

Gorduras, sal e açúcares de alimentos: o conhecimento de adultos quilombolas hipertensos e diabéticos da baixada Maranhense

Fats, salt and sugars of food: the knowledge of adults quilombolas hypertensive and diabetic of the baixada Maranhense

Lucinaura Pereira Gonçalves^{1*}, István van Deursen Varga², Luana Lopes Padilha³

¹Nutricionista, Mestra em Saúde e Ambiente, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Federal do Maranhão (UFMA); ²Médico, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Pós-Doutor em Saúde Pública, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). Professor, UFMA; ³Nutricionista, Doutora em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFMA, Professora, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão (IFMA).

Resumo

Introdução: o aumento da compreensão dos fenômenos relacionados à saúde é um importante aspecto que promove melhoria da qualidade de vida na hipertensão arterial e no diabetes mellitus, doenças que se mostram mais prevalentes nas populações negras do Brasil, como, por exemplo, a quilombola. **Objetivo:** o objetivo deste estudo foi investigar o conhecimento de quilombolas sobre as gorduras, sal e açúcares no controle dietético da hipertensão arterial e do diabetes mellitus no município de Bequimão, no Maranhão (Brasil). **Metodologia:** foi conduzido um estudo transversal, com 115 quilombolas, de forma a analisar a prevalência com que determinadas características socioeconômicas, clínicas e de estilo de vida podem ser visualizadas nos públicos feminino e masculino, bem como o grau de conhecimento sobre gorduras, sal e açúcares existente nesses públicos e nos diferentes grupos de doenças. Para a verificação da associação entre as variáveis estudadas, usou-se o teste qui-quadrado ou o exato de Fisher ($p < 0,05$). **Resultados:** evidenciou-se adequado conhecimento no que se refere à quantidade de gordura nos alimentos e ao uso dos adoçantes. Contudo, a maioria dos quilombolas estudados desconhece ou não tem certeza sobre a qualidade das gorduras, a presença ou não do colesterol e o teor de sal dos alimentos, bem como sobre a influência que fontes alimentares de proteína, fibra e gordura possuem sobre a glicemia. **Conclusão:** o presente estudo conduz à conclusão de que a maioria dos quilombolas estudados, sobretudo os homens e também os hipertensos, carece conhecimentos sobre gorduras, sal e açúcares de alimentos.

Palavras-chave: Saúde da população negra; conhecimentos; atitudes e prática em saúde; quilombolas; hipertensão; diabetes mellitus.

Abstract

Introduction: The increase in understanding of health-related phenomena is an important aspect promoting improvement of quality of life in hypertension and diabetes mellitus, diseases that are more prevalent in black populations of Brazil, as for example, the quilombola. **Objective:** The objective of this study was to investigate the knowledge of quilombolas about fats, salt and sugars in the dietary control of hypertension and diabetes mellitus in the city of Bequimão, Maranhão, Brazil. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 115 quilombolas, collecting socioeconomic, clinical and lifestyle characteristics and knowledge about dietary control in hypertension and diabetes mellitus. To verify the association between the variables studied, we used the chi-square test or Fisher's exact test ($p < 0.05$). **Results:** Adequate knowledge was found regarding the amount of fat in food and the use of sweeteners. However, most of the quilombolas studied are unaware or uncertain about the quality of fats, the presence or not of cholesterol and salt content in food, as well as the influence that dietary sources of protein, fiber and fat have on blood sugar levels. **Final considerations:** The present study leads to the conclusion that most quilombolas studied, especially men and also hypertensive, lack knowledge about fats, salt and sugars from food. **Keywords:** Health of the black population. health knowledge; attitudes; practice. quilombola communities; hypertension; diabetes mellitus.

