado Brasileiro voltados à população quilombola

Legislação/Política/Programa	Ano de publicação ou criação	Objetivo/assunto
Constituição Federal (Artigos 215 e 216 e no Artigo 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias)	1988	Garantia do pleno exercício dos direitos culturais; proteção das manifestações culturais de grupos participantes do processo civilizatório brasileiro; tombamento de documentos e de sítios detentores de reminiscências históricas dos antigos quilombos; reconhecimento de propriedade definitiva dos territórios ocupados pelos remanescentes de quilombos
Decreto nº 4.887	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
Decreto nº 5.051	2004	Promulga a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho que reconhece a consciência de sua própria identidade como um critério fundamental para a auto atribuição de povos indígenas e tribais
Programa Brasil Quilombola	2004	Consolidar os marcos da política de Estado para as áreas quilombolas, previstas na Agenda Social Quilombola
Agenda Social Quilombola	2007*	Ações de melhoria da qualidade de vida e ampliação do acesso a bens e serviços públicos das comunidades quilombolas. 4 eixos de ação: Acesso a Terra; Infraestrutura e Qualidade de Vida; Inclusão Produtiva e Desenvolvimento Local e Direitos e Cidadania.
Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável de Povos e Comunidades Tradicionais	2007	Objetivo de promover o desenvolvimento sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais, com ênfase no reconhecimento, fortalecimento e garantia dos seus direitos territoriais, sociais, ambientais, econômicos e culturais, com respeito e valorização à sua identidade, suas formas de organização e suas instituições

* Neste ano também foi institucionalizado o Programa Brasil Quilombola.

Fonte: Elaborado pela autora

Todos os aspectos elencados nessa seção estão de certa forma interrelacionados. A segurança alimentar e nutricional (SAN), compreendida como

“a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis” (32),

emerge como um ponto de convergência dentro dessa imbricada rede de características socioeconômicas e de saúde, sendo um dos principais gargalos quando se trata das populações quilombolas. No que diz respeito à avaliação da SAN no Brasil, a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), uma medida direta relacionada à dimensão

do acesso aos alimentos pelas famílias, é o instrumento mais utilizado. Contudo, cabe ressaltar que a SAN é composta por várias dimensões, então outros aspectos podem e devem ser considerados na avaliação. A Insegurança Alimentar e Nutricional (InSAN) pode se manifestar de formas diferentes e muitas vezes interrelacionadas como, por exemplo, a dificuldade de acesso físico e financeiro aos alimentos levando ao comprometimento da quantidade e/ou qualidade da alimentação, bem como os problemas alimentares e nutricionais decorrentes da má qualidade da alimentação (doenças carenciais, excesso de peso, doenças crônicas não transmissíveis) (33).

Já há na literatura um conjunto importante de dados que revelam a magnitude da insegurança alimentar e nutricional (InSAN) nas comunidades quilombolas, situação identificada em várias localidades do país (8,34–37). Mesmo em territórios titulados, em que se esperaria uma situação menos precária, a prevalência de insegurança alimentar grave – avaliada por meio da EBIA – chegou a quase metade dos domicílios avaliados. Esse mesmo estudo identificou que domicílios cujo chefe tinha baixa escolaridade do chefe da família, a menor renda per capita, a falta de acesso ao saneamento básico e fornecimento de água e a localização na região Norte do país foram fatores relacionados à maior chance de insegurança alimentar moderada e grave (38).

Um estudo de revisão da literatura sobre a SAN em comunidades quilombolas identificou, além das altas prevalências de insegurança alimentar, fatores associados à essa situação e também desafios e potencialidades relacionadas à garantia da SAN nas comunidades (4). O baixo nível socioeconômico, ser beneficiário do Programa Bolsa Família (PBF), baixa escolaridade, falta de coleta de lixo e saneamento básico, e ter mais residentes no domicílio foram fatores associados a maior prevalência de InSAN (4,38). Estudo em comunidades do Tocantins apontou que 70% das famílias viviam em insegurança alimentar e que em domicílios chefiados por mulheres a prevalência de insegurança era maior do que naqueles que tinham um homem como chefe (34).

No que diz respeito aos desafios e potencialidades, destacam-se dois programas importantes na promoção da SAN no Brasil, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA). Ao mesmo tempo em que os dados evidenciam a dificuldade de acesso das famílias e falhas na execução dos programas, eles apontam, por outro lado, o potencial desses programas na melhoria da qualidade da alimentação e da renda, o que conseqüentemente também contribui para a SAN nas comunidades (4). O PNAE prevê um recurso financeiro diferenciado para estudantes quilombolas, justamente pelo alto grau de vulnerabilidade vivenciado por essa

população. Além da oferta de alimentação saudável nas escolas, o PNAE também contribui para a geração de renda e fortalecimento da produção das comunidades quilombolas, uma vez que prevê uma destinação de pelo menos 30% do recurso para compras da agricultura familiar, com preferência para produção de comunidades tradicionais (39). Nesse mesmo sentido, o PAA também é um instrumento importante para fomentar a produção nas comunidades e ser uma fonte de renda para os agricultores quilombolas (4). Entretanto, é preciso expandir e qualificar o acesso a esses programas pela população quilombola, considerando suas especificidades socioculturais.

1.1.3. Práticas alimentares de crianças pequenas nas comunidades quilombolas: foco no aleitamento materno e nas influências intergeracionais

As práticas alimentares são um tema menos recorrente nos estudos sobre população quilombola, mas a temática do aleitamento materno (AM) tem ganhado mais visibilidade nos estudos recentemente. Os dados pioneiros sobre AM nessa população, com abrangência nacional, são da Chamada Nutricional Quilombola realizada em 2006, com crianças menores de 5 anos de todas as regiões do país. O inquérito apontou que 28,7% das crianças recebia aleitamento materno exclusivo (AME) durante seis meses de vida, e 59% das crianças maiores de seis meses estavam sendo amamentadas à época da pesquisa. Na pesquisa em territórios quilombolas titulados (2011) foram avaliados os indicadores de AME em menores de seis meses e aleitamento materno total. Apesar de quase totalidade das crianças menores de 5 anos avaliadas ter sido exposta ao aleitamento materno em algum momento (96,8%), menos da metade foi amamentada exclusivamente até os seis meses (48,5%) (7). A título de comparação, segundo os dados mais recentes sobre AM entre as crianças brasileiras, a prevalência de AME em menores de seis meses foi de 45,7% e de aleitamento materno total em menores de 24 meses foi de 60,9% (40).

Em termos de estudos com abrangência local, a pesquisa de Ferreira et al. (2011) avaliou a saúde e a nutrição de crianças quilombolas entre 6 e 59 meses em comunidades alagoanas e encontrou uma prevalência de 59,0% de AME no primeiro mês de vida (41). Em outro estudo em comunidades de Alagoas, com crianças entre 12 e 60 meses, o AME por pelo menos 4 meses aconteceu em 26,2% dos casos e foi associado com maior perímetro cefálico. Esse resultado enfatiza a importância do aleitamento como uma estratégia de nutrição infantil ainda mais relevante em comunidades vulnerabilizadas (42). Silva et al. (2019) encontraram uma duração mediana do AM de 270 dias e do AME

de 60 dias, em crianças quilombolas menores de 24 meses no Maranhão. Entre os fatores associados à maior duração da amamentação estavam a idade materna maior que 30 anos e a certificação da comunidade (43).

O AM foi abordado também em estudo com abordagem qualitativa, por Martins et al. (2020) com mulheres de comunidades quilombolas na Bahia. O estudo identificou que a maioria das crianças foi amamentada, mas que o AME até o sexto mês era pouco frequente. As crenças de leite fraco/insuficiente estão relacionadas à introdução precoce de outros líquidos e alimentos, como chás, outros leites e engrossantes. Além disso, questões de manejo inadequado, como pega e posicionamento, interferem negativamente no sucesso da amamentação. No estudo, os autores apontaram a existência de uma dissonância entre saberes e práticas culturais tradicionais das comunidades e os saberes técnicos dos profissionais de saúde, tanto sobre a alimentação da mulher que gesta e amamenta, quanto da criança (44).

A influência intergeracional – representada principalmente pelas mulheres mais velhas – nas práticas alimentares infantis foi um tema recorrente mostrando a potencialidade dos conhecimentos e experiências acumulados e reproduzidos por gerações em determinar comportamentos (44). As práticas intergeracionais podem ser entendidas como um conjunto de elementos sociais e identitários de um determinado grupo, que são produzidas e reproduzidas através de gerações, tendo a família como o núcleo de maior relevância nessa transmissão (45,46). Nas comunidades tradicionais com ancestralidade negra, o papel que essas práticas ocupam no cotidiano e nos modos de agir pode ter uma dimensão ainda maior, pois representam a valorização e manutenção de saberes ancestrais, envolvendo a oralidade e a circularidade (46,47).

Percebe-se a amamentação como prática comum nas comunidades quilombolas, reconhecida pelas famílias como importante, especialmente no que diz respeito à saúde da criança. Contudo, a manutenção do AME nos primeiros seis meses da criança é um desafio de grande magnitude nessa população, tendo as crenças culturais como influência relevante para a interrupção precoce do AME (43,44).

Importante salientar o potencial do AM em comunidades extremamente vulnerável. O AM, mesmo isoladamente, é capaz de reduzir a mortalidade infantil de uma forma que nenhuma outra estratégia se mostrou capaz. Estima-se que, se as crianças fossem amamentadas de acordo com as recomendações, 13% dos óbitos infantis poderiam ser evitados em todo o mundo (48). Além dos benefícios para a criança, a curto e longo prazos, o AM também beneficia a mãe, a família e a sociedade (49). As práticas

alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida começam pelo início precoce do AM (na primeira hora de vida), que deve ser exclusivo até o sexto mês de vida da criança, e mantido até os dois anos de idade ou mais, complementado por alimentos saudáveis. Essas práticas têm papel essencial na nutrição adequada, proteção contra doenças infecciosas e crônicas e desenvolvimento infantil pleno (49,50). Diante desse cenário, fortalecer as ações de promoção, proteção e apoio ao AM nas comunidades quilombolas é essencial como estratégia de baixo custo para proteção, saúde, e segurança alimentar.

1.1.4. Consumo alimentar e estado nutricional de mulheres e crianças quilombolas

Existe uma escassez de dados relacionados à avaliação consumo alimentar em comunidades quilombolas, tanto para a população infantil, assim como para mulheres adultas. A investigação do estado nutricional, especialmente de crianças menores de 5 anos aparece de forma mais recorrente nas pesquisas.

Ao avaliar o consumo alimentar de crianças entre 12 e 59 meses de idade em comunidades quilombolas de Alagoas, Leite et al., (2013) identificaram um padrão alimentar monótono, consumo inadequado de frutas e vegetais e inadequação de diversos micronutrientes, como zinco, folato, ferro, vitaminas A e C (51). Em pesquisa realizada em territórios quilombolas titulados, a avaliação da disponibilidade de alimentos no domicílio indicou uma dificuldade de acesso à alimentação variada e presença de ultraprocessados. O arroz e a farinha de arroz estavam disponíveis em quase 90% dos domicílios, as carnes em 60,5%, os vegetais e hortaliças, em 25,9% e 40,5% respectivamente. Entre os alimentos considerados marcadores de uma alimentação não saudável, os sucos artificiais e refrigerantes estiveram disponíveis em 38% dos domicílios, e os biscoitos, bolos e bolachas industrializados em 52,3% (7).

As mudanças no padrão alimentar das comunidades quilombolas se assemelham às da população brasileira no geral, com tendências de aumento da participação dos alimentos ultraprocessados e redução de alimentos *in natura* e minimamente processados (52). A cor da pele parda ou preta, menor escolaridade e renda, e moradia em áreas rurais, características comuns no contexto das comunidades quilombolas brasileiras, foram identificados como determinantes de uma alimentação menos diversificada e saudável, evidenciando como as iniquidades sociais influenciam a qualidade da alimentação em âmbito individual e coletivo na população brasileira (53).

Quanto ao estado nutricional, os resultados dos estudos apontam a presença da má-nutrição em todas as suas formas e as variações regionais. Guimarães et al. (2015) identificaram prevalências semelhantes de excesso de peso (29,9%) e déficit nutricional (31,1%) em uma amostra de crianças quilombolas menores de 5 anos em comunidades maranhenses (54). No estudo de Silveira et al. (2020) 15,1% das crianças menores de 5 anos que viviam em comunidades quilombolas no Maranhão apresentaram déficit de estatura e 7% tinham déficit de peso. Prevalência semelhante de baixa estatura para idade foi identificada em crianças quilombolas no estado de Alagoas em 2009. Neste mesmo estudo, o sobrepeso esteve presente em 7,1% das crianças avaliadas (41). Em estudo mais recente em uma comunidade em Alagoas, a prevalência de déficit estatural foi de 10,9% e o excesso de peso atingia 9,4% das crianças menores de 5 anos (55).

Na Chamada Nutricional Quilombola 2006, que oferece um panorama nacional das comunidades no Brasil, encontrou-se entre as crianças uma prevalência de 15% de déficit estatural, 5,9% de déficit nos indicadores de peso/idade e 1,9% de déficit de peso/estatura. O excesso de peso foi identificado em cerca de 5% da população estudada. Nesta pesquisa, as maiores prevalências de déficits nutricionais ocorreram em crianças que viviam em piores condições, como em menor nível socioeconômico, e domicílios sem acesso à energia elétrica e saneamento básico (56). Dados mais recentes de abrangência nacional oriundos da pesquisa sobre SAN em territórios titulados apontam que o déficit de estatura, um indicativo de desnutrição crônica, foi identificado em apenas 2,4% das crianças avaliadas em todo o país, contudo, analisando-se os dados estratificados por regiões, as comunidades do Norte Semiárido apresentaram maior prevalência de déficit. Por outro lado, o excesso de peso já se apresentava em mais de 20% da amostra de crianças, com destaque para a região Centro-Sul (7).

Entre as mulheres, a avaliação do estado nutricional aponta para um crescimento do excesso de peso (sobrepeso e obesidade). Entre as mulheres mães de crianças menores de 5 anos de territórios quilombolas titulados, 38,5% apresentaram excesso de peso, sendo também a região Centro Sul a que apresentou a maior prevalência. O baixo peso foi encontrado em 3,9% das mulheres avaliadas, com maiores prevalências nas comunidades do Norte Maranhense e Centro Sul (7). No estudo de Ferreira et al. (2015) que comparou dados de saúde e nutrição em dois períodos diferentes em uma comunidade de Alagoas, mais de 60% das mulheres avaliadas apresentaram excesso de peso e também circunferência da cintura acima de 80 cm, parâmetro que pode estar associado a maior risco de doenças cardiovasculares (55). Esse valor se assemelha ao encontrado para a

população brasileira geral, em que 63,3% das mulheres acima de 18 anos estavam com excesso de peso, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (57).

Ao longo dos anos, os dados dos estudos traçaram um panorama multifacetado com relação ao processo de transição nutricional na população quilombola. Enquanto em algumas regiões o cenário é de redução das prevalências de desnutrição infantil, principalmente crônica e aumento do excesso de peso, tanto em crianças quanto em adultos, em outras ainda persistem elevadas taxas de déficit de estatura. Essas duas situações podem ainda aparecer de forma concomitante na mesma região e ainda dentro de uma mesma comunidade, reforçando as várias manifestações da má-nutrição, reflexo, entre outros aspectos, das iniquidades, e da precariedade no acesso à alimentação adequada e saudável e à assistência à saúde.

1.2 Métodos para avaliação da qualidade da dieta

O campo da avaliação da qualidade da dieta tem evoluído de forma significativa, no sentido de ampliar os conhecimentos acerca da associação entre a alimentação e os desfechos em saúde, especialmente a médio e longo prazos. Observa-se um processo de mudança, onde as propostas de protocolos têm se pautado em abordagens mais amplas e menos voltadas para os nutrientes de forma isolada (58). Essa tendência segue em paralelo com a evolução das diretrizes e recomendações dietéticas, a exemplo do Guia alimentares brasileiros para a população menor de 2 anos e do Guia Alimentar para a população brasileira (50,59). O consumo de alimentos e grupos alimentares, os padrões alimentares, e outras práticas que não se restringem à ingestão alimentar são elementos cada vez mais presentes nos métodos desenvolvidos nos últimos anos para avaliação da qualidade global da dieta, tanto para a população infantil, quanto para a adulta (58,60).

Dentre os métodos usados para avaliação da qualidade da dieta, destacam-se as propostas baseadas na combinação de indicadores e os índices, que estão dentro das abordagens *a priori*. A ideia geral desse tipo de abordagem é comparar o consumo alimentar com as diretrizes dietéticas vigentes e o conhecimento acumulado em alimentação e nutrição. Quanto mais próxima das recomendações, a dieta é considerada de maior qualidade e fator protetor contra desenvolvimento de desfechos negativos em saúde, como por exemplo carências nutricionais e doenças crônicas (60).

Apesar da notória evolução na temática, a avaliação da qualidade da dieta se mantém ainda como um desafio para os pesquisadores da área. O próprio conceito de

qualidade da dieta ainda não é consenso, bem como os atributos e a forma como ela deve ser avaliada. Além disso, faz parte do desafio alcançar, se possível, uma proposta homogênea internacional, que permitisse a comparação entre diversas populações. Entretanto, até isso é questionável em termos de viabilidade e utilidade dos resultados, devido às peculiaridades regionais. Alkerwi (2014) pontua que a qualidade da dieta é um conceito multidimensional, e como tal, sua avaliação também requer uma perspectiva mais holística, que combine diversas características, a fim de contribuir para uma compreensão mais acurada da relação entre a dieta e saúde (61).

Se o desafio está posto no que diz respeito à avaliação da qualidade da dieta da população adulta, quando se trata da população de crianças, especialmente as menores de 2 anos, ele se torna ainda maior. Além de ser uma fase de intensas e rápidas mudanças alimentares e biológicas, as práticas alimentares no início da vida têm repercussões nas demais fases, sendo um elemento crucial para a formação de hábitos alimentares, crescimento e desenvolvimento saudáveis, e como fator de proteção ou risco para o desenvolvimento de doenças (62).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) tem realizado um processo intenso de construção e revisão de indicadores para avaliação de práticas alimentares de crianças menores de 2 anos. Em 2008, foi publicado um documento contendo 8 indicadores principais e 7 opcionais para avaliação do aleitamento materno e alimentação complementar em crianças até 23 meses de idade, a nível populacional (63). O intuito é que esse conjunto de indicadores fosse uma alternativa comum a ser usada mundialmente para o monitoramento do progresso de práticas alimentares nessa faixa etária, e de fato, diversos estudos foram publicados com base nessa proposta desde então. Em 2021, a OMS lançou uma publicação de atualização dos indicadores, a fim de adequá-los a evolução do conhecimento científico em alimentação e nutrição (62). Uma das mudanças que mais chamou a atenção foi a inclusão de indicadores sobre o consumo de bebidas açucaradas e alimentos ultraprocessados, tornando a proposta mais completa e coerente com o panorama alimentar e mundial atual.

Em paralelo a este movimento da OMS, diversos esforços vêm sendo empreendidos por pesquisadores da área com intuito de alcançar formas mais adequadas para avaliar a dieta nessa faixa etária, com destaque para os índices, entendidos aqui como uma medida sumário que agrega múltiplos componentes, construído com base em um *framework* teórico (64). Entre os pontos positivos para o desenvolvimento e uso índices estão: especificidade para a faixa etária, permitem agregar diversos indicadores que

medem atributos variados da dieta e combinam os resultados em uma medida resumo. Desde que sejam bem construídos e interpretados, podem ser uma ferramenta muito útil para a avaliação e o processo de tomada de decisões referentes à promoção da alimentação adequada e saudável (65).

Em revisão sistemática recente, foram identificados 22 índices originais e 14 adaptados para a avaliação da dieta de crianças menores de 2 anos, mostrando o aumento do interesse pela temática, especialmente em países de baixa e média renda. A composição dos índices foi bastante variada, incluindo componentes de aleitamento materno, consumo de alimentos específicos e grupos alimentares – inclusive de alimentos ultraprocessados –, e outras características, como uso de mamadeira e consistência dos alimentos oferecidos. Destaca-se neste estudo, a investigação sobre as principais razões apontadas para modificação dos índices originais, em que as mais frequentes foram: adaptar o índice aos dados disponíveis, atualizar para seguir as diretrizes dietéticas vigentes e incluir componentes não avaliados. As autoras apontam que a adaptação de índices já existentes pode ser uma alternativa interessante e viável para qualificar as propostas e se chegar a formas mais adequadas de avaliação da dieta, considerando as particularidades regionais. Outro ponto importante identificado na revisão foi quanto à validação das propostas, etapa importante da construção das abordagens para garantir que realmente medem o que se propõe. Essa questão ainda requer avanços importantes para que se tenham propostas de avaliação cada vez mais qualificadas (66) (Apêndice 2).

Componentes que avaliam consumo de alimentos ultraprocessados têm aparecido mais frequentemente nos índices, o que se configura como avanço importante na avaliação da dieta (66) (Apêndice 2), uma vez que esses produtos estão cada vez mais presentes na alimentação de crianças e cujo consumo está associado com o desenvolvimento de obesidade e outras doenças crônicas, importantes causas de perda de qualidade de vida, mortalidade e aumento dos gastos dos sistemas de saúde (25,67–69). Assim, incorporar esse elemento na avaliação proporciona uma visão mais acurada da qualidade real da dieta.

Para a população entre 2 e 5 anos de idade, há um relativo *gap* de metodologias para avaliação da qualidade da dieta. Muitos autores utilizam propostas construídas para crianças menores de 2 anos ou para adultos, com adaptações ou não. Ruel e Menon propuseram um índice de alimentação infantil direcionado a crianças de 6 a 36 meses (65). Em revisão sistemática sobre métodos de avaliação da dieta de crianças entre 1 e 5 anos, Smithers et al. (2011) identificaram uma grande variedade de alternativas, incluindo

índices e indicadores individuais (60). Muitos estudos incluídos na revisão usaram o Healthy Eating Index (HEI), proposto em 1995, para avaliar a dieta da população maior de 2 anos nos Estados Unidos, com base no consumo de grupos alimentares, nutrientes específicos e variedade alimentar (70).

Nessa revisão também foram incluídos estudos que usaram o escore de diversidade da dieta. Esse escore, proposto inicialmente na década de 1990 por Drewnowsky para avaliar a qualidade da dieta de adultos franceses (71), se tornou largamente utilizado em todo o mundo, inclusive para a população infantil (65,72–74), sendo um dos componentes do conjunto de indicadores recomendados pela OMS. Esse indicador se refere ao número de grupos de alimentos consumidos em um determinado período de tempo e tem boa capacidade para refletir a adequação de nutrientes, tendo sido associado com o crescimento linear infantil (62). Uma limitação importante do uso isolado desse indicador para avaliar a qualidade da dieta é a impossibilidade de se ter uma visão global, uma vez que não inclui alimentos ultraprocessados, assim, dependendo do objetivo da avaliação, a agregação de componentes para avaliar o consumo desses itens é bem-vinda.

Para a população adulta, também tem sido desenvolvidas e atualizadas diversas propostas de avaliação da qualidade da dieta nas três últimas décadas. Entre elas podemos citar o Healthy Eating Index, o Índice de Qualidade da Dieta, Índice de Alimentação Saudável, Índice de Alimentação Saudável Alternativo, Escore da Dieta Mediterrânea (75–77). É interessante observar que muitos deles ainda incluem componentes relacionados à ingestão de nutrientes, o que é menos comum nos índices destinados às crianças, especialmente as menores de 2 anos (66) (Apêndice 1).

A diversidade da dieta também é utilizada para a população adulta, mas reforça-se a limitação citada anteriormente sobre a ausência de avaliação de alimentos ultraprocessados, limitando uma avaliação mais global e acurada da dieta. Dessa forma, ainda há extenso um caminho a ser percorrido para estabelecer metodologias de avaliação que reflitam mais precisamente as práticas alimentares, alinhadas às recomendações dos Guia Alimentares mais atualizados, e contribuam para compreender o papel que elas desempenham nos processos de saúde e doença da população.

2. Objetivos

2.1. Objetivos gerais

Avaliar práticas alimentares e aspectos de saúde e nutrição de mulheres e crianças menores de 5 anos em comunidades quilombolas certificadas em Goiás.

2.2. Objetivos específicos

Investigar as percepções e práticas intergeracionais de mães e avós quilombolas sobre alimentação infantil.

Descrever as condições de vida, aspectos socioeconômicos e segurança alimentar e nutricional domiciliar de mulheres e crianças menores de 59 meses em comunidades quilombolas certificadas de Goiás;

Avaliar o estado nutricional de mulheres e crianças quilombolas menores de 59 meses;

Avaliar o aleitamento materno entre crianças quilombolas menores de 24 meses;

Avaliar o consumo alimentar, a diversidade e a qualidade da dieta de mulheres e crianças quilombolas de 0 de 59 meses;

Verificar associação entre aspectos socioeconômicos, maternos e da criança com a diversidade e a qualidade da dieta de mulheres e das crianças de 6 a 59 meses;

3. Métodos

3.1. Contexto

Esta tese é recorte do projeto de pesquisa “Promoção da Saúde e Qualidade de Vida em Comunidades Quilombolas de Diferentes Regiões Brasileiras: Estudo Multicêntrico”, que teve como objetivo principal “avaliar a disponibilidade e utilização de serviços de atenção primária à saúde, as condições socioeconômicas, de saúde e a qualidade de vida do grupo materno infantil e dos idosos de populações quilombolas certificadas mas não tituladas, considerando as diferentes regiões do Brasil”. O projeto foi realizado nos estados de Alagoas, Goiás e Rio Grande do Sul. Esse projeto foi fruto de uma articulação de pesquisadores de diferentes regiões do país e foi aprovado no âmbito da linha de pesquisa Chamada CNPq/ MS/ SCTIE/ DECIT/ SGEF/DAGEF nº 21/2014 - Saúde da População Negra no Brasil (Tema 4 - Identificação e avaliação de estratégias de promoção da saúde e qualidade de vida para a população negra e quilombola em espaços promotores de saúde, levando em consideração as práticas culturais, tradicionais e religiosas afro-brasileiras).

3.2. Delineamento e local do estudo

O presente estudo tem abordagem metodológica mista, sendo composto por um componente qualitativo e quantitativo com delineamento transversal. Foi realizado em nove comunidades quilombolas rurais, certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP) e não tituladas, ou seja, que não possuíam o título de posse coletiva da terra, localizadas em nove municípios do estado de Goiás. A seleção das comunidades foi feita por meio de sorteio a partir da lista de comunidades certificadas disponível na página da Internet da FCP, em 2016. Nessa época, o estado do Goiás possuía 33 comunidades certificadas e atualmente conta com 69 (3).

Componente qualitativo

O componente qualitativo do presente estudo aconteceu apenas em Goiás, não tendo sido previsto nos demais centros. Para este componente, foi realizado um estudo de caso em apenas uma das comunidades que havia participado do componente quantitativo. Essa comunidade foi escolhida para participar do componente qualitativo por ter a maior proporção de crianças menores de 5 anos entre as nove comunidades incluídas na

pesquisa. Antes da realização da pesquisa qualitativa, a liderança da comunidade foi contatada por meio telefônico e foi agendada uma reunião in loco para apresentação da pesquisa e aceite da comunidade.

Componente quantitativo

O plano amostral do projeto de pesquisa matriz previa o sorteio de quatro comunidades por estado, planejando alcançar um quantitativo mínimo de 400 famílias por centro de pesquisa. Caso uma comunidade sorteada tivesse mais que 100 domicílios, seria estabelecido um critério de seleção aleatória para limitar em 100 domicílios por comunidade. Caso houvesse menos que 100 domicílios em uma comunidade, outra seria sorteada para complementar a amostra. Contudo, as diferenças de características e composição entre as comunidades de cada estado, e a falta de registros precisos sobre o quantitativo de famílias por comunidade dificultaram o alcance da amostra prevista. Em Goiás, particularmente, algumas comunidades são bastante pequenas e por isso foi preciso expandir o número de comunidades incluídas para possibilitar a ampliação do universo de famílias investigadas. Ainda assim, o universo final de famílias participantes no componente quantitativo da pesquisa no estado foi de 284. Estima-se que este número corresponda a cerca de 60 a 70% do total de famílias que vivem nessas comunidades, a partir dos dados fornecidos pelas lideranças.

3.3. Participantes do estudo

Componente qualitativo

Com apoio de uma moradora da comunidade, foram identificadas e convidadas a participar do estudo todas as mulheres mães e avós de crianças menores de cinco anos residentes na comunidade e que se auto identificavam como quilombolas. Aceitaram o convite 4 mulheres que eram avós, e 12 mulheres que eram mães.

Componente quantitativo

Todas as famílias residentes nas comunidades e que se identificavam como integrantes do grupo de remanescentes de quilombos eram elegíveis para a pesquisa. A identificação e o recrutamento das famílias foram intermediados por um membro da comunidade ou um agente comunitário de saúde, que poderia ou não ser integrante da comunidade. Em caso de duas tentativas sem sucesso de encontrar os moradores, o

domicílio foi excluído da pesquisa. Para o presente estudo, foi feito um recorte para incluir na análise apenas as famílias que tinham pelo menos uma mulher entre 19 e 59 anos e/ou uma criança entre 0 e 59 meses, estratificadas em subgrupos etários de 0 a 23 meses e 24 a 59 meses. Quando havia no domicílio mais de uma criança na mesma faixa etária, apenas uma era sorteada para participar da pesquisa, sendo considerada a criança *proxy* do domicílio. Assim, participaram da pesquisa 203 mulheres, e 73 crianças, sendo 32 com idade de 0 a 23 meses e 41 com idade entre 24 e 59 meses.

3.4. Logística do estudo

Após o sorteio de cada comunidade a ser convidada para o estudo, foi realizado contato telefônico com as lideranças locais para apresentação da pesquisa e convite para participação. Após o aceite da liderança, a equipe procedeu à organização da logística de coleta nas comunidades.

A coleta de dados nas comunidades de Goiás foi realizada em duas etapas: a coleta do componente qualitativo se deu em junho de 2019; a coleta do componente quantitativo do estudo ocorreu entre julho de 2017 e julho de 2018.

Componente qualitativo

A obtenção do material empírico se deu por meio da técnica de grupos focais. Os grupos focais (GF) são uma técnica derivada das entrevistas grupais, que permitem a coleta de informações a partir da interação entre as pessoas participantes, que expressam opiniões, percepções e sentimentos em relação a questões específicas. Essa técnica é geralmente utilizada em pesquisas exploratórias, como fonte principal de informações ou de forma complementar a outras fontes (78). Os grupos focais foram conduzidos pela pesquisadora principal, com apoio de uma observadora, que registrou as conversas e observações durante os encontros.

Foram realizados dois grupos focais, um com mães e o outro com avós de crianças menores de 5 anos, em datas previamente agendadas. A composição dos grupos focais não segue uma regra única, mas recomenda-se que ela atenda aos objetivos da pesquisa, e em alguns casos pode requerer a montagem de subgrupos, pois algumas características dos participantes podem influenciar os resultados do estudo de modo não controlado (78). No presente estudo, as mães e avós participaram separadamente dos grupos, para que se pudesse captar semelhanças e diferenças entre os grupos, sem influência das falas entre elas.

Os encontros ocorreram no quintal da casa da liderança da comunidade, local conhecido por todos os moradores. Os grupos foram iniciados com apresentação das moderadoras e do objetivo da atividade, e posterior apresentação breve das participantes. O áudio dos grupos foi gravado, mediante autorização das participantes, e posteriormente transcrito na íntegra. As transcrições foram conferidas pela pesquisadora principal para garantia de acurácia.

Componente quantitativo

Para o componente quantitativo, a coleta de dados ocorreu por meio de visitas domiciliares, com aplicação de questionários e aferição de dados antropométricos. A coleta foi realizada por uma equipe de 15 entrevistadores treinados, formada por estudantes de cursos de graduação e pós-graduação nas áreas de saúde e assistência social da Universidade de Brasília.

3.5. Instrumentos de coleta de dados

Componente qualitativo

Os grupos focais foram realizados com apoio de um roteiro composto por questões norteadoras acerca das experiências individuais das participantes com o AM, a prática do AM na comunidade, a alimentação da mulher que amamenta, a introdução alimentação complementar e o uso de bicos artificiais pelas crianças (Apêndice 3). O roteiro foi elaborado pela equipe de pesquisa, com base em estudos publicados nessa temática. Salienta-se que o intuito do roteiro era de servir como guia para a atividade, e não ser um instrumento seguido de maneira rígida.

Componente quantitativo

Foram utilizados questionários semiestruturados desenvolvidos especificamente para a pesquisa (Anexo 1). O questionário foi composto pelos seguintes blocos:

- Caracterização da família e domicílio: variáveis demográficas (idade, sexo), número de moradores, condição de trabalho, escolaridade em anos de estudo e estado civil maternos, escolaridade do chefe da família, cor da pele, renda familiar, participação em programas sociais, características de construção da moradia, fonte de água usada para beber, destinação do lixo, posse de bens duráveis. A classificação socioeconômica dos

domicílios foi feita com base em adaptação do Critério de classificação socioeconômica Brasil 2019, que inclui as variáveis de escolaridade do chefe, posse de bens, características da moradia (79).

- **Segurança alimentar e nutricional:** foi avaliada utilizando-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, um instrumento de medida direta da insegurança alimentar, composta por 14 questões, que considera as experiências no domicílio nos últimos 3 meses. A classificação final baseia-se no somatório de respostas afirmativas às questões, com as seguintes categorias: para domicílios sem moradores menores de 18 anos - 0 pontos = Segurança Alimentar; 1 a 3 pontos = Insegurança Alimentar Leve; 4 a 5 pontos = Insegurança Alimentar Moderada; 6 a 8 pontos = Insegurança Alimentar Grave. Para domicílios com menores de 18 anos 0 pontos = Segurança Alimentar; 1 a 5 pontos = Insegurança Alimentar Leve; 6 a 9 pontos = Insegurança Alimentar Moderada; 10 a 14 pontos = Insegurança Alimentar Grave (80).

- **Saúde da criança:** ocorrência de diarreia, tosse ou febre nos últimos 15 dias, atualização do cartão de vacinação, informações sobre suplementação de vitamina A e de ferro (apenas para crianças de 6 a 24 meses);

- **Práticas alimentares (crianças):** para crianças de 0 a 59 meses - aplicação de um Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h); para crianças de 0 a 24 meses foi aplicado também questionário contendo questões sobre consumo alimentar do dia anterior com base em formulário de marcadores alimentares proposto pelo Ministério da Saúde (81), com possibilidade de respostas : “sim”, “não”, “não sei”, e questões sobre aleitamento materno e uso de chupeta e mamadeira.

O aleitamento materno foi avaliado de acordo com os indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde, sendo classificado em: aleitamento materno exclusivo - quando a criança consumiu leite materno e não consumiu nenhum outro alimento ou líquido no dia anterior; aleitamento materno continuado aos 12 meses – quando a criança consumiu leite materno no dia anterior, independente de outros alimentos; aleitamento materno total – total de crianças menores de 24 meses que consumiram leite materno no dia anterior (63). Foram construídos também os indicadores de uso de chupeta e mamadeira, considerando o relato do uso no dia anterior.

Para a avaliação da qualidade da dieta de crianças de 6 a 59 meses, foram utilizados três indicadores: escore de diversidade da dieta (DD) – número de diferentes grupos alimentares consumidos no dia anterior (82); consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados no dia anterior; e dieta de baixa qualidade, que agregou os dois indicadores anteriores.

Para as crianças de 6 a 23 meses, foi considerada uma dieta diversa quando houve o consumo de no mínimo 4 dos 5 grupos alimentares recomendados (cereais/raízes/tubérculos; feijões; legumes e verduras; frutas; carnes e ovos). O grupo de leite e queijos não foi incluído no indicador dessa faixa etária, pois antes dos 2 anos de idade não há necessidade de oferta de outros leites além do leite materno (50). Para crianças entre 24 e 59 meses foi considerada uma dieta diversa quando foram consumidos pelo menos 5 dos 6 grupos alimentares (cereais/raízes/tubérculos; feijões; legumes e verduras; frutas; carnes e ovos; leites e queijos) preconizados nas diretrizes dietéticas brasileiras para a população maior de 2 anos (59). A construção do indicador de diversidade da dieta não considerou uma quantidade mínima de ingestão de alimento, apenas o relato de ingestão.

Para a avaliação do consumo de alimentos ultraprocessados, utilizou-se a Classificação NOVA (83), preconizada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (59). Foi avaliada a presença de pelo menos um alimento ou bebida ultraprocessado na dieta no dia anterior. Adicionalmente, avaliou-se também a participação proporcional de cada grupo de alimentos segundo grau de processamento (Grupo 1: alimentos *in natura* e minimamente processados + ingredientes culinários; Grupo 2: alimentos processados; Grupo 3: alimentos ultraprocessados) dentre todos os alimentos consumidos pelas crianças. Nessa etapa foram listados todos os alimentos presentes nos recordatórios de 24h e calculada a proporção de cada um dos grupos em relação ao número total de alimentos registrados. A lista dos alimentos classificada por grau de processamento está disponível no Apêndice 1.

Com relação à qualidade da dieta, considerou-se que a criança estava exposta à uma dieta de baixa qualidade quando não consumiu o número de grupos alimentares recomendados, ou seja, não apresentou dieta diversa, e concomitantemente, consumiu pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior. Essa proposta, inspirada na metodologia de Contreras et al. (2015) (84) busca superar a limitação do uso individual da diversidade da dieta e oferecer uma visão mais ampliada da dieta das mulheres e crianças quilombolas. Contreras et al. (2015) avaliaram as práticas de alimentação

complementar em crianças de 6 a 35 meses na Nicarágua, e consideraram que a inadequação de uma prática alimentar recomendada concomitante ao consumo de pelo menos um alimento ou bebida ultraprocessado no dia anterior, caracterizava a exposição da criança à uma dupla carga de alimentação subótima (84).

A avaliação de práticas alimentares e da qualidade da dieta, especialmente em menores de 2 anos, ainda é um desafio, como apontado por Silva et al (2021) (66) (Apêndice 2). Apesar das diversas opções de índices de para essa faixa etária, os dados disponíveis no presente estudo não permitiram usar uma das possibilidades sem que houvesse adaptações. Como também foram incluídas crianças maiores de dois anos e mulheres adultas, optou-se por buscar uma alternativa que pudesse ser utilizada para todos os grupos etários.

Todos os dados referentes à criança foram respondidos pela mãe biológica ou adotiva, ou cuidador próximo em caso de ausência da mãe.

- Práticas alimentares (mulheres): aplicação de um Recordatório Alimentar de 24 horas (R24h). Os mesmos indicadores (diversidade da dieta, consumo de alimentos ultraprocessados e dieta de baixa qualidade), além da avaliação de participação proporcional de grupos de alimentos por grau de processamento, foram usados para as mulheres.

A diversidade da dieta foi avaliada de acordo com o número de grupos consumidos no dia anterior, considerando-se uma dieta diversa quanto foram consumidos pelo menos 5 dos 6 grupos alimentares (cereais/raízes/tubérculos; feijões; legumes e verduras; frutas; carnes e ovos; leites e queijos) preconizados nas diretrizes dietéticas para a população brasileira (59). A construção do indicador de diversidade da dieta não considerou uma quantidade mínima de ingestão de alimento, apenas o relato de ingestão.

Considerou-se que a dieta teve baixa qualidade quando a mulher não apresentou a diversidade mínima da dieta e, concomitantemente, consumiu pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior.

- Estado nutricional: os dados antropométricos utilizados para avaliação do estado nutricional foram peso, estatura e circunferência da cintura para mulheres; peso e comprimento/estatura para crianças. Em crianças menores de 24 meses, o comprimento foi aferido com infantômetro portátil Seca 417®; as crianças foram medidas deitadas, com auxílio da mãe ou responsável. Para crianças de 24 a 59 meses e mulheres, foi usado

estadiômetro portátil Seca 213®. A aferição do peso foi feita com balança digital portátil da marca Seca®, com capacidade para 150 Kg. Para as crianças menores de 2 anos a obtenção do peso foi feita pela subtração do peso da mãe ou responsável com a criança no colo pelo peso da mãe sozinha. A medida da circunferência da cintura foi realizada com fita métrica inextensível. Todos os procedimentos de obtenção dos dados antropométricos foram realizados de acordo com as *Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde* (85).