INTRODUÇÃO

As causas de maior mortalidade no mundo, atualmente, são as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tais como a hipertensão arterial e o diabetes mellitus. Nesse sentido, um dos aspectos importantes para a melhoria da qualidade de vida das populações acometidas por essas doenças é o aumento de sua compreensão dos fenômenos relacionados à saúde. O conhecimento, para

a psicologia cognitiva, pode ser declarativo ou processual. O primeiro é definido como o conhecimento de fatos e coisas, como, por exemplo, de que o consumo adequado de frutas e legumes pode prevenir a hipertensão arterial; já o segundo é o conhecimento sobre a forma como as ações são executadas, o que pode ser exemplificado com a capacidade de escolher, entre dois lanches, aquele que é mais saudável¹.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são duas doenças que acometem mais frequentemente a população negra do país². Nesse cenário, chama-se a atenção para os grupos quilombolas, que residem em áreas remotas, compostos, em grande parte, por descendentes de escla-

Correspondente/Corresponding: *Lucinaura Pereira Gonçalves – End: Av. dos Portugueses, 1966. Vila Bacanga, São Luís (MA), 65080-805 – E-mail: lucinaurapereira@gmail.com

vos fugidos, que ainda vivem em vulneráveis condições de vida e saúde. Essas comunidades são encontradas em todas as regiões do Brasil, mas a grande maioria delas está no Nordeste brasileiro, sobretudo na Bahia (30,0%) e no Maranhão (27,7%)³.

Devido à localização longínqua em que esses grupos populacionais se situam em relação aos centros urbanos, torna-se de grande relevância investigar os conhecimentos em saúde que chegaram a essas comunidades, no que tange ao controle de doenças que lhes são mais prevalentes. Nesse sentido, o objetivo desta pesquisa foi investigar o conhecimento de quilombolas sobre gorduras, sal e açúcares, componentes dietéticos associados à manutenção do controle dietético na hipertensão arterial e no diabetes mellitus⁴, no município de Bequimão, no Maranhão (Brasil).

METODOLOGIA

População e amostra do estudo

Este é um estudo transversal, cuja população foi constituída por hipertensos e diabéticos residentes nas comunidades quilombolas de Bequimão, no Maranhão (Brasil). O município fica situado na região do litoral ocidental do Maranhão⁵ e possui, ao todo, 11 comunidades quilombolas certificadas pela Fundação Cultural Palmares, a saber: Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria⁶.

A amostra deste estudo compreendeu 115 quilombolas, número representativo da população investigada, a qual é constituída 158 quilombolas bequimãoenses hipertensos e (ou) diabéticos, segundo informações repassadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Bequimão, em junho de 2021⁷. A quantidade de participantes foi obtida ao se considerar 95% de nível de confiança, 5% de erro amostral e 29,12% de prevalência máxima de hipertensos e (ou) diabéticos pretos e pardos do Brasil⁸. Duas comunidades, Sibéria e Conceição, deixaram de ser visitadas; a primeira não possuía hipertensos e (ou) diabéticos, enquanto a segunda, por abrigar apenas uma única mulher com diabetes mellitus, não foi adentrada.

A pesquisa se propôs a incluir as pessoas maiores de 18 anos de idade. Contudo, a faixa etária mínima encontrada compôs um intervalo de idade de 30 a 59 anos. Na pesquisa, foram considerados, para inclusão, apenas os quilombolas com tempo de diagnóstico de hipertensão arterial ou diabetes mellitus igual ou superior a três meses, e que, de modo concomitante, assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao passo que aqueles acometidos por acidente vascular cerebral e as gestantes não integraram a população do estudo.

Coleta de dados e variáveis estudadas

No período transcorrido, de 21 de junho de 2021 a 04 de setembro de 2021, por meio de entrevista face a face e de um formulário desenvolvido pelos pesquisadores,

foram verificadas as características socioeconômicas, clínicas e de estilo de vida, assim como os conhecimentos dos quilombolas sobre gorduras, sal e açúcares no controle alimentar da hipertensão arterial e do diabetes mellitus.

Assim, foram coletados dados sobre o sexo (feminino e masculino), idade (19 a 59 anos e ≥ 60 anos), tempo de diagnóstico da doença (≤ 5 anos e > 5 anos), escolaridade (analfabeto ou sem escolaridade e com escolaridade), cor da pele (preta, parda, negra; amarela, branca e indígena; castanha, clara, escura, fula e morena), renda mensal *per capita* ($\leq 1/4$ salário mínimo, $> 1/4$ salário mínimo a $1/2$ salário mínimo e $> 1/2$ salário mínimo), classe social (C e D e E), benefícios sociais do governo (não e sim), tabagismo (não e sim), ingestão de álcool (não e sim), frequência de ingestão alcoólica (todo dia, semanalmente e esporadicamente), tipo de bebida alcoólica ingerida (cachaça, cerveja, cachaça + cerveja e vinho) e conduta alcoólica (aceitável e inapropriada).

A classe social foi obtida a partir da aplicação do Critério Brasil de Classificação Econômica⁹. Já o consumo de álcool foi mensurado a partir do registro da ingestão por ocasião, em lata, litro ou copo (de diferentes capacidades) para cada tipo de bebida consumida. Após a obtenção dos volumes das bebidas, os líquidos foram convertidos em doses. Foi considerada ingestão inapropriada quando ela ultrapassava uma dose para mulheres (15g de etanol/dia) e duas doses para homens (30g de etanol/dia)¹⁰.

Avaliou-se também, na amostra estudada: o conhecimento sobre o conteúdo de gordura e sal de alimentos; o entendimento da capacidade de combinações alimentares impactarem diferentemente os níveis glicêmicos; a compreensão sobre quais alimentos são fontes de colesterol, de gorduras que podem fazer bem (insaturadas) e de gorduras que podem trazer malefícios (saturadas e *trans*) à saúde; e o conhecimento de informações básicas relacionadas ao uso de açúcares e adoçantes.

Análise estatística

Os dados foram digitados no *Microsoft Office Excel*[®] (2016) e armazenados em um banco de dados. Para a verificação da associação entre as variáveis categóricas do estudo, usou-se o teste qui quadrado ou exato de Fisher. A análise estatística foi realizada no *software Stata*[®], versão 14.0. O nível de significância adotado foi de 5% (p -valor $< 0,05$).

Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HU-UFMA), com Certificação de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) de número 25686619.2.0000.5086. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados, mediante a leitura e assinatura do TCLE.

RESULTADOS

Os achados do presente estudo mostram que há, nas comunidades quilombolas de Bequimão, no Maranhão (Brasil), no que se refere aos três grupos mórbidos considerados (hipertensos, diabéticos e os que possuem hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus*), uma proporção maior de hipertensos (65,22%). Todavia, também se destacou, nas comunidades estudadas, um conjunto expressivo referente àqueles que possuem hipertensão arterial em conjunto com diabetes *mellitus*

(25,22%). Os dados socioeconômicos, clínicos e de estilo de vida, segundo o sexo, estão apresentados nas Tabelas 1, 2 e 3, respectivamente.

Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos (Tabela 1), quanto à renda mensal *per capita* ($p=0,021$), e quanto ao consumo ou não de bebida alcoólica ($p=0,027$) (Tabela 3), de modo a revelar que as mulheres em estudo, além de possuírem condição financeira menor, tendem a não ser consumidoras de bebida alcoólica, quando comparadas aos homens (Tabela 3).

Tabela 1 – Caracterização socioeconômica dos quilombolas hipertensos e diabéticos, segundo o sexo. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Variável	Total		Sexo				p-valor ²
			Feminino 65,22% (n=75)		Masculino 34,78% (n=40)		
	n	%	n	%	n	%	
Idade (anos)							0,269
19 a 59	27	23,48	20	26,67	07	17,50	
≥60	88	76,52	55	73,33	33	82,50	
Escolaridade							0,840
Analfabeto ou sem escolaridade	36	31,30	23	30,67	13	32,50	
Com escolaridade	79	68,70	52	69,33	27	67,50	
Cor da pele							0,838
Preta, parda, negra	74	64,35	49	65,33	25	62,50	
Amarela, branca e indígena	04	3,48	03	4,00	01	2,50	
Castanha, clara, escura, fula e morena	37	32,17	23	30,67	14	35,00	
Não quis informar							
Renda mensal (em salários mínimos)							0,817
≤ 1	57	49,57	37	49,33	20	50,00	
> 1 e ≤ 2	40	34,78	27	36,00	13	32,50	
> 2 e ≤ 3	17	14,78	10	13,33	07	17,50	
> 3 e ≤ 4	01	0,87	01	1,33	0	0	
Moradores na casa							0,450
≤ 2 pessoas	54	46,96	32	42,67	22	55,00	
≥ 3 e ≤ 6 pessoas	54	46,96	38	50,67	16	40,00	
≥ 7 pessoas	07	6,09	05	6,67	02	5,00	
Renda mensal <i>per capita</i>							0,021
≤1/4 salário mínimo (≤275 reais) ¹	28	24,35	22	29,33	06	15,00	
>1/4 salário mínimo a 1/2 salário mínimo (>275 a 550 reais) ¹	38	33,04	28	37,77	10	25,00	
> 1/2 salário mínimo (> 550 reais) ¹	49	42,61	25	33,33	24	60,00	
Benefícios sociais do governo							0,287
Não	79	68,70	49	65,33	30	75,00	
Sim	36	31,30	26	34,67	10	25,00	
Classe social							0,957
Classe C	03	2,61	02	2,67	01	2,50	
Classe D, E	112	97,39	73	97,33	39	97,50	
Total	115	100,00	75	100,00	40	100,00	