A classificação do estado nutricional de crianças foi feita com auxílio do software *Anthro* da OMS usando os seguintes indicadores antropométricos e pontos de corte: estatura por idade (E/I) – déficit estatural: < -2 desvios padrão (DP) e Índice de Massa Corporal por idade (IMC/I) – risco de sobrepeso: > +1 DP; sobrepeso: > +2 DP e obesidade > +3 DP (86).

O estado nutricional das mulheres foi avaliado com base nos pontos de corte para o IMC (Kg/m²) (Baixo peso: < 18,5; Eutrofia: 18,5 a 24,9; Sobrepeso: 25,0 a 29,9; Obesidade: ≥ 30,0) e para a circunferência da cintura (risco aumentado de complicações metabólicas ≥ 80cm) (87).

3.6. Análises de dados

Componente qualitativo

O conjunto do material empírico obtido por meio dos depoimentos nos grupos focais foi analisado por meio da análise de conteúdo na modalidade temática, adaptada de Bardin (88). O processo de análise foi adaptado de Bradley et al. (2007) (89) e envolveu, além da pesquisadora principal, outras quatro pesquisadoras que realizaram todas as etapas, a saber: 1) leitura completa das transcrições e identificação dos núcleos de sentido (ideias centrais das falas) e marcação dos trechos no texto transcrito de forma independente; 2) leitura conjunta das transcrições para estabelecer consenso sobre os temas, subtemas e subitens identificados individualmente; 3) definição de critérios de inclusão e exclusão dos temas, subtemas e subitens para facilitar o processo coletivo de categorização e codificação dos núcleos de sentido; 4) sistematização dos temas e subtemas na planilha dos códigos, com reorganização após cada sessão de leitura conjunta até a saturação dos dados; 5) revisão final e validação da planilha de códigos por todos os pesquisadores; releitura das transcrições pela pesquisadora principal para certificar que todos os temas e subtemas foram devidamente sistematizados na planilha.

Após esse processo, o conjunto de resultados que emergiu da análise foi representado em um modelo conceitual multinível baseado no modelo socioecológico, adaptado de Klassen et al. (2019) (90). A construção do modelo partiu da compreensão que a interrelação entre fatores individuais, familiares, da comunidade e da sociedade influenciam as práticas alimentares das crianças quilombolas.

Componente quantitativo

Os resultados deste componente estão apresentados no artigo 2. Os questionários foram duplamente digitados no software *EpiInfo* versão 3.5.4. Após conferência das inconsistências e limpeza dos bancos de dados, procedeu-se as análises estatísticas usando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 21.0.

Foram conduzidas análises exploratórias e descritivas das variáveis sociodemográficas, e de saúde, alimentação e nutrição, cujos resultados foram apresentados em forma de distribuição em frequências, média e desvio-padrão.

Para avaliar os fatores associados aos indicadores diversidade e qualidade da dieta, foi usado o teste de qui-quadrado de Pearson. As variáveis independentes incluídas na análise foram idade, escolaridade e situação conjugal da mulher, renda mensal familiar, classificação socioeconômica, número de moradores e sexo do chefe do domicílio, situação de segurança alimentar domiciliar, participação em programa de transferência de renda. Para crianças, incluiu-se ainda, diversidade e qualidade da dieta materna e sexo da criança. Nesta análise, foram incluídas apenas as crianças e mulheres com todas as informações completas relativas às variáveis independentes. Foram consideradas significativas as associações com p-valor <0,005.

3.7 Aspectos éticos

A pesquisa foi iniciada após anuência por escrito dos representantes das comunidades e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas com o número 4735646415.4.0000.5013.

4. Resultados e Discussão

4.1 Artigo 1 - Percepções e práticas intergeracionais de mulheres quilombolas sobre aleitamento materno e alimentação infantil

O artigo “Percepções e práticas intergeracionais de mulheres quilombolas sobre aleitamento materno e alimentação infantil”, de autoria de Priscila Olin Silva, Muriel Bauermann Gubert, Amanda Kellen Pereira da Silva, Lucélia Luiz Pereira, Leonor Maria Pacheco Santos, Gabriela dos Santos Buccini foi aceito para publicação no periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

Autoria: Priscila Olin Silva; Muriel Bauermann Gubert; Lucélia Luiz Pereira; Amanda Kellen Pereira da Silva; Leonor Maria Pacheco Santos; Gabriela dos Santos Buccini.

Título: Percepções e práticas intergeracionais de mulheres quilombolas sobre aleitamento materno e alimentação infantil.

Resumo (1700 caracteres com espaços)

Estudo qualitativo exploratório com objetivo de identificar aspectos socioculturais e intergeracionais nas percepções e práticas sobre alimentação infantil entre mulheres quilombolas. Um grupo focal com 12 mães e outro com 4 avós de crianças menores de cinco anos foram realizados em uma comunidade quilombola rural em Goiás. Para análise dos dados empregou-se análise de conteúdo na modalidade temática, da qual emergiram quatro temas centrais e respectivos subtemas, que foram posteriormente representados em modelo conceitual socioecológico com quatro níveis de influência sobre o desfecho da alimentação infantil. O tema 1 tratou dos motivos para amamentar que incluiu a saúde da criança, questões financeiras e sentimento materno positivo em relação à amamentação. O tema 2 englobou fatores que influenciam negativamente o AM, como a percepção de “pouco leite”, o uso de chás, nova gravidez da mãe e características da criança. O tema 3 tratou da alimentação complementar, geralmente introduzida precocemente, incluindo alimentos consumidos pela família e alimentos ultraprocessados. O tema 4 abordou a rede de suporte, composta pela dimensão familiar/comunitária, com destaque para o papel das avós, atuando na transmissão intergeracional de conhecimentos tradicionais e no apoio às mães, e os serviços de saúde, com oferta de ações educativas sobre aleitamento materno, tendo menor participação nas decisões e práticas das mulheres quilombolas. A promoção de práticas alimentares infantis adequadas e saudáveis precisa considerar aspectos do contexto sociocultural de mulheres quilombolas e se pautar em abordagens emancipatórias, garantindo uma atenção qualificada à essa população.

Palavras-chave: grupos com ancestrais do continente africano; aleitamento materno; alimentação complementar; pesquisa qualitativa.

Introdução

Comunidades quilombolas são “grupos étnico-raciais segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”¹. Mesmo após reconhecimento constitucional e intensa trajetória de luta dos movimentos sociais, essas populações ainda estão submetidas à marginalização social, acesso limitado às políticas públicas e racismo institucional, apresentando indicadores

sociais e de saúde mais desfavoráveis do que a população em geral ²⁻⁵. Neste contexto de inequidades, vulnerabilidade e altas prevalências de insegurança alimentar, o aleitamento materno (AM) e a alimentação complementar (AC) oportuna se tornam ainda mais cruciais ⁶, como práticas com fortes evidências de benefícios para a saúde materno-infantil ⁷.

Fatores sociais, psicológicos e culturais influenciam como crianças são alimentadas ⁸⁻¹⁰. A rede social familiar da mulher se configura em um dos fatores determinantes das práticas de alimentação infantil, em especial no sucesso da amamentação ¹¹⁻¹³. A transmissão intergeracional de conhecimentos e tradições de mulheres mais velhas – como as avós – para as mais jovens é um componente central nas práticas que serão adotadas durante o AM e a AC ¹⁴⁻¹⁶. Práticas e conhecimentos intergeracionais são um conjunto de elementos culturais que compõem a identidade e história de um determinado grupo social, inseridos em um processo de produção e reprodução desses elementos através de gerações, focalizado, sobretudo, no âmbito da família ¹⁷⁻¹⁸. Dessa forma, compreender a influência intergeracional na alimentação de crianças quilombolas é um aspecto crítico, uma vez que a transmissão intergeracional nessas comunidades é um elemento de valorização e manutenção de conhecimentos ancestrais da cultura negra, envolvendo elementos como oralidade e circularidade ¹⁷⁻¹⁹.

No entanto, a alimentação de crianças quilombolas têm sido abordada apenas pontualmente em estudos epidemiológicos sobre saúde e nutrição, revelando a amamentação como prática comum nas comunidades, mas com baixas prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de idade, ou seja, quando há oferta apenas de leite materno, sem outros líquidos ou alimentos ^{4,20-23}. Recente estudo qualitativo com mulheres quilombolas, que se debruçou sobre o tema do aleitamento materno ²⁴, evidenciou o saber intergeracional, incluindo a influência de avós e outras mulheres, como uma barreira para o AME.

Nesse contexto, dar voz às narrativas das mulheres quilombolas e suas práticas de cuidado e alimentação traz visibilidade à dimensão coletiva da vivência ancestral da comunidade, em contraposição ao modelo hegemônico em saúde. Assim, esse estudo buscou investigar as percepções e práticas intergeracionais de mães e avós quilombolas na alimentação infantil.

Métodos

Estudo de caso exploratório que utilizou a abordagem qualitativa para identificar um conjunto de significados, crenças, motivos e atitudes ^{25,26} sobre as práticas de alimentação infantil nas comunidades quilombolas.

Contexto

O presente estudo foi desenvolvido em uma das nove comunidades quilombolas do estado de Goiás incluídas no Projeto *Saúde e Qualidade de Vida de Comunidades Quilombolas de diferentes Regiões Brasileiras: um estudo multicêntrico*, realizado em comunidades quilombolas certificadas, não tituladas e rurais nos estados de Alagoas, Goiás e Rio Grande do Sul.

A comunidade quilombola em estudo localiza-se ao norte de Goiás e foi certificada pela Fundação Cultural Palmares em 2006. É composta por 52 famílias, com uma população de 207 pessoas, sendo 16% crianças menores de cinco anos. As famílias da comunidade recebem visitas de agente comunitário de saúde, porém não há Unidade Básica de Saúde; o único equipamento social no território é uma escola municipal que oferece os anos iniciais do Ensino Fundamental.

Participantes

Para seleção das participantes, foi realizado contato com as lideranças da comunidade e reunião *in loco* para apresentação da pesquisa e aceite formal de sua realização. Em seguida, com apoio de uma moradora, foram identificadas e convidadas a participar do estudo todas as mães e avós de crianças menores de cinco anos da comunidade.

Obtenção e análise do material empírico

Para a coleta utilizou-se a técnica do grupo focal, que tem como intenção permitir que os participantes expressem opiniões, percepções e sentimentos em relação a questões específicas, possibilitando identificar experiências e necessidades ²⁷.

Os grupos focais foram moderados pela primeira autora (POS), com a participação de uma observadora (AKPS), que registrou as conversas durante a dinâmica. Foram utilizados roteiros orientadores, contendo questões relativas à prática do AM na comunidade, experiências individuais com o AM, alimentação da mulher que amamenta, uso de bicos artificiais pelas crianças e introdução da AC. Os grupos focais ocorreram no

quintal da casa da liderança da comunidade. Os encontros foram iniciados com apresentação das moderadoras e do objetivo dos grupos, seguida por apresentação breve das participantes. O áudio dos grupos focais foi gravado e posteriormente transcrito na íntegra. A transcrição foi conferida pela primeira autora para garantia de acurácia.

Foi realizado um grupo focal com as avós e outro com as mães, em dias previamente agendados em junho de 2019. Apesar de não existir uma regra única para a composição dos grupos focais, recomenda-se que ela deva atender aos objetivos da pesquisa, podendo requerer subgrupos, à medida que algumas características podem influenciar os resultados do estudo de modo não controlado²⁸. No presente estudo, optou-se por fazer grupos focais separados para mães e avós para possibilitar a captação de semelhanças e diferenças entre os grupos, sem que houvesse influência das falas de umas sobre as outras.

A análise do material empírico baseou-se na análise de conteúdo na vertente temática, adaptada de Bardin²⁹. No processo de análise foram identificadas as ideias-chave nas falas, a partir das quais foram construídos temas centrais e subtemas. A análise foi realizada conforme passos propostos por Bradley et al.³⁰ (Quadro 1). Os trechos das falas foram identificados no texto pelas siglas GFM (grupo focal mães) e GFA (grupo focal avós).

Quadro 1. Passos do processo de análise de conteúdo temática dos grupos focais com mulheres de uma comunidade quilombola no estado de Goiás. Brasil, 2019.

Passo 1	Leitura completa das transcrições e identificação dos núcleos de sentido (ideias centrais das falas) e marcação dos trechos no texto transcrito de forma independente
Passo 2	Leitura conjunta das transcrições para estabelecer consenso sobre os temas, subtemas e subitens identificados individualmente
Passo 3	Definição de critérios de inclusão e exclusão dos temas, subtemas e subitens para facilitar o processo coletivo de categorização e codificação dos núcleos de sentido
Passo 4	Sistematização dos temas e subtemas na planilha dos códigos, com reorganização após cada sessão de leitura conjunta até a saturação dos dados
Passo 5	Revisão final e validação da planilha de códigos por todos os pesquisadores
Passo 6	Releitura das transcrições pela primeira autora (POS) para certificar que todos os temas e subtemas foram devidamente sistematizados na planilha.

Fonte: Elaborado pelas autoras com base nos passos para análise propostos por Bradley et al.

O material empírico resultante da análise dos grupos focais foi representado em um modelo conceitual multinível baseado no modelo socioecológico, adaptado de Klassen et al.³¹, partindo da compreensão que a interrelação entre fatores individuais, familiares, da comunidade e da sociedade influenciam as práticas alimentares de crianças quilombolas.

Aspectos éticos

Projeto matriz aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, sob parecer nº 47356415.4.0000.5013. As lideranças das comunidades assinaram Termo de Anuência e os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Participaram do GFA quatro mulheres e do GFM, doze mulheres, cujas características sociodemográficas são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas de mulheres participantes dos grupos focais em uma comunidade quilombola no estado de Goiás. Brasil, 2019.

Grupo	Caraterísticas	
<i>GFM (mães)</i>	Idade (intervalo)	21-30 anos
	Escolaridade (anos de estudo)	
	Menos de 8 anos	5
	8 ou mais anos	4
	Condição de trabalho	
	Não trabalha ou desempregada	8
	Trabalho formal	1
	Número de filhos (média)	3,5 filhos
<i>GFA (avós)</i>	Idade (intervalo)	44-74 anos
	Escolaridade (anos de estudo)	
	Menos de 8 anos	4
	Condição de trabalho	
	Aposentada/pensionista	4
	Número de filhos (média)	9 filhos

Dados referentes ao ano de 2017.

Informações sobre escolaridade e condição de trabalho disponíveis para 9 das 12 mães participantes.

Emergiram na análise dos grupos focais quatro temas centrais com respectivos subtemas: 1) Motivos para amamentar; 2) Fatores que influenciam negativamente o AM; 3) Alimentação complementar; e 4) Rede de suporte (Quadro 2). O modelo conceitual desenvolvido pelas autoras (Figura 1) foi composto por 4 níveis, que dialogam com os temas e subtemas construídos: o nível Individual trata de aspectos relacionados à mãe e à criança; o Intergeracional engloba fatores relacionados ao papel das avós na transmissão de conhecimentos e práticas e no cuidado com a mãe e a criança; o Comunitário/cultural trata de questões relacionadas à cultura da comunidade e aspectos financeiros; e o nível

de Política Pública engloba os serviços de atenção à saúde que a comunidade acessa. É importante ressaltar que a construção do modelo conceitual levou em conta a forma como os elementos abordados pelas participantes influenciam a alimentação infantil. Os temas centrais são compostos por elementos que se distribuem entre os níveis do modelo, com um mesmo tema podendo ter subtemas pertencentes a níveis diferentes, desde o individual ao de políticas públicas.

Quadro 2. Temas centrais e subtemas identificados nos grupos focais com mulheres de uma comunidade quilombola no estado de Goiás. Brasil, 2019.

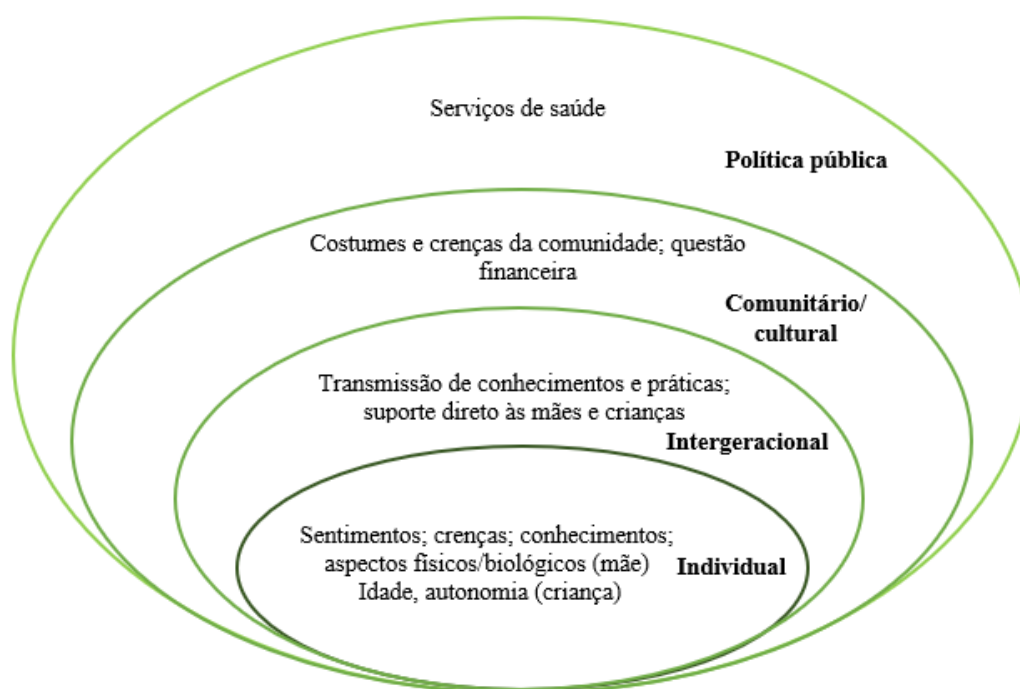
Tema	Subtemas	Descrição
1. Motivos para amamentar	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde da criança - Questão financeira - Amamentação como costume na comunidade - Sentimentos materno positivo em relação à amamentação 	Esse tema tratou dos motivos que estimulam as mulheres a amamentar.
2. Fatores que influenciam negativamente o aleitamento materno	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades nos primeiros dias pós-parto - Dificuldades na amamentação do primeiro filho - Percepção de baixa produção de leite - Uso de chás como substituto do colostro - Uso de bicos artificiais - Características maternas ¹ - Características da criança ² 	Esse tema englobou fatores que dificultam ou influenciam negativamente o início ou a continuidade da amamentação.
3. Alimentação complementar	<ul style="list-style-type: none"> - Período de introdução - Classificação dos alimentos - Autonomia da criança 	Esse tema abordou o momento em que novos alimentos são introduzidos e aspectos culturais quanto a alimentos que devem ou não ser oferecidos à criança nessa fase
4. Rede de suporte	<ul style="list-style-type: none"> - Transmissão intergeracional de conhecimentos e experiências pelas avós - Assistência dos serviços de saúde no pré-natal, parto e pós-parto - Dissonância entre as práticas do serviço de saúde e da comunidade 	Esse tema tratou da rede de suporte família/comunitária e dos serviços de saúde constituída ao redor da mulher e como esses atores participam e influenciam no cuidado com a mulher e criança e nas práticas alimentares infantis

Fonte: elaborado pelas autoras a partir da análise dos grupos focais com mães e avós quilombolas.

¹ Nova gravidez; questão estética relacionada ao formato dos seios

² Nascimento dos dentes

Figura 1. Modelo conceitual sobre as influências na alimentação infantil identificadas em grupos focais com mulheres de uma comunidade quilombola no estado de Goiás, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado pelas autoras, com base em adaptação do modelo socioecológico apresentado em Klassen et al.

1. Motivos para amamentar

Há a percepção de que o AM é uma forma saudável de alimentar as crianças nos primeiros meses de vida, demonstrando uma valoração positiva do AM nos dois grupos focais. Além disso, amamentar significa deixar de gastar com outros alimentos, como substitutos do leite materno, indicando o AM como vantajoso financeiramente. O ato de amamentar foi descrito como um costume reproduzido pelas mulheres na comunidade ao longo do tempo, e isso parece exercer influência positiva sobre a decisão das mães.

Outro motivo para amamentar é o sentimento de satisfação das mães com a possibilidade de alimentar o filho, contribuindo para seu crescimento e saúde.

Um momento de felicidade que você vê o bichinho ali, fortinho ali, e você dando de mamar a ele. Nós ficamos feliz demais de ver o seu filho sadio ali, segurando o peito para ele. Você fica feliz, que você olha, você vê, fala, graças a Deus. (GFA)

Apesar da maioria das mulheres expressarem um sentimento positivo como motivador para a amamentação, houve relatos de mulheres que não gostaram da experiência de amamentar. Todavia, independentemente do sentimento materno em relação ao AM, a preocupação com a saúde da criança é, nessa comunidade, preponderante na decisão materna de amamentar.

Não achei graça [na amamentação] (...). Você dá mesmo pela saúde, porque é o jeito também, não porque é gostoso, [ou uma] sensação boa (...). (GFM)

2. Fatores que influenciam negativamente o AM

A dificuldade para amamentar no primeiro dia pós-parto foi mencionada pelas participantes, havendo diferenças pelo tipo e local de parto. Quando o parto ocorre em casa, há uma prática da comunidade de iniciar a amamentação apenas no dia seguinte ao nascimento da criança, quando a quantidade de leite produzida pela mãe seria maior. Quando o parto é realizado no hospital, logo após o nascimento a mãe é estimulada a amamentar pela equipe de saúde, ainda que encontre dificuldades.

A oferta de chás para a criança em substituição ao colostro, inclusive imediatamente após o nascimento, é relatada como recorrente nos primeiros dias pós-parto, quando considera-se que a mãe ainda não tem leite suficiente para amamentar. Nos primeiros meses de vida, essa oferta ocorre também para aliviar dores (perspectiva curativa), geralmente com uso de ervas medicinais cultivadas nos quintais.

Agora aqui em casa não, ganhava [a criança] hoje, no outro dia você não tinha leite, não é? Aí dava um chá para o menino (...). Quando era no outro dia [pós-parto] que o peito amanhecia mais cheio que ia puxar. (GFA)

Os dois grupos expressaram a percepção de “pouco leite”, ou seja, de que algumas mães produziam menor quantidade de leite do que a criança necessitava, levando à complementação ou substituição do leite materno com outro leite ou chás, geralmente oferecidos na mamadeira.

No GFA, o uso de mamadeira se mostrou como uma prática não usual, vista como algo “moderno”, e que era adotada na sua época apenas em casos de justificada “necessidade”, como em situações em que se acreditava na impossibilidade da mãe produzir leite ou durante momentos de ausência materna no domicílio. Já no GFM, o uso de mamadeira pareceu mais naturalizado, principalmente como forma complementar ao

leite materno, quando a criança completa seis meses de idade e a mãe considera que o leite materno não é mais suficiente para suprir suas necessidades, sendo complementado com fórmulas infantis, alimentos ultraprocessados à base de cereais e outros leites.

Depois de seis meses aí tem que complementar, porque ninguém consegue manter só no peito, então, aí já complementa (...). (GFM)

Com relação às características maternas, uma nova gravidez foi apontada por mães e avós como o principal motivo para o desmame, sendo uma prática consolidada entre as mulheres na comunidade. Quando questionadas sobre o planejamento familiar, as participantes não o reconheceram como um serviço acessível, vendo como um benefício exclusivo de famílias com alto poder aquisitivo. Apesar disso, as mães participantes foram unânimes em relatar que não havia diferença na prática da amamentação o fato de um filho ser planejado ou não.

Eu acho que esse negócio de planejar filho fica para gente rica, a gente pobre a gente não pensa, só faz, e cria, e pronto. (GFM)

A amamentação do primeiro filho foi citada como a mais desafiadora, pela falta de conhecimento e de acesso ao manejo oportuno para lidar com as dificuldades na amamentação, incluindo problemas relacionados ao mamilo (mamilo plano ou invertido).

O nascimento dos dentes foi apontado pelos dois grupos como motivo para o desmame pois, segundo as participantes, causa desconforto na mãe e é visto como um sinal fisiológico de que a criança já está pronta para receber outros alimentos e o AM pode ser interrompido.

Porque já nascia os dentes tudinho, aí começava a morder, (...), então, agora você já está mordendo vai para o feijão, aí dava só o feijão com arroz e desmamava. (GFA)

Outro motivo para desmame citado pelas avós foi a questão estética relacionada ao formato dos seios após a amamentação, sendo uma preocupação que passou a ocorrer mais recentemente, demonstrando a influência do padrão estético moderno nas práticas de amamentação.

3. Alimentação complementar

Segundo as participantes, a introdução de outros alimentos, além do leite materno, pode ou deve ser feita em momentos que variaram de “três meses” a “pouco antes de um ano”, com uma referência ao momento de interrupção do AM, sem mencionar idade específica. Para algumas mães, a introdução de outros alimentos remete apenas à “comida de sal”, ou “comida da família, sem considerar outros líquidos e alimentos oferecidos, inclusive na mamadeira.

De forma geral, a duração total do AM é determinada pela mãe, porém em alguns casos, a criança voluntariamente inicia o desmame. Em ambos os grupos se relatou que as crianças na comunidade costumam ser amamentadas até um ano e meio, idade em que as mães já consideram que não é mais necessário amamentar.

É porque, no caso nós paramos de dar de mamar com um ano e meio, porque já tava o meninão grandão já... (GFA)

Os primeiros alimentos oferecidos às crianças são aqueles que fazem parte do hábito alimentar da família, sendo abóbora, feijão (principalmente o caldo), batata, sopa, mandioca e cuscuz os principais alimentos mencionados. Alguns alimentos, como carnes gordurosas e a feijoa (um tipo de leguminosa, também conhecida como fava), são considerados “pesados” e não devem ser oferecidos para as crianças nessa fase, pois elas ainda não têm o sistema digestório desenvolvido o suficiente para digerir esses alimentos.

No GFA, algumas falas sugerem mudanças nos hábitos alimentares da comunidade, tanto com relação à menor aceitação pelas crianças de alguns alimentos antes consumidos rotineiramente, quanto no que diz respeito à forma de acessar determinados alimentos. Segundo os relatos, alguns alimentos antes obtidos de forma artesanal, como a farinha de milho para cuscuz, agora podem ser adquiridos prontos no comércio, reduzindo o trabalho, especialmente da mulher. Houve relatos de oferta de alimentos ultraprocessados, como bebidas lácteas e bolachas.

Identificou-se uma certa autonomia das crianças para escolhas alimentares, quando algumas das participantes do GFM relataram que as crianças preferiam “comida de sal” à mamadeira.

Até hoje come feijão com arroz, porque eles não tomavam mamadeira. Aí eu tentava e [ele] chorava para não tomar mamadeira. Aí eu tive que sustentar no peito até eles comer comida de sal (...). (GFM)

4. Rede de suporte: o papel das avós e dos serviços de saúde

A participação das avós no cuidado com as crianças e mães, e na transmissão de conhecimentos, práticas e experiências foi relatado como algo positivo pelas participantes. Essa ‘transmissão’ dá-se tanto pela oralidade, quanto pelas próprias ações executadas pela avó.

Maravilhoso... O que seria da gente sem as avós? Eu não sabia de nada. (GFM)

No GFA, as participantes relataram que ensinam as filhas sobre práticas pautadas na experiência própria e conhecimento acumulado. Um exemplo da transmissão intergeracional de conhecimentos é a oferta de chás às crianças, prática recomendada pelas avós ou realizada diretamente por elas.

A atuação dos serviços de saúde, na visão das participantes, inclui ações diretas de manejo e ações educativas, como palestras em unidades de saúde, além da assistência pré-natal no serviço público, uma prática que se tornou mais frequente atualmente, segundo relatos das avós.

Eu tive no hospital, quando eu ganhei o segundo, eles davam palestra para ensinar como é que era. (GFM)

Identificou-se dissonâncias entre práticas da assistência prestada pelos serviços de saúde e práticas tradicionais da comunidade quilombola. A amamentação cruzada apareceu nos relatos do GFA como uma alternativa na comunidade, quando a mãe não consegue amamentar nos primeiros dias. O mesmo aconteceu com a recomendação de chá logo após o nascimento, pelas avós.

A alimentação da nutriz também é ponto de divergências. Mulheres que tiveram partos no hospital relataram que alguns alimentos considerados “proibidos” no pós-parto segundo as tradições da comunidade, como o repolho, foram ofertados pelo serviço de saúde. Além disso, relataram que o parto do tipo cesariana implica em mais restrições alimentares, contudo essas restrições não foram detalhadas pelas mulheres.

No hospital, aí chega com os pratos daquelas coisas que a gente não pode comer em casa [após o parto]. E chega com aquele prato, só que muitas das vezes faz a gente passar mal. (GFM)

As participantes citaram alimentos considerados proibidos ou recomendados no que diz respeito à produção de leite a partir de recomendações da família/comunidade, e apenas uma feita por um profissional de saúde. Entre os alimentos que estimulam a produção de leite foram citados: líquidos, canjica, cuscuz, cerveja e carnes; entre os alimentos que fazem “secar” o leite estão carnes de caça, manga e resina da árvore de angico, que costuma ser consumida pelos moradores.

Discussão

Este estudo evidenciou que as práticas de alimentação infantil na comunidade quilombola preservam tradições, valores e conhecimentos tradicionais ligados à cultura afrodiáspórica, que são transmitidos entre gerações e permeiam as relações entre mães, filhos, avós e comunidade. As práticas de amamentação e introdução de alimentos são perpassadas por fatores culturais da comunidade quilombola e também incorporam elementos da assistência prestada pelos serviços de saúde, ainda que esta última pareça exercer uma influência menor nesse contexto. Ou seja, apesar das formas de cuidado e alimentação das crianças serem adaptadas e ressignificadas ao longo do tempo, as diferenças e tensionamentos em relação a evidências científicas ocidentais hegemônicas no que diz respeito ao modo quilombola de maternar e cuidar existem e perpassam as atividades de apoio, proteção e promoção da AM e da AC.

O AM na comunidade quilombola está centrado na perspectiva da criança, seja em relação aos benefícios nutricionais ou por questões financeiras da família, em detrimento das necessidades e desejos da mulher. Evidências apontam que em diferentes populações ambos aspectos têm sido os principais motivadores para mulheres amamentarem ^{12,32-34}. No presente estudo, o sentimento materno positivo foi preponderante e considerado um fator facilitador do AM, o que poderia ocorrer de forma diferente em outros grupos. Isso reforça a necessidade de que os sentimentos maternos em relação à criança e à amamentação não sejam negligenciados no manejo do AM. A questão financeira, apontada no modelo conceitual como um fator ligado à comunidade, poderia também ser pensada no nível mais macro, uma vez que se relaciona com a classe social e o contexto das políticas públicas.

No contexto quilombola, marcado pela insegurança alimentar e pelo não acesso pleno à saúde, educação, água e saneamento, terra e território, o AM ganha relevância ainda maior como alimento essencial, seguro e de baixo custo para a criança, configurando-se como estratégia de proteção e nutrição ^{6,35}. Nesse sentido, a promoção

do AM contribui para a realização do direito humano à alimentação, com benefícios que se estendem para além dos primeiros anos de vida e ultrapassam as barreiras individuais e familiares ³⁶.

A manutenção do AME nos primeiros seis meses de vida tem sido apontada como um dos principais desafios no que diz respeito à amamentação em populações quilombolas ²³. Práticas culturais como a não oferta do colostro nos primeiros dias pós-parto, a percepção de “leite fraco” ou “pouco leite”, a oferta precoce de complementos do leite materno e de chás, questões também identificadas por Martins et al. ao estudar a amamentação em comunidades quilombolas na Bahia ²⁴, podem interferir negativamente no AME. O uso de chás, seja como substituto do colostro ou com finalidade medicinal, faz parte da tradição quilombola, representando cuidado e conexão com elementos culturais e conhecimentos ancestrais ^{23,24,37}. Contudo, no aspecto fisiológico, eles reforçam a ideia de insuficiência do leite materno e estão associados ao uso de bicos artificiais e desmame precoce ³⁸⁻⁴⁰.

Aspectos relacionados à criança, como o nascimento dos dentes, e uma nova gravidez são tidos como os principais motivos para o desmame na comunidade. A ocorrência de uma nova gravidez tem sido identificada como uma barreira à continuidade do AM em diferentes culturas ⁴¹. Manter a amamentação durante a gravidez é possível, caso a mãe deseje ⁴². Esse processo deve ser orientado pelos profissionais de saúde com abordagens baseadas em evidências, mas também no diálogo sobre as motivações e crenças maternas e familiares. Além disso, as políticas públicas devem garantir acesso ao planejamento familiar que considere a etnicidade, a religião, a cultura e as classes sociais ⁴³.

A oferta precoce de alimentos ultraprocessados para as crianças quilombolas também foi identificada em estudos que avaliaram consumo alimentar de crianças não-quilombolas ⁴⁴⁻⁴⁶. O consumo desses produtos por crianças pequenas pode influenciar hábitos alimentares e a situação de saúde futuros, estando associado a maiores prevalências de excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis ^{47,48}. A presença desses alimentos na comunidade traz a necessidade de problematizar sobre quais escolhas alimentares têm sido favorecidas diante da disponibilidade e do acesso físico e financeiro aos alimentos em comunidades quilombolas rurais.

Nesse estudo, as avós foram identificadas como protagonistas no processo decisório da alimentação infantil, seja pela transmissão de conhecimentos, pelo compartilhamento de experiências ou pelo apoio oferecido às mães, assim como ocorre

em populações não quilombolas ^{13,49,50}. As avós são a principal fonte de informação para as mães e a participação delas no processo de amamentação pode incentivar ou desestimular essa prática ¹³. Em comunidades da diáspora africana essa característica pode ser ainda mais acentuada, onde os idosos são referências de identidade étnica e memória dos territórios quilombolas, atuando no repasse de conhecimentos aos mais jovens, através da oralidade e vivências familiares e comunitárias ^{24,51}.

As divergências entre os conhecimentos científicos dominantes – muito pautados na perspectiva biológica – e as práticas da comunidade mostram a necessidade de reconhecer que as interpretações ocidentalizadas sobre saúde não dão conta de compreender as especificidades e singularidades dos modos de vida e organização sociocultural vivenciadas na diáspora africana pelas comunidades quilombolas. Questões como a amamentação cruzada, prática culturalmente aceita pela comunidade e contraindicada pelos profissionais de saúde devido ao risco de transmissão vertical de doenças, e o uso de chás e complementos do leite materno reforçam importância da aproximação com a realidade da comunidade e o conhecimento de sua cultura e práticas tradicionais, para a oferta de uma atenção à saúde qualificada e resolutiva ³⁷.

Os achados deste estudo são semelhantes aos encontrados entre populações não quilombolas, porém exigem uma abordagem diferenciada pelos serviços de saúde. A articulação entre evidências científicas existentes e saberes e práticas populares, e inclusive a possibilidade da construção de novos conhecimentos e abordagens emancipatórias e não colonizadoras, exigem a transformação do modelo de atenção à saúde ofertado às comunidades quilombolas, e passam, necessariamente, pelo processo de escuta qualificada desses grupos. É fundamental que em sua atuação, os profissionais de saúde busquem compreender a dinâmica sociocultural e a participação da rede de apoio local do processo de cuidado e alimentação infantil e, a partir daí, elaborem estratégias conjuntas para a orientação da mulher e da família. A saúde é direito constitucional da população brasileira e sua oferta deve ser pautada nos princípios do Sistema Único de Saúde, com acesso universal, atenção integral e qualificada, igualdade de assistência e direito à informação ⁵², respeitando e valorizando os saberes tradicionais no cuidado em saúde.

Por se tratar de estudo exploratório, não houve intenção de esgotar a discussão dessa temática, que tem diversas camadas a serem documentadas. As questões aqui colocadas são produto do contexto sociocultural e histórico da comunidade quilombola estudada e não representam necessariamente toda a população quilombola brasileira.

Reconhece-se ainda que, ao estudar tais comunidades, é necessário considerar as particularidades inerentes à uma população com ancestralidade negra no Brasil, sua trajetória e sua identidade construída a partir de elementos da matriz africana, que permanecem presentes, em maior ou menor grau nas comunidades quilombolas. Assim, entende-se como uma limitação do estudo que a análise do objeto em questão não tenha se aprofundado na perspectiva afrocentrada.

Em contrapartida, um aspecto positivo em nossa análise foi o modo de codificação e sistematização dos temas, assim como a construção de um modelo teórico para guiar a interpretação dos resultados. Modelos conceituais com abordagem socioecológica têm sido usados em pesquisas sobre saúde e desenvolvimento infantil para compreender fenômenos e delinear ou testar intervenções, considerando a complexidade das questões e as interações entre elementos diversos^{13,53}. O processo de elaboração do modelo conceitual do presente estudo foi desafiador, mas muito útil, pois auxiliou na visualização e compreensão das interrelações entre as questões relacionadas à alimentação infantil que emergiram dos grupos.

Por fim, esse estudo traz à tona elementos importantes para o (re)conhecimento da comunidade quilombola e reforça a necessidade da reorientação das políticas de alimentação e nutrição infantil nessas comunidades. Esse estudo, de forma inédita na literatura, deu voz a mães e avós quilombolas, buscando reconhecer as especificidades das experiências dessas mulheres afrodiáspóricas, o que permitiu observar semelhanças e diferenças intergeracionais nas práticas e percepções sobre alimentação infantil.

Considerações finais

As percepções e práticas relacionadas à alimentação infantil de mulheres quilombolas estão permeadas por fatores culturais produzidos e reproduzidos na comunidade por gerações, tendo as avós como figura de destaque nesse contexto. É concreto e urgente o desafio de planejar e implementar ações de promoção da saúde e alimentação adequada e saudável baseadas na realidade e nas demandas das comunidades tradicionais, sem imposição das práticas e conhecimentos ocidentalizados, que frequentemente desconsideram os modos de vida dessas populações.

Referências

1. Presidência da República. Decreto no 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação,

demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. [Internet]. 4.887 2003. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm

2. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC*. 2011;13(5):937–43.
3. Gubert MB, Segall-Corrêa AM, Spaniol AM, Pedroso J, Coelho SE dos AC, Pérez-Escamilla R. Household food insecurity in black-slaves descendant communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended? *Public Health Nutr*. 2017;20(8):1513–22.
4. Pinto AR, Borges JC, Novo MP, Pires PS. Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014 p. 214. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate).
5. Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP, Oliveira SKM, Pereira MM, et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(3):307–13.
6. Ferreira H da S, Xavier Júnior AFS, de Assunção ML, dos Santos EA, Horta BL. Effect of Breastfeeding on Head Circumference of Children from Impoverished Communities. *Breastfeed Med*. 2013;8(3):294–301.
7. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*. 2016;387(10017):475–90.
8. Canicali Primo C, Nunes B de O, Universidade Federal do Espírito Santo, Lima E de FA, Universidade Federal do Espírito Santo, Leite FMC, et al. Which factors influence women in the decision to breastfeed? *Investig Educ En Enferm* [Internet]. 2016 [citado 6 de janeiro de 2021];34(1). Disponível em: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/iee/article/view/26007>
9. Rocha NB, Garbin AJI, Garbin CAS, Moimaz SAS. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2010;20(4):1293–305.
10. Rotenberg S, De Vargas S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2004;4(1):85–94.
11. de Sousa AM, Fraccolli LA. Práticas familiares relacionadas à manutenção da amamentação: revisão da literatura e metassíntese. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(2):127–34.
12. Kavle JA, Picolo M, Buccini G, Barros I, Dillaway CH, Pérez-Escamilla R. Strengthening counseling on barriers to exclusive breastfeeding through use of job aids in Nampula, Mozambique. Doherty T, organizador. *PLOS ONE*. 2019;14(12):e0224939.

13. Marques ES, Cotta RMM, Magalhães KA, Sant'Ana LF da R, Gomes AP, Siqueira-Batista R. A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2010;15(Supl. 1):1391–400.
14. Ferreira TDM, Piccioni LD, Queiroz PHB, Silva EM, Vale IN do. Influence of grandmothers on exclusive breastfeeding: cross-sectional study. *Einstein São Paulo*. 2018;16(4):1–7.
15. Queiroz P, Mendes RT, Zanolli M de L. A interferência relativa das avós no aleitamento materno de suas filhas adolescentes. *Rev Bras Em Promoção Saúde*. 2016;29(2):253–8.
16. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(2):141–7.
17. Melo LO de. Atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos: saberes e práticas de cuidado à luz da teoria transcultural [Internet] [Dissertação]. [Maceió]: Universidade Federal de Alagoas; 2016.
18. Neto P. Cultura negra. In: *Africanidades e Relações Raciais: Insumos para políticas públicas na área do livro, leitura e bibliotecas no Brasil*. 1a. Brasília: Fundação Cultural Palmares; 2014. p. 402.
19. Lisboa AV, Féres-Carneiro T, Jablonski B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. *Psicol Em Estudo*. 2007;12(1):9.
20. Ferreira H da S, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM dos. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;30:51–8.
21. Ferreira H da S, Torres ZMC, Ferreira H da S, Torres ZMC. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2015;15(2):219–29.
22. Oliveira HO, Souza BO, Santos LMP. Diagnóstico das condições de vida nas comunidades quilombolas incluídas na Chamada Nutricional. In: *Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. – N. 9).
23. Silva GPC, Padilha LL, Silveira VN da C, Frota MTBA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em mulheres quilombolas. *DEMETERA Aliment Nutr Saúde*. 2019;14(Supl. 1):e42600.
24. Martins LA, Oliveira RM de, Camargo CL de, Aguiar AC de SA, Santos DV dos, Whitaker MCO, et al. Prática do aleitamento materno em comunidades quilombolas à luz da teoria transcultural. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(4):e20190191.

25. Minayo MC de S, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 2013.
26. Yin RK. Estudo de caso: Planejamento e métodos. 3a. Porto Alegre: Bookman; 2003.
27. Backes DS, Colomé JS, Erdmann RH, Lunardi VL. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo Saúde*. 2011;35(4):438–42.
28. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2009;19(3):777–96.
29. Bardin L. Análise de conteúdo. 1a. São Paulo: Edições 70; 2011.
30. Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Serv Res*. 2007;42(4):1758–72.
31. Klassen AC, Milliron BJ, Suehiro Y, Abdulloeva S, Leonberg B, Grossman S, et al. “Then you raise them with Shirchoy or cookies”: Understanding influences on delayed dietary diversity among children in Tajikistan. *Matern Child Nutr*. 2019;15(2): e12694.
32. Radzyminski S, Callister LC. Mother’s Beliefs, Attitudes, and Decision Making Related to Infant Feeding Choices. *J Perinat Educ*. 2016;25(1):18–28.
33. Silva AE da, Campos COM, Oliveira M do CF de, Ribeiro AQ, Cotta RMM, Araújo RMA, et al. Mudança da concepção materna sobre a amamentação. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2016;16(4):399–406.
34. Takushi SAM, Tanaka AC d’Andretta, Gallo PR, Machado MAM de P. Motivação de gestantes para o aleitamento materno. *Rev Nutr*. 2008;21(5):491–502.
35. Gomes GP, Gubert MB. Breastfeeding in children under 2 years old and household food and nutrition security status. *J Pediatr (Rio J)*. 14 de junho de 2012;88(3):279–82.
36. Ministério da Saúde. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Ministério da Saúde; 2017.
37. Silva M, Martinez J, Santos R, Martins S. Entre o chá e o voltaren: condições de saúde e cultura alimentar em comunidades quilombolas de Goiás. In: Silva AM, Falcão JLC (orgs.). *Práticas corporais em comunidades quilombolas de Goiás*. Goiânia: PUC Goiás; 2011. p. 195–216.
38. Buccini G dos S, Benício MHD, Venancio SI. Determinants of using pacifier and bottle feeding. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):571–82.
39. Caminha M de FC, Serva VB, Anjos MMR dos, Brito RB de S, Lins MM, Batista Filho M. Aleitamento materno exclusivo entre profissionais de um Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(4):2245–50.

40. Sanches MTC, Buccini G dos S, Gimeno SGA, Rosa TE da C, Bonamigo AW. Fatores associados à interrupção do aleitamento materno exclusivo de lactentes nascidos com baixo peso assistidos na atenção básica. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(5):953–65.
41. Buccini G, Pérez-Escamilla R, Kavle JA, Picolo M, Barros I, Dillaway CH. Addressing Barriers to Exclusive Breastfeeding in Nampula, Mozambique: Opportunities to Strengthen Counseling and Use of Job Aids: Technical Report. Washington, D.C.: USAID’s Maternal and Child Survival Program (MCSP); 2019 p. 66.
42. López-Fernández G, Barrios M, Goberna-Tricas J, Gómez-Benito J. Breastfeeding during pregnancy: A systematic review. *Women Birth*. 2017;30(6):e292–300.
43. Santos JC dos, Freitas PM de. Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(3):1813–20.
44. Giesta JM, Zoche E, Corrêa R da S, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(7):2387–97.
45. Lopes WC, Pinho L de, Caldeira AP, Lessa A do C. Consumo de alimentos ultraprocessados por crianças menores de 24 meses de idade e fatores associados. *Rev Paul Pediatr*. 2020; 38: e2018277.
46. Saldan PC, Mello DF de. Variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis por crianças de 6 a 23 meses de idade de uma cidade do interior do Paraná. *DEMETERA Aliment Nutr Saúde*. 2019;14 (Supl. 1): e43705.
47. Pan American Health Organization. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications [Internet]. PAHO; 2015 [citado 27 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7699>
48. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IRR de, Cannon G. A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saúde Pública*. novembro de 2010;26(11):2039–49.
49. Negin J, Coffman J, Vizintin P, Raynes-Greenow C. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016; 16: 1–10.
50. Silva AFM da, Gaiva MAM, Bittencourt RM. Uso de lactogogos na amamentação por mães assistidas numa unidade de saúde da família. *Rev Rene*. 30 de junho de 2011;12(3):574–81.
51. Santos PF, Aguiar ALO. Histórias que educam: dos velhos do quilombo à formação para a juventude – memória, saberes, tradição. *Roteiro*. 2019;44(2):1–16.
52. Presidência da República. 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. [Internet]. 8.080 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

53. Reifsnider E, Gallagher M, Forgione B. Using Ecological Models in Research on Health Disparities. *J Prof Nurs*. 2005;21(4):216–22.

4.2. Artigo 2 – Condições de vida, saúde e nutrição de mulheres e crianças menores de 5 anos em comunidades quilombolas de Goiás, Brasil

O artigo “Condições de vida, saúde e nutrição de mulheres e crianças menores de 5 anos em comunidades quilombolas de Goiás, Brasil” de autoria de Priscila Olin Silva, Raquel Machado Schincaglia, Leonor Maria Pacheco Santos e Muriel Bauermann Gubert será submetido ao periódico *Cadernos de Saúde Pública*.

Condições de vida, saúde e nutrição de mulheres e crianças menores de 5 anos em comunidades quilombolas de Goiás, Brasil

Autoria: Priscila Olin Silva¹; Raquel Machado Schincaglia¹; Leonor Maria Pacheco Santos²; Muriel Bauermann Gubert¹

¹Núcleo de Estudos Epidemiológicos em Saúde e Nutrição. Departamento de Nutrição. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

² Programa de Pós Graduação em Nutrição Humana. Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

Resumo:

O objetivo do estudo foi investigar as condições de saúde, alimentação e nutrição de mulheres e crianças menores de 5 anos em comunidades quilombolas certificadas no estado de Goiás. Estudo transversal realizado em 9 comunidades quilombolas rurais, certificadas e não tituladas no estado de Goiás, entre 2017 e 2018. Foram avaliadas características demográficas, socioeconômicas, de saúde, segurança alimentar, estado nutricional e aspectos relacionados à dieta. Participaram do estudo 203 mulheres e 73 crianças de 0 a 59 meses. Identificaram-se indicadores desfavoráveis de saneamento básico, escolaridade, segurança alimentar, trabalho e renda. O excesso de peso foi identificado entre 65,5% (n=125) das mulheres. Entre as crianças, 18,8% (n=13) estavam com risco de sobrepeso. A dieta das mulheres e crianças apresentou baixa diversidade e qualidade e elevado consumo de ultraprocessados. A maior diversidade da dieta esteve associada à maior renda (p<0,001), não participação em programa de transferência de renda (p=0,038) e à maior escolaridade (p<0,001) para as mulheres e menor quantidade de moradores no domicílio (p=0,046), à classificação socioeconômica B/C (p=0,018) e à dieta diversa materna (p<0,001) para as crianças. Já a baixa qualidade da dieta em

mulheres se associou à menor renda ($p < 0,001$) e em crianças, à menor diversidade da dieta materna ($p = 0,046$). O estudo mostrou que mulheres e crianças de comunidades quilombolas em Goiás estão expostas a precárias condições de vida e alimentação, frutos da exclusão social sistemática à que essa população é submetida, reforçando a urgência de ações efetivas para garantia de seus direitos básicos.

Palavras-chave: saúde, nutrição, grupos com ancestrais do continente africano

Introdução

Os povos e comunidades tradicionais são grupos culturalmente diferenciados, que apresentam formas próprias de organização social e possuem uma relação territorial específica, usando este espaço e recursos para sua reprodução social, cultural e econômica, e contribuindo de forma essencial para a formação da história e identidade brasileiras (1). Entre esses grupos, estão as comunidades remanescentes de quilombos – quilombolas –, cuja origem histórica remete aos espaços de resistência à escravidão. Ao longo da história, o termo “quilombo” foi ganhando outros contornos, mas continua sendo uma referência a um movimento de resistência à opressão histórica, com ancestralidade negra e relação diferenciada com o território, mantendo um conjunto de manifestações e práticas tradicionais transmitidas por gerações (2,3).

Em 1988, após intenso processo de luta, as comunidades e seu direito ao território foram legalmente reconhecidos pelo Estado brasileiro (4) e desde então, políticas públicas têm sido desenvolvidas no sentido de “compensar” séculos de exclusão e invisibilidade. Contudo, essas ações não têm sido suficientes para garantir a efetivação dos direitos básicos para essa população. A baixa escolaridade, precária assistência à saúde, insegurança alimentar e más condições de moradia e saneamento estão entre os principais problemas e violações a que essas comunidades estão submetidas (5–9).

O Brasil possui atualmente 3.471 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), das quais 69 estão no estado de Goiás (10). A maioria das comunidades está em regiões rurais, muitas com relativo isolamento geográfico, um dificultador para o acesso aos serviços públicos pelas famílias.

Observa-se nos últimos anos um crescimento no volume de estudos envolvendo as temáticas de saúde e nutrição da população quilombola, contudo, ainda existem lacunas relacionadas a diversas áreas, como questões de demografia, saúde, e alimentação e nutrição, especialmente quando se trata do público materno-infantil, um grupo reconhecidamente mais vulnerável à violação de direitos humanos (11). Destacam-se na

literatura duas pesquisas em âmbito populacional, a Chamada Nutricional Quilombola, realizada em 2006, e o Censo dos territórios quilombolas titulados em 2011, que forneceram dados sobre condições de saúde, acesso a políticas públicas, disponibilidade de alimentos, estado nutricional e segurança alimentar (8,12).

Especialmente na temática alimentação e nutrição, observa-se o crescimento do excesso de peso entre crianças e adultos nas comunidades quilombolas, acompanhando as tendências da população brasileira (13,14). A crescente disponibilidade de alimentos ultraprocessados e redução do acesso a alimentos frescos como frutas e vegetais, além de baixas prevalências de aleitamento materno exclusivo (AME), são aspectos que compõem um cenário preocupante relativo à qualidade da alimentação dessa população. Tais aspectos são, ao mesmo tempo, manifestações do processo de transição alimentar e nutricional observada no Brasil, e da altas prevalências de insegurança alimentar e nutricional experimentadas nessas comunidades (15).

Considerando necessidade de ampliar e qualificar o conhecimento acerca das condições de vida, saúde e nutrição em comunidades quilombolas, especialmente no que se refere às práticas alimentares saudáveis nos primeiros anos de vida (16), este estudo teve como objetivo avaliar os fatores associados à diversidade e à qualidade da dieta de mulheres e crianças de 0 a 59 meses em comunidades quilombolas certificadas em Goiás.

Métodos

Desenho e população do estudo

Estudo de delineamento transversal, sendo um recorte da pesquisa *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida das Comunidades Quilombolas de Diferentes Regiões Brasileiras: um Estudo Multicêntrico*, cujo objetivo foi avaliar a disponibilidade e utilização dos serviços de atenção primária à saúde, a saúde e a qualidade de vida da população de mulheres, crianças e idosos quilombolas nos estados de Alagoas, Goiás e Rio Grande do Sul.

As comunidades quilombolas participantes da pesquisa estavam localizadas no estado de Goiás e foram selecionadas por meio de sorteio, a partir dos registros de comunidades certificadas pela FCP em 2016. Foram consideradas elegíveis comunidades certificadas, rurais e não tituladas (não possuem o título de posse coletiva da terra). Inicialmente, o sorteio das comunidades foi realizado com intuito de alcançar um quantitativo mínimo de 400 famílias por centro de pesquisa participante do projeto matriz, contudo as diferenças na composição das comunidades por estado e a falta de registros

precisos sobre o número de famílias por comunidade dificultou o alcance da amostra inicial prevista. Em Goiás, foram incluídas nove comunidades quilombolas, localizadas em oito municípios. A estimativa de famílias residentes em cada comunidade era fornecida pelas lideranças quilombolas locais após o primeiro contato da equipe de pesquisa.

Todos os domicílios das comunidades estavam aptos a participar da pesquisa. A identificação e o recrutamento das famílias foram intermediados por um membro da comunidade ou agente comunitário de saúde da região. Após duas tentativas sem sucesso de encontrar os moradores, o domicílio foi excluído da pesquisa. O presente estudo faz um recorte enfocando o público materno-infantil. Assim, foram consideradas elegíveis todas as mulheres de 19 a 59 anos. Eram também elegíveis as crianças menores de 59 meses, estratificadas em duas faixas etárias: 0 a 23 meses e 24 a 59 meses. Quando havia no domicílio mais de uma criança em uma faixa etária, apenas uma foi sorteada para participar da pesquisa. A amostra final foi de 203 mulheres e 73 crianças (32 de 6 a 23 meses e 41 de 24 a 59 meses). As variações no número de observações nos resultados ocorrem em razão da estratificação ou dados faltantes.

Coleta de dados

A coleta de dados nas comunidades de Goiás ocorreu entre julho de 2017 e julho de 2018 e se deu por meio de visitas domiciliares, com aplicação de questionários semiestruturados desenvolvidos especificamente para a pesquisa e coleta de dados antropométricos, realizadas por equipe de entrevistadores treinados. As questões referentes a características socioeconômicas do domicílio e da família foram preferencialmente respondidas por uma moradora do sexo feminino com mais de 18 anos. Em caso de impossibilidade, outro morador com mais de 18 anos foi convidado a responder. As questões sobre crianças menores de 5 anos (saúde e nutrição) foram respondidas pela mãe ou responsável.

Variáveis

Caracterização socioeconômica, de infraestrutura e de segurança alimentar

Foram avaliadas variáveis relacionadas ao acesso a serviços públicos e infraestrutura (fonte de água; destinação do lixo); participação em programas de transferência de renda; renda familiar mensal; sexo, escolaridade e condição de trabalho

do chefe da família. A classificação socioeconômica dos domicílios foi feita com base em adaptação do Critério de classificação socioeconômica Brasil 2019 (17).

A situação de segurança alimentar do domicílio foi avaliada utilizando-se a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, um instrumento de medida direta da insegurança alimentar, composta por 14 questões. A classificação final baseia-se no somatório de respostas afirmativas às questões, classificando os domicílios em Segurança Alimentar; Insegurança Alimentar Leve; Insegurança Alimentar Moderada; e Insegurança Alimentar Grave (18).

Saúde e nutrição de mulheres

Os dados antropométricos utilizados para avaliação do estado nutricional foram peso, estatura e circunferência da cintura. A classificação do estado nutricional pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e a circunferência da cintura seguiu os pontos de corte preconizados pela Organização Mundial da Saúde (19).

Os dados de consumo alimentar foram coletados por meio de um Recordatório de 24 horas (R24h). A avaliação da dieta englobou três indicadores: diversidade da dieta (DD) – número de diferentes grupos alimentares consumidos no dia anterior (20,21); consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados no dia anterior; e qualidade da dieta.

Foi considerada uma dieta diversa quanto foram consumidos, no dia anterior, pelo menos 5 dos 6 grupos alimentares (cereais/raízes/tubérculos, feijões, legumes e verduras, frutas, carnes e ovos e leite e queijos) definidos em acordo com as recomendações dietéticas para a população brasileira (22). Para a construção do indicador de diversidade da dieta não foi considerada uma quantidade mínima de ingestão de alimento, apenas o relato de ingestão.

Para avaliação do consumo de alimentos ultraprocessados, utilizou-se a Classificação NOVA (23), preconizada pelo Guia Alimentar para a População Brasileira (22) e o indicador refere-se ao consumo de pelo menos um alimento ultraprocessado do dia anterior. Adicionalmente, avaliou-se também a participação proporcional de cada grupo de alimentos segundo grau de processamento no conjunto de todos os alimentos consumidos, sendo classificados em: Grupo 1: alimentos *in natura* e minimamente processados + ingredientes culinários; Grupo 2: alimentos processados; Grupo 3: alimentos ultraprocessados. Nessa etapa foram listados todos os alimentos registrados nos recordatórios de 24h e calculada a proporção de cada um dos grupos em relação ao

número total de alimentos registrados. A lista dos alimentos com a classificação por grau de processamento está disponível no Material Suplementar 1.

Para avaliação da qualidade da dieta considerou-se que a mulher estava exposta à uma dieta de baixa qualidade quando não atingiu a diversidade mínima da dieta e apresentou, concomitantemente, o consumo de pelo menos um alimento ou bebida ultraprocessados no dia anterior.

Saúde e nutrição de crianças

Foram coletadas as seguintes variáveis de saúde: ocorrência de diarreia, tosse ou febre nos últimos 15 dias, atualização do cartão de vacinação, informações sobre suplementação de vitamina A e de ferro (apenas para crianças de 6 a 24 meses).

Os dados antropométricos utilizados para avaliação do estado nutricional foram peso e estatura. A classificação do estado nutricional foi realizada usando os indicadores estatura para idade e Índice de Massa Corporal por idade, de acordo com os pontos de corte preconizados pela Organização Mundial da Saúde (24).

Os dados de consumo alimentar foram coletados por meio de um Recordatório de 24 horas (R24h). Para as crianças menores de 24 meses, foi aplicado também um formulário contendo questões relativas ao aleitamento materno (AM) e ao consumo alimentar no dia anterior, baseado no formulário de marcadores de consumo alimentar preconizados pelo Ministério da Saúde (25).

O AM foi avaliado com base nos indicadores propostos pela Organização Mundial da Saúde (26): aleitamento materno exclusivo em menores de 6 meses (AME); aleitamento materno continuado aos 12 meses; aleitamento materno entre menores de 24 meses.

A avaliação da dieta foi realizada para crianças de 6 a 59 meses. As crianças menores de 6 meses não foram incluídas nessa análise pois considera-se que deveriam estar em AME. A avaliação da dieta englobou três indicadores: diversidade da dieta (DD) – número de diferentes grupos alimentares consumidos no dia anterior (27), consumo de alimentos e bebidas ultraprocessados no dia anterior, e qualidade da dieta.

Existem várias propostas para a avaliação das práticas alimentares e qualidade da dieta de crianças, contudo, especialmente para as menores de 2 anos, ainda não há um consenso sobre a metodologia ideal a ser usada (28). O indicador de diversidade da dieta para crianças de 6 a 23 meses utilizado foi adaptado da metodologia proposta por

Bortolini et al. (2015) (29). Considerou-se uma dieta diversa quando houve o consumo de alimentos de pelo menos 4 dos 5 grupos alimentares recomendados (cereais/raízes/tubérculos, feijões, legumes e verduras, frutas, carnes e ovos) para crianças nessa faixa etária. O grupo de leite e queijos não foi incluído no indicador desse grupo, pois antes dos 2 anos de idade não há necessidade de oferta de outros leites além do leite materno (16). Para crianças entre 24 e 59 meses foi considerada uma dieta diversa quanto foram consumidos pelo menos 5 dos 6 grupos alimentares (cereais/raízes/tubérculos, feijões, legumes e verduras, frutas, carnes e ovos e leite e queijos), seguindo a mesma metodologia utilizada para avaliar a diversidade da dieta de mulheres.

A avaliação do consumo de alimentos ultraprocessados seguiu a mesma metodologia descrita para mulheres, sendo verificada a presença de pelo menos um alimento ou bebida ultraprocessada no consumo alimentar do dia anterior e também foi calculada a proporção de participação de cada grupo de alimentos segundo grau de processamento na alimentação do dia anterior.

O indicador de qualidade da dieta foi inspirado na proposta de Contreras et al., 2015, que avaliou a exposição à dupla carga de alimentação subótima (pelo menos uma prática de alimentação complementar inadequada + consumo de uma bebida ou alimento ultraprocessados) entre crianças entre 6 e 35 meses (30). No presente estudo, considerou-se que a criança tinha dieta de baixa qualidade quando não atingiu a diversidade mínima da dieta e apresentou, concomitantemente, o consumo de pelo menos um alimento ou bebida ultraprocessado no dia anterior.

Análise estatística

Foram apresentadas as frequências e proporção das variáveis sociodemográficas, e de saúde e nutrição para mulheres e crianças. O número de grupos alimentares consumidos (utilizados para cálculo da diversidade da dieta) foi apresentado também em forma de média e desvio-padrão, por subgrupos etários (crianças de 6-23 meses; crianças de 24 a 59 meses; mulheres).

Para avaliar os fatores associados aos indicadores diversidade e qualidade da dieta, foi usado o teste de qui-quadrado de Pearson. As variáveis independentes incluídas na análise foram idade, escolaridade e situação conjugal da mulher; renda mensal familiar; classificação socioeconômica, número de moradores e sexo do chefe do domicílio; situação de segurança alimentar domiciliar; e participação em programa de transferência de renda. Para crianças, incluiu-se além das variáveis já citadas, a

diversidade e qualidade da dieta materna e o sexo da criança. Nesta análise foram incluídas apenas as crianças e mulheres com todas as informações completas relativas às variáveis independentes.

As análises foram conduzidas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 21.

Aspectos éticos

A pesquisa foi iniciada após anuência por escrito dos representantes das comunidades e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas com o número 4735646415.4.0000.5013.

Resultados

Caracterização socioeconômica, de infraestrutura e de segurança alimentar

Entre as nove comunidades visitadas, à exceção de uma, todas as demais se localizam a mais de 5 km da sede do município, local onde acessam a maior parte dos serviços públicos. Três comunidades possuem uma escola da rede pública de ensino dentro do território e apenas uma possui uma Unidade Básica de Saúde.

Em relação às condições domiciliares, 47% das mulheres (n=95) e 38,3% das crianças (n=28) viviam em domicílios cuja renda mensal estimada era de até 1 salário mínimo (R\$ 937,00 à época da coleta da pesquisa) e cerca de 80% estavam nos estratos socioeconômicos D e E. A maioria dos domicílios era chefiada por homens e, 60,6% das famílias das mulheres e 76,7% das famílias das crianças participavam de programas de transferência de renda, majoritariamente o Programa Bolsa Família (PBF). Com relação à situação de SAN, 27,2% das mulheres e 26% das crianças viviam em domicílios com insegurança moderada ou grave. Entre as mulheres, 52,2% tinham menos de 8 anos de estudo e mais de 80% declararam ter emprego informal ou não estar trabalhando (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização socioeconômica e de acesso a serviços públicos de mulheres e crianças menores de 5 anos em domicílios de 9 comunidades quilombolas de Goiás (2018).

Características	Mulheres		Crianças	
	n	%	n	%
<i>Condições Domiciliares</i>				
Renda familiar mensal*				

Até ½ salário mínimo	40	19,8	13	17,8
Entre ½ e 1 salário mínimo	55	27,2	15	20,5
Entre 1 e 2 salários mínimos	66	32,7	27	37,0
Mais de 2 salários mínimos	41	20,2	18	24,7
Classificação socioeconômica				
Classe B	3	1,5	-	-
Classe C	43	21,5	15	20,8
Classe D-E	154	77,0	57	79,2
Número de moradores no domicílio				
Menos de 5	136	67,3	51	69,9
5 ou mais	66	32,7	22	30,1
Participação da família em programas de transferência de renda				
Sim	123	60,6	56	76,7
Não	80	39,4	17	23,2
Situação de segurança alimentar				
Segurança	60	29,7	17	23,3
Insegurança leve	87	43,1	37	50,7
Insegurança moderada	35	17,3	13	17,8
Insegurança grave	20	9,9	6	8,2
Fonte de água usada para beber				
Rede geral de distribuição ou mineral	12	5,9	6	8,2
Outros (caminhão pipa, nascente, poço, cisterna)	191	94,1	67	91,8
Destinação do lixo do domicílio				
Coleta pública	22	10,8	7	9,6
Outros (queima ou enterramento)	181	89,2	66	90,4
Sexo do chefe da família				
Feminino	71	35	20	27,4
Masculino	132	65	53	72,6
Escolaridade do chefe da família				
Menos de 8 anos de estudo	141	69,5	39	59,1
8 anos de estudo ou mais	61	30	27	40,9
<i>Condições Individuais</i>				
Escolaridade da mulher/materna				
Menos de 8 anos de estudo	107	52,2	20	31,3
8 anos de estudo ou mais	94	46,8	44	68,7
Condição de trabalho da mulher/materna				
Trabalho formal	30	14,8	4	6,2
Trabalho informal ou não trabalha	168	82,8	48	73,8
Estado civil da mulher/materno				
Sem companheiro	50	24,6	12	18,5
Com companheiro	153	75,4	53	81,5

*Classificação com base no valor salário mínimo em 2016 (R\$ 937,00).

Saúde e nutrição de mulheres e crianças menores de 59 meses

Foram avaliadas 203 mulheres adultas, 65 delas mães biológicas ou adotivas de crianças menores de 5 anos, e 73 crianças menores de 59 meses (8 crianças < 6 meses; 24 crianças de 6 a 23 meses; 41 crianças de 24 a 59 meses).

O cartão de vacinação estava atualizado para 86,3% das crianças. A suplementação com vitamina A foi ofertada a 55,4% (n=36) das crianças entre 6 e 59 meses. Apenas 17,4% (n=4) das mães de crianças entre 6 e 23 meses relataram que receberam o suplemento de sulfato ferroso nos últimos 3 meses. O problema de saúde mais frequente foi a tosse nos últimos 15 dias, afetando 42,5% (n=31) das crianças.

No que diz respeito ao estado nutricional, entre as mulheres a avaliação pelo IMC mostrou que 62,5% delas estavam com excesso de peso (sobrepeso + obesidade). Quanto à medida de circunferência da cintura, 61,6% (n=119) estavam acima do ponto de corte de 80 cm, indicativo de risco aumentado de doenças cardiovasculares.

Para consumo alimentar (n=191), o escore de DD das mulheres foi 3,81 (DP=1,02), sendo que 26% tiveram uma dieta diversa. Para o subgrupo de mulheres mães de crianças menores de 5 anos (n=63), o escore médio da DD foi 3,75 (DP=1,07), e 30% tiveram uma dieta considerada diversa. Entre as mulheres, 57,9% consumiram pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior (Tabela 2).

Das crianças investigadas, 5,8% (n=4) apresentaram déficit estatural, 18,8% (n=13) tinham risco de sobrepeso e menos de 2% (n=1) tinham excesso de peso (Tabela 2).

Entre as 8 crianças menores de 6 meses avaliadas, nenhuma estava em AME. O AM continuado foi prática prevalente entre 77,7% (n=7) das crianças menores de 12 meses e o AM total em menores de 24 meses foi de 46,9% (n=15).

Das 57 crianças entre 6 e 59 meses com dados de consumo alimentar, 75,4% consumiram pelo menos um alimento ou bebida ultraprocessados, e mais da metade (52,6%) consumiram 2 ou mais alimentos ultraprocessados no dia anterior. O escore médio de DD para crianças de 6 a 23 meses (n=23) foi 3,04 (DP=1,14) (não apresentados em tabela) e 73,8% não atingiram a diversidade mínima da dieta. Entre as maiores de 24 meses (n=34), o escore médio de DD foi 4,32 (DP=1,27), e 88,2% delas não tiveram uma dieta diversa no dia anterior. Quase metade das crianças avaliadas (47,4%) apresentavam dieta de baixa qualidade (dieta não diversa e com consumo de ultraprocessados) (Tabela 2).

Tabela 2. Variáveis de saúde de saúde, estado nutricional e práticas alimentares de crianças de 0 a 59 meses e mulheres em 9 comunidades quilombolas de Goiás (2018).

Características	n	%
<i>Mulheres</i>		
Excesso de peso - IMC (Kg/m ²) > 25 (n= 201)	125	62,5

Circunferência da cintura (n=193)		
> 80 cm	46	23,8
> 88 cm	73	37,8
Consumo alimentar (n=192)		
Dieta diversa	50	26,0
Consumo de pelo menos 1 AUP no dia anterior	110	57,9
Dieta de baixa qualidade	74	38,7
<i>Crianças</i>		
Cartão de vacinação atualizado (n=73)		
Sim	63	86,3
Suplementação de vitamina A nos últimos seis meses – 6 a 59 meses (n=65)		
Sim	25	38,5
Sim, mas não sabe se foi nos últimos 6 meses	11	16,9
Suplementação de ferro nos últimos três meses – crianças de 6 a 23 meses (n=23)		
Sim	4	17,4
Problema de saúde nos últimos 15 dias (n=73)		
Diarreia	19	26,0
Tosse	31	42,5
Febre	6	8,2
Tosse + febre	11	15,1
Índices antropométricos (n=69)		
Déficit estatural – E/I < - 2 DP	4	5,8
Risco de sobrepeso – IMC/I \geq + 1 DP	13	18,8
Excesso de peso – IMC/I \geq + 2 DP	1	1,4
Práticas alimentares – crianças menores de 24 meses		
Aleitamento materno exclusivo em < 6 meses (n=8)	0	-
Aleitamento materno continuado aos 12 meses (n=9)	7	77,8
Aleitamento materno entre menores de 24 meses (n=32)	15	46,9
Consumo Alimentar – crianças de 6 a 59 meses (n=57)		
Dieta diversa	21	36,8
Consumo de pelo menos 1 AUP no dia anterior	43	75,4
Consumo de 2 ou mais AUP no dia anterior	30	52,6
Dieta de baixa qualidade	27	47,4

DP: Desvio-padrão; IMC: Índice de Massa Corporal; AUP: alimento ultraprocessado; E/I: estatura para idade; IMC/I: IMC para idade

No indicador de IMC por idade o percentual se refere às crianças com +2 DP e +3 DP – excesso de peso (sobrepeso + obesidade)

Os alimentos mais consumidos foram biscoitos salgados e doces e sucos artificiais em pó, tanto entre mulheres, quanto entre crianças. A avaliação da lista de alimentos gerada a partir dos recordatórios alimentares das mulheres mostrou que, dos 137 tipos de alimentos registrados, 75 (54,5%) foram classificados como *in natura* ou minimamente processados, ou ingredientes culinários (grupo 1); 28 alimentos (20,4%) foram classificados como processados (grupo 2); e 34 (24,8%) como ultraprocessados (grupo 3), incluindo alimentos e bebidas. Já para crianças menores de 24 meses, esta lista foi composta por 51 alimentos. Destes, 30 alimentos (58,8%) foram classificados no grupo 1

e 19 (37,3%) no grupo 3. Para crianças maiores, entre 2 a 5 anos, dos 89 alimentos citados, 50 (56,2%) foram classificados no grupo 1 e 27 alimentos (30,3%) no grupo 3 (dados não apresentados em tabela).

A análise de fatores associados à diversidade e à qualidade da dieta incluiu 186 mulheres e 47 crianças entre 6 e 59 meses com dados completos para as variáveis avaliadas. Para mulheres, uma adequada diversidade da dieta estava associada com maior renda ($p < 0,001$), não participação em programa de transferência de renda ($p = 0,038$) e à maior escolaridade ($p < 0,001$). Já entre as crianças, a maior diversidade da dieta associou-se à menor quantidade de moradores no domicílio ($p = 0,036$), à classificação socioeconômica B/C ($p = 0,018$) e à dieta diversa materna ($p < 0,001$). Em relação à baixa qualidade da dieta, somente foi verificada uma associação significativa entre menor renda e baixa qualidade da dieta, entre mulheres ($p < 0,001$). Para as crianças, a única variável que apresentou associação significativa com a baixa qualidade da dieta foi a menor diversidade da dieta materna ($p = 0,046$) (Tabela 3).

Tabela 3. Associação de fatores sociodemográficos, maternos e da criança à diversidade e à qualidade da dieta de crianças de 6 a 59 meses e mulheres em 9 comunidades quilombolas de Goiás (2018).

Variáveis	Dieta diversa						Baixa qualidade da dieta					
	Mulheres (n=186)			Crianças (n=47)			Mulheres (n=186)			Crianças (n=47)		
	n	%	p-valor	n	%	p-valor	n	%	P-valor	n	%	P-valor
Número de moradores no domicílio												
Menos de 5	36	29,3	0,158	13	54,2	0,036*	43	35	0,155	7	29,2	0,142
5 ou mais	12	19		5	21,7		29	46		12	52,2	
Estimativa de renda familiar mensal ¹												
Até 1 salário mínimo	11	12,5	<0,001*	7	30,4	0,371	45	51,1	0,001*	10	43,5	0,770
Mais de 1 salário mínimo	37	37,5		11	45,8		27	27,6		9	37,5	
Beneficiário de programas do governo												
Sim	23	20,2	0,038*	15	38,5	1,000	44	38,6	1,000	15	38,5	0,697
Não	25	34,7		3	37,5		28	38,9		4	50	
Continuação da Tabela 3												
Sexo do chefe												
Masculino	93	24,6	0,725	11	32,4	0,175	45	36,9	0,528	14	41,2	1,000

Feminino	49	28,1		7	53,8		27	42,2		5	38,5	
Classificação socioeconômica												
Classe B/C	2	66,7	0,164	7	77,8	0,018*	0	-	0,284	2	22,2	0,278
Classe D/E	46	25,1		11	28,9		72	39,3		17	44,7	
Segurança alimentar domiciliar												
Segurança	18	34	0,137	5	65,5	0,230	20	37,7	0,870	3	37,5	1,000
Insegurança	30	22,6		13	33,3		52	39,1		16	41	
Escolaridade da mulher/materna												
Menos de 8 anos de estudo	15	15,0	<0,001*	3	21,4	0,191	42	42,0	0,366	5	35,5	0,753
8 anos de estudo ou mais	33	38,4		15	45,5		30	34,9		14	42,4	
Estado civil de mulher/materno												
Sem companheiro	13	29,5	0,556	3	42,9	1,000	18	40,9	0,860	4	57,1	0,417
Com companheiro	35	24,6		15	37,5		54	38		15	37,5	
Idade da mulher/materna												
Até 30 anos	12	25,5	1,000	8	26,7	0,059	20	42,6	0,604	15	50	0,122
Maior que 30 anos	36	25,9		10	58,8		52	37,4		4	23,5	
Diversidade da dieta materna												
Dieta não diversa	-	-		7	20,6	<0,001*	-	-		17	50	0,046*
Dieta diversa	-	-		11	84,6		-	-		2	15,4	
Sexo da criança												
Masculino	-	-		10	41,7	0,766	-	-		9	37,5	0,770
Feminino	-	-		8	34,8		-	-		10	43,5	

*Classificação com base no valor salário mínimo em 2016 (R\$ 937,00).

Discussão

As mulheres e crianças das comunidades quilombolas avaliadas vivenciam uma situação de vulnerabilidade econômica e exclusão social, apresentando uma dieta de baixa diversidade e baixa qualidade, consumo excessivo de alimentos ultraprocessados e alta prevalência de excesso de peso. Os indicadores socioeconômicos, e de saúde e nutrição desfavoráveis encontrados no presente estudo reforçam achados já existentes na literatura para a população quilombola de Goiás e de outras regiões do país (5,6,13,14).

A baixa escolaridade, a precariedade no acesso a emprego e renda, e falta de serviços de saneamento básico vivenciados pelas comunidades quilombolas apontam para uma invisibilização dessas comunidades pelos agentes públicos (5). As mulheres e crianças pequenas são mais suscetíveis às consequências negativas das desigualdades

socioeconômicas e em saúde, o que se agrava quando se trata de população negra (31) e, em especial, comunidades afrrurais (11). A localização das comunidades na região rural, muitas vezes distante da sede dos municípios pode configurar-se como dificultador para o acesso a serviços públicos e infraestrutura, como escolas e unidades de saúde. Contudo, a localização geográfica não pode ser justificativa para desassistência e aprofundamento das iniquidades. Isso implica repensar a organização dos serviços e atenção ofertados, considerando não apenas a distância dos centros urbanos, mas as características das comunidades, os recursos humanos e tecnológicos necessários para garantir atenção equitativa, tanto na área de saúde, quanto em outras (11,32).

Este estudo avaliou as condições de saúde e nutrição de comunidades não-tituladas. Entretanto, as iniquidades constatadas são compartilhadas também com as comunidades tituladas, ou seja, aquelas que já conseguiram a regularização do seu território. Mesmo sendo uma garantia legal, o processo de titulação da terra não garante, por si só, a melhoria das condições de vida nas comunidades quando não há, de fato, uma agenda política comprometida com a realização dos direitos dessa população.

Dados da pesquisa realizada em 2011 nos territórios quilombolas titulados no Brasil mostraram que metade das famílias estavam em insegurança alimentar grave (7), situação ainda pior do que as comunidades avaliadas neste estudo, onde menos de 10% das mulheres e crianças encontravam-se em tal situação. Ainda assim, mais de 60% dos domicílios das comunidades quilombolas de Goiás visitadas apresentaram algum grau de insegurança alimentar, o que já indica dificuldades de acesso de forma regular e permanente uma alimentação adequada em quantidade e qualidade (18). A insegurança alimentar é um achado recorrente nos estudos com a população quilombola. Silva et al. (2017) avaliaram a insegurança alimentar em comunidades rurais quilombolas e não quilombolas no Nordeste brasileiro e identificaram que, apesar da prevalência de insegurança ser alta em todas as comunidades estudadas, era maior e mais grave nas quilombolas (9).

No âmbito das práticas alimentares infantis, o AM é uma prática de grande importância para a nutrição e saúde da criança, com repercussões ao longo da vida (33). Entre as comunidades quilombolas, a manutenção do AME por seis meses parece ser um dos maiores desafios, pois existe uma oferta precoce de chás, outros leites e alimentos, práticas permeadas pela questões culturais e conhecimentos tradicionais (34,35). Nesse contexto de insegurança alimentar em que vivem a maior parte das comunidades quilombolas, o AM pode ter uma relevância ainda maior, conferindo proteção e nutrição,

de forma segura e a baixo custo para as famílias (36,37). Por isso, é importante que as políticas e os serviços de saúde relativos à promoção, proteção e apoio ao AM ofereçam atenção qualificada a essas famílias, considerando suas especificidades sociais e culturais.