Fonte: elaboração própria, 2021.

¹ Salário mínimo vigente no ano de 2021 (R\$ 1.100,00).

² Teste qui quadrado ou exato de Fisher ($p<0,05$).

Tabela 2 – Dados clínicos dos quilombolas hipertensos e diabéticos, segundo o sexo. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Variável	Total		Sexo				p-valor ²
			Feminino 65,22% (n=75)		Masculino 34,78% (n=40)		
	n	%	n	%	n	%	
Doença							0,470
Hipertensão arterial	75	65,22	48	64,00	27	67,50	
Diabetes mellitus	11	9,57	09	12,00	02	5,00	
Hipertensão arterial e diabetes mellitus	29	25,22	18	24,00	11	27,50	
Tempo de diagnóstico da hipertensão arterial (anos)							0,699
≤5	43	37,39	29	38,67	14	35,00	
>5	72	62,61	46	61,33	26	65,00	
Tempo de diagnóstico do diabetes mellitus (anos)							0,590
≤5	95	82,61	63	84,00	32	80,00	
>5	20	17,39	12	16,00	08	20,00	
Total	115	100,00	75	100,00	40	100,00	

Fonte: elaboração própria, 2021.

¹ Salário mínimo vigente no ano de 2021 (R\$ 1.100,00).

² Teste qui quadrado ou exato de Fisher ($p < 0,05$).

Tabela 3 – Estilo de vida dos quilombolas hipertensos e diabéticos, segundo o sexo. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Variável	Total		Sexo				p-valor ²
			Feminino 65,22% (n=75)		Masculino 34,78% (n=40)		
	n	%	n	%	n	%	
Bebida alcoólica							0,027
Não	86	74,78	61	81,33	25	62,50	
Sim	29	25,22	14	18,67	15	37,50	
Frequência de ingestão de bebida alcoólica							0,477
Todo dia	04	13,79	01	7,14	03	20,00	
Semanalmente	03	10,34	01	7,14	02	13,33	
Esporadicamente	22	75,86	12	85,71	10	66,67	
Tipo de bebida alcoólica							0,205
Cachaça	05	17,24	01	7,14	04	26,67	
Cerveja	19	65,52	11	78,57	08	53,33	
Cachaça e cerveja	02	6,90	0	0,00	02	13,33	
Vinho	03	10,34	02	14,29	01	6,67	
Conduta de ingestão de bebida alcoólica							0,119
Aceitável	05	17,24	04	28,57	01	6,67	
Inapropriada	24	82,76	10	71,43	14	93,33	
Tabagismo							0,410
Não	106	92,17	68	90,67	38	95,00	
Sim	09	7,83	07	9,33	02	5,00	
Total	115	100,00	75	100,00	40	100,00	

Fonte: elaboração própria, 2021.

¹ Salário mínimo vigente no ano de 2021 (R\$ 1.100,00).

² Teste qui quadrado ou exato de Fisher ($p < 0,05$).