A análise do consumo alimentar das mulheres e crianças quilombolas mostrou um padrão alimentar monótono, com diversidade e variedade alimentar restritas e alto consumo de alimentos ultraprocessados, dados que acompanham a tendência observada para a população brasileira. Em estudo com crianças brasileiras entre 6 e 36 meses, apenas 20% das crianças apresentaram uma dieta diversa (29). Outros estudos evidenciam ser essa uma tendência mundial (38). Entretanto, fatores que denotam inequidades, como viver em domicílio com insegurança alimentar, baixa escolaridade materna, domicílio na zona rural, falta de contato da mãe com o serviço de saúde, agravam essa situação e apontam uma associação com uma diversidade da dieta ainda menor (29,30,39–43).

Estudos já mostraram que a diversidade da dieta está associada com a adequação de macro e micronutrientes em crianças e adultos, sendo um bom proxy da qualidade da dieta. Entre crianças, a diversidade da dieta também esteve associada positivamente com o crescimento linear. Uma dieta diversa mostra-se como parâmetro importante para contribuir com as necessidades nutricionais individuais, estando relacionada a desfechos positivos em saúde (21,44,45). Nosso estudo apontou que a chance de a criança ter uma dieta diversa e melhor qualidade da dieta é maior quando a mãe também tem uma dieta diversa. Entretanto, pela característica do estudo, não podemos afirmar se esta é uma influência do comportamento alimentar materno ou dos responsáveis sobre a criança ou resultado do maior acesso da família como um todo a alimentos variados.

Mais de 75% das crianças entre 6 e 59 meses e cerca de 30% das mulheres consumiram pelo menos um alimento ultraprocessado no dia anterior, com destaque para sucos artificiais e bolachas. Resultados semelhantes foram encontrados por Leite et al (2013) ao avaliar o consumo alimentar de crianças entre 12 e 60 meses em comunidades quilombolas de Alagoas, Brasil (46). A pesquisa nos territórios titulados apresenta um panorama de disponibilidade de alimentos que dialoga com estes resultados, mostrando que bolachas, biscoitos, refrigerantes e sucos artificiais eram mais comuns nos domicílios quilombolas que verduras e hortaliças (8). O elevado consumo de alimentos ultraprocessados é preocupante, pois já existem evidências substanciais de que essa prática está associada a diversos desfechos negativos em saúde, especialmente o desenvolvimento de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis em crianças e adultos (47). Ainda, é importante salientar que a alimentação nos primeiros anos de vida

tem um papel essencial para a formação de hábitos alimentares saudáveis, para o crescimento e desenvolvimento saudáveis, e é fator de proteção contra o desenvolvimento de doenças em todas as fases da vida, o que reforça a importância de evitar a oferta de ultraprocessados para essa faixa etária (16).

A questão do alto consumo de alimentos ultraprocessados e monotonia alimentar com baixa diversidade da dieta envolvem questões que permeiam todo o sistema alimentar. Não é uma questão puramente de baixo poder aquisitivo destas famílias. Apesar de não ter sido uma questão do estudo, a produção agrícola ainda é umas das principais atividades produtivas das comunidades quilombolas brasileiras, configurando-se como fonte importante de alimentos saudáveis e renda para as famílias (8,48). Contudo, a falta de acesso à terra, à água, a insumos, financiamento e assistência técnica são obstáculos para a realização dessa atividade nas comunidades (5,8), o que demanda uma reorientação das políticas públicas voltadas à inclusão produtiva de populações tradicionais no Brasil.

Os indicadores de estado nutricional nas comunidades avaliadas apontaram altas prevalências de excesso de peso em mulheres. Entre as crianças, o excesso de peso foi bem menos frequente que âmbito nacional, contudo quase 20% delas apresentou risco de sobrepeso. Nesse sentido, é importante que haja um acompanhamento contínuo do crescimento e ganho de peso das crianças, a fim de identificar precocemente possíveis problemas relacionados ao estado nutricional (49,50). Apesar deste cenário, sabe-se que há ainda uma maior vulnerabilidade da população quilombola à desnutrição e carências nutricionais (12,51). Essa configuração é uma manifestação da má nutrição em suas diferentes formas, que estão interrelacionadas e são frequentemente coexistentes. Compreender e atuar frente a má nutrição envolve considerar que suas raízes estão além de elementos puramente biológicos e nutricionais, tendo também um componente socioeconômico e político, profundamente relacionado com a qualidade da alimentação a qual as pessoas têm acesso (52).

Diante deste cenário é importante repensar as políticas públicas e ações inclusivas com potencial de impacto nos indicadores apresentados. Em nosso estudo, por exemplo, a participação no PBF esteve associada à uma maior diversidade da dieta das mulheres. Apesar de estudos apontarem que a insegurança alimentar está associada a ser beneficiário de um programa de transferência de renda (5), isso pode ser devido à causalidade reversa (9). Isso não diminui a importância desta e outras políticas para garantia mínima de acesso à alimentação (9). Além do PBF, outras iniciativas têm sido

implementadas a partir do reconhecimento legal da população remanescente de quilombos pelo Estado brasileiro, com intuito de “compensar” os efeitos causados pela exclusão social sistemática a qual ela tem sido exposta. A Agenda Social Quilombola, instituída em 2007, inclui ações voltadas para acesso à terra; à infraestrutura e qualidade de vida; à inclusão produtiva e desenvolvimento local; e à cidadania, tendo no Programa Brasil Quilombola (PBQ) o meio para a execução dessas ações (53). Contudo, o PBQ funcionou mais como um dispositivo de inclusão simbólica das comunidades quilombolas na agenda pública brasileira, do que propriamente como um concretizador de ações efetivas de mudança na realidade dessa população (54). Dessa forma, perpetua-se a invisibilização e a violação de direitos das comunidades quilombolas no Brasil.

Este foi um estudo de caráter exploratório, que não teve objetivo de esgotar as questões aqui colocadas. Uma limitação importante foi o tamanho da amostra, especialmente o quantitativo de crianças, e a heterogeneidade no número de famílias por comunidade, dificultando análises estratificadas por comunidade e mais robustas. Contudo, esse é o primeiro estudo que faz uma avaliação de tantos aspectos em comunidades quilombolas em Goiás, abrangendo comunidades em diferentes regiões do Estado, e ainda com enfoque em práticas alimentares do público materno-infantil. Apesar de os resultados não poderem ser extrapolados para outras populações, o estudo traz um conjunto amplo de informações acerca dessa população, que possivelmente se assemelham a de outras comunidades quilombolas rurais no estado e mesmo no país.

Em relação aos aspectos logísticos da pesquisa, a escassez de registros oficiais mais completos sobre a população quilombola foi uma limitação importante para a seleção da amostra e para a entrada dos pesquisadores nas comunidades. Afonso, Corrêa e Silva (2020) enfatizam a importância de se ter disponíveis informações de qualidade para subsidiarem as políticas públicas voltadas às populações quilombolas (5). Na edição de 2020 do Censo Demográfico, adiado devido à pandemia de COVID-19, estava prevista a inclusão de uma seção destinada ao levantamento de dados sobre a população quilombola, o que contribuiria de forma relevante no que tange ao seu (re)conhecimento no Brasil.

Este estudo trouxe dados que reiteram a vulnerabilidade e exclusão social sistemática à qual as comunidades quilombolas brasileiras estão submetidas. A falta de acesso às políticas públicas e a violação de direitos são vivências cotidianas das população quilombola, em Goiás e em outras regiões do país, frutos da invisibilização histórica e do racismo institucional. Entre os diversos indicadores desfavoráveis encontrados nas

comunidades incluídas neste estudo, destacam-se os aspectos relacionados à alimentação e nutrição, apontando um acesso precário à alimentação em quantidade e qualidade suficientes. Esse cenário evidencia a urgência de ações efetivas e adaptadas culturalmente para a melhoria de acesso à alimentação e saúde nas comunidades, que perpassam os setores da agricultura, saúde, educação e trabalho.

Referências

1. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007 [Internet]. 6.040 fev 7, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm
2. Calheiros FP, Stadtler HHC. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. *Rev Katálysis*. junho de 2010;13:133–9.
3. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Quilombos das Américas. Articulação de Comunidades Afrorurais. Brasília: IPEA; 2012. 79 p.
4. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. out 5, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
5. Afonso LFC, Correa NAF, Silva HP. Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil. *Segur Aliment E Nutr*. 2019;27(e020003. 2020):10.20396/san.v27i0.8652861.
6. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC*. 2011;13(5):937–43.
7. Gubert MB, Segall-Corrêa AM, Spaniol AM, Pedroso J, Coelho SE dos AC, Pérez-Escamilla R. Household food insecurity in black-slaves descendant communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended? *Public Health Nutr*. 2017;20(8):1513–22.
8. Pinto AR, Borges JC, Novo MP, Pires PS. Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014 p. 214. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate).
9. Silva EKP da, Medeiros DS de, Martins PC, Sousa L de A, Lima GP, Rêgo MAS, et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 5 de junho de 2021];33(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405013&lng=pt&tlng=pt
10. Fundação Cultural Palmares. Quadro geral de comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) [Internet]. Fundação Cultural Palmares. 2021 [citado 5 de junho de 2021]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-por-estados-e-regioes-22-04-2021.pdf>

11. Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP, Oliveira SKM, Pereira MM, et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(3):307–13.
12. Taddei JA, Colugnati F, Cobayashi F. Chamada nutricional: uma avaliação nutricional de crianças quilombolas de 0 a 5 anos. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2008. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate). Report No.: 9.
13. Cordeiro M de M, Monego ET, Martins KA. Overweight in Goiás' quilombola students and food insecurity in their families. *Rev Nutr*. agosto de 2014;27(4):405–12.
14. Monego ET, Peixoto M do RG, Cordeiro M de M, Costa RM. (In) segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins. *Segur Aliment E Nutr*. 9 de fevereiro de 2015;17(1):37.
15. Moraes D de C, Dutra LV, Franceschini S do CC, Priore SE. Insegurança alimentar e indicadores antropométricos, dietéticos e sociais em estudos brasileiros: uma revisão sistemática. *Ciênc Saúde Coletiva*. maio de 2014;19:1475–88.
16. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 28 de julho de 2020]. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
17. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2019 [Internet]. 2019 [citado 5 de junho de 2021]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar, 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2014.
19. World Health Organization, organizador. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000. 253 p. (WHO technical report series).
20. Arimond M, Wiesmann D, Becquey E, Carriquiry A, Daniels MC, Deitchler M, et al. Simple Food Group Diversity Indicators Predict Micronutrient Adequacy of Women's Diets in 5 Diverse, Resource-Poor Settings. *J Nutr*. 1º de novembro de 2010;140(11):2059S-2069S.
21. Kennedy G, Ballard T, Dop M-C. Guidelines for measuring household and individual dietary diversity. Rome: FAO; 2011.
22. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
23. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac J-C, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. abril de 2019;22(5):936–41.
24. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development [Internet]. 2006 [citado 5 de junho de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/924154693X>

25. Ministério da Saúde. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
26. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Washington, D.C.: World Health Organization (WHO); 2008.
27. Ruel MT. Operationalizing Dietary Diversity: A Review of Measurement Issues and Research Priorities. *J Nutr.* 1º de novembro de 2003;133(11):3911S-3926S.
28. Silva PO, Lyrio AO, Cruz SS da, Santos LM, Gubert MB. Indexes to assess feeding practices of children under 2 years old: a systematic review. *Public Health Nutr.* junho de 2021;24(8):2033–49.
29. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB, Santos LMP. Iniquidades sociais influenciam a qualidade e a diversidade da dieta de crianças brasileiras de 6 a 36 meses. *Cad Saúde Pública.* novembro de 2015;31(11):2413–24.
30. Contreras M, Blandón EZ, Persson L-Å, Hjern A, Ekström E-C. Socio-economic resources, young child feeding practices, consumption of highly processed snacks and sugar-sweetened beverages: a population-based survey in rural northwestern Nicaragua. *BMC Public Health.* dezembro de 2015;15(1):25.
31. Theophilo RL, Rattner D, Pereira ÉL. Vulnerabilidade de mulheres negras na atenção ao pré-natal e ao parto no SUS: análise da pesquisa da Ouvidoria Ativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* novembro de 2018;23:3505–16.
32. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 7 de julho de 2021 [citado 15 de julho de 2021];37. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/VHd6TxVVpjzyJRtDWyvHkrs/>
33. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet.* 2016;387(10017):475–90.
34. Martins LA, Oliveira RM de, Camargo CL de, Aguiar AC de SA, Santos DV dos, Whitaker MCO, et al. Practice of breastfeeding in quilombola communities in the light of transcultural theory. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190191.
35. Silva GPC, Padilha LL, Silveira VN da C, Frota MTBA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em mulheres quilombolas. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde.* 2019;14(Supl. 1):e42600.
36. Ferreira H da S, Xavier Júnior AFS, de Assunção ML, dos Santos EA, Horta BL. Effect of Breastfeeding on Head Circumference of Children from Impoverished Communities. *Breastfeed Med.* 2013;8(3):294–301.
37. Gomes GP, Gubert MB. Breastfeeding in children under 2 years old and household food and nutrition security status. *J Pediatr (Rio J).* 14 de junho de 2012;88(3):279–82.
38. Gibson E, Stacey N, Sunderland TCH, Adhuri DS. Dietary diversity and fish consumption of mothers and their children in fisher households in Komodo District, eastern Indonesia. Young MF, organizador. *PLOS ONE.* 1º de abril de 2020;15(4):e0230777.

39. Faber M, Laubscher R, Berti C. Poor dietary diversity and low nutrient density of the complementary diet for 6- to 24-month-old children in urban and rural KwaZulu-Natal, South Africa: Complementary diet for urban and rural babies. *Matern Child Nutr.* julho de 2016;12(3):528–45.
40. Gebremedhin S, Baye K, Bekele T, Tharaney M, Asrat Y, Abebe Y, et al. Predictors of dietary diversity in children ages 6 to 23 mo in largely food-insecure area of South Wollo, Ethiopia. *Nutrition.* janeiro de 2017;33:163–8.
41. Issaka AI, Agho KE, Page AN, L. Burns P, Stevens GJ, Dibley MJ. Determinants of suboptimal complementary feeding practices among children aged 6-23 months in seven francophone West African countries: Complementary feeding in francophone West Africa. *Matern Child Nutr.* outubro de 2015;11:31–52.
42. Issaka AI, Agho KE, N. Page A, L. Burns P, Stevens GJ, Dibley MJ. Comparisons of complementary feeding indicators among children aged 6-23 months in Anglophone and Francophone West African countries: Comparison of child feeding in West Africa. *Matern Child Nutr.* outubro de 2015;11:1–13.
43. Kamran A, Sharifirad G, Nasiri K, Soleymanifard P, Savadpour M, Akbar Haghghat M. Determinants of Complementary Feeding Practices among Children Aged 6-23: a Community based Study. *Int J Pediatr* [Internet]. março de 2017 [citado 5 de junho de 2021];5(3). Disponível em: <https://doi.org/10.22038/ijp.2016.7811>
44. Nithya DJ, Bhavani RV. DIETARY DIVERSITY AND ITS RELATIONSHIP WITH NUTRITIONAL STATUS AMONG ADOLESCENTS AND ADULTS IN RURAL INDIA. *J Biosoc Sci.* maio de 2018;50(3):397–413.
45. Ruel MT, Menon P. Child Feeding Practices Are Associated with Child Nutritional Status in Latin America: Innovative Uses of the Demographic and Health Surveys. *J Nutr.* 1º de junho de 2002;132(6):1180–7.
46. Leite FM de B, Ferreira H da S, Bezerra MK de A, Assunção ML de, Horta BL. Food intake and nutritional status of preschool from maroon communities of the state Alagoas, Brazil. *Rev Paul Pediatr.* dezembro de 2013;31(4):444–51.
47. Elizabeth L, Machado P, Zinöcker M, Baker P, Lawrence M. Ultra-Processed Foods and Health Outcomes: A Narrative Review. *Nutrients.* julho de 2020;12(7):1955.
48. Santos KMP dos, Garavello ME de PE. Segurança alimentar em comunidades quilombolas de São Paulo. *Segur Aliment E Nutr.* 18 de outubro de 2016;23(1):786.
49. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro; 2020 p. 66.
50. Ministério da Saúde. Atlas da Obesidade Infantil no Brasil. Ministério da Saúde; 2019.
51. Ferreira H da S, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM dos. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2011;30:51–8.
52. Scrinis G. Reframing malnutrition in all its forms: A critique of the tripartite classification of malnutrition - ScienceDirect. *Glob Food Secur.* 2020;26:1–10.
53. Brasil. Decreto nº 6261, de 20 de novembro de 2007. Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil

Quilombola, e dá outras providências. [Internet]. 6261 nov 20, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6261.htm

54. Teixeira TG, Sampaio CAM. Análise orçamentária do Programa Brasil Quilombola no Brasil e no Maranhão: o ocaso de uma política pública. Rev Adm Pública. 25 de abril de 2019;53:461–80.

5. Considerações finais

O presente estudo amplia o arcabouço empírico relacionado a condições de vida da população quilombola rural em Goiás, com ênfase nos aspectos de alimentação e nutrição de mulheres e crianças menores de cinco anos. Identificou-se que o aleitamento materno é prática comum entre as mulheres quilombolas e que ele é uma estratégia importante de proteção e nutrição, especialmente em contextos de elevada insegurança alimentar. Contudo, a manutenção do AME por seis meses continua sendo um desafio importante nessa população. As questões culturais, traduzidas pelos conhecimentos e práticas intergeracionais, têm um papel central na alimentação infantil nas comunidades. As avós são uma referência dentro da rede de suporte no que diz respeito ao cuidado e à alimentação da mulher e da criança, o que as coloca também em uma posição de destaque quando se pensa em ações educativas e de promoção de práticas alimentares infantis.

No que diz respeito à alimentação de mulheres e crianças quilombolas, observou-se características que denotam baixa qualidade e acesso precário a alimentos em quantidade e qualidade suficiente. Os aspectos socioeconômicos, em especial a renda, são determinantes para garantir o acesso adequado à alimentação adequada e saudável. Identificou-se também altas prevalências de excesso de peso nas comunidades visitadas. Apesar disso, sabe-se que a população quilombola está mais vulnerável à desnutrição e carências nutricionais. A má-nutrição se manifesta em várias formas nas comunidades quilombolas, como por exemplo a falta de Além dos indicadores relativos à alimentação, outros aspectos negativos foram identificados no estudo, como baixa escolaridade, baixa cobertura de serviços de saneamento básico e fornecimento de água, acesso precário a trabalho e renda e aos serviços de saúde. Esses elementos evidenciam o racismo institucional, as iniquidades e invisibilização dos remanescentes de quilombos no Brasil e compõem um cenário bastante desfavorável, que não tem apresentado mudanças substanciais desde o reconhecimento legal dessa população. Reconhece-se a falta de priorização e a incapacidade das políticas públicas de garantir o cumprimento dos direitos sociais básicos e condições dignas de vida para as comunidades quilombolas.

Para reverter a situação de invisibilidade e exclusão, é necessário fortalecer as políticas públicas voltadas à população quilombola, por meio da priorização na agenda política. Ações relativas à regularização fundiária, garantia de acesso à água e programas de inclusão produtiva, educação escolar diferenciada e assistência universal, equitativa e

qualificada à saúde são essenciais para a transformação da realidade quilombola no Brasil, considerando as especificidades sociais e culturais desse segmento populacional. Iniciativas já existentes, como o Programa Brasil Quilombola, devem ser colocadas novamente em pauta para concretizar essas ações, sempre buscando a participação ativa das comunidades na definição de prioridades e de caminhos mais adequados a serem seguidos, avançando do plano simbólico para as mudanças reais e urgentes pelas quais essa população tem lutado.

Com este estudo buscou-se contribuir para o (re)conhecimento das comunidades quilombolas goianas, dando voz às mulheres e trazendo à luz elementos que perpassam o cotidiano das comunidades. A abordagem metodológica empregada permitiu explorar os elementos a partir de diferentes lentes, oferecendo diferentes possibilidades para se avançar na investigação de questões relacionadas à temática quilombola, com ênfase na alimentação e nutrição de mulheres e crianças.

Avançar na construção de conhecimento no âmbito da temática quilombola é fundamental para subsidiar o processo de tomada de decisões e a qualificação das ações destinadas à essa população. Assim, sugere-se aprofundar a investigação sobre os fatores que influenciam as práticas alimentares de mulheres e crianças quilombolas, como o papel das políticas de saúde em âmbito local e nacional, a relação com as atividades produtivas de alimentos e também os elementos socioculturais próprios da identidade quilombola.

Referências bibliográficas

1. Brasil. Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007 [Internet]. 6.040 fev 7, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm
2. Calheiros FP, Stadtler HHC. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. *Rev Katálysis*. junho de 2010;13:133–9.
3. Fundação Cultural Palmares. Quadro geral de comunidades remanescentes de quilombos (CRQs) [Internet]. Fundação Cultural Palmares. 2021 [citado 5 de junho de 2021]. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/quadro-geral-por-estados-e-regioes-22-04-2021.pdf>
4. Afonso LFC, Correa NAF, Silva HP. Segurança Alimentar e Nutricional em comunidades quilombolas no Brasil. *Segur Aliment E Nutr*. 2019;27(e020003. 2020):10.20396/san.v27i0.8652861.
5. Cardoso CS, Melo LO de, Freitas DA. Condições de saúde nas comunidades quilombolas. *Rev Enferm UFPE Line*. 2018;1037–45.
6. Oliveira SKM, Pereira MM, Freitas DA, Caldeira AP, Oliveira SKM, Pereira MM, et al. Saúde materno-infantil em comunidades quilombolas no norte de Minas Gerais. *Cad Saúde Coletiva*. 2014;22(3):307–13.
7. Pinto AR, Borges JC, Novo MP, Pires PS. Quilombos do Brasil: segurança alimentar e nutricional em territórios titulados. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014 p. 214. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate).
8. Silva EKP da, Medeiros DS de, Martins PC, Sousa L de A, Lima GP, Rêgo MAS, et al. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2017 [citado 5 de junho de 2021];33(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000405013&lng=pt&tlng=pt
9. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev CEFAC*. 2011;13(5):937–43.
10. Brandão AA, Dos Santos NC, Jorge AL. Comunidades Quilombolas sob a perspectiva da transição demográfica. *Rev Ciênc SOCIAIS - POLÍTICA Trab*. 12 de julho de 2018;1(48):145.
11. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas – CONAQ. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas – CONAQ. Quem Somos [Internet]. Coordenação Nacional de Articulação das Comunidades Negras Rurais Quilombolas – CONAQ. 2021 [citado 16 de julho de 2021]. Disponível em: <https://conaq.org.br/nossa-historia/>

12. Brasil. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. [Internet]. 4.887 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2003/d4887.htm
13. Arruti JMA. A emergência dos “remanescentes”: notas para o diálogo entre indígenas e quilombolas. *Mana*. 1997;3:7–38.
14. Brasil. Decreto nº 5051, de 19 de abril de 2014. Promulga a Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho - OIT sobre Povos Indígenas e Tribais. [Internet]. 2014 [citado 16 de junho de 2021]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5051.htm
15. Almeida MG (org.). O território e a comunidade Kalunga: quilombolas em diversos olhares. Goiânia: Gráfica UFG; 2015. 329 p.
16. Fundação Cultural Palmares. Portaria nº 98, de 26 de novembro de 2007. 98 nov 26, 2007.
17. Brasil. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Relatório de Gestão 2012. Brasília; 2013 p. 49.
18. Pará ML, Oliveira LP de, Velloso AD. A educação para quilombolas: experiências de São Miguel dos Pretos em Restinga Seca (RS) e da Comunidade Kalunga de Engenho II (GO). *Cad CEDES*. agosto de 2007;27:215–32.
19. Comissão Pró-Índio de São Paulo. Desafios para titulação das Terras Quilombolas [Internet]. Comissão Pró-Índio de São Paulo. 2018 [citado 16 de junho de 2021]. Disponível em: <https://cpisp.org.br/direitosquilombolas/desafios-para-titulacao-das-terras-quilombolas/>
20. Silva EF, Pontes DR, Milano GB. Terras quilombolas no Brasil: das técnicas de dominação colonial ao reconhecimento democrático-constitucional. *Rev Bras Sociol Direito* [Internet]. 13 de maio de 2017 [citado 16 de junho de 2021];4(2). Disponível em: <http://revista.abrasd.com.br/index.php/rbsd/article/view/139>
21. Magalhães FJC, Paulo PL. Abastecimento de água, esgotamento doméstico e aspectos de saúde em comunidades Quilombolas no Estado de Mato Grosso do Sul. *Interações Campo Gd*. junho de 2017;18:103–16.
22. Prates LA, Possati AB, Timm MS, Bisognin P, Ressel LB. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE DE UM GRUPO DE MULHERES DE UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA. 2016;9.
23. Cavalcanti SH, Caminha M de FC, Figueiroa JN, Serva VMSBD, Cruz R de SBLC, Lira PIC de, et al. Fatores associados à prática do aleitamento materno exclusivo por pelo menos seis meses no estado de Pernambuco. *Rev Bras Epidemiol*. março de 2015;18:208–19.

24. Fonseca SC, Flores PVG, Camargo KR, Pinheiro RS, Coeli CM. Escolaridade e idade materna: desigualdades no óbito neonatal. Rev Saúde Pública [Internet]. 17 de novembro de 2017 [citado 6 de julho de 2021];51. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rsp/a/87vbBZN3jLdzvzhpfwfdqh/?lang=pt&format=html>
25. Giesta JM, Zoche E, Corrêa R da S, Bosa VL. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. Ciênc Saúde Coletiva. 2019;24(7):2387–97.
26. Saldan PC, Mello DF de. Variáveis associadas ao consumo de alimentos não saudáveis por crianças de 6 a 23 meses de idade de uma cidade do interior do Paraná. DEMETRA Aliment Nutr Saúde. 2019;14(Supl. 1):e43705.
27. Zago JT de C, Pinto PAF, Leite HR, Santos JN, Moraes RL de S. Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. Rev CEFAC. junho de 2017;19:320–9.
28. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. out 5, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
29. Soares EG. Educação escolar quilombola : quando a diferença é indiferente. 2012 [citado 17 de junho de 2021]; Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/handle/1884/29808>
30. Teixeira TG, Sampaio CAM. Análise orçamentária do Programa Brasil Quilombola no Brasil e no Maranhão: o ocaso de uma política pública. Rev Adm Pública. 25 de abril de 2019;53:461–80.
31. Brasil. Decreto nº 6261, de 20 de novembro de 2007. Dispõe sobre a gestão integrada para o desenvolvimento da Agenda Social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola, e dá outras providências. [Internet]. 6261 nov 20, 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6261.htm
32. Brasil. Lei nº 11.346 de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. [Internet]. 11.346 set 15, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111346.htm
33. Kepple AW. O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil. Relatório 2014 [Internet]. Brasília; 2014 [citado 6 de julho de 2021]. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/SANnoBRasil.pdf
34. Maciel E da S, Silva BKR, Schott E, Kato HC de A, Quaresma FPR, Figueiredo FW dos S, et al. Insegurança alimentar em comunidades quilombolas: um estudo transversal. Segur Aliment E Nutr. 6 de abril de 2021;28:e021017–e021017.

35. Monego ET, Peixoto M do RG, Cordeiro M de M, Costa RM. (In) segurança alimentar de comunidades quilombolas do Tocantins. *Segur Aliment E Nutr.* 9 de fevereiro de 2015;17(1):37.
36. Silva B de MA, Silveira VN da C, Padilha LL, Frota MTBA. Situação de insegurança alimentar e nutricional em famílias quilombolas maranhenses. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde.* 31 de agosto de 2020;15(0):43636.
37. Silva DO e, Guerrero AFH, Guerrero CH, Toledo LM de. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Rev Nutr.* agosto de 2008;21:83s–7s.
38. Gubert MB, Segall-Corrêa AM, Spaniol AM, Pedroso J, Coelho SE dos AC, Pérez-Escamilla R. Household food insecurity in black-slaves descendant communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended? *Public Health Nutr.* 2017;20(8):1513–22.
39. Brasil. Lei nº 11.947, de 16 de junho de 2009. Dispõe sobre o atendimento da alimentação escolar e do Programa Dinheiro Direto na Escola aos alunos da educação básica; altera as Leis nos 10.880, de 9 de junho de 2004, 11.273, de 6 de fevereiro de 2006, 11.507, de 20 de julho de 2007; revoga dispositivos da Medida Provisória no 2.178-36, de 24 de agosto de 2001, e a Lei no 8.913, de 12 de julho de 1994; e dá outras providências. [Internet]. 11.947 jun 16, 2009. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/11947.htm
40. Universidade Federal do Rio de Janeiro. ENANI-2019: Resultados preliminares – Indicadores de aleitamento materno no Brasil. Rio de Janeiro: UFRJ; 2020 p. 9.
41. Ferreira H da S, Lamenha MLD, Xavier Júnior AFS, Cavalcante JC, Santos AM dos. Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. *Rev Panam Salud Pública.* 2011;30:51–8.
42. Ferreira H da S, Xavier Júnior AFS, de Assunção ML, dos Santos EA, Horta BL. Effect of Breastfeeding on Head Circumference of Children from Impoverished Communities. *Breastfeed Med.* 2013;8(3):294–301.
43. Silva GPC, Padilha LL, Silveira VN da C, Frota MTBA. Fatores associados à duração do aleitamento materno em mulheres quilombolas. *DEMETRA Aliment Nutr Saúde.* 2019;14(Supl. 1):e42600.
44. Martins LA, Oliveira RM de, Camargo CL de, Aguiar AC de SA, Santos DV dos, Whitaker MCO, et al. Prática do aleitamento materno em comunidades quilombolas à luz da teoria transcultural. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4):e20190191.
45. Lisboa AV, Féres-Carneiro T, Jablonski B. Transmissão intergeracional da cultura: um estudo sobre uma família mineira. *Psicol Em Estudo.* 2007;12(1):9.
46. Neto P. Cultura negra. In: *Africanidades e Relações Raciais: Insumos para políticas públicas na área do livro, leitura e bibliotecas no Brasil.* 1ª. Brasília: Fundação Cultural Palmares; 2014. p. 402.

47. Melo LO de. Atenção à saúde da criança quilombola menor de 2 anos: saberes e práticas de cuidado à luz da teoria transcultural [Internet] [Dissertação]. [Maceió]: Universidade Federal de Alagoas; 2016 [citado 26 de novembro de 2020]. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/1631>
48. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *The Lancet*. 5 de julho de 2003;362(9377):65–71.
49. Ministério da Saúde. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Ministério da Saúde; 2017.
50. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2019 [citado 28 de julho de 2020]. 265 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guia_da_crianca_2019.pdf
51. Leite FM de B, Ferreira H da S, Bezerra MK de A, Assunção ML de, Horta BL. Food intake and nutritional status of preschool from maroon communities of the state Alagoas, Brazil. *Rev Paul Pediatr*. dezembro de 2013;31(4):444–51.
52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de orçamentos familiares 2017-2018 : análise do consumo alimentar pessoal no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2020 p. 120.
53. Canuto R, Fanton M, Lira PIC de. Iniquidades sociais no consumo alimentar no Brasil: uma revisão crítica dos inquéritos nacionais. *Ciênc Saúde Coletiva*. 5 de setembro de 2019;24:3193–212.
54. Guimarães RCR, Silva HP. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do estado do Pará. *Amaz - Rev Antropol*. 2015;7(1):186–209.
55. Ferreira H da S, Torres ZMC, Ferreira H da S, Torres ZMC. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. *Rev Bras Saúde Materno Infant*. 2015;15(2):219–29.
56. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Políticas Sociais e Chamada Nutricional Quilombola: estudos sobre condições de vida nas comunidades e situação nutricional das crianças. Brasília; 2008 p. 142. (Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate). Report No.: 9.
57. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Rio de Janeiro; 2020 p. 66.
58. Wirt A, Collins CE. Diet quality – what is it and does it matter? *Public Health Nutr*. dezembro de 2009;12(12):2473–92.
59. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
60. Smithers LG, Golley RK, Brazionis L, Lynch JW. Characterizing whole diets of young children from developed countries and the association between diet and

health: a systematic review: *Nutrition Reviews*©, Vol. 69, No. 8. *Nutr Rev.* agosto de 2011;69(8):449–67.

61. Alkerwi A. Diet quality concept. *Nutrition.* junho de 2014;30(6):613–8.
62. World Health Organization, United Nations Children’s Fund. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: definitions and measurement methods [Internet]. Geneva; 2021 [citado 9 de julho de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240018389>
63. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. Washington, D.C.: World Health Organization (WHO); 2008.
64. Organisation for Economic Co-operation and Development, organizador. Handbook on constructing composite indicators: methodology and user guide. Paris: OECD; 2008. 158 p.
65. Ruel MT, Menon P. Child Feeding Practices Are Associated with Child Nutritional Status in Latin America: Innovative Uses of the Demographic and Health Surveys. *J Nutr.* 1º de junho de 2002;132(6):1180–7.
66. Silva PO, Lyrio AO, Cruz SS da, Santos LM, Gubert MB. Indexes to assess feeding practices of children under 2 years old: a systematic review. *Public Health Nutr.* junho de 2021;24(8):2033–49.
67. Canella DS, Levy RB, Martins APB, Claro RM, Moubarac J-C, Baraldi LG, et al. Ultra-Processed Food Products and Obesity in Brazilian Households (2008–2009). *PLOS ONE.* 25 de março de 2014;9(3):e92752.
68. Lawrence MA, Baker PI. Ultra-processed food and adverse health outcomes. *BMJ.* 29 de maio de 2019;12289.
69. Pan American Health Organization. Ultra-processed food and drink products in Latin America: Trends, impact on obesity, policy implications [Internet]. PAHO; 2015 [citado 27 de novembro de 2020]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/7699>
70. Kennedy ET, Ohls J, Carlson S, Fleming K. The Healthy Eating Index: Design and Applications. *J Am Diet Assoc.* 1º de outubro de 1995;95(10):1103–8.
71. Drewnowsky A, Henderson SA, Shore AB, Fichler C, Preziosi P, Hercberg S. Diet quality and dietary diversity in France: implications for the French paradox. *J Am Diet Assoc.* 1996;96(7):663–9.
72. Arimond M, Wiesmann D, Becquey E, Carriquiry A, Daniels MC, Deitchler M, et al. Simple Food Group Diversity Indicators Predict Micronutrient Adequacy of Women’s Diets in 5 Diverse, Resource-Poor Settings. *J Nutr.* 1º de novembro de 2010;140(11):2059S-2069S.

73. Gebremedhin S, Baye K, Bekele T, Tharaney M, Asrat Y, Abebe Y, et al. Predictors of dietary diversity in children ages 6 to 23 mo in largely food-insecure area of South Wollo, Ethiopia. *Nutrition*. janeiro de 2017;33:163–8.
74. Moursi MM, Arimond M, Dewey KG, Trèche S, Ruel MT, Delpeuch F. Dietary Diversity Is a Good Predictor of the Micronutrient Density of the Diet of 6- to 23-Month-Old Children in Madagascar. *J Nutr*. 1º de dezembro de 2008;138(12):2448–53.
75. Asghari G, Mirmiran P, Yuzbashian E, Azizi F. A systematic review of diet quality indices in relation to obesity. *Br J Nutr*. 28 de abril de 2017;117(8):1055–65.
76. Volp ACP, Alfenas R de CG, Costa NMB, Minim VPR, Stringueta PC, Bressan J. Índices dietéticos para avaliação da qualidade de dietas. *Rev Nutr*. abril de 2010;23:281–96.
77. Waijers PMCM, Feskens EJM, Ocké MC. A critical review of predefined diet quality scores. *Br J Nutr*. fevereiro de 2007;97(2):219–31.
78. Trad LAB. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2009;19(3):777–96.
79. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil 2019 [Internet]. 2019 [citado 5 de junho de 2021]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
80. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar, 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2014.
81. Ministério da Saúde. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2015.
82. Ruel MT. Operationalizing Dietary Diversity: A Review of Measurement Issues and Research Priorities. *J Nutr*. 1º de novembro de 2003;133(11):3911S-3926S.
83. Monteiro CA, Cannon G, Levy RB, Moubarac J-C, Louzada ML, Rauber F, et al. Ultra-processed foods: what they are and how to identify them. *Public Health Nutr*. abril de 2019;22(5):936–41.
84. Contreras M, Blandón EZ, Persson L-Å, Hjern A, Ekström E-C. Socio-economic resources, young child feeding practices, consumption of highly processed snacks and sugar-sweetened beverages: a population-based survey in rural northwestern Nicaragua. *BMC Public Health*. dezembro de 2015;15(1):25.
85. Brasil. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 76 p

86. World Health Organization. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development [Internet]. 2006 [citado 5 de junho de 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/924154693X>
87. World Health Organization, organizador. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000. 253 p. (WHO technical report series).
88. Bardin L. Análise de conteúdo. 1ª. São Paulo: Edições 70; 2011.
89. Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Serv Res.* 2007;42(4):1758–72.
90. Klassen AC, Milliron BJ, Suehiro Y, Abdulloeva S, Leonberg B, Grossman S, et al. “Then you raise them with Shirchoy or cookies”: Understanding influences on delayed dietary diversity among children in Tajikistan. *Matern Child Nutr.* 2019;15(2):e12694.

Apêndices

Apêndice 1 – Material Suplementar 1 - Lista de alimentos

Apêndice 2 – Artigo “Indexes to assess feeding practices of children under 2 years old: a systematic review”



Review Article

Indexes to assess feeding practices of children under 2 years old: a systematic review

Priscila O Silva^{1,*} , Amanda O Lyrio² , Simone S da Cruz³ , Leonor MP Santos⁴ 
and Muriel B Gubert¹ 

¹Department of Nutrition – Center of Epidemiological Studies of Health and Nutrition (NESNUT), Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasília, Federal District 70910-900, Brazil: ²Health Sciences Program, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasília, Federal District, Brazil: ³Health Sciences Center, Federal University of Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brazil: ⁴Human Nutrition Program, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasília, Federal District, Brazil

Submitted 2 September 2020: Final revision received 4 January 2021: Accepted 15 January 2021: First published online 28 January 2021

Abstract

Objective: To systematically review studies that used indexes to assess feeding practices of children under 2 years.

Design: Seven databases were searched with no limit on language or publication date.

Setting: The reviewed studies included thirteen Asian, ten Latin American, four European, four North American, three Oceanian and three African.

Participants: Children under 2 years.

Results: We analysed thirty-six studies: twenty-two presenting original indexes and fourteen using adapted indexes. Among the original indexes, thirteen assess breast-feeding, fourteen food consumption, ten food groups, and ten other feeding practices. Original indexes were mainly adapted to fit the data available in the study, to update for current nutritional recommendations or to add components not present in the original indexes. Seven studies evaluated the associations between the indexes and nutrient intake or nutritional status. The main limitations cited by the authors were: flaws in the definition of the index components, criteria for cut-off points and weighting of the evaluated index components.

Conclusions: The assessment of feeding practices for young children and its comparison across countries remains a challenge, especially due to the lack of consensus on the construction of indexes and regional differences in dietary recommendations and practices. Lack of validation for some indexes also makes it difficult to choose the most appropriate index for a given objective. Adapting existing indexes is a viable option. We point out relevant recommendations that may contribute to future research. Validation and longitudinal studies in diverse populations are favourable to qualify the assessment of feeding practices in this group.

Keywords

Assessment and methodology
Infant
Complementary feeding
Diet quality

Early childhood feeding practices, especially in the first 2 years of life, are crucial for a healthy growth and development, shaping feeding habits that can last for a lifetime^(1,2). A poor and unhealthy diet is associated with child malnutrition especially in low- and middle-income countries, where undernutrition and micronutrient deficiencies often coexist with overweight/obesity and non-communicable diseases, a phenomenon called double burden of malnutrition^(2,3).

Therefore, it is essential to provide reliable information about children's diet to allow health professionals to monitor dietary changes and plan actions.

Measuring the quality of the diet remains a challenge, as there is no consensus on which attributes should be included in this assessment, and an agreement does not exist about the most appropriate concept of what is a globally healthy and diverse diet^(4,5,6,7,8). According to Alkerwi

*Corresponding author: Email priscilaolin@gmail.com

© The Author(s), 2021. Published by Cambridge University Press on behalf of The Nutrition Society

(2014), when evaluating a diet, protocols should be adopted that combine several characteristics of the diet, so that the overall quality of the diet can be measured more reliably⁽⁴⁾. Ideally, in addition to nutritional aspects, other points should be part of this diet assessment, such as food security, sensory properties of food, and socio-cultural factors, which also still lack established measurement parameters.

Several approaches have been used to assess children's diets worldwide, and the use of indexes for assessing the overall diet quality has gained prominence. This is an *a priori* approach, which consists of assessing dietary intake data against a pre-established index according to a theoretical framework, generally based on current dietary recommendations⁽⁹⁾. According to Ruel and Menon (2002)⁽¹⁰⁾, one of the main advantages of creating indexes is that they can be age-specific and can include different dimensions of eating practices, combining the information in a summary measure. In addition, indexes can be easier to interpret than a set of individual indicators and allow comparison of complex dimensions. However, failures in the construction and interpretation of the index can cause miscommunication and problems in decision-making⁽¹¹⁾.

Several systematic reviews on global diet quality indexes for the adult population have been published in the last 20 years^(5,12–16). But only four systematic reviews were found that identified indexes used to assess the diet of children under 2 years old; however, they included older children and adolescents, included indexes focused on specific aspects of the diet or specific health conditions, or included *a posteriori* dietary assessment method. In addition, in the most recent review, the search was conducted in only two databases, selecting articles published until 2013^(9,17–19); thus, the present study fills a relevant gap in the literature.

Considering the scarcity of literature on this theme, the objective of this study was to systematically review studies that developed and/or applied original and adapted indexes to assess eating practices and the overall dietary quality of children under 2 years old. We also aimed to identify the strengths and weaknesses of the identified indexes.

Methods

The systematic review protocol was registered at the International Prospective Register of Systematic Reviews (PROSPERO) (CRD42019119153) and was reported according to the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses 2015 framework (PRISMA-P)⁽²⁰⁾.

Databases and keywords

The scientific databases MEDLINE via PubMed, Scopus, Embase, Scielo, Lilacs, Cochrane and ProQuest (for grey

literature) were searched with no limit set for date and language. The following search strategy was built for PubMed database and adapted to the other databases: (Infant OR Child, Preschool OR Infant, Newborn) AND (Nutrition Surveys OR Diet Surveys OR Food variety score OR Dietary diversity score OR Diet score OR Healthy eating index OR Child feeding index OR Complementary feeding indicators OR Infant feeding index) AND (Infant Nutrition OR Nutritional Status OR Feeding Behavior OR Breast Feeding OR Bottle Feeding OR Mixed Feeding OR Young child feeding practices OR Complementary feeding OR Feeding practice OR Complementary foods OR Assessing Foods OR Dietary habits OR Diet quality OR Food intake). The search strategy employed a wide range of keywords to recover the largest number of studies in the field. The initial search was conducted in November 2019. Then, the search was updated in July 2020 using the same strategy and databases, with the application of a publication date filter (2019–2020).

Eligibility criteria

In this study, an index – which can also be called a composite indicator – is understood as a summary measure, built from the aggregation of multiple components, supported by a base model⁽¹¹⁾. We included studies with full text available, of all types of quantitative designs, which may be original articles, dissertations, theses and official documents from national and international organizations, which used at least one index developed for the assessment of dietary practices of children under 2 years old. Exclusion criteria were studies that used *a posteriori* methods to assess dietary patterns, studies that focused only on breast-feeding (BF) assessment; studies that individually evaluated specific attributes of feeding practices without using an index; studies whose objective was to assess behaviours, knowledge or practices of parents or caregivers and studies with unhealthy populations. Systematic reviews, books, editorials and conference abstracts were also excluded.

Procedures and synthesis

Studies were first screened by title and abstract by two reviewers (R1 and R2). The second step was the full reading of selected publications independently by reviewers R1 and R2 to identify those that met all the inclusion criteria and would remain in the review. Disagreements were discussed between reviewers R1 and R2, and if there was no consensus, the reviewers R3 and R4 were consulted. The third step was to identify studies that presented: (a) original indexes; (b) modified indexes and (c) studies that only used indexes previously published, without changes. Adapted indexes were considered those that maintained the main characteristics of the original index and clearly described the changes made; articles that did not present the modifications objectively were not included.



Only the first and second groups of articles (original and modified indexes) were included in the data extraction and synthesis presented in this systematic review. The search and selection of articles were performed using the StArt software (State of the Art through Systematic Review)⁽²¹⁾.

The first reviewer extracted the data, and the second reviewer checked it for completion and accuracy. Data were extracted in a table designed specifically for this study (see online Supplemental Material S1a and S1b), including study information (title, author, year of publication, country, funding, design), sample characteristics (age, sample size and inclusion/exclusion criteria) and characteristics of the indexes – description, dietary components, dietary assessment methods, food groups (if applicable), index scoring system, key findings of studies, strengths and limitations of the index indicated by the authors themselves and measures related to the validation process (if available in the study). Data synthesis is presented in Tables 1, 2, and 3.

Risk of bias assessment

The assessment of the risk of bias in the studies was performed by R1 and checked by R2 to ensure the accuracy of the assessment (see online Supplemental material S3). To assess the quality of observational study designs, we employed the Newcastle–Ottawa Scale instrument for longitudinal studies and the adapted version for cross-sectional studies^(22,23); this instrument classifies the quality of studies as good, fair or poor. The following modifications were made to the instruments to better suit the studies: for cross-sectional studies that used secondary data, the question about non-respondents (Selection section) was considered not applicable and the maximum section score was four stars; in that same section (Selection), for the question dealing with the exposure of the instrument, we considered whether the dietary instrument used was validated or was described in the study. In the case of longitudinal studies, question 4 of the Selection section does not apply to the included studies; thus, the maximum value of this section was three stars. For intervention studies, the quality assessment instrument for quantitative studies of the Effective Public Health Practice Project⁽²⁴⁾ was employed, which classifies studies as strong, moderate or weak. Studies with analyses of more than one type of design were evaluated for both instruments.

Results

The process of identifying and selecting the articles is presented in a PRISMA flow diagram (Fig. 1). After removing the duplicates, 6837 publications were screened for title and abstract and 976 were selected for full reading. Most of the items (n 758) were excluded because they assessed only individual attributes of children's diet, without using

an index. After the full reading, fifty-six articles were identified that employed at least one index to assess child feeding practices. As described in the Methods section, an additional step was done to classify the selected articles into three groups: original indexes, adapted indexes and studies that only used a previously published index, without modifications. After this step, we identified thirty-six studies that presented an original or adapted index and were selected for data extraction and synthesis in this review. Of these, twenty-two described original indexes^(10,25–45) and fourteen described adapted indexes^(46–59). The other twenty articles that only used existing indexes without changes are presented in Supplementary Material S2.

Overview of the studies

All indexes were constructed to assess compliance with current dietary recommendations for this age group and/or the quality of the diet in the first years of life.

The studies included in the qualitative synthesis were published between 2000 and 2020, with the majority (n 26) after 2010^(26,27,29,31–38,40–50,52–54,56). Six studies were published between 2019 and 2020^(27,37,42,45,50,53). The sample ranged from eighty-two⁽²⁸⁾ to 12 146⁽⁵⁶⁾ participants.

Twenty-four studies employed a cross-sectional design^(10,25–29,31,32,34,37,38,40,43,44,48,49,52–54,56–59), six were longitudinal studies^(36,39,42,45–47), five were intervention studies^(30,33,35,41,50) and one presented cross-sectional and longitudinal analyses⁽⁵⁵⁾.

Twelve studies were conducted in Asian countries^(27,34,39,44,45,49,51,55–59), ten in Latin America^(10,32,33,35,37,38,40,48,50,54), four studies in Europe^(29–31,43), four in North America^(28,42,46,53), three in Oceania^(26,36,41) and three in Africa^(25,47,52). Only two studies^(10,52) evaluated data from more than one country. Most studies (n 25) were conducted in low- and middle-income countries.

Risk of bias assessment

According to Newcastle–Ottawa Scale instrument, twenty-four articles were classified as having good quality (twenty cross-sectional; four longitudinal)^(25,27,29,31,32,34,38,40,42–45,47–49,51,53–59), three were allocated to the fair category^(10,37,46) and five as poor^(26,28,36,39,52). The main reasons why the articles were classified as fair or poor were because they did not justify the sample size, state the response rate and the characteristics of the non-respondents or control the analyses for possible confounding factors. When the Effective Public Health Practice Project instrument was used to evaluate intervention studies, four studies were classified as strong^(33,35,41,50) and one as moderate⁽³⁰⁾, due to the lack of information about blinding and the low agreement rate for participation in the study. The evaluation of the articles is described in Supplementary Material S3.

Table 1 Characteristics of original indexes used for assessment of infant and young child feeding practices

Index	Index components	Dietary assessment method	Evaluated period	Validation
Child feeding index ⁽²⁵⁾	BF; specific foods; other dietary practices/ characteristics	Child feeding practices questionnaire	Not reported	No
Dietary risk scores ⁽²⁶⁾	Food groups; UPF	FFQ	Previous week	Yes
Diet quality index ⁽²⁷⁾	Food groups; UPF	FFQ and 24-h dietary recall (for a subsample)	Previous day/previous month	Yes
Healthy eating index-C ⁽²⁸⁾	Food groups; nutrients; UPF	24-h dietary recall	Previous day	No
Complementary feeding utility index (CFUI) ⁽²⁹⁾	BF; specific foods; other dietary practices/ characteristics; UPF	FFQ and child feeding practices questionnaire	Week/other	Yes
Dietary scores ⁽³⁰⁾	BF; specific foods; UPF	Infant feeding practices questionnaire	Previous day	No
Finnish children healthy index ⁽³¹⁾	Specific foods; food groups; UPF	Food records	Current day	Yes
Escore de Inadequações na alimentação complementar (EIAC) ⁽³²⁾	Specific foods; other dietary practices/ characteristics; UPF	Child feeding practices questionnaire	Not reported	No
Infant and young child feeding index (IYCF index) ⁽³³⁾	BF; specific foods; other dietary practices/ characteristics	24-h dietary recall and child feeding practices questionnaire	Previous day and other	No
Composite child feeding index ⁽³⁴⁾	BF; specific foods; other dietary practices/ characteristics	Child feeding practices questionnaire	Previous day and other	No
Escore de cumprimento dos 10 passos para a alimentação de menores de 2 anos do ministério da saúde ⁽³⁵⁾	BF; specific foods; other dietary practices/ characteristics; UPF	FFQ and child feeding practices questionnaire	Week	No
Toddlers diet score ⁽³⁶⁾	Food groups; other dietary practices/ characteristics; UPF	24-h dietary recall	Previous day	No
Index for measuring the quality of complementary feeding – IMQCF ⁽³⁷⁾	BF; food groups; UPF	24-h dietary recall	Previous day	No
Diet quality index score (DQIS) ⁽³⁸⁾	BF; food groups; UPF	FFQ	Not reported	Yes
Infant and child feeding index (ICFI) ⁽¹⁰⁾	BF; specific foods; other dietary practices/ characteristics	24-h dietary recall and FFQ	Previous day and previous week	Yes
Infant Feeding Scales ⁽³⁹⁾	BF; specific foods; other dietary practices/ characteristics	Child feeding practices questionnaire	Month	No
Escore de prática alimentar adequada ⁽⁴⁰⁾	BF; specific foods; other dietary practices/ characteristics; UPF	Child feeding practices questionnaire	Not reported	No
Obesity protective dietary index (OPDI) ⁽⁴¹⁾	Specific foods; UPF	24-h dietary recall	Previous day	Yes
Overall food score ⁽⁴²⁾	Specific foods; food groups	Child feeding practices questionnaire	A day	No
Diet quality score ⁽⁴³⁾	Specific foods; food groups; UPF	FFQ	Previous month	Yes
Feeding practices index ⁽⁴⁴⁾	BF; food groups	Child feeding practices questionnaire	Not reported	Yes
Infant and young child feeding index ⁽⁴⁵⁾	BF; food groups	FFQ and child feeding practices questionnaire	Not reported	No

BF, breast-feeding; UPF, ultra-processed foods; FFQ, Food Frequency Questionnaire.

**Table 2** Description of studies that used original indexes for assessment of infant and young child feeding practices

Study and sample characteristics	Index description and components	Dietary assessment method	Strengths and limitations*	Studies that used the index†
Armar-Klemesu <i>et al</i> (2000) ⁽²⁵⁾ . Sample: 512. Age: under 3 years old. Country: Ghana. Design: cross-sectional	Child feeding index assesses diet in children between 4 and 36 months, according to recommended practices. Prelacteal feeds used; still breast-feeding; water: gave to child (0–4 months); sugar-based liquids: gave to child (0–4 months); infant formula: gave to child (0–4 months); cows' milk: gave to child (0–4 months); solid foods: gave to child (0–4 months); first food offered to child; if anyone helps the child eat; caregiver's attitude when child refuses to eat	Child feeding questionnaire	Limitations: The index captures only some aspects of feeding practices	0
Bell <i>et al</i> (2014) ⁽²⁶⁾ . Sample: 111. Age: 12–36 months. Country: Australia. Design: cross-sectional	Dietary risk scores assess the diet quality based at the consumption of food groups, according to three categories, considering that dietary risk is associated with inappropriate eating patterns. Portion-size categories of: core intake (fruit, vegetables, grains, dairy products, meat and water); non-core intake (high-fat, high-sugar and/or high-salt products, and sweetened beverages); usual intake (bread type, milk beverages and non-milk beverages)	FFQ	Strengths: This methodology can be useful for dietary risk screening and to be used in research setting for development and evaluation of interventions.	1
Chen <i>et al</i> (2019) ⁽²⁷⁾ . Sample: 111. Age: 12–36 months. Country: Singapore. Design: cross-sectional	Diet quality index assesses the diet quality and the compliance with dietary recommendations for children between 1 and 2 years old. Number of consumed portions: Total rice, bread and alternatives; total fruit; total vegetables; total meat and alternatives; total milk and dairy products; whole grains; foods high in sugar	FFQ and 24-h dietary recall for a subsample	Strengths: Consider the recommendations from several countries, making the index more representative. Focuses on foods, instead of nutrients, making easier the use in cases of there is limited data about nutrient intake; also makes public understanding easier. The index showed good construct validity (association with some nutrients intakes). Limitations: there is no consensus about measurement of diet quality, and the definition of the included indicators is based on the current recommendations.	0
Glanville <i>et al</i> (2006) ⁽²⁸⁾ . Sample: 82. Age: 1–3 years old. Country: Canada. Design: cross-sectional	Healthy Eating Index (HEI-C) assesses the overall diet quality by using nine components that include food groups, nutrients and diet variety. Grains; fruits and vegetables; milk; meat; total fat; saturated fat; cholesterol; other foods; variety	24-h dietary recalls	Strengths: the component "Other foods" includes processed and ultra-processed foods rich in sugar, salt and fat, which are not assessed in the original HEI	0
Golley <i>et al</i> (2012) ⁽²⁹⁾ . Sample: 6065. Age: under 3 years old. Country: England. Design: Longitudinal	Complementary Feeding Utility Index (CFUI)† is a summary measure to assess the adherence to the complementary feeding guidelines. Breast-feeding duration; feeding on demand; timing of solids introduction; exposure to Fe-rich cereals; frequent exposure to vegetables; frequent exposure to fruit; variety of protein foods;	FFQ-Time of introduction of complementary feeding questionnaire	Limitations: There may be variations in the scores of specific components, due to the period of data collection and the questionnaire used; the ability to predict health and development outcomes has not been validated; refinement of components with respect to	1

Table 2 Continued

Study and sample characteristics	Index description and components	Dietary assessment method	Strengths and limitations*	Studies that used the index†
	exposure to types of sugary drinks; exposure to confectionary, cakes, biscuits and savoury snacks; timing of cows' milk introduction; exposure to tea; timing of lumpy foods introduction; exposure to commercial infant foods; number of daily meals and snacks		number and weight in the total score can improve the relationship with outcomes	
Koehler <i>et al</i> (2007) ⁽³⁰⁾ . Sample: 235. Age: 0–12 months. Country: Germany. Design: randomised trial	Dietary scores assess the accomplishment to the national current recommendations of feeding practices in the first year of life. Milk (breast-feeding; choice of milk; milk and allergy); complementary food (ingredients, recipes and meal supplements containing vegetables, potatoes, meat, fruits, cereal and milk); beverages; snacks	Child feeding questionnaire at 2, 4, 6, 9 and 12 months old.	Not reported	0
Kytalla <i>et al</i> (2013) ⁽³¹⁾ . Sample: 455. Age: 1 year old. Country: Finland. Design: cross-sectional	Finnish Children Healthy Eating Index (FCHEI) assesses the diet of Finland children from 1 to 6 years old, according to the main concerns related to the quality of food in the country. Vegetables, fruits and berries (fresh and cooked); oils and margarine (fat 55 %); foods containing high amounts of sugar; fish and fish dishes (The component skimmed milk is not assessed for 1-year-old children)	Three food records in consecutive days	Strengths: the index showed correlation with several nutrients and is useful as a valid indicator of Finnish children's diet	0
Mais <i>et al</i> (2014) ⁽³²⁾ . Sample: 324. Age: under 2 years old‡. Country: Brazil. Design: cross-sectional	Complementary Food Inadequacy Score (Escore de Inadequações na Alimentação Complementar -EIAC) assesses the degree of inadequacy in complementary feeding and considers the importance of each component of inadequacy in the child's feeding. Early introduction of liquids; early introduction of solids; early introduction of cows' milk; early introduction of sugar and/or thickener; late introduction of liquids; late introduction of solids; inadequacy in the preparation of porridge	Child feeding questionnaire	Limitations: the index does not consider the time of introduction of processed foods, the consistency of the porridge, the utensil used in offering food, times and fractionation of meals, amount of food consumed, as well as how to prepare the porridge and the age of introduction of eggs	0
Monterrosa <i>et al</i> (2015) ⁽³³⁾ . Sample: 370. Age: 0–24 months. Country: Mexico. Design: randomised trial	Infant and young child feeding index (IYCF index) is age-specific and is built according to the Pan American Health Organization. Breast-feeding; use of bottles; sweetened beverage; carbonated beverage; complementary food	Child feeding questionnaire and 24-h dietary-recalls	Limitations: The index assesses only 4 of the 9 recommendations used as a reference; in addition, the index captures different dimensions as age increases, thus, high scores at 1 month do not correspond to the same behaviours that led to high scores at 12 months	0
Mukhopadhyay <i>et al</i> (2013) ⁽³⁴⁾ . Sample: 245. Age: 0–23 months. Country: India. Design: cross-sectional	Composite child feeding index is based on the recommendations for feeding practices of children under 2 years and includes WHO indicators. 0–5 months age group: any breast-feeding; exclusive breast-feeding;	Child feeding questionnaire	Not reported	0



Table 2 Continued

Study and sample characteristics	Index description and components	Dietary assessment method	Strengths and limitations*	Studies that used the index†
Nunes <i>et al</i> (2017) ⁽³⁵⁾ . Sample: 234. Age: 12 months. Country: Brazil. Design: Randomised trial	breast-feeding eight times or more; intake of liquid food other than breast milk/intake of solid, semi-solid, soft food and bottle feeding. 6–23 months age group: continued breast-feeding; introduction of solid, semi-solid, soft food; minimum meal frequency; minimum amount per meal; minimum dietary diversity; active feeding; consistency and safety of food Score of compliance with the 10 steps for feeding children under 2 years of the Ministry of Health (Escore de cumprimento dos 10 passos para a alimentação de menores de 2 anos do Ministério da Saúde) assesses the compliance with the ten steps and is used as a proxy for the quality of complementary food.	FFQ and child feeding practices questionnaire	The authors did not mention specific limitations, they only reported the difficulty of constructing a score that could translate the fulfilment of the steps of the Brazilian Ministry of Health.	0
Nyaradi <i>et al</i> (2013) ⁽³⁶⁾ . Sample: 2868. Age: 12 months. Country: Australia. Design: Longitudinal	Toddlers diet score is a summary measure of the diet quality of children 1–3 years old. Wholegrain; vegetables; fruit; meat ratio; dairy; snack foods; sweetened beverages	24-h dietary recall	Not reported	0
Ribas <i>et al</i> (2020) ⁽³⁷⁾ . Sample: 108. Age: under 2 years old. Country: Brazil. Design: cross-sectional	Index for Measuring the Quality of Complementary Feeding (IMQCF) assesses the quality of complementary food, based on Brazilian and international dietary recommendations. Continued with breast milk or infant formula; introduction semi-solid foods other than breast milk or infant formula; meals per day; introduction of sugar, sweets, soft drinks, teas, sugary drinks and/or some wheat-based foods; introduction of other un-sweetened ultra-processed foods; evaluation of consistency; portions of vegetables and fruits; groups make up the main meal; introduction cow milk and/or dairy products	Four 24-h dietary recalls	Strengths: Considers the consumption of ultra-processed foods (according to the current guidelines). Suitable for children born preterm. Limitations: Does not consider the amount of food consumed	0
Ríos <i>et al</i> (2016) ⁽³⁸⁾ . Sample: 269. Age: 0–24 months. Country: Puerto Rico. Design: cross-sectional	Diet Quality Index Score (DQIS) assesses the quality of the diet of children between 0 and 24 months (excluding children aged 6–7 months). For children up to 5 months, the time of introduction of food was considered. For the others, the amount consumed from each food group was considered. Milk (type of feeding); cereal; grains; protein; vegetables; fruits; 100% fruit juices; sugar-sweetened beverages; sweets; salty snacks	FFQ	Strengths: This is the first algorithm for the assessment of diet quality in infants and toddlers considering intake of each food group and their portion sizes.	1
Ruel and Menon (2002) ⁽¹⁰⁾ . Sample: not reported. Age: 6–36 months. Country: Bolivia; Colombia; Guatemala;	Child Feeding Index (CFI) is based on recommendations for feeding children between 6 and 36 months. Breast-feeding; use of bottle;	FFQ 24 h food group consumption	Limitations: The indexes can mask the association of specific practices that compose them with the outcomes of interest	13

Table 2 *Continued*

Study and sample characteristics	Index description and components	Dietary assessment method	Strengths and limitations*	Studies that used the index†
Nicaragua; Peru. Design: cross-sectional	Dietary diversity score (food groups: cereals, tubers, milk, egg/fish/poultry, meat and other); food frequency score: number of days the child consumed different food groups in the past 7 d; Meal frequency past 24 h			
Saha <i>et al</i> (2008) ⁽³⁹⁾ . Sample: 1343. Age: under 2 years old. Country: Bangladesh. Design: Longitudinal	Infant Feeding Scales are based on children's feeding practices at 3, 6, 9 and 12 months of age, to assess compliance with current recommendations for each age group. Breast-feeding; supply of water and water containing sugar or glucose, fruit juice, cows' milk, solid or semi-solid foods; first food offered to the child; bottle use	Monthly child feeding practices questionnaire	Limitations: scales do not capture the multidimensionality of feeding practices, which may be associated with health and growth outcomes	0
Sousa <i>et al</i> (2019) ⁽⁴⁰⁾ . Sample: 151. Age: 12–23 months. Country: Brazil. Design: cross-sectional	Adequate dietary practice score (Escore de prática alimentar adequada) is based on the Ten Steps to Healthy Eating for children under 2 years of age from the Ministry of Health of Brazil, to assess adherence to current dietary recommendations.	Questionnaire about complementary feeding practices	Not reported	0
Spence <i>et al</i> (2013) ⁽⁴¹⁾ . Sample: 398. Age: under 2 years old. Country: Australia. Design: Randomised trial	Obesity Protective Dietary Index (OPDI) specifically evaluates the outcomes intended by the study: increase intakes of fruits and vegetables and decrease intakes of non-core foods (juice, soft drink, cordial, sweetened milks, sweet and savoury biscuits, crisps, confectionary, cakes, pastries, buns and takeaway foods)	Three 24-h dietary recalls	Not reported	0
Vadiveloo <i>et al</i> (2019) ⁽⁴²⁾ . Sample: 398. Age: under 2 years old. Country: Australia. Design: Randomised trial	Overall food score is based on two scores: Healthy Food Score (fruits and vegetables intake) and Unhealthy Food Score (French fries, ice cream, baby snacks and sweets intake)	Child feeding practices questionnaire	Not reported	0
Voortman <i>et al</i> (2015) ⁽⁴³⁾ . Sample: 3629 children (13 months). 844 children (25 months). Age: under 2 years old. Country: Netherlands. Design: cross-sectional	Diet Quality Score assesses the overall diet quality and was built based on recommendations for feeding practices for preschoolers (from 1 year). Daily intake of vegetables (≥ 100 g/d); fruit (≥ 150 g/d); bread and cereals (≥ 70 g/d); rice, pasta, potatoes, and legumes dairy (≥ 350 g/d); meat, poultry, eggs, and meat substitutes (≥ 35 g/d); fish (≥ 15 g/d); oils and fats (≥ 25 g/d); candy and snacks (≤ 20 g/d); sugar-sweetened beverages (≤ 100 g/d)	Semi-quantitative FFQ	Strengths: The index was associated with nutrient intake (low and moderate) and can be a useful tool for assessing the overall diet quality of preschoolers. Limitations: The construction of the index was based on current recommendations; however, there is a shortage of quantitative recommendations based on food for this age group.	3
Wang <i>et al</i> (2015) ⁽⁴⁴⁾ . Sample: 386. Age: under 2 years old. Country: China. Design: cross-sectional	Feeding practices index assesses the status of infant feeding practices (IFP) and its association with health status, based on WHO recommendations for feeding practices for children under 2 years old. Breast-feeding; still	Child feeding practices questionnaire	Strengths: Allows the assessment of children under 6 months; considers the interrelation between the feeding practices that make up the index, due to the method used (rank sum ratio) of the association between the index and	0



Table 2 Continued

Study and sample characteristics	Index description and components	Dietary assessment method	Strengths and limitations*	Studies that used the index
Zhu <i>et al.</i> (2020) ⁽⁴⁵⁾ . Sample: 386. Age: under 2 years old. Country: China. Design: cross-sectional	breast-feeding; beginning breast-feeding (h); breast milk is enough or not; introduced complementary food; frequency of added complementary food Infant and young child feeding index assesses compliance with WHO dietary recommendations. Exclusive breast-feeding duration; any breast-feeding duration; vitamin/mineral supplements; initial time of beans and eggs; initial time of cows/goat's milk; regular consumption of Fe-rich food or Fe-fortified foods at 6–23 months	FFQ and other questions about feeding practices	the prevalence of respiratory infection. Limitations: it is not possible to apply the method if there are missing values Limitations: the index has not been validated. The authors did not consider the weights or relative importance of the components and did not specify the type of supplement received.	0

*Strengths and limitations pointed out by studies' authors.

†Studies that used the original indexes without adaptations.

‡The age range of the participants included in the study was 0–6 years old, but the assessment of complementary feeding practices referred to the first 2 years of age of children.

Studies with original indexes

The synthesis of the main characteristics of the original indexes (*n* 22) is presented in Table 1. Table 2 presents the characteristics of these studies: identification of the study, sample characteristics, index used, components, dietary assessment method, strengths and limitations of the index, and number of studies found in the systematic review which used that index.

The indexes were constructed with different types of components, which focus on assessing BF (exclusive and continued BF), consumption of foods and food groups, other feeding practices (frequency of meals, bottle use, hygiene when preparing and offering food, complementary food introduction, if the child receives help to eat, the caregiver's attitude towards the child's refusal, exposure to advertising about infant foods) and consistency of the diet. Among the twenty-two original indexes, thirteen evaluate aspects related to BF^(10,25,29,30,33–35,37–40,44,45) (more common in the indexes that assess diet of children under 1 year old), fourteen evaluate consumption of foods^(10,25,29–35,39–43), ten assessed food groups consumption^(26,27,31,36–38,42–45) and ten include the assessment of other feeding practices and feeding characteristics^(10,25,29,32–36,39,40), such as consistency of the diet. More than half of the original indexes (*n* 13) investigated the consumption of ultra-processed foods (UPF) (in some studies described as foods high in Na, sugar and fat)^(26,27,29–32,35–38,40,41,43), twelve of which were published since 2012. Only one index assessed the intake of specific nutrients⁽²⁸⁾.

Although the purpose of the review was to identify indexes that aimed at the population under 2 years old, we decided not to exclude studies with indexes that exceed this limit, as long as children under 2 years old were part of the analysed age group and the index was constructed taking into account the dietary recommendations for children of this age range, including seven studies^(10,25,26,28,31,32,45).

All indexes were constructed based on the current dietary recommendations for the age group. These recommendations included country-specific guidelines and, more commonly, the general recommendations of the WHO.

As primary tool to collect dietary data, twelve studies used specific questionnaires^(25,29,30,32–35,39,40,42,44,45) containing questions related to food consumption and other aspects of eating practices, but many of them did not provide details on the instruments. Eight studies used the FFQ^(10,26,27,29,35,38,43,45), seven used the 24-h dietary recall^(10,27,28,33,36,37,41), one used 1-d food records⁽³¹⁾ and six studies used more than one dietary instrument^(10,27,29,33,35,45).

About the reference time of the used tools to evaluate diet, eight studies requested dietary data from the day before the survey^(27,28,30,33,34,36,37,41), four from the previous week^(10,26,29,35), six studies did not specify the time period^(25,32,38,40,44,45) and the others evaluated random periods of time, such as month or year.

Regarding the quantity of food consumed, thirteen indexes assessed whether the child consumed a food/food

Table 3. Description of studies that used adapted indexes for assessment of infant and young child feeding practices

Study and sample characteristics	Adapted index	Adaptations	Reasons for adaptations
Au <i>et al</i> (2018) ⁽⁴⁶⁾ . Sample: 1261. Age: 7–24 months. Country: USA. Design: Longitudinal	Complementary Feeding Utility Index (CFUI) ⁽²⁹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Excludes the number of daily meals and snacks component- Replaces the use of commercial infant foods component with use of non-recommended feeding practices (i.e. mixing formula with more or less water, using an infant feeder or bottle with an extra-large nipple hole, or adding cereal to the bottle). - Adapts the timing for scoring of solid food introduction component to include more detailed age groups 	The index was adapted according to the data available for the survey and to meet the current recommendations in the country
Hamner <i>et al</i> (2020) ⁽⁴⁷⁾ . Sample: not reported. Age: 6–23 months. Country: Sierra Leone, Niger, Sudan, Ethiopia. Design: cross-sectional	Diet Quality Index Score (DQIS) ⁽³⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Changes the age range and the division of analysis age groups - Changes the milk component - Changes scoring criteria of components - Changes portion sizes of evaluated food groups - Changes the final score 	The index was adapted to meet the current recommendations in the country and to assess children of the research age group
Bork <i>et al</i> (2012) ⁽⁴⁸⁾ . Sample: 1060. Age: 6–36 months. Country: Senegal. Design: Longitudinal	Infant and Child Feeding Index (ICFI) ⁽¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> - Excludes the bottle-feeding component - Replaces the frequency component of food consumption in the last 7 d with a Food Variety Index (FVI). The Diet Diversity component is composed of seven food groups (animal milk products, animal-based foods, cereals and tubers, pulses and nuts, fruit and vegetables, vitamin A – rich foods, and food with fat added) - Changes component scores and the final score - Changes the division of age groups - Replaces the bottle-feeding component with consumption of another milk the day before - Modifies food groups (cereals or tubers; beans; vegetables; fruit; meat or egg or fish or chicken); excludes the milk group - Evaluates the Diversity component of the diet in the last 7 d - Only considers the recommendation of the main meals in the meal frequency component 	The index was adapted according to the data available for the research
Bortolini <i>et al</i> (2015) ⁽⁴⁹⁾ . Sample: 2477. Age: 6–36 months. Country: Brazil. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Excludes the food frequency component - Modifies food groups (grains, tubers; meat, fish; pulses; dairy; eggs; other fruits and vegetables) - Changes the final score 	The index was adapted according to the data available for the survey and to meet the current recommendations in the country
Chaudary <i>et al</i> (2018) ⁽⁵⁰⁾ . Sample: 210. Age: 6–36 months. Country: India. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Excludes the food frequency component - Modifies food groups (grains, tubers; meat, fish; pulses; dairy; eggs; other fruits and vegetables) - Changes the final score 	The index was adapted to meet the current recommendations in the country
Ferreira <i>et al</i> (2019) ⁽⁵¹⁾ . Sample: 1133. Age: 6–12 months. Country: Brazil. Design: Randomised trial		<ul style="list-style-type: none"> - Excludes milk from the Dietary diversity score because, in Brazil, breast milk is replaced by other milks and is associated with the use of bottles - Includes fruit and vegetable groups in the food frequency score - Details the criteria of the component meal frequency (meal is defined as including at least 3 of 4 food groups) 	The index was modified to align with current recommendations in the country
Garg <i>et al</i> (2009) ⁽⁵²⁾ . Sample: 151. Age: 6–12 months. Country: India. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Includes the timely initiation of complementary feeding component - Modifies food groups; specifies other fat and sugar food in the other foods group - Changes the final score 	Not reported
Guevarra <i>et al</i> (2014) ⁽⁵³⁾ . Sample: not reported. Age: 6–23 months. Country:		<ul style="list-style-type: none"> - Excludes the bottle-feeding and food frequency component 	

Table 3. Continued

Study and sample characteristics	Adapted index	Adaptations	Reasons for adaptations
Sierra Leone, Niger, Sudan, Ethiopia. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Evaluates breast-feeding in the last 24 h - Changes the scoring criteria of components and final score - Does not specify the food groups of the Dietary Diversity component - Classifies children into two categories: good (6 points) and not good infant and young child feeding (<6 points) 	The index was adapted to suit the available data and to simplify use in the contexts in which researchers are inserted
Jones (2015) ⁽⁵⁴⁾ . Sample: 251. Age: 6–23 months. Country: Bolivia. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Changes food groups (cereal grains, roots, tubers; vegetables and nuts; dairy products; flesh foods; eggs; vitamin A rich fruits and vegetables; other fruits and vegetables) - Includes the components: consistency of the diet and responsive food <p>The meal frequency component considers main meals and snacks</p> <ul style="list-style-type: none"> - Changes the final score (0 to 11 points) - Excludes the bottle-feeding component - Includes the consistency component of the diet - Changes the final score 	The change in food groups aimed to reflect the proposal of WHO indicators (2008). The inclusion of the two components not present in the original index was justified because they are practices that are not usually reached in infant feeding
Ma <i>et al</i> (2012) ⁽⁵⁵⁾ . Sample: 180. Age: 5–7 months (baseline). Country: China. Design: cross-sectional and longitudinal		<ul style="list-style-type: none"> - Does not include the meal frequency component - Includes other food groups and changes the score for consumption of each group - Includes age of introduction of complementary feeding - Changes the final score - Changes the division of age groups - Changes the score of the breast-feeding component - Changes the criteria of the meal frequency component (differentiates main meals and snacks) - Excludes the food frequency component - Includes the food variety score component (24 h) - Changes food groups 	The replacement of the bottle-feeding component by consistency of the diet was justified because the use of a bottle is considered harmful to children at all ages assessed by the index
Qu <i>et al</i> (2017) ⁽⁵⁶⁾ . Sample: 12 146. Age: 6–35 months. Country: China. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Does not include the meal frequency component - Includes other food groups and changes the score for consumption of each group - Includes age of introduction of complementary feeding - Changes the final score - Changes the division of age groups - Changes the score of the breast-feeding component - Changes the criteria of the meal frequency component (differentiates main meals and snacks) - Excludes the food frequency component - Includes the food variety score component (24 h) - Changes food groups 	The index was adapted to account for Chinese recommendations about child feeding practices
Sawadogo <i>et al</i> (2006) ⁽⁵⁷⁾ . Sample: 2466. Age: 6–35 meses. Country: Burkina Faso. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Includes the components hygiene during preparation and feeding and psychosocial care during feeding - Excludes bottle feeding and meal frequency components - Includes the snack frequency component - Changes the final score, which varies according to the age group (1–14 for 6–9 months; 4–13 for 9–11 months) - Changes food groups (cereals/tubers, beans, animal milk, egg, meat/fish and other foods) 	The index was adapted according to the local context and the data available for the research
Srivastava and Sandhu (2007) ⁽⁵⁸⁾ . Sample: 204. Age: 6–23 months. Country: India. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Includes the components hygiene during preparation and feeding and psychosocial care during feeding - Excludes bottle feeding and meal frequency components - Includes the snack frequency component - Changes the final score, which varies according to the age group (1–14 for 6–9 months; 4–13 for 9–11 months) - Changes food groups (cereals/tubers, beans, animal milk, egg, meat/fish and other foods) 	The index was adapted to simplify its use and incorporate other aspects of infant feeding recommended by WHO, in addition to dietary components
Zhang <i>et al</i> (2009) ⁽⁵⁹⁾ . Sample: 501. Age: 6–11 months Country: China. Design: cross-sectional		<ul style="list-style-type: none"> - Includes the components hygiene during preparation and feeding and psychosocial care during feeding - Excludes bottle feeding and meal frequency components - Includes the snack frequency component - Changes the final score, which varies according to the age group (1–14 for 6–9 months; 4–13 for 9–11 months) - Changes food groups (cereals/tubers, beans, animal milk, egg, meat/fish and other foods) 	The index was adapted to incorporate current recommendations for dietary practices in the age group evaluated

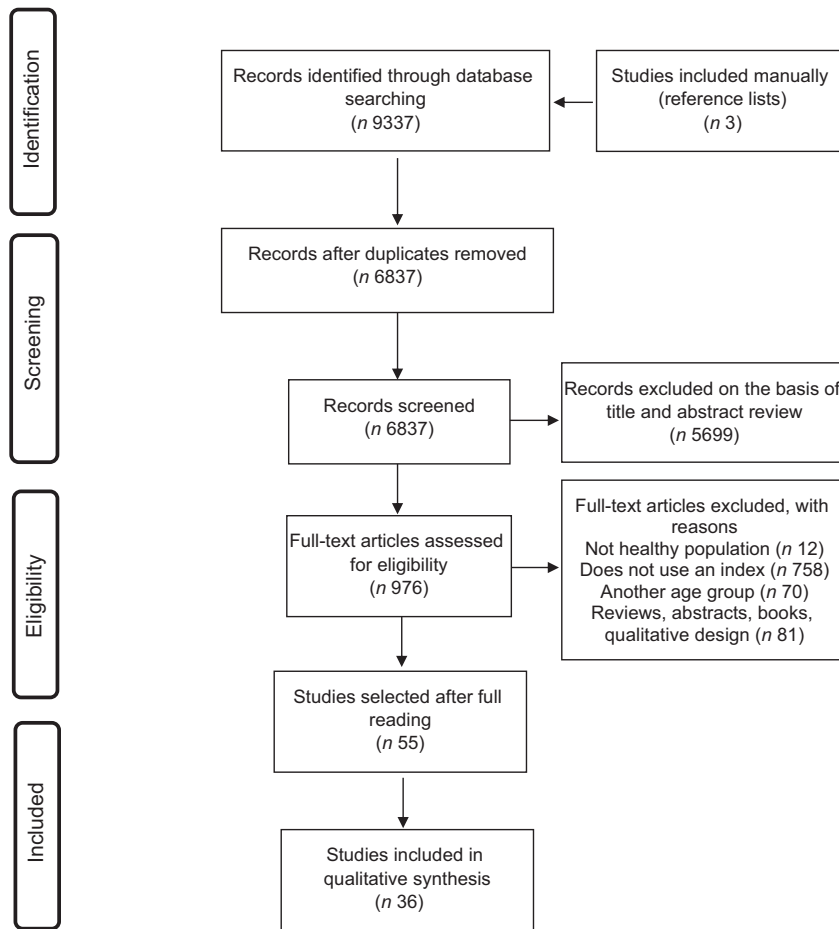


Fig. 1 Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses (PRISMA) flow diagram of the study selection process

group or not, irrespective of the quantity or number of portions^(10,25,29,30,32–35,39,40,42,44,45). The others establish the minimum amount of food consumed or the number of portions of each food/food group, according to the dietary recommendations^(26–28,31,36–38,41,43).

Regarding the scoring system, for most indexes, the final score was calculated by simply adding together the scores of all the components^(10,25,28,31–36,38–43,45). Usually, practices considered positive or recommended received positive scores and practices considered negative received negative scores or were not scored, and the final score represented the degree of compliance with the dietary recommendations for age or quality of diet; thus, higher scores indicated a greater degree of adequacy or better quality of the diet. Due to variations in dietary recommendations according to the child's age, the indexes commonly divided the assessment by age subgroups, changing the scoring criteria or the cut-off point value according to the recommendations. An example of this variation is the assessment of BF, which usually received higher scores in the youngest subgroup. Some indexes required more complex procedures to generate the final score, such as using equations or converting scales (*n* 6)^(26,27,29,30,37,44).

The final results of the indexes were presented as the score mean – and SD – for the full sample or age subgroups (*n* 9)^(25,27,30,34–37,39,43), in predefined categories (e.g. total score – 0–100, ≤50: poor diet; 51–80: diet needs improvement; >80: good diet) (*n* 8)^(26,28,30,38,41,43) or classifying the final score in quantiles (*n* 5)^(10,29,31,41,45).

No study compared the index to a gold reference standard for assessing food consumption for validation. Among the twenty-two original indexes identified, only five assessed the association between the results and the intake or adequacy of nutrients and energy^(27,29,31,41,43). Seven studies associated the index with nutritional status^(10,33,34,37–39,42).

The most employed index was the ICFI proposed by Ruel and Menon (2002)⁽¹⁰⁾, with twelve records. Other four indexes – Dietary risk scores⁽²⁶⁾, Complementary Feeding Utility Index⁽²⁹⁾, Diet Quality Index Score⁽³⁸⁾, Diet Quality Score⁽⁴³⁾ – were also used in further studies. The full list of the studies that used original indexes is in Supplementary Material S2.

Only sixteen studies indicated strengths and/or weakness of the index used^(10,25–29,31–33,35,37–39,43–45). The following strengths were cited: the use of the index as a



valid approach for assessing and monitoring children's eating practices, especially due to the positive association between the results of the indexes with nutrient intake and/or nutritional status; and the assessment of consumption of UPF. The most common weaknesses were the lack of consensus on the choice of components, the lack of established criteria for defining the weight and cut-off points of the components and the impossibility of including other aspects of eating practices.

Studies with adapted indexes

The fourteen studies that adapted previously published indexes are described in Table 3. The changes made to the original indexes and the justifications presented by the authors are also presented. Among these fourteen studies, twelve^(47–53,55–59) were based on the Infant and Child Feeding Index by Ruel and Menon (2002)⁽¹⁰⁾; one⁽⁴⁶⁾ was based on the Complementary Feeding Utility Index by Golley *et al* (2018)⁽²⁹⁾ and one⁽⁵³⁾ was based on the Diet Quality Index Score by Ríos *et al* (2020)⁽³⁸⁾.

The extent of modifications made to the original indexes varied widely between studies and included changes in the component scoring criteria; alterations in the final score; exclusion, inclusion and replacement of components; modification of evaluated food groups and adjustments in the age group, as shown in Table 3. The existing indexes were adapted for a variety of reasons: to fit the index to the data available in the research, especially studies with secondary data ($n = 5$)^(46–48,52,57); to adapt the indexes to the national or international current nutritional recommendations, as well as to adapt to the local food context ($n = 10$)^(46,48–50,53–55,57–59); or to aggregate components not evaluated in the original indexes that were considered important by the authors ($n = 1$)⁽⁵⁴⁾. One study reported no justification for the changes⁽⁵¹⁾.

Two adapted indexes^(52,57) were used in further studies, presented in Supplementary Material S2.

Discussion

This review provided an overview of the assessment of feeding practices in children under 2 years old using indexes built specifically for this audience throughout the world. A wide range of proposals have been developed aimed at achieving a valid, adequate and viable methodology for a more comprehensive assessment of the diet in this age group, which take into account the complexity of the diet, the profound relationship of food intake with nutritional and health outcomes, the evolution of dietary evidence and recommendations over time.

The study of dietary patterns can be divided into two broad categories of *a posteriori* and *a priori* approaches. *A posteriori* method uses statistical techniques to derive dietary patterns from the food intake, grouping the foods

that are often consumed together or putting together people with similar food consumption. Because it is constructed using data from a specific population, this approach may not be reproducible across populations; also, it may not always be able to set the healthiest food patterns, since it is not based on evidence-based dietary guidelines^(9,60). On the other hand, the *a priori* approach is based on current scientific knowledge about food and nutrition and it is composed of variables/components (food, nutrients and other practices) considered important for health, generating measurements of diet quality⁽¹³⁾. The indexes in this group assess the overall quality of the diet, by comparing the behaviour/practices/food consumption of a population or individual with the current dietary guidelines to define how healthy the diet is⁽⁵⁾.

Several indexes have been developed in the last two decades to assess the overall quality of the diet in the first 2 years of life, based on the current global and/or local dietary recommendations for this age group. Over two-thirds of the studies included in this review were published since 2010, and six of them, in 2019 and 2020, which evidences an increased interest in the topic and shows the efforts of researchers in achieving better paths to conduct this assessment.

Most of the studies included in the review were cross-sectional ($n = 24$), which allows associations between diet and outcomes, but without investigating causal relationships. Longitudinal studies can establish stronger evidence about these associations⁽¹⁷⁾. The choice of the index to be used must take into account the study design, as some indexes were built specifically to be used in longitudinal studies and require information at multiple times, such as the one used in the study by Zhu *et al* (2020)⁽⁴⁵⁾.

Most studies analysed were conducted in Asian countries ($n = 12$), especially China and India, and Latin American ($n = 10$) regions that concentrate low- and middle-income countries. These countries still face a major challenge in the double burden of malnutrition, in which malnutrition and overweight, and chronic diseases coexist^(2,3). In this scenario, research on food and nutrition is essential, which may be one of the reasons for the greater interest in the development of methodologies for assessing infant feeding practices in these countries.

Of the thirty-six articles included in this systematic review, 25% ($n = 9$) were classified as having fair or poor quality, especially due to methodological limitations related to the sample or the analysis process. Nevertheless, the articles included are generally good quality, which also contributed to the quality of the review.

The identified indexes had an extensive variety of evaluated components. Some indexes only assessed food consumption, while others included additional aspects related to the eating practices of children under 2 years old ($n = 10$), developing a more comprehensive approach translating the complexity of the phenomenon. The intake of specific nutrients was evaluated in only one index⁽²⁸⁾,



indicating that approaches based on the consumption of foods and/or food groups were most common.

The development of more complex approaches to assess the overall quality of the diet, instead of simple indicators or individual aspects ('reductionist' approach), has proved to be a promising approach, a perspective that meets the most current dietary recommendations in countries, for example, the Brazilian Dietary Guidelines for Children Under Age Two⁽⁶¹⁾. This becomes even more relevant in this age group, when intense changes in the child's diet occur, and there are many variables influencing the feeding practices.

Of the twenty-two original indexes, only thirteen included BF, which is considered a key element for the child's health and development. Some studies that evaluated children older than one prioritised the consumption of other foods rather than breast milk. Although BF is recommended in a complementary way until the age of 2 or more⁽¹⁾, from 12 months onwards, this practice reduces considerably, while other foods become much more important in the child's energy and nutrient intake⁽⁶²⁾.

The assessment of the consumption of foods considered unhealthy, with a high content of sugar, fat and salt, such as UPF⁽⁶³⁾ appeared more frequently in more recent indexes, justified by the growing trend towards the consumption of these foods and the possible negative consequences of this practice^(64–68). Among the thirteen original indexes that evaluated the consumption of UPF, twelve were published since 2012. For indexes that do not evaluate the consumption of UPF, even if the child reaches a high final score, the classification of the diet as good quality could be relative, as it is impossible to assess whether negative feeding practices are also present.

To calculate the index scores, the authors summed the component scores^(10,25,28,31–36,38–43,45) or employed more complex equations^(26,27,29,30,37,44). The second option requires extra work for final analysis, which may limit their wider use.

The adapted indexes justified the changes to the indexes due to current recommendations, local context or to the available data. The adaptation of existing indexes is a viable alternative to achieve more appropriate measures, whether at the local or global level. This strategy can be strengthened to help improve previous proposals, often with some type of validation, instead of concentrating efforts to create new indexes.

We identified that a relevant gap is the lack of validation of some indexes, which was also an aspect pointed out by Lazarou and Newby (2011) in their review. We checked all the studies that did not report validation to guarantee that those indexes were not validated in previous or later studies. Validation is an important aspect to determine the choice of the most appropriate index for the objectives of the study⁽⁶⁰⁾. In the context of dietary assessment, the reference for validating a method would be a comparison with biological nutritional markers⁽¹⁷⁾. However, it is

necessary to highlight that regarding infant and young child feeding practices, there is no established gold standard and this may not be necessary because indexes could serve different purposes depending on the context and the diets.

The articles used other measures to assess the validity of the indexes, such as association with nutrient intake, internal validity tests, reliability and repeatability, and association with nutritional status, which added more confidence to the results but were not enough to guarantee that the proposed methodology could properly measure the quality of the diet or identify variations in the diet^(9,13,19). The lack of adequate validation of some of the dietary quality indexes has been identified as a problem since the first reviews on this topic⁽¹²⁾, and it remains a critical issue in current studies. Smithers *et al* (2011) also identified in their review this lack of validation of the indexes⁽⁹⁾. Waijers *et al* (2007) pointed to arbitrary choices in the construction of the indexes and the lack of perception about the consequences of these choices⁽¹³⁾.

Regarding their weaknesses, a relevant concern of the researchers is the lack of consensus on the choice of components and the absence of criteria for defining the weight and cut-off points. Some aspects or eating practices may have a greater influence on health and nutrition outcomes than others, so the ideal index would weigh the components in relation to the total score, to more adequately reflect the relationship of the diet with the outcomes. However, evidence remains insufficient to properly establish weights for these parameters⁽²⁹⁾. Some studies try to minimise this limitation, proposing different scores of the same component depending on the age subgroup, for example in the BF component⁽¹⁰⁾, or using other calculation procedures⁽²⁹⁾; however, the indexes generally score the components equally.

This difficulty in establishing consensus is not limited to weighting or cut-off points but extends to defining the concept of quality diet or what would constitute an adequate diet⁽⁴⁾. In this sense, comparisons between countries can also be difficult. As the cultural contexts or needs can vary greatly by region and across time, establishing a unique approach could be a major challenge for researchers and also limit the possibilities of assessment based on the particular characteristics of places and populations. Thus, the question arises: would a single approach be reliable for universal use or are multiple key approaches more appropriate?

Indexes can be an interesting alternative to provide an overview of a child's diet quality and are easier to interpret than several separate indicators, but they need to be well constructed and carefully interpreted. Given the above, we can point out some relevant recommendations for future works on this topic. For the components of the indexes, the inclusion of BF assessment is crucial for indexes constructed for younger children, especially under 1 year of age. The construction of the indexes commonly



follows the international dietary guidelines, established by the WHO, which does not eliminate the importance of considering the local context. Thus, national guidelines, such as those expressed by food-based dietary guidelines, can also guide the elaboration of the index, for example, in the choice of food groups. The inclusion of an UPF component should also be taken into account, to provide a more complete picture of the quality of the children's diet. The division by age subgroups can also be a good way to provide a more realistic and reliable assessment, since many changes occur between the introduction of complementary feeding and the age of two.

Strengths and weaknesses

As far as we know, our study is the first to do an extensive investigation of indexes for assessing the feeding practices focusing on children under 2 years old. These include original indexes and studies that have adapted existing proposals, indicating the reasons that led to the adaptations, and pointing out strengths and weaknesses. In addition, studies conducted in countries of all income levels were included.

Selection of an index, among the many existing ones, is not a simple task for a researcher. This choice depends on factors such as study objectives, outcomes of interest, available data and the researchers' data analysis abilities. Validation is also an important element to assess whether a given index adequately measures the quality of the diet and whether it is associated with important health outcomes related to food and nutrition; however, many studies still do not perform these analyses. Thus, the lack of studies with validation limited the possibility of indicating the most appropriate index to use. This issue is still a gap and demands further study to provide researchers with more reliable parameters.

Conclusions

A wide variety of indexes have been used to assess the eating practices of children under 2 years old, and the list of different components that make up the indexes is also extensive, which is due to the complexity of the issue. The lack of consensus on the concept of diet quality and the peculiarities of this age group contribute to the lack of a reference standard. Cultural and regional differences as well as the evolution of knowledge in the area also present obstacles. Many authors have proposed approaches that contemplate multiple dietary variables and are not limited to individual aspects to achieve a more complete assessment of the diet.

Although there are still gaps, this review showed important steps already taken in assessing the eating practices of young children. The advancement of the proposals, which seek to include multiple components and consider regional and cultural particularities to find the best way to reflect the

diet in this age group, provides important aids to continue pursuing the best method.

We emphasise that the adaptation of indexes in accordance with the current recommendations is an interesting alternative, qualifying existing indexes and expanding their possibilities. Thus, a basic proposal that is flexible for modifications according to different scenarios may be a valid option.

Studies with a longitudinal design and validation studies, which evaluate different contexts (urban/rural, cultural, income levels) are important to provide strong and reliable instruments and evidence to support other research and actions directed to the health, nutrition and development of children in their first years of life.

Acknowledgements

Acknowledgements: None. *Financial support:* The systematic review reported in this paper is part of a PhD project in the Human Nutrition Program at University of Brasilia, Brazil, and the student had a CAPES fellowship (number 88882.383449/2019-01). Otherwise, this research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial or for-profit sectors. *Conflict of interest:* There are no conflicts of interest. *Authorship:* P.O.S., A.O.L., S.S.C., L.M.P.S. and M.B.G. formulated the research questions, designed the study and wrote the article. All authors contributed to the editing of the literature review. *Ethics of human subject participation:* Ethical approval was not required as the paper is a systematic review and the findings of existing studies were available in the public domain.

Supplementary material

For supplementary material accompanying this paper visit <https://doi.org/10.1017/S1368980021000410>

References

1. World Health Organization (2003) *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva: WHO.
2. Black RE, Victora CG, Walker SP *et al.* (2013) Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *Lancet* **382**, 427–451.
3. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S *et al.* (2019) The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: the lancet commission report. *Lancet* **393**, 791–846.
4. Alkerwi A (2014) Diet quality concept. *Nutrition* **30**, 613–618.
5. Gil Á (2015) Indicadores de evaluación de la calidad de la dieta (Indicators for the evaluation of the diet quality). *Nutr Hosp*, 128–144.
6. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A *et al.* (2013) Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost? *Lancet* **382**, 452–477.



7. World Health Organization (WHO) (2008) *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Conclusions of a Consensus Meeting Held 6–8 November 2007 in Washington D.C., USA*. Washington, D.C.: World Health Organization (WHO).
8. Daelmans B, Dewey K & Arimond M (2009) New and updated indicators for assessing infant and young child feeding. *Food Nutr Bull* **30**, S256–S262.
9. Smithers LG, Golley RK, Brazionis L *et al.* (2011) Characterizing whole diets of young children from developed countries and the association between diet and health: a systematic review: nutrition Reviews©. *Nutr Rev* **69**, 449–467.
10. Ruel MT & Menon P (2002) Child feeding practices are associated with child nutritional status in Latin America: innovative uses of the demographic and health surveys. *J Nutr* **132**, 1180–1187.
11. European Commission, Organisation for Economic Co-operation and Development & SourceOECD (Online service) (editors) (2008) *Handbook on Constructing Composite Indicators: Methodology and User Guide*. Paris: OECD.
12. Kant AK (1996) Indexes of overall diet quality: a review. *J Am Diet Assoc* **96**, 785–791.
13. Waijers PMCM, Feskens EJM & Ocké MC (2007) A critical review of predefined diet quality scores. *Br J Nutr* **97**, 219–231.
14. Wirt A & Collins CE (2009) Diet quality – what is it and does it matter? *Public Health Nutr* **12**, 2473–2492.
15. Kourlaba G & Panagiotakos DB (2009) Dietary quality indices and human health: a review. *Maturitas* **62**, 1–8.
16. Asghari G, Mirmiran P, Yuzbashian E *et al.* (2017) A systematic review of diet quality indices in relation to obesity. *Br J Nutr* **117**, 1055–1065.
17. Lazarou C & Newby PK (2011) Use of dietary indexes among children in developed countries. *Adv Nutr* **2**, 295–303.
18. Bell LK, Golley RK & Magarey AM (2013) Short tools to assess young children's dietary intake: a systematic review focusing on application to dietary index research. *J Obes* **2013**, 1–17.
19. Marshall S, Burrows T & Collins CE (2014) Systematic review of diet quality indices and their associations with health-related outcomes in children and adolescents. *J Hum Nutr Diet* **27**, 577–598.
20. PRISMA-P Group, Moher D, Shamseer L *et al.* (2015) Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Syst Rev* **4**, 1.
21. Laboratory of Research on Software Engineering (caPES) StArt – State of the Art through Systematic Review; available at: http://lapes.dc.ufscar.br/tools/start_tool (accessed September 2020).
22. Wells G, Shea B, O'Connell D *et al.* The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. The Ottawa Hospital Research Institute; available at http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp (accessed July 2020).
23. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP *et al.* (2016) Panethnic differences in blood pressure in Europe: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* **11**, e0147601.
24. Ciliska D, Miccuci, S, Dobbins M *et al.* (2021) Quality Assessment Tool for Quantitative Studies. Effective Public Healthcare Panacea Project: Independent source of information about health care in Canada; available at <https://www.ephpp.ca/quality-assessment-tool-for-quantitative-studies/> (accessed July 2020).
25. Armar-Klemesu M, Ruel MT, Maxwell DG *et al.* (2000) Poor maternal schooling is the main constraint to good child care practices in Accra. *J Nutr* **130**, 1597–1607.
26. Bell LK, Golley RK & Magarey AM (2014) A short food-group-based dietary questionnaire is reliable and valid for assessing toddlers' dietary risk in relatively advantaged samples. *Br J Nutr* **112**, 627–637.
27. Chen L-W, Fung S, Fok D *et al.* (2019) The development and evaluation of a diet quality index for Asian toddlers and its perinatal correlates: the GUSTO cohort study. *Nutrients* **11**, 535.
28. Glanville NT & McIntyre L (2006) Diet quality of Atlantic families headed by single mothers. *Can J Diet Pract Res* **67**, 28–35.
29. Golley RK, Smithers LG, Mittinty MN *et al.* (2012) An index measuring adherence to complementary feeding guidelines has convergent validity as a measure of infant diet quality. *J Nutr* **142**, 901–908.
30. Koehler S, Sichert-Hellert W & Kersting M (2007) Measuring the effects of nutritional counseling on total infant diet in a randomized controlled intervention trial. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* **45**, 106–113.
31. Kytälä P, Erkkola M, Lehtinen-Jacks S *et al.* (2014) Finnish Children Healthy Eating Index (FCHEI) and its associations with family and child characteristics in pre-school children. *Public Health Nutr* **17**, 2519–2527.
32. Mais LA, Domene SMÁ, Barbosa MB *et al.* (2014) Diagnosis of complementary feeding practices for creating a matrix model for action in primary health care. *Ciênc Saúde Coletiva* **19**, 93–104.
33. Monterrosa EC, Frongillo EA, Neufeld LM *et al.* (2015) Maternal pre-pregnancy body mass index is not associated with infant and young child feeding in low-income Mexican children 1–24 months old: maternal body mass index and child feeding. *Matern Child Nutr* **11**, 215–228.
34. Mukhopadhyay D, Sinhababu A, Saren A *et al.* (2013) Association of child feeding practices with nutritional status of under-two slum dwelling children: a community-based study from West Bengal, India. *Indian J Public Health* **57**, 169.
35. Nunes LM, Vigo Á, Oliveira LD de *et al.* (2017) Effect of a healthy eating intervention on compliance with dietary recommendations in the first year of life: a randomized clinical trial with adolescent mothers and maternal grandmothers. *Cad Saúde Pública* **33**, e00205615.
36. Nyaradi A, Li J, Hickling S *et al.* (2013) Diet in the early years of life influences cognitive outcomes at 10 years: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* **102**, 1165–1173.
37. Ribas SA, de Rodrigues MCC, Mocellin MC *et al.* (2020) Quality of complementary feeding and its effect on nutritional status in preterm infants: a cross-sectional study: complementary feeding in preterm infants. *J Hum Nutr Diet* **34**, 3–12.
38. Rios EM, Sinigaglia O, Diaz B *et al.* (2016) Development of a diet quality score for infants and toddlers and its association with weight. *J Nutr Health Food Sci* **4**, doi: 10.15226/jnhfs.2016.00171.
39. Saha KK, Frongillo EA, Alam DS *et al.* (2008) Appropriate infant feeding practices result in better growth of infants and young children in rural Bangladesh. *Am J Clin Nutr* **87**, 1852–1859.
40. Sousa NFC de, Javorski M, Sette GCS *et al.* (2019) Practices of mothers and caregivers in the implementation of the ten steps for healthy feeding. *Texto Contexto Enferm* **28**, e20170596.
41. Spence AC, McNaughton SA, Lioret S *et al.* (2013) A health promotion intervention can affect diet quality in early childhood. *J Nutr* **143**, 1672–1678.
42. Vadiveloo M, Tovar A, Østbye T *et al.* (2019) Associations between timing and quality of solid food introduction with infant weight-for-length Z-scores at 12 months: findings from the Nurture cohort. *Appetite* **141**, 104299.
43. Voortman T, Kiefe-de Jong JC, Geelen A *et al.* (2015) The development of a diet quality score for preschool children



- and its validation and determinants in the generation R study. *J Nutr* **145**, 306–314.
44. Wang Z, Dang S, Xing Y *et al.* (2015) Applying rank sum ratio (RSR) to the evaluation of feeding practices behaviors, and its associations with infant health risk in Rural Lhasa, Tibet. *IJERPH* **12**, 15173–15181.
 45. Zhu Z, Cheng Y, Qi Q *et al.* (2020) Association of infant and young child feeding practices with cognitive development at 10–12 years: a birth cohort in rural Western China. *Br J Nutr* **123**, 768–779.
 46. Au LE, Gurzo K, Paolicelli C *et al.* (2018) Diet quality of US infants and toddlers 7–24 months old in the WIC infant and toddler feeding practices study-2. *J Nutr* **148**, 1786–1793.
 47. Bork K, Cames C, Barigou S *et al.* (2012) A summary index of feeding practices is positively associated with height-for-age, but only marginally with linear growth, in rural Senegalese infants and toddlers. *J Nutr* **142**, 1116–1122.
 48. Bortolini GA, Vitolo MR, Gubert MB *et al.* (2015) Social inequalities influence the quality and diversity of diet in Brazilian children 6 to 36 months of age. *Cad Saúde Pública* **31**, 2413–2424.
 49. Chaudhary S, Govil S, Lala M *et al.* (2018) Infant and young child feeding index and its association with nutritional status: a cross-sectional study of urban slums of Ahmedabad. *J Fam Commun Med* **25**, 88.
 50. Ferreira VR, Sangalli CN, Leffa PS *et al.* (2019) The impact of a primary health care intervention on infant feeding practices: a cluster randomised controlled trial in Brazil. *J Hum Nutr Diet* **32**, 21–30.
 51. Garg A & Chandha R (2010) Index for measuring the quality of complementary feeding practices in rural India. *J Health Popul Nutr* **27**, 763–771.
 52. Guevarra E, Siling K, Chiwile F *et al.* (2014) IYCF assessment with small-sample surveys – a proposal for a simplified and structured approach. *Field Exchange* **47**, 60–70.
 53. Hamner HC & Moore LV (2019) Dietary quality among children from 6 months to 4 years, NHANES 2011–2016. *Am J Clin Nutr* **111**, 61–69.
 54. Jones AD (2015) The production diversity of subsistence farms in the Bolivian Andes is associated with the quality of child feeding practices as measured by a validated summary feeding index. *Public Health Nutr* **18**, 329–342.
 55. Ma J-Q, Zhou L-L, Hu Y-Q *et al.* (2012) A summary index of infant and child feeding practices is associated with child growth in urban Shanghai. *BMC Public Health* **12**, 568.
 56. Qu P, Mi B, Wang D *et al.* (2017) Association between the infant and child feeding index (ICFI) and nutritional status of 6- to 35-month-old children in rural western China. *PLoS One* **12**, e0171984.
 57. Sawadogo PS, Martin-Prével Y, Savy M *et al.* (2006) An infant and child feeding index is associated with the nutritional status of 6- to 23-month-old children in rural Burkina Faso. *J Nutr* **136**, 656–663.
 58. Srivastava N & Sandhu A (2007) Index for measuring child feeding practices. *Indian J Pediatr* **74**, 363–368.
 59. Zhang J, Shi L, Wang J *et al.* (2009) An infant and child feeding index is associated with child nutritional status in rural China. *Early Human Dev* **85**, 247–252.
 60. Burggraf C, Teuber R, Brosig S *et al.* (2018) Review of a priori dietary quality indices in relation to their construction criteria. *Nutr Rev* **76**, 747–764.
 61. Ministry of Health (2019) *Food-Based Dietary Guidelines for Brazilian Children under 2 Years Old*. Brasília, Federal District: Ministry of Health.
 62. Boccolini CS, Boccolini P de MM, Monteiro FR *et al.* (2017) Breastfeeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev Saúde Pública* **51**, 108.
 63. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM *et al.* (2010) A new classification of foods based on the extent and purpose of their processing. *Cad Saúde Pública* **26**, 2039–2049.
 64. Bortolini GA, Gubert MB & Santos LMP (2012) Food consumption Brazilian children by 6 to 59 months of age. *Cad Saúde Pública* **28**, 1759–1771.
 65. Contreras M, Zelaya Blandón E, Persson L-Å *et al.* (2016) Consumption of highly processed snacks, sugar-sweetened beverages and child feeding practices in a rural area of Nicaragua: child feeding practices in rural Nicaragua. *Matern Child Nutr* **12**, 164–176.
 66. Koplin JJ, Kerr JA, Lodge C *et al.* (2019) Infant and young child feeding interventions targeting overweight and obesity: a narrative review. *Obes Rev* **20**, 31–44.
 67. Luque V, Escribano J, Closa-Monasterolo R *et al.* (2018) Unhealthy dietary patterns established in infancy track to mid-childhood: the EU childhood obesity project. *J Nutr* **148**, 752–759.
 68. Pries AM, Rehman AM, Filteau S *et al.* (2019) Unhealthy snack food and beverage consumption is associated with lower dietary adequacy and length-for-age z-scores among 12–23-month-olds in Kathmandu Valley, Nepal. *J Nutr* **149**, 1843–1851.

Apêndice 3 – Roteiro dos grupos focais

Investigação qualitativa da amamentação nas comunidades quilombolas

Roteiro grupo focal

Participantes: Mães de crianças menores de 5 anos

- Aqui na sua comunidade, vocês percebem que as mulheres têm costume de amamentar as crianças?
- Como foi ou tem sido a experiência de vocês com a amamentação?
Perguntar especificamente sobre dificuldades se não surgir nas falas
- Vocês receberam apoio e estímulo para amamentar? De quem? E as suas mães, avós e sogras, o que vocês acham da influência delas no processo de amamentação?
- Na opinião de vocês, quais são os motivos principais para as mulheres deixarem de amamentar?
- Vocês acham que a alimentação da mulher influencia de alguma forma na amamentação?
- O que vocês acham sobre as crianças usarem chupeta? E mamadeira? Qual a sua experiência com seus filhos?
- Com quantos anos vocês acham que outros alimentos, além do leite materno, podem ser oferecidos para a criança? Quais foram os primeiros alimentos que vocês ofereceram para seus filhos?
- Vocês acham que tem diferença no processo de amamentação de um filho que foi planejado para um que não foi?

Investigação qualitativa da amamentação nas comunidades quilombolas

Roteiro grupo focal

Participantes: Avós de crianças menores de 5 anos

- Aqui na sua comunidade, vocês percebem que as mulheres têm costume de amamentar as crianças? Vocês percebem diferenças entre a época que amamentaram e atualmente aqui na comunidade?
- Como foi a experiência de vocês com a amamentação?

Se não surgir, perguntar sobre dificuldades

- Vocês participaram do processo de amamentação dos seus netos? Como foi essa experiência?
- Na opinião de vocês, quais são os motivos principais para as mulheres deixarem de amamentar?
- Vocês acham que a alimentação da mulher influencia de alguma forma na amamentação?
- O que vocês acham sobre as crianças usarem chupeta? E mamadeira?
- Com quantos anos vocês acham que outros alimentos, além do leite materno, podem ou devem ser oferecidos para a criança?

Anexos

Anexo 1 – Formulários usados na coleta de dados do projeto matriz “Promoção da Saúde e Qualidade de Vida em Comunidades Quilombolas de Diferentes Regiões Brasileiras: Estudo Multicêntrico”

**PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE
DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS: ESTUDO MULTICÊNTRICO**

UFAL – UNB – FIOCRUZ – UFPE – UFPel – UNICPel – UFRJ – SESAU-AL – UNIT-AL

FORMULÁRIO Nº 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO: AL(1)[] GO(2)[] RJ(3)[] RS(4)[] MUNICÍPIO: _____ COMUNIDADE: _____ [] [] <small>Cada Centro designará um número de 01 a n para suas respectivas comunidades</small>	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] (Estado – Comunidade – número de ordem dos domicílios em cada uma das comunidades)
1. Data da entrevista dataentrevista __ __ / __ __ / __ __ __ __ 	
2. Quantas pessoas residem nesta casa? npeçoascasa __ __ 	
3. Dessas N pessoas, tem alguma que por questão de trabalho, estudo, tratamento de saúde ou qualquer outro motivo, fica muitas vezes por mais de 5 dias da semana fora de casa? Sim (1) Não (0) foracasa __ SE SIM , como é nome dessa pessoa (ou pessoas se mais de uma) _____, _____, _____, _____	
4. Algum morador tem telefone celular? Qual o número para contato? _____	
5. Entrevistador: _____	6. Supervisor de campo: _____

PONTO DE REFERÊNCIA / OBSERVAÇÕES

RECIBO DO TCLE

Tendo eu, entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implicam, conforme consta no TCLE que me foi fornecido e encontra-se sob meu poder, concordo em dele participar e DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura ou digitais do voluntário

FORMULÁRIO Nº 2 – CADASTRO FAMILIAR E AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

Nº de Ordem	1. NOME	2. relação	3. sexo [1] m [2] f	7. idade anos	8. elegível	9. cor da pele (autoreferida)	10. condição do trabalho	11. renda mensal* (salário, pensão, aposentadoria)	12. estimativa da renda	VARIÁVEIS PARA AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL						
										13. peso (kg)	14. altura (cm)	15. bioimpedância (% gordura)	Perímetros (cm)			19. hemoglobina (Hb)
													16. cabeça	17. pescoço	18. cintura	
01		Chefe														
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																

☞ Se mais de 9 moradores, usar formulário adicional

Considerando todas essas pessoas que moram nesta casa, poderia me informar se existe:

☞ 4. Alguma gestante? (1) Sim (0) Não Se SIM, quem é a pessoa (marque 1 em Elegível)

☞ 5. Tem algum morador que apresente deficiência física, visual, auditiva, mental ou de qualquer outro tipo? (1) Sim (0) Não Se SIM quem é a pessoa (marque 8 em Elegível).

☞ 6. No domicílio mora alguém que tenha albinismo, anemia falciforme ou qualquer outro tipo de alteração genética? (1) Sim (0) Não Se SIM, quem é a pessoa? (marque 9 em Elegível)

12. ESTIMATIVA DA RENDA (salário mínimo; R\$): ≤ ½: 468,50 [1] > ½ a 1: 468,51 a 937,00 [2] > 1 a 2: 937,01 a 1.874,00 [3] > 2: 1.874,01 OU MAIOR [4] ➔ incluir todas e quaisquer fontes de renda.

2. RELAÇÃO COM O CHEFE	8. ELEGÍVEL	9. COR DA PELE	10. CONDIÇÃO DO TRABALHO (> 18 anos)	13 a 19. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL
1. Pessoa referida como chefe 2. Cônjuge 3. Filho(a) 4. Filho Adotivo 5. Outro Parente: _____/ _____/ 6. Agregado/Pensionista 7. Empregado Doméstico	(1) = Gestante; (2) = Criança < 2 anos. (3) = Criança 2-5 anos (4) = Escolar (5,1 a 10 anos) (5) = Adolescente (>10 a 19 a) (6) = Mulheres (>19 a < 60) (7) = Idoso (≥ 60 anos) (8) = Pessoa com deficiência (9) = Pessoa com alteração genética (10) = Homem (>19 a <60 anos)	1-Branca 2-Preta 3-Parda (morena) 4-Amarela 5-Indígena	0-Não trabalha 1-Empregado com carteira 2-Funcionário público 3-Empregado sem carteira 4-Desempregado 5-Biscateiro	☞ Peso e altura: Todos os indivíduos; ☞ BIA: Mulher índice (6), Adolescentes (5) e Homens (10) ☞ Os 3 perímetros: Mulher índice (6); ☞ Perímetro cefálico: Criança índice < 2 anos (2) e/ou de 2 a 5 anos (3); ☞ Hemoglobina: Gestantes (1), Criança índice < 2 anos* (2) e/ou Criança índice de 2 a 5 anos (3) * Não fazer Hb em menores de 6 meses.

FORMULÁRIO N° 3 – CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E AMBIENTAL

1. Tipo de moradia (material predominante): (1) Alvenaria (2) Taipa (3) Madeira (4) Palha/Papelão/Lona/ Plástico										casa __					
2. Regime de ocupação: (1) Própria (2) Financiada (3) Cedida (4) Alugada (5) Ocupada/Invasão										ocup __					
3. Número TOTAL de cômodos na casa? _____ cômodos										cmdtotal __					
4. De onde vem a ÁGUA usada para BEBER, HOJE, em sua casa? (1) Rede geral de distribuição (2) Cisterna (3) Poço, cacimba ou nascente (4) Água Mineral (5) Carro/caminhão pipa (6) Outro. Qual? _____										aguabebe __					
5. Onde é colocado o lixo de sua casa? (1) Coleta pública (2) Queima (3) Terreno baldio (4) Enterrado (5) Outro meio: _____										lixo __					
6. Alguém da família é beneficiário de algum programa do governo (Bolsa Família, BPC/LOAS, ProJovem, PETI, PRONATEC, Programa do leite, etc)? (1) Sim, (2) Não										complem __					
7. SE SIM, qual/quais (só considerar aqueles que geram renda regular mensalmente)? (1) Bolsa Família (2) BPC/LOAS (3) ProJovem (4) PETI (5) PRONATEC (6) Programa do leite (8) Não é beneficiário (7) Outros: _____										nomeproggov1 __					
										nomeproggov2 __					
										nomeproggov3 __					
										nomeproggov4 __					
8. No total, quanto a família recebe de recursos/benefícios do governo? (em R\$/mês) Preencha 8.888,88 se NÃO na questão 6.										rendasocial __ __ __ __ __ __ __ __					
9. Alguém da família tem cadastro da Assistência Social (CRAS/ Cadastro Unico)? (1) Sim, (2) Não										cadunico __					
10. Nesta casa é possível ter acesso à internet (considerar sim ainda que por celular)? (1) Sim (2) Não										netcasa __					
11. Em algum lugar desta comunidade é possível ter acesso à internet (mesmo que por celular)? (1) Sim (2) Não										netarea __					
Códigos	12. Até que série <NOME da pessoa referida como CHEFE – linha 1 do form 2> completou os estudos? (anos completos)*										*escolachefe __				
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]							Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN	
	0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

☞ Agora, irei fazer perguntas sobre o que tem em sua casa e a quantidade...

PERGUNTA: A senhora tem <item listado abaixo> aqui, em sua casa? (Se SIM, quantos?)

BENS DE CONSUMO	Quantidade que possui (circule)					Códigos de pontuação
	0	1	2	3	4+	
13. Quantidade de AUTOMÓVEIS de passeio, exclusivamente, para uso particular	0	3	5	8	11	carro __
14. Quantidade de EMPREGADOS mensalistas (trabalham, pelo menos, 5 dias/semana)	0	3	7	10	13	empregad __
15. Quantidade de MÁQUINAS DE LAVAR ROUPA, excluindo tanquinho	0	2	4	6	6	maqlav __
16. Quantidade de BANHEIROS	0	3	7	10	14	banheiro __
17. DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de carro	0	1	3	4	6	dvd __
18. Quantidade de GELADEIRAS	0	2	3	5	5	gelad __
19. Quantidade de FREEZERS, independentes ou parte da geladeira duplex	0	2	4	6	6	freezer __
20. Quantidade de MICROCOMPUTADORES, considerando PC de mesa, laptops, not/netbooks e DESCONSIDERANDO tablets, palms ou smartphones	0	3	6	8	11	microcmp __
21. Quantidade de LAVADORA DE LOUÇAS	0	3	6	6	6	lavalou __
22. Quantidade de FORNOS DE MICRO-ONDAS	0	2	4	4	4	microon __
23. Quantidade de MOTOCICLETAS, desconsiderando as usadas, exclusivamente, para uso profissional	0	1	3	3	3	motoc __
24. Quantidade de MÁQUINAS SECADORA DE ROUPAS, considerando lava e seca	0	2	2	2	2	secroupa __
25. A água utilizada nesta casa é proveniente da: (4) Rede geral de distribuição (0) Poço, cisterna ou qualquer outro meio						aguacasa __
26. O trecho da rua onde fica o domicílio é: (2) Asfaltado/Pavimentado (0) Terra/Cascalho						rua __
27. Dentre os moradores dessa casa, qual o que mais recebe dinheiro por mês? Nome: # _____ O código ao lado corresponderá ao número de ordem no cadastro da família (conferir no form 2).						chefe_renda __ __ __ __ __ NÃO SOMAR

☞ Caso a pessoa detentora da maior renda na família (chefe pelo critério renda) seja a mesma referida pelo entrevistado como chefe da família (linha 1 do form 2), não aplicar as questões 28 e 29. Codifique com base na resposta 12 deste formulário. Adicionalmente use os códigos ABEP (**) para a questão 29.

Códigos	28. Até que série <# nome do chefe_renda> completou os estudos? ☞ o código será o número de anos de estudo, conforme constar na linha *										*escolacheferenda __ __ __ __ __ NÃO SOMAR				
	29. Codifique a escolaridade do chefe anotando a respectiva pontuação indicada na linha **										**escolachefeabep __				
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]							Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN	
0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN	
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99
**	0			1				2			4		7	0	

30. PONTUAÇÃO ABEP (utilizando a calculadora, qual o somatório das questões 13 a 26 mais a 29)	abep __ __ __ __ __
--	------------------------------

FORMULÁRIO Nº 4 – ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)

Agora, vou ler para a senhora algumas perguntas sobre a alimentação em sua casa.
Elas podem ser parecidas umas com as outras, mas é importante que a senhora responda todas elas.

As perguntas 1, 2 e 3 deverão ser feitas em TODOS os domicílios						
1	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) teve preocupação de que a comida na sua casa acabasse antes que tivesse condição de comprar ou conseguir mais comida? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder					ebia1 ____
2	Nos últimos 3 meses, a comida acabou antes que o(a) senhor(a) tivesse dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder					ebia2 ____
3	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) ficou sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada? (1) Sim (2) Não (9) Não sabe ou recusa responder					ebia3 ____
Esta pergunta (4) só será aplicada se houver menor de 18 anos. Caso contrário use código 8						
4	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) teve que se arranjar com apenas alguns alimentos para alimentar sua(s) criança(s)/adolescente(s) porque o dinheiro acabou? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia4 ____
INFORMAÇÃO: Se em todas as perguntas anteriores, for assinalada a resposta NÃO e/ou NÃO SABE, ENCERRE O FORMULÁRIO. Havendo, pelo menos, um SIM, vá para a próxima pergunta.						
5	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) ou algum adulto em sua casa diminuiu a quantidade de alimentos nas refeições, ou pulou refeição, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia5 ____
6	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) alguma vez comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro o suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia6 ____
7	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) alguma vez sentiu fome, mas não comeu porque não podia comprar comida suficiente? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia7 ____
8	Nos últimos 3 meses o(a) senhor(a) perdeu peso porque não tinha dinheiro suficiente para comprar comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia8 ____
9	Nos últimos 3 meses o(a) senhor(a) ou qualquer outro adulto em sua casa ficou, alguma vez, um dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia9 ____
As questões abaixo devem ser perguntadas apenas em domicílios que têm moradores menores de 18 anos (crianças e/ou adolescentes). Se não houver, encerre este formulário. USE código 8						
10	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) não pode oferecer a(s) sua(s) criança(s)/adolescente(s) uma alimentação saudável e variada porque não tinha dinheiro? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia10 ____
11	Nos últimos 3 meses, a(s) criança(s)/adolescente(s) não comeu(comeram) quantidade suficiente de comida porque não havia dinheiro para comprar mais? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia11 ____
12	Nos últimos 3 meses, o(a) senhor(a) alguma vez diminuiu a quantidade de alimentos das refeições de sua(s) criança(s)/adolescente(s), porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia12 ____
13	Nos últimos 3 meses, alguma vez algum morador com menos de 18 anos deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia13 ____
14	Nos últimos 3 meses, sua(s) criança(s)/adolescente(s) teve(tiveram) fome, mas o(a) senhor(a) simplesmente não podia comprar mais comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia14 ____
15	Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos teve apenas uma refeição ao dia, ou ficou sem comer por um dia inteiro porque não havia dinheiro para comprar a comida? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) Não sabe ou recusa responder					ebia15 ____
CONDIÇÃO	Total de SIM	Classificação (códigos)				classe_ebia
		SAN (0)	INSAN LEVE (1)	INSAN MOD (2)	INSAN GRAVE (3)	
Família TEM criança/adolescente		0	1-5	6-10	11 - 15	
Família NÃO TEM criança/adolescente		0	1-3	4-6	7-9	

FORM Nº 6 – SAÚDE DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

(1 por domicílio: se mais, sortear; se a mãe NÃO foi sorteada como "MULHER ELEGÍVEL", ela precisa responder o Form 5)

Comunidade: _____	cad_quest: [] - [] [] - [] [] [] []
1. Nome da mãe: _____	Nomemae _____
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no form 2)	ncadpesm ____ ____
3. Nome da criança: _____	nomec5 _____
4. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpsc5 ____ ____
AVISO: Neste momento da entrevista, solicite os Cartões da Gestante e da Criança	
5. Data de Nascimento da criança	datanasc __ __ / __ __ / __ __ __ __
6. A data de nascimento foi: (1) Informada pela mãe (2) Verificada em documento (Certidão Nasc, Cartão da Criança, Doc da maternidade; Batistério)	infodn __
7. Sexo (1) Masculino (2) Feminino	sexoc __
8. A senhora fez o pré-natal quando estava esperando <C>? (1) Sim (2) Não	prenc __
9. Com quantos meses iniciou as consultas do pré-natal? _____ meses (88) NSA (99) IGN	igconst ____ ____
10. Fez quantas consultas em todo pré-natal <C>? _____ consultas (88) NSA (99) IGN	qcons ____ ____
11. Essas consultas foram sempre no mesmo serviço? (1) Sim (2) Em 2 locais (3) Em 3 locais (4) Em 4 ou mais locais (8) NSA (9) IGN	varioserv __
12. O mês que iniciou o pré-natal e a quantidade de consultas foram verificados no Cartão da Gestante? (1) Sim, só o mês de início (2) Sim, só a quantidade (3) Sim, para os dois (4) Não (8) NSA	confcart __
13. Nas consultas de pré-natal de <C>, recebeu alguma orientação sobre aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN	orientam __
14. A senhora fumava antes ou fumou durante a gravidez de <C>? (1) Sim, fumei antes (2) Sim, fumava antes e fumei durante a gravidez (3) Nunca fumei nem antes nem durante a gravidez	fumoges ____
15. A senhora tomava bebidas alcoólicas antes da gravidez de <C> ou bebeu quando estava grávida de <C>? (1) Sim, bebia antes (2) Sim, bebia antes e bebi durante a gravidez (3) Nunca bebi nem antes nem durante a gravidez	bebeges __
16. Quanto a senhora pesava antes de ficar grávida de <C>? _____, _____ kg (9999) IGN	pesopre ____ ____ ____ ____
17. Como foi verificado esse peso? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato (8) NSA	confppre __
18. Ao final da gestação, a senhora estava pesando quanto (é o último peso registrado, pelo menos, duas semanas antes do parto)? _____, _____ kg (9999) IGN	pesofim ____ ____ ____ ____
19. Como foi verificado esse peso final? (1) Cartão da gestante (2) autorrelato (8) NSA	confpfinal __
20. <C> tem cartão de vacinas? (1) Sim, visto (2) Sim, não visto (3) Tinha, perdeu (4) Nunca teve	cartvac __
21. O cartão de vacina está atualizado? (1) Sim (2) Não (8) NSA	cartatual __
22. Quantas vezes foi realizada a antropometria em <C> nos últimos 12 meses? _____ vezes (88) NSA	antropom ____ ____
23. Verificar no cartão da criança peso e comprimento aos 6 meses Peso: _____ g (88888) NSA (criança < 6m) (99999) IGN Comprimento: _____ cm (888) NSA (criança < 6m) (999) IGN	peso6m ____ ____ ____ ____ ____ comp6m ____ ____ ____
24. Peso ao nascer _____ gramas (9999) IGN	pnc ____ ____ ____ ____
25. Esse peso foi verificado no Cartão da Criança? (1) Sim (2) Não (8) NSA	verificpn __
26. <C> nasceu: (1) Antes do tempo / Prematuro (≤ 37 semanas) (2) No tempo certo (> 37 a 42 semanas) (3) Depois do tempo (≥ 42 semanas) (9) IGN	condnasc __
27. Qual foi o tipo de parto de <C>? (1) Vaginal Hospitalar (2) Vaginal Domiciliar (3) Cesárea (4) Outro (8) Não lembra (9) IGN	tipparto __
28. A <C> teve diarreia ou fez cocô mole mais de 3 vezes por dia, de ontem até agora, ou nas 2 últimas semanas? (1) Sim, de ontem até agora (2) Sim, ontem e nas últimas duas semanas (3) Sim, apenas nas últimas duas semanas (4) Não (9) IGN	diar2sem ____
29. A <C> teve tosse ou febre nas últimas duas semanas até hoje? (1) Só Tosse (2) Só Febre (3) Tosse + Febre (4) Não (9) IGN	tossfeb ____
30. A <C> foi levada para se consultar nos últimos 30 dias? (1) Sim (2) Não → Pule para 33 (9)IGN	consul30 ____
31. Quantas vezes se consultou? _____ vezes (88) NSA	qtscns ____ ____
32. Por quais motivos se consultou? (01) Rotina (02) Diarreia (03) Infecção respiratória (04) Infecção da pele (05) Doenças infectocontagiosas (06) Infecção do Trato Urinário (07) Mais de um motivo (08) Outra doença Qual? _____ (88) NSA (99) IGN	motcons ____ ____
33. A <C> foi internada nos últimos 12 meses? (1) Sim (2) Não → Pule para 36 (9) IGN	inter12m ____
34. Se SIM, quantas vezes? _____ vezes (8)NSA (9) IGN	interqts ____
35. Por quais motivos? (1) Diarreia (2) Infecção respiratória (3) Infecção da pele (4) Doenças infectocontagiosas (5) Infecção do Trato Urinário (6) Mais de um motivo (7) Outra doença Qual? _____ (8)NSA (9) IGN	intermot ____
36. Quanto tempo por dia, a <C> fica em frente a algum aparelho eletrônico de tela como televisão, computador, celular ou outro? (anotar ao lado em minutos, após calcular) _____ min → Se nada = 000	c2eletr ____ ____ ____

FORMULÁRIO Nº 7 – ALEITAMENTO MATERNO (apenas crianças ≤ 24 meses)

1. Nome da criança: _____ alei1	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] []
2. Número de ordem da criança no cadastro da família (conferir no form 2)	alei2 __ __
3. Número de ordem da mãe no cadastro da família (conferir no formulário 2)	alei3 __ __
4. O parto de <C> foi em casa ou em unidade de saúde? (1) Casa (2) Unid de saúde (3) Outro: _____ (9)IGN	alei4 __ __
5. Imediatamente após o nascimento <C> foi levada para a incubadora, UTI ou outros serviços? (1) Sim (2) Não (9) IGN	alei5 __ __
6. <C> já mamou no peito, nunca mamou ou ainda mama? (1) Mamou (2) Nunca mamou (3) Ainda mama (9) IGN → Se a resposta da questão for NUNCA MAMOU pular para a questão 13	alei6 __ __
7. Após o parto, em quanto tempo a criança foi colocada para mamar no peito? _____ minutos ou _____ horas → se em horas, calcular para minutos (888)NSA (999)IGN	alei7 __ __ __
8. Se não conseguiu amamentar <C> logo após o parto, o que foi oferecido? (1) Soro (2) Leite materno ordenhado (3) Leite em pó/fórmula infantil (4) Chá (8) NSA (a criança mamou) (9) IGN	alei8 __ __
9. SE MAMOU, até que idade deu somente leite do peito, sem incluir água, chá, suco, leite ou qualquer outro líquido ou alimento? _____ dias OU _____ meses → se em meses, transformar em dias (888) NSA (999)IGN	alei9 __ __ __
10. Com que idade <C> além de mamar, começou a receber também chá, água ou suco de fruta? _____ DIAS OU _____ MESES → se em meses, transformar em dias (888) Só mama (999) IGN	alei10 __ __ __
11. E com que idade, além de mamar no peito, tomar água, chá ou sucos, passou a receber também outros alimentos além desses? _____ dias OU _____ meses → se em meses, transformar em dias (888)NSA (999)IGN	alei11 __ __ __
→ SÓ PERGUNTE SE A RESPOSTA À QUESTÃO 6 FOR JÁ MAMOU. SE NUNCA MAMOU OU AINDA MAMA MARQUE 88 (NSA)	
12. Porque <C> deixou de mamar? (01) Pouco leite (02) Criança não queria (03) Criança estava doente (04) Mãe nunca teve a intenção (05) Mãe doente (06) Mãe trabalhava/estudava (07) Leite fraco (08) Mastite/Bico invertido/Rachadura (88) NSA (99) IGN	alei12 __ __ __
13. → SÓ PERGUNTE SE A RESPOSTA À QUESTÃO 6 FOR NUNCA MAMOU Porque nunca mamou? (01) Pouco Leite (02) Criança não queria (03) Criança estava doente (04) Mãe nunca teve a intenção (05) Mãe doente (06) Mãe trabalhava/estudava (07) Leite fraco (08) Mastite/Bico invertido/Rachadura (88) NSA (99) IGN	alei13 __ __ __
14. <C> usa ou já usou chupeta? (1) SIM e ainda usa (2) SIM, mas não usa mais (3) NÃO, nunca usou → PULE P/ 17	alei14 __ __
15. Se 1 (ainda usa): De ontem até agora <C> chupou chupeta? (1) Sim (2) Não (8) NSA	alei15 __ __
16. Com que idade <C> COMEÇOU a usar chupeta? _____ DIAS OU _____ MESES → se em meses, transformar em dias (888) NSA (999) IGN	alei16 __ __ __
17. <C> usa ou já usou mamadeira? (1) SIM e ainda usa (2) SIM, mas não usa mais (3) NÃO, nunca usou → PULE P/ 20	alei17 __ __
18. Se 1 (ainda usa): De ontem até agora <C> usou mamadeira? (1) Sim (2) Não (8) NSA	alei18 __ __
19. Com que idade <C> COMEÇOU a usar mamadeira? _____ DIAS OU _____ MESES → se em meses, transformar em dias (888)Não usou (999)IGN	alei19 __ __ __
20. <C> ONTEM consumiu: (APENAS PARA CRIANÇAS ≤ 6 MESES)	
a) Água (1) Sim (2) Não (8)NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20a __ __
b) Chá (1) Sim (2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20b __ __
c) Outro tipo de leite (em pó ou líquido) (1) Sim (2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20c __ __
d) Mingau (papa ou gogó) (1) Sim (2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20d __ __
e) Fruta (1) Sim (2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20e __ __
f) Suco de fruta (1) Sim (2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20f __ __
g) Comida de sal (de panela, papa ou sopa) (1) Sim (2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20g __ __
h) Outros alimentos (1) Sim (2) Não (8) NSA (C > 6 meses) (9) IGN.....	alei20h __ __
21. A criança ONTEM consumiu: (APENAS PARA CRIANÇAS > 6 A ≤ 24 MESES)	
a) Água (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21a __ __
b) Chá (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21b __ __
c) Outro tipo de leite (em pó ou fluido) (1) Sim (2) Não (8) NSA (9) IGN.....	alei21c __ __
d) Mingau com leite (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21d __ __
e) Frutas/verduras/folhas (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21e __ __
f) Carnes (boi/frango/peixe/porco/miúdos/ovo/outras) (1) Sim (2)Não (8) NSA (C≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21f __ __
g) Fígado (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21g __ __
h) Arroz, milho, mandioca, batata, inhame, cará, farinha, macarrão comum (1)Sim (2)Não (8)NSA (≤ 6) (9)IGN.....	alei21h __ __
i) Feijões, ervilha ou lentilha (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21i __ __
j) Bebidas adoçadas (Refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xarope de guaraná/groselha/suco de fruta com açúcar) (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 meses) (9) IGN.....	alei21j __ __
k) Macarrão instantâneo, Salgadinho de pacote ou Biscoitos salgados (1)Sim (2)Não (8)NSA (C≤ 6 m) (9)IGN.....	alei21k __ __
l) Hambúguer e/ou Embutidos (Salsicha, mortadela ou salame) (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 m) (9) IGN.....	alei21l __ __
m) Biscoito recheado, doces ou guloseimas (Bala, pirulito, chocolate, chiclete) (1)Sim (2) Não(8) NSA (≤6) (9) IGN.....	alei21m __ __
n) Outros alimentos (1) Sim (2) Não (8) NSA (C ≤ 6 m) (9) IGN.....	alei21n __ __

FORMULÁRIO Nº 8 – SAÚDE DA GESTANTE

INFORMAÇÃO: O formulário a seguir só deve ser preenchido se a mulher estiver GESTANTE.

Atenção, entrevistador: Se houver mais de uma gestante, no domicílio, aplique-o em **TODAS** elas (use formulários avulsos).

Comunidade: _____	cad_quest: []-[] []-[] [] [] []
1. Nome da gestante: _____	nomegest _____
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpesg __ __

3. A senhora tem companheiro? (1) Sim (2) Não	companh __
4. A senhora tem intenção de amamentar seu bebê? (1) Sim (2) Não (3) Não pensou sobre isso, ainda	intename __
5. A senhora teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias? (1) Sim (2) Não (9) IGN	prob15d __
6. Qual foi o problema? (88) NSA (99) IGN [_____] [_____]	quaprob

7. Data da Última Menstruação (DUM) da mulher: ____/____/____ (9) IGN	dum __ __ / __ __ / __ __ __ __
---	--

AVISO: Se a gestante não souber a DUM, pergunte a próxima questão:

8. Quantos meses de gestação a senhora está? _____ meses (88) NSA	gestam __ __
9. A senhora já fez alguma consulta de pré-natal? (1) Sim (2) Não	conspn __

AVISO: se a resposta para a questão anterior for NÃO ou se o pré-natal foi realizado em outra cidade/estado, o Formulário 9 (Avaliação do Pré-Natal) não será aplicado.

10. A senhora teve problema(s) de saúde durante esta gestação? (1) Sim (2) Não	probgest __
--	-------------

AVISO: Se a resposta para a questão anterior for NÃO, pule para a questão 12.

11. Qual(is) problema(s) a senhora teve (máximo de 2 respostas)? (1) DHEG (Pressão aumentada 20ª semana) (2) Diabetes gestacional (3) Anemia (4) Infecção Urinária (5) Pedra na vesícula (6) Outro outroprog _____ (8) NSA (9) IGN	quaispro1 __ quaispro2 __
12. Fumava, antes da gravidez? (1) Sim (2) Não	fumantes __
13. Atualmente, fuma? (1) Sim (2) Não	fumagest __
14. Bebia, antes da gravidez? (1) Sim (2) Não	bebiantes __
15. Atualmente, consome bebida alcoólica? (1) Sim (2) Não	bebegest __
16. Atualmente a senhora está tomando algum medicamento? (1) Sim (2) Não	meddom __

Entrevistador, atente-se: se a gestante faz uso, peça para ela buscar a medicação para averiguação. Se não preencha com 8

17. Qual(is) o(s) medicamento(s)? (solicitar vê-los para anotar o nome da medicação abaixo). (8) NSA	
gremeuso1 _____	gremeuso4 _____
gremeuso2 _____	gremeuso5 _____
gremeuso3 _____	gremeuso6 _____

18. De ontem para cá, a senhora tomou alguma bebida alcoólica? (1) Sim → NÃO MEDIR PA (0) Não	gbebeuhj __
---	-------------

19. Pressão arterial (Pressão Arterial Sistólica x Pressão Arterial Diastólica)				
1ª MEDIDA	gpas1	____ ____ _____	gpad1	____ ____ _____
2ª MEDIDA	gpas2	____ ____ _____	gpad2	____ ____ _____
3ª MEDIDA	gpas3	____ ____ _____	gpad3	____ ____ _____

ATENÇÃO: CASO ESTA GESTANTE SEJA A CHEFE, NÃO PERGUNTAR: REPRODUZA DA QUESTÃO 12 DO FORM 3

Códigos	20. Até que série a senhora completou os estudos? (anos completos)*											*escolag __ __			
	Nenhuma	Ensino fundamental [(primário + ginásio) ou 1º grau]								Ensino médio (científico/ pedagógico/ 2º grau...)			Ensino superior		IGN
	0	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	1ª	2ª	3ª	Incompleto	Completo	IGN
*	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	99

FORMULÁRIO Nº 9 – AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL → aplicado às gestantes e mães de crianças ≤ 12 meses

Comunidade: _____	cad_quest: []-[] []-[] [] [] []
1. Nome: _____ nomeg12	
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpg12 ____
Se a entrevistada não souber classificar os conceitos das questões 3, 4, 17 e 18, use as 'carinhas' que estão anexadas à sua prancheta	
3. Conceito geral do pré-natal: (1) Péssimo (2) Ruim (3)Regular (4) Bom (5) Ótimo	gconc ____
4. Conceito da última consulta: (1) Péssimo (2) Ruim (3)Regular (4) Bom (5) Ótimo	gultc ____
5. As consultas de pré-natal possuem/possuíam dias e horários compreensíveis (claros)? (1) Sim (2) Não (9) IGN	ghora ____
6. Teve facilidade na marcação de consultas? (1) Sim (2) Não	gmarc ____
7. Teve acesso de acompanhantes às consultas? (1) Sim (2) Não (3) Nunca fui acompanhada	gacom ____
8. Tempo médio de espera para o atendimento: (1) Até 30 min (2) Até 1 hora (3) Entre 1 e 2h (4) Maior do que 2h	gtemp ____
9. A unidade de saúde dá apoio para realização de exames? (1) Sim (2) Não (9)IGN	gexam ____
10. SE SIM, na própria unidade ou em outro local? (1) Própria unidade (2) Outro local (8) NSA	unidad ____
11. Teve facilidade para agendamento dos exames? (1) Sim (2) Não (8) NSA	gmare ____
12. A unidade de saúde possui equipamentos (ex: equipamento para escutar o coração do bebê) necessários para realização das consultas de pré-natal? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Não sabe	gequi ____
13. A unidade de saúde possui recursos materiais (computador, telefone)? (1) Sim (2) Não (9) IGN	gmat ____
14. Foi fornecido medicamentos e suplementos importantes para o pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico)? (1) Sim (2) Não (9) IGN/Não sabe	gsupl ____
15. Usou/está usando Sulfato Ferroso e Ácido Fólico durante a gravidez? (1) Sim, somente o Sulfato Ferroso (2) Sim, somente o Ácido Fólico (3) Sim, os dois (4) Não, nenhum dos dois (9) IGN	gnutr ____
16. Realiza/realizou consultas com diferentes profissionais de nível superior (ex: médico, enfermeiro)? (1) Sim (2) Não (9) IGN	gcdif ____
17. Qualidade do atendimento médico: (1) Péssimo (2)Ruim (3) Regular (4) Bom (5) Ótimo (8) NSA	gatme ____
18. Qualidade do atendimento do enfermeiro: (1) Péssimo (2) Ruim (3)Regular (4) Bom (5) Ótimo (8) NSA	gaten ____
19. Realiza/realizou pelo menos uma atividade de educação em saúde de interesse no pré-natal (ex: grupo de gestantes, palestras sobre aleitamento, cuidados com o RN...)? (1) Sim (2) Não (9) IGN	gativ ____
20. Durante as consultas na gestação, a senhora recebeu pelos profissionais de saúde orientações quanto ao aleitamento materno? (1) Sim (2) Não (9) IGN	gleit ____
21. Os profissionais de saúde te orientaram quanto ao local de referência (maternidade) para o parto? (1) Sim (2) Não (9) IGN	localp ____
22. Tem/teve algum problema de saúde durante a gestação? (1) Sim (2) Não (9) IGN Se sim, qual? prosages _____	proges ____

(CONTINUAÇÃO)
FORMULÁRIO Nº 9 – AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL

AVISO: Olhar, no Cartão da Gestante, as questões abaixo (se não tiver Cartão, pule para questão 33)	
23. Qual a data da sua última menstruação (DUM)? (9) IGN	datadum _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _
24. Qual a idade gestacional que a gestante estava na primeira consulta? _____ semanas	gpric _ _ _ _
25. Quantas consultas foram realizadas ao longo do pré-natal? _____ consultas	qcons _ _ _ _
26. Qual peso estava no início da gestação? _____ kg (9999) IGN	inipes _ _ _ _ _ _ , _ _
27. Qual peso estava no final da gestação? _____ kg (9999) IGN (8888) NSA (se for gestante)	fimpe _ _ _ _ _ _ , _ _
28. Exames laboratoriais com resultados registrados no cartão da gestante (1) Sim (2) Não (9) IGN	gexal _ _
AVISO: Se não tiver, pule para questão 30	
29. Quantas vezes foram registrados: Hemoglobina (Hb) _____ Sorologia para sífilis _____ (VDRL) _____ Exame comum de urina (ECU) _____ (88) NSA	reghb _ _ _ _ reggoro _ _ _ _ regvdrl _ _ _ _ regecu _ _ _ _
30. Quantas vezes foram registrados: Altura uterina (AU) _____ Apresentação fetal _____ Batimentos cardíacos (BCF) _____ Edema (EDE) _____ Idade gestacional (IG) _____ Pressão arterial (PA) _____ Peso (PESO) _____	regau _ _ regaf _ _ regbcf _ _ regede _ _ regig _ _ regpa _ _ regpeso _ _
31. Número de doses prévias de vacina antitetânica _____ doses	ndoan _ _
32. Foi registrado: Data provável do parto (DPP) (1) Sim (2) Não (9) IGN Estado nutricional (EN) (1) Sim (2) Não (9) IGN Preparo das mamas para o aleitamento (1) Sim (2) Não (9) IGN Informações sobre o exame citopatológico (1) Sim (2) Não (9) IGN	dppreg _ _ enreg _ _ prema _ _ infcit _ _
AVISO: A questão a seguir NÃO se aplica as gestantes.	
33. Houve consulta puerperal no pós-parto? (1) Sim (2) Não (9) IGN (8) NSA (se for gestante)	conpu _ _
Informação: As próximas perguntas só devem ser aplicadas quando a mulher NÃO tiver o Cartão da Gestante (34 a 38)	
34. Com quantos meses a senhora teve sua primeira consulta de Pré-Natal? _____ meses	consaut _ _
35. Qual a data da sua última menstruação (DUM)? (9) IGN	dataultm _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ _ _
36. Quantas consultas foram realizadas ao longo do pré-natal? _____ consultas (9) IGN	autqc _ _ _ _
37. Qual peso a senhora estava no INÍCIO da gestação? _____ kg (9999) IGN	iniaut _ _ _ _ _ _ , _ _
38. Qual peso a senhora estava no FINAL da gestação? _____ kg (9999) IGN (8888) NSA (se for gestante)	fimau _ _ _ _ _ _ , _ _
AVISO: A questão a seguir NÃO se aplica às gestantes.	
39. Houve consulta com seu médico/ enfermeira após o parto? (1) Sim (2) Não (8) NSA (se for gestante) (9) IGN	autpu _ _

FORMULÁRIO Nº 10 – AVALIAÇÃO DO PNSF (GESTANTES)

INFORMAÇÃO: Esse formulário deve ser aplicado somente às gestantes a partir da 20ª semana

Comunidade: _____	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] [] []
1. Nome da gestante: _____	nomg20s _____
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpg20s ____ ____
3. A senhora já ouviu falar alguma coisa sobre o Programa Nacional de Suplementação de Ferro? (1) Sim (2) Não	sabepnsf ____
AVISO: se a resposta anterior for NÃO, pule para a questão 5.	
4. A senhora sabe qual o objetivo do Programa Nacional de Suplementação de Ferro? (1) Combater a anemia (ou carência de ferro) (2) Outra resposta (3) Não sabe (88) NSA	objpnsf ____ ____
5. Alguém da Saúde forneceu sulfato ferroso para que a senhora tomasse? (MOSTRAR A EMBALAGEM DO SULFATO PARA A MULHER) (1) Sim (2) Não	dosefeg ____
AVISO: Se a resposta anterior foi NÃO, pule para a questão 13	
6. A Senhora recebeu alguma orientação sobre como usar esse medicamento? (1) Sim (2) Não (3) Às vezes (8) NSA	infofeg ____
7. A senhora sabe para que serve esse medicamento? (1) Curar/prevenir anemia ou melhorar a ingestão de ferro (2) Outra resposta (3) Não sabe (8) NSA	praquefeg ____
8. A senhora está tomando o sulfato ferroso? (1) Sim (2) Não (3) Às vezes (8) NSA	adesaofeg ____
AVISO: Se a resposta anterior foi NÃO, pule para a questão 12	
9. Qual a frequência que a senhora toma? (1) Todo dia (2) Uma vez por semana (3) Quando lembra (4) Outra (8) NSA	freqfeg ____
10. A medicação é tomada em qual horário? (1) No horário das refeições (2) Entre as refeições (3) Outro horário (8) NSA	horafeg ____
11. Há quantos meses a senhora está tomando esse medicamento? (01) (02) (03) [...] (88) NSA (99) IGN	timepnsfg ____ ____
12. A senhora poderia explicar porque não está tomando o remédio? (88) NSA _____	pqnaofeg
SE "Não se aplica" ESCREVA "88"	
13. Em sua opinião, quais são os problemas de saúde que podem acontecer quando falta ferro no seu corpo? (99) IGN _____	probfcg probfcg2
SE "Não lembra/Não sabe" ESCREVA "99"	
14. Em sua opinião, quais são os alimentos mais ricos em Ferro? _____	ricofegg1 ricofegg2
SE "Não lembra/Não sabe" ESCREVA "99"	
15. A senhora poderia citar um alimento ou bebida que, quando consumidos na refeição, melhoram a absorção e o aproveitamento do ferro? _____	promofegg
SE "Não lembra/Não sabe" ESCREVA "99"	
16. A senhora poderia citar um alimento ou bebida que, quando consumidos na refeição, prejudicam a absorção e o aproveitamento do ferro? _____	inibefegg
SE "Não lembra/Não sabe" ESCREVA "99"	
17. Os profissionais de saúde daqui já convidaram você para participar de alguma palestra ou seção de orientações sobre como tratar a anemia? (1) Sim e eu participei (2) Sim, mas não participei (3) Não	palestrafegg ____
AVISO: realizar as perguntas 18 e 19 sem considerar o exame feito com Hemocue® durante esta pesquisa	
18. A senhora tem ou já teve anemia? (1) Sim, já teve (2) Sim, ainda tem (3) Não sei, nunca fiz exame (4) Não	anemiagg ____
AVISO 1: fazer a pergunta 19 somente se a questão anterior for (1) Sim, já teve ou (2) Sim, ainda tem	
19. Onde obteve o diagnóstico de anemia? (1) Fez exame num laboratório particular ou pelo plano de saúde (2) Fez exame num laboratório público (3) O médico falou (4) Outros: _____ (8) NSA	diaganemiag ____

FORMULÁRIO Nº 11 – AVALIAÇÃO DO PNSF (CRIANÇAS)

INFORMAÇÃO: Aplicar ao responsável pela criança de 6 a 24 meses

1. Nome da criança _____ nomec2	cad_quest: []-[] []-[] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpesc2 __ __
3. A senhora já leu ou ouviu falar alguma coisa sobre o Programa Nacional de Suplementação de Ferro? (1) Sim (2) Não	falpnsf __ __
4. A senhora sabe qual o objetivo do Programa Nacional de Suplementação de Ferro? (1) Combater a anemia (ou carência de ferro) (2) Outra resposta (3) Não sabe (8)NSA	oqpnsfc __
5. Nos últimos 3 meses, alguém da saúde lhe forneceu xarope de sulfato ferroso para que a <C> tomasse? (MOSTRAR A EMBALAGEM DO SULFATO PARA A PESSOA) (1) Sim (2) Não (pule para a questão 17)	xaropec __
6. Você recebeu alguma orientação sobre como usar esse medicamento? (1) Sim (2) Não (3) Às vezes (8) NSA	orimedc __
7. Você sabe para que serve esse medicamento? (1) Curar/prevenir anemia ou melhorar a ingestão de ferro (2) Outra resposta (3) Não sabe (8) NSA	servmedc __
8. A <C> está tomando o sulfato ferroso? (1) Sim (2) Não (pule para a questão 16) (3) Às vezes (8) NSA	tomasfc __
9. Qual a frequência que a <C> toma? (1) Todo dia (2) Uma vez por semana (3) Quando lembra (4) Outra (8) NSA	frequomc __
10. A medicação é tomada em qual horário? (1) No horário das refeições (2) Entre as refeições (3) Outro horário (8) NSA	idadxarc __
11. Qual era a idade de <C> quando passaram o xarope de sulfato ferroso pela primeira vez? _____ meses (88) NSA	umxaropc __ __
12. A <C> já tomou mais de um frasco do xarope? (1) Sim Quantos? _____ frascos (2) Não (8) NSA	maisxarc __
13. Com qual frequência você precisou ir buscar outro frasco (de quanto em quanto tempo)? _____ meses (8) NSA	frequbusc __
14. Quando acabou esse remédio e precisou pegar mais, você teve dificuldade em conseguir o medicamento novamente? (1) Sim (2) Não (3) Às vezes (4) Nunca precisou (8) NSA	difmedc __
15. Há quanto tempo <C> vem tomando o xarope regularmente (em meses)? (01) (02) (03) [...] (18) (88) NSA (99) IGN	timepnsfc __ __
ATENÇÃO: Se está tomando (QUESTÃO 8), pule para a questão 17	
16. A senhora poderia explicar porque a <C> não está tomando o remédio? (88) NSA	_____ pqnaofegc
17. Em sua opinião, quais são os problemas de saúde que podem acontecer quando falta ferro no corpo da criança?	_____ probfec1 _____ probfec2
ESCREVA "Não lembra/Não sabe" SE FOR O CASO	
18. Em sua opinião, quais são os alimentos mais ricos em ferro?	_____ ricofegc1 _____ ricofegc2
ESCREVA "Não lembra/Não sabe" SE FOR O CASO	
19. A senhora poderia citar um alimento ou bebida que, quando ingerido numa refeição, melhora a absorção e aproveitamento do ferro pelo organismo? _____	promofegc
ESCREVA "Não lembra/Não sabe" SE FOR O CASO	
20. A senhora poderia citar um alimento ou bebida que, quando ingerido numa refeição, prejudica a absorção e o aproveitamento do ferro pelo organismo? _____	inibefegc
ESCREVA "Não lembra/Não sabe" SE FOR O CASO	
21. Os profissionais de saúde daqui já convidaram a senhora para participar de alguma palestra ou seção de orientações sobre como cuidar da anemia? (1) Sim e eu participei (2) Sim, mas não participei (3) Não	palesane __
AVISO: realizar as perguntas 22 e 23 sem considerar o exame feito com Hemocue® durante esta pesquisa	
22. A <C> tem ou já teve anemia? (1) Sim, já teve (2) Sim, ainda tem (3) Não sei, nunca fez exame (4) Não	anemiagc __
AVISO 1: fazer a pergunta 23 somente se a questão anterior for (1) Sim, já teve ou (2) Sim, ainda tem	
23. Onde obteve o diagnóstico de anemia? (1) Fez exame num laboratório particular ou pelo plano de saúde (2) Fez exame num laboratório público (3) O médico falou (4) Outros: _____ (8) NSA	diaganemiac __

FORMULÁRIO Nº 12 – AVALIAÇÃO DO PNSF (PROFISSIONAIS)

INFORMAÇÃO: Esse formulário deve ser aplicado **somente ao(a) enfermeiro(a)**

Atenção, entrevistador: faça a entrevista com o(a) enfermeiro(a). Caso ele(a) não esteja na unidade, no momento, pegue o telefone de contato para posterior entrevista.

Comunidade: _____	cad_quest: []-[] []-[] [] [] []
1. A unidade de saúde foi construída já com o objetivo de ser um posto de saúde ou foi adaptada (ex.: era uma casa, antes)? (1) Sim (2) Não	estrunid ____
2. São dadas orientações específicas sobre o PNSF para as mães de crianças e gestante? (1) Sim (2) Só para as gestantes (3) Só para as mães (4) Não (9) IGN	oriegru ____
AVISO: Se a resposta anterior for NÃO, pule para a questão 5	
3. Qual o profissional responsável por essa função? (1) Enfermeiro (2) Médico (3) Agente Comunitário de Saúde (ACS) (4) Outro Qual? _____	profresp ____
4. Essa orientação ocorre de forma individual ou coletiva? (1) Individual (2) Em grupo (3) As 2 estratégias (8) NSA (9) IGN	indgru ____
5. Qual a periodicidade em que os beneficiários do PNSF (crianças ou gestantes) são acompanhados por profissionais desta Unidade? (1) Mensal (2) Bimestral (3) Outra: _____ (8) NSA (9) IGN	periacom ____
6. Você considera que recebeu capacitação suficiente para atuar no PNSF (1) Sim (2) Não	capprofpnsf ____
7. Os ACS já receberam capacitação para atuarem no PNSF? (1) Sim (2) Não → Pule para 9	capacs ____
8. Se sim, há quanto tempo (em meses) ocorreu essa capacitação? (01) (02) (03) ... (n) (88) NSA (99) IGN	timecapacs ____ ____
9. Há quanto tempo (meses) esta Unidade recebeu supervisão da Secretaria de Saúde do município a respeito da operacionalização do PNSF (01) (02) (03) ... (n) (00) Nunca (99) IGN	supervisaom ____ ____
10. Há quanto tempo (meses) esta Unidade recebeu supervisão da Secretaria de Saúde do Estado a respeito da operacionalização do PNSF (01) (02) (03) ... (n) (00) Nunca (99) IGN	supervisaoe ____ ____
11. Poderia citar alguns pontos positivos em relação à operacionalização do PNSF nesta Unidade?	
_____ ppositivo1	
_____ ppositivo2	
_____ ppositivo3	
ESCREVA "Não lembra/Não sabe" SE FOR O CASO	
12. Poderia citar alguns pontos negativos ou dificuldades quanto à operacionalização do PNSF nesta Unidade?	
_____ pnegativo1	
_____ pnegativo2	
_____ pnegativo3	
ESCREVA "Não lembra/Não sabe" SE FOR O CASO	
13. Na Unidade em que você trabalha sempre tem o xarope de sulfato ferroso disponível para as crianças? (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca	ubsxar ____
14. Na Unidade em que você trabalha sempre tem o sulfato ferroso disponível para as gestantes? (1) Sim (2) Às vezes (3) Nunca	ubssf ____
15. Você teria alguma sugestão no sentido de melhorar a operacionalização e a efetividade do PNSF executado nesta Unidade?	
_____ sugestao	

FORM Nº 13 – AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

INFORMAÇÃO: Esse formulário deve ser aplicado somente ao(à) responsável da criança ≥ 6 meses aos < 5 anos de idade
Entrevistador, atente-se: será aplicada na criança que foi sorteada.

1. Nome da criança _____ nomecri	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadcriA __ __
3. Número da responsável da criança (conferir no formulário 2)	respcri __ __
4. Na sua opinião, para que serve o PNS de Vitamina A? (1) Curar/prevenir a carência da Vitamina A (2) Outra resposta (3) Não sabe	servvita __
5. Entre outras coisas, nesse Programa, alguém da Saúde corta uma cápsula como esta (MOSTRAR A CAPSULA) contendo vitamina A e coloca na boca da criança. A <C> recebeu essa vitamina A nos últimos 6 meses? (1) Sim (2) Não (3) Sim, mas não tem certeza se foi nos últimos 6 meses (9) IGN	dvitaref __
INFORMAÇÃO: nesse momento da entrevista, peça o Cartão da Criança e confira...	
6. Consta suplementação de Vitamina A da criança? (1) Sim (2) Não (3) Não tinha cartão	dvitacart __
AVISO: Se NÃO, pule para a questão 10	
7. Verifique no cartão e anote o tempo decorrido desde a última dose recebida (1) De 0 a 6 meses (2) de 6,1 a 12 meses (3) há mais de 12 meses (8) NSA	tempovita __
8. No total, quantas doses de Vitamina A foram ministradas? _____ doses (88) NSA	ndosevita __ __
9. A criança já deixou de receber a dose da Vitamina A por que não tinha no posto de saúde? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (8) NSA (9) IGN	faltvita __
10. A senhora, alguma vez, já recebeu informações sobre a Vitamina A? (1) Sim (2) Não (3) Não sabe (8) NSA (9) IGN	orievita __
11. A orientação foi dada por qual profissional? (1) Enfermeira (2) Médico (3) Nutricionista (4) Farmacêutico (5) Agente Comunitário de Saúde (8) NSA (9) IGN	profvita __
12. Em sua opinião, quais são os alimentos ricos em Vitamina A? (9) Não sabe _____ __ opinivita1 _____ __ opinivita2 _____ __ opinivita3	
13. Em sua opinião, quais os problemas de saúde que podem acontecer quando falta vitamina A em nosso corpo? (9) Não sabe _____ __ probvita1 _____ __ probvita2 _____ __ probvita3	

FORMULÁRIO N° 14 – SELF REPORTING QUESTIONNAIRE (SRQ)

Aplicar em MULHERES de > 19 a < 60 anos
 ☞ ou menor de 19 anos se mulher for mãe ☜

As próximas perguntas são a respeito de certas dores ou problemas que a senhora pode ter tido nos últimos 30 dias. Se a senhora acha que a pergunta corresponde ao que a senhora vem sentindo nos últimos 30 dias responda SIM, mas se achar que não corresponde, responda NÃO. Por favor, **não discuta** as perguntas enquanto estiver respondendo. Se não tiver certeza sobre algumas delas, responda SIM ou NÃO como lhe parecer melhor. Nós garantimos que ninguém ficará sabendo suas respostas.

1. Nome _____ nompsrq	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2) _____ ncadpsrq [] []	

CÓDIGOS: (1) Sim (0) Não	Variável	Código
1. A senhora tem dores de cabeça frequentemente?	srq1	
2. Tem falta de apetite?	srq2	
3. Dorme mal?	srq3	
4. Assusta-se com facilidade?	srq4	
5. Tem tremores nas mãos?	srq5	
6. Sente-se nervosa, tensa ou preocupada?	srq6	
7. Tem má digestão?	srq7	
8. Tem dificuldade de pensar com clareza?	srq8	
9. Tem se sentido triste ultimamente?	srq9	
10. Tem chorado mais do que de costume?	srq10	
11. Encontra dificuldade em realizar com satisfação suas atividades do dia-a-dia?	srq11	
12. Tem dificuldade em tomar decisões?	srq12	
13. Tem dificuldade no trabalho (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento?)	srq13	
14. É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	srq14	
15. Tem perdido o interesse pelas coisas?	srq15	
16. A senhora se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	srq16	
17. Tem tido a ideia de acabar com a própria vida?	srq17	
18. Sente-se cansada o tempo todo?	srq18	
19. Tem sensações desagradáveis no estômago?	srq19	
20. A senhora se cansa com facilidade?	srq20	
SOMATÓRIO (TOTAL DE RESPOSTAS POSITIVAS)	Somasrq	
SOMATÓRIO DO SUPERVISOR	Srqsuper	

FORMULÁRIO N° 15 – Mini International Neuropsychiatric Interview (Mód C – versão 5.0)

Durante o último mês	Variável	NÃO	SIM
Pensou que seria melhor estar morta ou desejou estar morta?	mini1	0	1
Quis fazer mal a si mesma?	mini2	0	2
Pensou em suicídio?	mini3	0	6
Pensou numa maneira de se suicidar?	mini4	0	10
Tentou o suicídio?	mini5	0	10
Ao longo da sua vida, já fez alguma tentativa de suicídio?	mini6	0	4
SOMATÓRIO (TOTAL DA PONTUAÇÃO)	somamini		

APLICADO APENAS EM ALAGOAS E RIO GRANDE DO SUL → MULHERES > 19 anos e < 60 anos ou <19 anos se for mãe

FORM Nº 16 – AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF) → aplicado a MULHERES > 19 anos e < 60 anos

1. Nome _____ nompw	cad_quest: [] - [] [] - [] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpwh [] [] []

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2. Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas DUAS semanas	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	5	4	3	2	1
4. O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	5	4	3	2	1
5. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8. Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.	Nada	Muito pouco	Mais ou Menos	Bastante	Completamente
10. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13. Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem bem	Bem	Muito bem
15. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas DUAS semanas	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Meio termo	Satisfeito	Muito satisfeito
16. Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18. Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19. Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos)?	1	2	3	4	5
21. Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22. Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23. Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24. Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25. Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5
	Nunca	Algumas vezes	Frequente-mente	Muito frequente-mente	Sempre
26. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
DOMÍNIOS				Somatório	
Físico: qv3 ___ + qv4 ___ + qv10 ___ + qv15 ___ + qv16 ___ + qv17 ___ + qv18 ___				qvfis	
Psicológico: qv5 ___ + qv6 ___ + qv7 ___ + qv11 ___ + qv19 ___ + qv26 ___				qvpsi	
Relações sociais: qv20 ___ + qv21 ___ + qv22 ___				qvrel	
Ambiente: qv8 ___ + qv9 ___ + qv12 ___ + qv13 ___ + qv14 ___ + qv23 ___ + v24 ___ + qv25 ___				qvamb	
Qualidade de vídeo global e percepção geral da saúde: qv1 ___ + qv2 ___ =				qv glo	
TOTAL				qvtotal	

FORM. Nº 17 – TESTE DE TRIAGEM DO ENVOLVIMENTO COM ÁLCOOL, CIGARRO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS (ASSIST 3.1)

INFORMAÇÃO 1: Esse formulário deve ser aplicado a HOMENS e MULHERES > 19 anos e < 60 anos

1. Nome _____ nompas	cad_quest: []-[]-[]-[]-[]-[]
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadassist __ __

Prezado, <entrevistado>, na sua vida, quais destas substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	Não	Sim
assist1 Derivados do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3
assist2 Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champanhe, licor, pinga, uísque, vodca, caninha, rum, tequila, gim)	0	3
assist3 Maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank etc.)	0	3
assist4 Cocaína, crack (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, Cachimbo, brilho)	0	3
assist5 Estimulantes, como anfetaminas (bolinhas, rebites, bifetamina, Moderine, mdma)	0	3
assist6 Inalantes (solventes, cola de sapateiro, corretivo, verniz, Tiner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança-perfume, cheirinho da Loló)	0	3
assist7 Hipnóticos/sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)	0	3
assist8 Alucinógenos (LSD, chá de lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, Cacto)	0	3
assist9 Opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona)	0	3
assist10 Outras (especificar): _____	0	3

Se "NÃO" em todos os itens, investigue: "Nem mesmo quando estava na escola?".

Se NÃO em todos os itens () (assist11) Pare a entrevista;
Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

12. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância (s) que mencionou?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	2	3	4	6	assist12a
b. Bebida alcoólica	0	2	3	4	6	assist12b
c. <substância>	0	2	3	4	6	assist12c

AVISO: Se "NUNCA" em todos os itens da questão 12, pule para a questão 16.

13. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	3	4	5	6	assist13a
b. Bebida alcoólica	0	3	4	5	6	assist13b
c. <substância>	0	3	4	5	6	assist13c

14. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <substância> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	4	5	6	7	assist14a
b. Bebida alcoólica	0	4	5	6	7	assist14b
c. <substância>	0	4	5	6	7	assist14c

15. Durante os três últimos meses, com que frequência por causa do seu uso <substância> você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por você?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensal	Semanal	Diariamente ou quase todo dia	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	5	6	7	8	assist15a
b. Bebida alcoólica	0	5	6	7	8	assist15b
c. <substância>	0	5	6	7	8	assist15c

16. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <substância>?	Não, nunca!	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	6	3	assist16a
b. Bebida alcoólica	0	6	3	assist16b
c. <substância>	0	6	3	assist16c

17. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <substância>?	Não, nunca!	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses	CÓD (resposta)
a. Derivados do Tabaco	0	6	3	assist17a
b. Bebida alcoólica	0	6	3	assist17b
c. <substância>	0	6	3	assist17c
18. Alguma vez você já usou drogas por injeção? uso não-médico	0	6	3	assist18

SOMATÓRIOS apenas das questões 12, 13, 14, 15, 16 e 17	Somatório
Derivados do Tabaco	assisttab
Bebida alcoólica	assistalc
<substância>	assistsub

NÃO pontuar a questão 15 para derivados do tabaco

19. Caso tenha consumido droga injetável nos últimos três meses, perguntar a frequência:			
(0) 1x/sem ou < 3 dias seguidos	(1) > 1x/sem ou > 3 dias seguidos	assist19	

FORMULÁRIO Nº 18 – NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DA MULHER (IPAQ - VERSÃO CURTA)

INFORMAÇÃO: Esse formulário deve ser aplicado às MULHERES > 19 anos e < 60 anos

As perguntas estão relacionadas ao tempo gasto realizando atividade física na **ÚLTIMA semana**. As perguntas incluem as atividades praticadas no trabalho, para ir de um lugar a outro, por lazer, por esporte, por exercício ou como parte das suas atividades em casa, no quintal ou roçado.

Entrevistador, lembre-se:

Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que necessitam de um grande esforço físico e que fazem respirar **MUITO** mais forte que o normal.

Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que necessitam de algum esforço físico e que fazem respirar **UM POUCO** mais forte que o normal.

1. Nome _____ nompipaq	cad_quest: [] - [] [] - [] [] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpipaq

AVISO: considerar SOMENTE atividades que são realizadas por, PELO MENOS, 10 minutos contínuos, de cada vez.	
1. Em quantos dias da última semana (semana passada), você CAMINHOU por, pelo menos, 10 minutos contínuos (sem parar), como forma de transporte para ir de um lugar para outro (escola, comércio, casa de algum parente, por exemplo), por lazer ou como forma de exercício? _____ dias (888) NSA (999) IGN	diacamin
2. Nos dias em que você caminhou por, pelo menos, 10 minutos contínuos (sem parar), quanto tempo, no total, você gastou caminhando, por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	tempcam
3. Em quantos dias da última semana (semana passada), você realizou atividades MODERADAS por, pelo menos, 10 minutos contínuos (sem parar), como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, carregar pesos leves, colher frutas ou vegetais, plantar, faxina (varrer ou lavar o chão de casa) ou qualquer atividade que fez aumentar, moderadamente, sua respiração ou batimentos do coração (NÃO INCLUA CAMINHADA). _____ dias (888) NSA (999) IGN	diamod
4. Nos dias em que você fez essas atividades moderadas por pelo menos 10 minutos contínuos (sem parar), quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	tempmod
5. Em quantos dias, na última semana (semana passada), você realizou atividades VIGOROSAS por pelo menos 10 minutos contínuos (sem parar), como por exemplo correr, pedalar rápido na bicicleta, cortar lenha ou tronco, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que fez aumentar MUITO sua respiração ou batimentos do coração. _____ dias (888) NSA (999) IGN	diavigor
6. Nos dias em que você fez essas atividades vigorosas por pelo menos 10 minutos contínuos (sem parar), quanto tempo no total você gastou fazendo essas atividades por dia? _____ minutos (888) NSA (999) IGN	tempvig
7. Estas últimas perguntas são em relação ao tempo que você gasta sentado ao todo no trabalho, em casa, na escola ou faculdade e durante o tempo livre. Isto inclui o tempo que você gasta sentado no escritório ou estudando, fazendo lição de casa, visitando amigos, lendo e sentado ou deitado assistindo televisão. (Não incluir deslocamento em transportes como carro e ônibus) Quanto tempo por dia você fica sentado em um dia de semana? _____ horas _____ minutos (888) NSA (999) IGN Total minutos: _____ minutos	sentsem
8. Quanto tempo por dia você fica sentado no final de semana (sábado ou domingo)? _____ horas _____ minutos (888) NSA (999) IGN Total minutos: _____ minutos	sentfds

CLASSIFICAÇÃO IPAQ		CRITÉRIOS PARA A CLASSIFICAÇÃO		classativf
		ATIVIDADE	TEMPO / FREQUÊNCIA	
MUITO ATIVO	4	Atividade vigorosa	≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão	
		Atividade vigorosa + atividade moderada e/ou caminhada	≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão + ≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão	
ATIVO	3	Atividade vigorosa	≥ 3 dias na semana e ≥ 20 minutos por sessão;	
		Atividade moderada ou caminhada	≥ 5 dias na semana e ≥ 30 minutos por sessão	
		Qualquer atividade somada	≥ 5 dias na semana e ≥ 150 minutos na semana caminhada + atividade moderada + atividade vigorosa).	
INSUFICIENTEMENTE ATIVO	2	10 min de atividade física contínua, seguindo pelo menos um dos critérios	5 dias na semana (soma das atividades vigorosa, moderada e caminhada) ou duração de 150 minutos de atividade física na semana (soma das atividades vigorosa, moderada e caminhada).	
		Realiza 10 min de atividade física contínua durante a semana	Não atingiu nenhum dos critérios da recomendação quanto à frequência nem quanto à duração.	
SEDENTÁRIO	0	Não realiza nenhuma atividade física por pelo menos 10 minutos contínuos durante a semana		

FORMULÁRIO Nº 20 – POLIMORFISMOS GENÉTICOS – DADOS BIOQUÍMICOS – PESSOA COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU MENTAL – PESSOA COM ALTERAÇÃO GENÉTICA

BLOCO 1: ESSE FORMULÁRIO DEVE SER APLICADO ÀS MULHERES (> 19 A <60 ANOS)

☞ ou menor de 19 anos se mulher for mãe ☜

1. Nome _____ nomemlhr	cad_quest: []-[] []-[] [] [] []
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpplm __ __

3. Foi obtido esfregaço da mucosa da bochecha Sim () Não ()

EXAMES LABORATORIAIS				
4. Colesterol Total	ctotal[_____]	7. LDL	ldl[_____]	
5. HDL	hdl[_____]	8. Não-HDL	nhdl[_____]	
6. Triglicerídeos	trig[_____]	9. LDL / HDL	ldlhdl[_____]	
10. Hemoglobina glicada	hbglic[_____]			

BLOCO 2: DEVE SER APLICADO AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA (se mais de um, usar formulários adicionais)

1. Nome _____	
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncaddef __ __

3. Qual o tipo de deficiência apresentada?	tipo_defic [_____]
4. Por causa dessa deficiência, essa pessoa necessita de algum tipo de assistência especial por parte do governo do estado, prefeitura, etc? (1) Sim (0) Não	assist_def __
5. Se sim, que tipo de assistência?	tipo_assist_def [_____]
6. Essa assistência tem sido prestada? (1) Sim (0) Não	assist_def_prest __

BLOCO 3: DEVE SER APLICADO AS PESSOAS COM ALTERAÇÃO GENÉTICA (se mais de um, usar formulários adicionais)

1. Nome _____	
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncaddefg __ __
3. Qual o tipo de alteração genética? (1) anemia falciforme (2) albinismo (3) outro: _____ (9)IGN	def_genetico __

FORMULÁRIO Nº 21 – SAÚDE DO IDOSO

INFORMAÇÃO: Aplicar aos idosos (≥ 60 anos) de ambos os sexos

Comunidade: _____	cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] [] []
1. Nome do idoso: _____	nomidoso
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)	ncadpidoso __ __
3. Envergadura (cm): _____	enverga __ __ __ __

ATENÇÃO: CASO ESTE IDOSO SEJA O CHEFE, NÃO PERGUNTAR: REPRODUZA A RESPOSTA DA QUESTÃO 12 DO FORM 3

4. Até que série completou os estudos? (anos completos)*	idoescol __ __			
5. Qual dessas condições corresponde ao seu estado civil: (1) Solteiro (2) Casado/vive com companheiro (3) Viúvo (4) Separado (5) Outros (_____)	idoscivil __			
6. Como é a sua situação de moradia? (1) Mora só (2) Mora com companheiro/parente/amigos (3) Outros	idosmora __			
7. Tem assistência dos familiares? (1) Sim (0) Não	assistido __			
8. Caso fique doente ou incapacitado, conta com alguém que possa ajudar? (1) Sim (0) Não	ajudado __			
9. Já sofreu alguma fratura (quebrou algum osso)? (1) Sim (0) Não	fraturido __			
10. Em geral, você tem medo de cair? (0) Não, não tenho medo de cair (1) Sim, tenho medo mas não deixo de fazer nada (2) Sim, tenho medo e deixo de fazer minhas atividades	medocair __			
11. Quantas quedas você levou no último ano? _____	qtsqueda __ __			
12. Precisou de ajuda para se levantar quando caiu? (0) Não (1) Sim (8) NSA	ajudaque __			
13. Possui alguma dessas patologias crônicas? (1) Hipertensão arterial (2) Diabetes (3) Doença cardíaca (4) Artrite/artrose/reumatismo (5) Acidente Vascular Cerebral (6) Hepatopatias (7) Doença renal (9) Outra, qual? _____ (8) NSA	crônicas1 __ crônicas2 __ crônicas3 __ crônicas4 __			
14. Quando o(a) senhor(a) está doente e precisa muito de atendimento de saúde, para onde vai? (1) Serviço público (2) Serviço particular (3) Rezadeira (4) Trata em casa (5) Nunca precisou (6) Vai na farmácia (7) Outro: _____ (9) IGN	servuso __			
15. Consome bebida alcoólica? (1) Sim, em datas especiais (2) Sim, todos os finais de semana (3) Sim, todos os dias (0) Não	bebeuhj __			
16. Faz uso de cigarro? (1) Sim, atualmente uso. (2) Não, mas já fumei (0) Não, nunca fumei	fumaido __			
17. Pratica alguma atividade física? (1) Sim (0) Não	fisicaido __			
18. Atualmente, está tomando algum tipo de medicamento? (1) Sim (0) Não	remeuso __			
19. Se sim, faz uso de quais medicamentos? (solicitar vê-los para anotar o nome da medicação abaixo). (88) NSA				
remeuso 1 _____	remeuso 4 _____			
remeuso 2 _____	remeuso 5 _____			
remeuso 3 _____	remeuso 6 _____			
20. Pressão arterial (Pressão Arterial Sistólica x Pressão Arterial Diastólica)				
1ª MEDIDA	pas1	__ __ __ __	pad1	__ __ __ __
2ª MEDIDA	pas2	__ __ __ __	pad2	__ __ __ __
3ª MEDIDA	pas3	__ __ __ __	pad3	__ __ __ __

FORMULÁRIO Nº 22 – PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL

BLOCO 1: ESSE FORMULÁRIO DEVE SER APLICADO AOS IDOSOS (M e F) (≥ 60 ANOS)

1. Nome _____		cad_quest: []-[] []-[] [] [] [] []		
2. Número de ordem no cadastro da família (conferir no formulário 2)				ncadpiv __
3. Qual a sua idade? (conferir no formulário 2)	60 a 75 anos	75 a 84 anos	≥ 85 anos	idoso1 __
	(0)	(1)	(3)	

AUTOPERCEPÇÃO DA SAÚDE

4. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é: (1) Excelente (2) Muito boa (3) Boa (4) Regular (5) Ruim	idosauade __
--	------------------

LIMITAÇÃO FÍSICA

Em média, quanta dificuldade você tem para fazer as seguintes atividades físicas?	Somatório
5. Curvar-se, agachar ou ajoelhar-se? (1) Nenhuma dificuldade (2) Pouca dificuldade (3) Média dificuldade (4) Muita dificuldade (5) Incapaz de fazer	idoso5 __
6. Levantar ou carregar objetos com peso aproximado de 5 kg? (1) Nenhuma dificuldade (2) Pouca dificuldade (3) Média dificuldade (4) Muita dificuldade (5) Incapaz de fazer	idoso6 __
7. Elevar ou estender os braços acima do nível do ombro? (1) Nenhuma dificuldade (2) Pouca dificuldade (3) Média dificuldade (4) Muita dificuldade (5) Incapaz de fazer	idoso7 __
8. Escrever ou manusear e segurar pequenos objetos? (1) Nenhuma dificuldade (2) Pouca dificuldade (3) Média dificuldade (4) Muita dificuldade (5) Incapaz de fazer	idoso8 __
9. Andar 400 metros (aproximadamente quatro quarteirões)? (1) Nenhuma dificuldade (2) Pouca dificuldade (3) Média dificuldade (4) Muita dificuldade (5) Incapaz de fazer	idoso9 __
10. Fazer serviço doméstico pesado como esfregar o chão ou limpar janelas? (1) Nenhuma dificuldade (2) Pouca dificuldade (3) Média dificuldade (4) Muita dificuldade (5) Incapaz de fazer	idoso10 __
11. Quantas questões tiveram como resposta “muita dificuldade” ou “incapaz de fazer”?	idoso11 __

INCAPACIDADES

Por causa de sua saúde ou condição física, você tem alguma dificuldade para:				
12. Fazer compras de itens pessoais? (produtos de higiene pessoal, medicamentos)	(1) Sim	(2) Não	(3) Não compro	idoso12 __
→ AVISO: Se SIM, perguntar: 13. Você recebe ajuda para fazer compras?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso13 __
→ Se “NÃO COMPRO”, perguntar: 14. Isso ocorre por causa da sua saúde?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso14 __
15. Lidar com dinheiro? (controle de gastos, despesas, pagamentos de conta)	(1) Sim	(2) Não	(3) Não lido	idoso15 __
→ AVISO: Se SIM, perguntar: 16. Você recebe ajuda pra lidar com o dinheiro?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso16 __
→ Se “NÃO LIDO”, perguntar: 17. Isso acontece por causa da sua saúde?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso17 __
18. Atravessar o quarto andando ou caminhar pela sala?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não ando	idoso18 __
→ AVISO: Se SIM, perguntar: 19. Você recebe ajuda para andar?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso19 __
→ Se “NÃO ANDO”, perguntar: 20. Isso acontece por causa da sua saúde?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso20 __
21. Realizar tarefas domésticas leves? (Lavar pratos, arrumar a casa, limpeza leve)	(1) Sim	(2) Não	(3) Não faço	idoso21 __
→ AVISO: Se SIM, perguntar: 22. Você recebe ajuda para realizar tarefas?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso22 __
→ Se “NÃO FAÇO”, perguntar: 23. Isso acontece por causa da sua saúde?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso23 __
24. Tomar banho de chuveiro ou banheira?	(1) Sim	(2) Não	(3) Não tomo	idoso24 __
→ Se SIM, perguntar: 25. Você recebe ajuda para tomar banho?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso25 __
→ Se “NÃO TOMO”, perguntar: 26. Isso acontece por causa da sua saúde?	(8) NSA	(1) Sim	(2) Não	idoso26 __

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (Resolução CNS nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde).

Eu, _____, assim como os menores de idade sob minha responsabilidade,

tendo sido convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS: ESTUDO MULTICÊNTRICO, recebi do Prof. HAROLDO DA SILVA FERREIRA, da Faculdade de Nutrição da UFAL, responsável por sua execução, ou por alguém de sua equipe, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- Que o estudo, a ser realizado durante o ano de 2017, se destina a avaliar a disponibilidade e utilização de serviços de saúde, bem como as condições de saúde e a qualidade de vida de mulheres, crianças, adolescentes e de idosos de comunidades quilombolas em diferentes regiões do Brasil;
- Que os principais resultados que se desejam alcançar são os seguintes: Conhecer o estado nutricional da população; Saber quais as principais doenças que acometem essas pessoas; Investigar se as mães sofrem de pressão alta; Caracterizar a população em relação às condições socioeconômicas, educacionais, de habitação, se tem água tratada em casa e qual o destino do lixo e dejetos; Conhecer a população quanto à utilização de serviços de saúde (atenção pré e perinatal, posse e utilização do cartão da criança, atualização do calendário de vacinas, assistência médica), se estão recebendo remédio para tratar a anemia e a hipovitaminose A, bem como a participação em programas de segurança alimentar;
- Que para a realização deste estudo os pesquisadores visitarão minha residência para fazer perguntas sobre alimentação, condições socioeconômicas e de saúde, além de pesar, medir, verificar a pressão arterial e tirar uma gota de sangue da ponta do dedo das crianças e gestantes para exame de anemia; adicionalmente, as mulheres serão pesquisadas em relação à quantidade de gordura que tem no corpo. Isto será feito utilizando-se um equipamento chamado de bioimpedância. Para isso, basta que a pessoa examinada o segure o equipamento com as duas mãos que, em 5 segundos, se saberá o resultado.
- Que responder essas perguntas, furar o dedo para tirar sangue e se submeter aos demais exames informados acima serão os incômodos que poderei sentir com a minha participação/autorização; portanto, existe o risco de que eu venha a sentir medo da furada e de me sentir envergonhada por estar sendo examinada por pessoas estranhas;
- Que a pesquisa será acompanhada por membros da equipe do PSF. Os casos de hipertensão, desnutrição (déficit ponderal e/ou estatural), obesidade, distúrbios psicológicos e anemia serão cadastrados para acompanhamento pela referida equipe. Os casos mais graves serão comunicados ao gestor de saúde municipal para as providências necessárias.
- Que, sempre que eu quiser, serão fornecidas explicações sobre cada uma das partes do estudo.
- Que, a qualquer momento, poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer prejuízo ou problema;
- Que as informações conseguidas através da minha participação não permitirão minha identificação, nem de qualquer membro da minha família, exceto aos responsáveis pelo estudo. Essas informações serão registradas em formulários de papel para posterior digitação em um computador de uso exclusivo da pesquisa. Todo esse material ficará arquivado durante 5 anos no Laboratório de Nutrição Básica e Aplicada da Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas, sob guarda e responsabilidade do Prof. Haroldo Ferreira. Caso esse compromisso não seja cumprido e, de alguma forma, eu me sinta prejudicado, terei a garantia de que, na forma da lei, receberei dos pesquisadores a devida indenização. Com excessão desta situação, não está prevista qualquer outra forma de indenização ou ressarcimento, haja vista que a pesquisa se refere a um estudo observacional, sem uso de métodos agressivos, experimentais ou que, de alguma forma, coloquem em risco a integridade física e mental dos participantes, nem tampouco causará a esses voluntários qualquer tipo de despesa;
- Que os benefícios da minha participação é propiciar a produção de informações que contribuirão para que as autoridades responsáveis pela implementação das políticas públicas possam ter um maior embasamento para planejar ações que promovam a saúde da população.
- Que toda participação tem caráter voluntário e que não haverá qualquer forma de pagamento aos indivíduos da pesquisa.
- Que o coordenador deste trabalho garante, nos termos da Lei, providenciar com recursos próprios (pessoais) a devida indenização aos voluntários que, porventura, vierem a sofrer quaisquer danos decorrentes da pesquisa.
- Que eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento, chamado de TCLE.

Finalmente, tendo eu entendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a minha participação e a das pessoas sob minha responsabilidade nesse trabalho e sabendo 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 FORÇADA OU OBRIGADA.


Endereço do(a) voluntário(a): _____

Contato de urgência: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira. Telefone: 0(xx)82-98853-8243.

Endereço do responsável pela pesquisa: Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas
Br 101 Norte, S/nº, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió. Telefones: 3214-1160

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041.

Maceió, ____ de _____ de 2017

	 Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira Coordenador do LNBA / FAMUT / UFAL Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq SIAPE 1120877
Assinatura ou impressão digital do(a) voluntário(a)	Assinatura do pesquisador responsável

TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

(Adolescentes de 10 a 18 anos)

Informação geral: O assentimento informado para a criança/adolescente não substitui a necessidade de consentimento informado dos pais ou guardiães. O assentimento assinado pela criança demonstra a sua cooperação na pesquisa.

Título do Projeto: PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE DIFERENTES REGIÕES BRASILEIRAS: ESTUDO MULTICÊNTRICO

Investigador: Prof. Dr. HAROLDO DA SILVA FERREIRA

Local da Pesquisa: domicílios situados em comunidades quilombolas sorteadas dentre o total de comunidades existentes nos estados de Alagoas, Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro e Goiás.

O que significa assentimento? O assentimento significa que você concorda em fazer parte de um grupo de adolescentes, da sua faixa de idade, para participar de uma pesquisa. Serão respeitados seus direitos e você receberá todas as informações por mais simples que possam parecer.

1. Pode ser que este documento denominado TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO contenha palavras que você não entenda. Por favor, peça ao responsável pela pesquisa ou à equipe do estudo para explicar qualquer palavra ou informação que você não entenda claramente.
2. **Informação ao sujeito da pesquisa:**

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, a qual tem como objetivo avaliar a disponibilidade e utilização de serviços de saúde, bem como as condições de saúde e a qualidade de vida de mulheres, crianças, adolescentes e de idosos de comunidades quilombolas em diferentes regiões do Brasil.

O que é a pesquisa? Chamamos este tipo de pesquisa de INQUÉRITO DOMICILIAR. Para isso, os pesquisadores visitarão os domicílios onde residem as famílias a serem investigadas para realizar uma entrevista sobre diversas questões relacionadas ao processo saúde-doença, bem como realizar alguns exames como verificação do peso e altura para avaliação do estado nutricional, verificação da pressão arterial e exame para anemia.

Para que fazer a pesquisa? Para se conhecer os problemas de saúde da população e verificar se o governo está cumprindo com seus deveres no que diz respeito à garantia do direito que tem todo cidadão à saúde, à educação e à alimentação adequada e saudável.

Quais os benefícios esperados com a pesquisa? propiciar a produção de informações que contribuirão para que as autoridades responsáveis pela implementação das políticas públicas possam ter um maior embasamento para planejar ações que promovam a saúde da população.

Caso você aceite participar, a pesquisa envolverá a realização de medidas de peso e altura. Além disso, iremos investigar a quantidade de gordura que você tem no corpo. Isto será feito utilizando-se um equipamento chamado de bioimpedância. Para o exame, basta que a pessoa segure o equipamento com as duas mãos que, em 5 segundos, se saberá o resultado.

Portanto, são procedimentos que não lhe oferecem quaisquer riscos, a não ser o tempo que irá dispor para a pesquisa. Sendo que, para realizar todos os procedimentos, o tempo máximo necessário será de dez minutos.

Como a pesquisa será feita em sua própria residência, não haverá necessidade de gastar dinheiro para qualquer tipo de deslocamento para outros locais. Todavia, se você sofrer algum dano ou prejuízo em decorrência deste trabalho, você tem a garantia que, de acordo com a Lei, receberá dos pesquisadores a devida indenização.

Esta pesquisa será acompanhada por membros da equipe do Programa Saúde da Família. Os casos de alteração do estado nutricional, tais como desnutrição ou obesidade, serão cadastrados para acompanhamento pela referida equipe. Os casos mais graves serão comunicados ao Secretário de Saúde municipal para as providências necessárias.

É importante que você saiba que sua participação é **VOLUNTÁRIA** e que caso você não concorde em participar, não terá nenhum prejuízo ou represálias.

Contato para dúvidas: Se você ou os responsáveis por você tiver(em) dúvidas com relação ao estudo, direitos do participante, ou no caso de riscos relacionados ao estudo, você deve contatar o coordenador do estudo (Prof. Haroldo da Silva Ferreira), para o que pode ligar a cobrar para o seguinte telefone fixo: (82) 3214-1165 ou celular (82) 88853-8243. Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como um paciente de pesquisa, você pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de Alagoas. O CEP é constituído por um grupo de profissionais de diversas áreas, com conhecimentos científicos e não científicos que realizam a revisão ética inicial e continuada da pesquisa para mantê-lo seguro e proteger seus direitos.

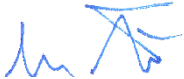
DECLARAÇÃO DE ASSENTIMENTO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

Eu li e discuti com o investigador responsável pelo presente estudo os detalhes descritos neste documento. Entendo que eu sou livre para aceitar ou recusar, e que posso interromper a minha participação a qualquer momento sem dar uma razão. Eu concordo que os dados coletados para o estudo sejam usados para o propósito acima descrito.

Eu entendi a informação apresentada neste TERMO DE ASSENTIMENTO. Eu tive a oportunidade para fazer perguntas e todas as minhas perguntas foram respondidas.

Eu receberei uma cópia assinada e datada deste documento (TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO)

_____ de _____ de 2017
 NOME DO ADOLESCENTE ASSINATURA DATA


 Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira
 Coordenador do LNBA / FANUT / UFAL
 Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq
 SIAPE 1120877

HAROLDO DA SILVA FERREIRA
 NOME DO COORDENADOR ASSINATURA DATA

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa para recurso ou reclamações do sujeito pesquisado

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas

Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA CRIANÇAS DE SEIS A DEZ ANOS

Você está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada **Promoção da saúde e qualidade de vida em comunidades quilombolas de diferentes regiões brasileiras: estudo multicêntrico**. Seus pais permitiram que você participe.

Queremos saber como está seu estado nutricional, ou seja, se a sua altura e o seu peso corporal estão dentro dos limites considerados como normais.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se não aceitar.

A pesquisa será feita em sua própria casa, onde todos os seus parentes que quiserem serão pesados e medidos. Para isso, utilizaremos uma balança e um estadiômetro, equipamento que serve para medir a altura das pessoas. Esses procedimentos não oferecem qualquer perigo ou desconforto, a não ser o tempo que você estará perdendo enquanto fazemos as medidas. Mas isso não demora mais do que 5 minutos.

Como a pesquisa será feita em sua própria casa, não haverá necessidade de gastar dinheiro para qualquer tipo de deslocamento para outros locais. Todavia, se você sofrer algum dano ou prejuízo em decorrência deste trabalho, você tem a garantia que, de acordo com a Lei, receberá dos pesquisadores a devida indenização.

Caso aconteça algo errado e você queira reclamar ou se quiser tirar alguma dúvida, você pode ligar para o Prof. Haroldo Ferreira, coordenador e responsável pela pesquisa. Para isso, use os números informados no fim desta folha.

É importante que você saiba que sua participação nesta pesquisa, juntamente com as demais pessoas da sua comunidade, irá contribuir para que possamos saber as condições nutricionais das pessoas desta comunidade. Com essa informação, os profissionais de saúde e as pessoas do Governo que são responsáveis pelos programas de saúde pública poderão planejar e executar ações mais adequadas às necessidades da sua comunidade. Isso poderá contribuir para se conseguir um melhor nível de saúde para todos.

Esta pesquisa está sendo acompanhada por membros da equipe do Programa Saúde da Família. Os casos de alteração do estado nutricional, tais como desnutrição ou obesidade, serão cadastrados para acompanhamento pela referida equipe. Os casos mais graves serão comunicados ao Secretário de Saúde municipal para as providências necessárias.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar as pessoas que participaram. Essa publicação será feita de diversas formas, tais como em revistas científicas, em relatórios para as pessoas do governo que trabalham com as ações de promoção da saúde, em reportagens em jornais, rádio e televisão e, também, em trabalhos realizados por alunos da universidade (trabalhos de conclusão de cursos de graduação, dissertações de mestrado e teses de doutorado).


Se você tiver alguma dúvida, você pode me perguntar.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu _____ aceito participar da pesquisa **Promoção da saúde e qualidade de vida em comunidades quilombolas de diferentes regiões brasileiras: estudo multicêntrico**.

- Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.
- Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar com raiva de mim.
- Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis.
- Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

_____, ____ de _____ de 2017

	 Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira Coordenador do LNBA / FANUT / UFAL Bolsista de Produtividade em Pesquisa/CNPq SIAPE 1120877
Assinatura ou impressão digital do menor	Assinatura do pesquisador responsável

Endereço do(a) voluntário(a): _____

Endereço do responsável pela pesquisa: **Prof. Dr. Haroldo da Silva Ferreira**
 Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alagoas. Br 101 Norte, Tabuleiro dos Martins, 57072-970 - Maceió - AL.
Telefone/WhatsApp (82) 98853-8243. Se quiser ligar a cobrar: (82) 3028-5272.

ATENÇÃO: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas: Prédio da Reitoria, sala do C.O.C., Campus A. C. Simões, Cidade Universitária. Telefone: 3214-1041.

CHECK LIST PARA APLICAÇÃO DOS FORMULÁRIOS

Conferir com base na coluna “Elegível” do Formulário 2

APLICAR EM TODOS OS DOMICÍLIOS	
Nº 1 - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	
Nº 2 - CADASTRO FAMILIAR E AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	
Nº 3 - CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA, SOCIOECONÔMICA E AMBIENTAL	
Nº 4 - ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)	
SE ELEGÍVEL FOR:	Aplicar formulário(s):
(1) Gestante	Nº 8 - SAÚDE DA GESTANTE
	Nº 9 - AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL
	Nº 10 (a partir da 20ª semana) - AVALIAÇÃO DO PNSF (GESTANTES)
	Nº 19 - INQUÉRITO ALIMENTAR RECORDATÓRIO 24 HORAS
(2) Criança < 2 anos	Nº 6 - SAÚDE DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS
	Nº 7 - ALEITAMENTO MATERNO
	Nº 9 (crianças até 12 meses) - AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL
	Nº 11 (criança ≥ 6 meses) - AVALIAÇÃO DO PNSF (CRIANÇAS)
	Nº 13 (criança ≥ 6 meses) - AVALIAÇÃO DO PROG NAC DE SUPL EMENTAÇÃO DE VITAMINA A
(3) Criança 2-5 anos	Nº 6 - SAÚDE DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS
	Nº 13 - AVALIAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A
	Nº 19 - INQUÉRITO ALIMENTAR RECORDATÓRIO 24 HORAS
(4) Escolar (5,1 a 10 anos)	Nº 2 (peso e altura)
(5) Adolescente (>10 a ≤ 19 anos)	Nº 2 (peso, altura e bioimpedância)
(6) Mulher (> 19 a < 60)	Nº 5 - SAÚDE DA MULHER
	Nº 14 - SELF REPORT QUESTIONNAIRE (SRQ)
	Nº 15 - MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW
	Nº 16 - AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-BREF)
	Nº 17 - TESTE DE TRIAGEM DO ENVOLV COM ÁLCOOL, CIGARRO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS
	Nº 18 - NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DA MULHER (IPAQ - VERSÃO CURTA)
	Nº 19 - INQUÉRITO ALIMENTAR RECORDATÓRIO 24 HORAS
Nº 20 (bloco 1) - POLIMORFISMOS GENÉTICOS – DADOS BIOQUÍMICOS	
(7) Idosos (≥60 anos)	Nº 2 (peso e altura)
	Nº 21 - SAÚDE DO IDOSO (envergadura)
	Nº 22 - PROTOCOLO DE IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO VULNERÁVEL
(8) Pessoa com deficiência	Nº 2 (peso e altura – a depender da deficiência)
	Nº 20 (bloco 3) – PESSOA COM DEFICIÊNCIA
(9) Pessoa com alteração genética	Nº 2 (peso e altura)
	Nº 20 (bloco 4) - PESSOA COM ALTERAÇÃO GENÉTICA
(10) Homens (> 19 a < 60 anos)	Nº 2 (peso, altura e bioimpedância)
	Nº 17 - TESTE DE TRIAGEM DO ENVOLV COM ÁLCOOL, CIGARRO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS
APLICAR A ENFERMEIRA DA UBS	
Nº 12 - AVALIAÇÃO DO PNSF (PROFISSIONAIS)	

OBSERVAÇÕES

1. A mulher índice será definida por sorteio entre todas as residentes com > 19 a < 60 anos;
2. A criança menor de 5 anos índice também será definida por sorteio, todavia, se a mulher sorteada tiver filhos menores de cinco anos, estes serão os elegíveis para ser a “criança menor de 5 anos índice”. Se mais de um, proceder a seleção por sorteio.
3. Se a mulher índice não tiver filho menor de 5 anos, mas outra mulher no domicílio tiver, haverá o sorteio para definição da criança menor de 5 anos índice (se mais de um, obviamente). Nesse caso, a mãe dessa criança também terá que responder todos os questionários destinados à mulher índice.
4. Se houver uma criança menor de 2 anos e uma de 2 – 5 anos, deverá ser realizado o sorteio, se a criança sorteada for a menor de 2 anos proceder-se-á a aplicação dos questionários destinados a ela, contudo, se a sorteada for a de 2 – 5 anos, as duas crianças serão elegíveis, logo, deverão ser respondidos os questionários destinados a elas (para garantir o preenchimento do formulário nº 7 – aleitamento materno).
5. O TOTAL de gestantes, idosos, deficientes e pessoas com alteração genética serão analisados segundo os respectivos instrumentos definidos para esses grupos.

RECOMENDAÇÕES PARA FORMAÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA PARA O TRABALHO DE CAMPO

1. UM ANTROPOMETRISTA → CONDUZIRÁ O EQUIPAMENTO E, EM CADA DOMICÍLIO, REALIZARÁ OS EXAMES COM AUXÍLIO DO RESPECTIVO ENTREVISTADOR, SOBRETUDO NA OBTENÇÃO DA MEDIDA DE COMPRIMENTO (< 2 ANOS) E CIRCUNFERÊNCIA DA CINTURA (PORTANTO, OS ENTREVISTADORES TAMBÉM DEVEM ESTAR TREINADOS QUANTO AO PROCEDIMENTO). ADICIONALMENTE, CONDUZIRÁ O HEMOCUE (COMPOLAB), PARA REALIZAR EXAME DE HEMOGLOBINA EM TODAS AS CRIANÇAS DE 6 MESES A 5 ANOS E EM TODAS AS GESTANTES. TUDO ISSO SERÁ FEITO NO AMBIENTE DO DOMICÍLIO.
2. UMA APLICADORA DE INQUÉRITO ALIMENTAR RECORDATÓRIO DE 24 HORAS (REC24). SOMENTE ELA APLICARÁ ESSA FERRAMENTA OU, CASO HAJA NA EQUIPE, OUTROS NUTRICIONISTAS OU ESTUDANTES DE NUTRIÇÃO QUE TENHAM RECEBIDO CAPACITAÇÃO ESPECÍFICA PARA ESSA ATIVIDADE.
3. UMA DUPLA PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES BIOQUÍMICOS (COLESTECH ALERE E NYCOCARD II) E COLETA DE MUCOSA DA BOCHECHA PARA ESTUDO DE POLIMORFISMOS). A ESTRUTURA PARA ESSES EXAMES DEVE SER MONTADA EM LOCAL DE BOA ILUMINAÇÃO, VENTILAÇÃO E, SOBRETUDO, DISPONIBILIDADE DE ENERGIA ELÉTRICA PARA FUNCIONAMENTO DOS APARELHOS.
4. MÍNIMO DE 4 ENTREVISTADORES PARA APLICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS, EXCETO O REC24 E OS BLOCOS 1 E 2 DO FORM 20.