Em relação às gorduras dietéticas, obteve-se a proporção de 73,91% de acertos em relação à identificação

da porção de alimento (1 fatia pequena de bolo com recheio ou 1 pão branco) que possui maior composição de

gordura. Todavia, a maioria dos quilombolas estudados não sabia distinguir ou não tinha certeza sobre a qualidade da gordura (se gordura conhecida como “boa” ou “má” à saúde) presente na castanha de caju (69,57%), na sardinha fresca (62,61%), na carne de boi (58,26%), na macaúba (71,30%) e no pastel (62,61%) (Tabela 4).

Observou-se ainda que 57,39% dos entrevistados não sabiam ou não tinham certeza acerca do tipo de alimento que era fonte de colesterol (se alimento de origem animal ou vegetal). Desse total, os homens ($p=0,043$) e os hipertensos ($p=0,002$) foram os que mais revelaram essa falta de informação ou dúvida (Tabela 4).

Tabela 4 – Conhecimento de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca das gorduras de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Pergunta	Total		Sexo				p-valor ³	Doença						p-valor ³	
	n	%	Feminino		Masculino			HA1		DM2		HA e DM			
			n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
O que você acredita que contém mais gordura: uma fatia pequena de bolo com recheio ou um pão branco?							0,705								0,762
Acertos	85	73,91	58	77,33	27	67,50		54	72,00	10	90,91	21	72,41		
Erros	17	14,79	10	13,33	07	17,50		11	14,66	01	9,09	05	17,24		
Não sabe ou não tem certeza	13	11,30	07	9,33	06	15,00		10	13,33	0	0,00	03	10,34		
Quais dos alimentos abaixo você acredita que possuem gorduras “boas” e gorduras “más”?															
Castanha de caju							0,568								0,835
Acertos	22	19,13	15	20,00	07	17,50		13	17,33	03	27,27	06	20,69		
Erros	13	11,30	10	13,33	03	7,50		10	13,33	01	9,09	02	6,90		
Não sabe ou não tem certeza	80	69,57	50	66,67	30	75,00		52	69,33	07	63,64	21	72,41		
Sardinha (peixe fresco)							0,321								0,939
Acertos	33	28,70	25	33,33	08	20,00		20	26,67	04	36,36	09	31,03		
Erros	10	8,70	06	8,00	04	10,00		06	8,00	01	9,09	03	10,34		
Não sabe ou não tem certeza	72	62,61	44	58,67	28	70,00		49	65,33	06	54,55	17	58,62		
Carne de boi							0,113								0,867
Acertos	45	39,13	33	44,00	12	30,00		27	36,00	05	45,45	13	44,83		
Erros	03	2,61	03	4,00	0	0		02	2,67	0	0	01	3,45		
Não sabe ou não tem certeza	67	58,26	39	52,00	28	70,00		46	61,33	06	54,55	15	51,72		
Macaúba							0,248								0,359
Acertos	20	17,39	16	21,33	04	10,00		14	18,67	02	18,18	04	13,79		
Erros	13	11,30	07	9,33	06	15,00		07	9,33	0	0	06	20,69		
Não sabe ou não tem certeza	82	71,30	52	69,33	30	75,00		54	72,00	09	81,82	19	65,52		
Pastel							0,232								0,468
Acertos	43	37,39	31	41,33	12	30,00		25	33,33	05	45,45	13	44,83		
Erros	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0		
Não sabe ou não tem certeza	72	62,61	44	58,67	28	70,00		50	66,67	06	54,55	16	55,17		
Qual desses alimentos possui colesterol: peixe, arroz ou ambos?							0,043								0,002
Acertos	08	6,96	05	6,67	03	7,50		07	9,33	0	0	1	3,45		
Erros	41	35,66	32	42,66	09	22,50		16	21,33	08	72,73	17	58,62		
Não sabe ou não tem certeza	66	57,39	38	50,67	28	70,00		52	69,33	03	27,27	11	37,93		

Fonte: elaboração própria, 2021.

¹ Hipertensão arterial

² Diabetes mellitus

³ Teste qui quadrado ou exato de Fisher ($p<0,05$)

No que diz respeito ao sal dos alimentos, encontrou-se, nas comunidades estudadas, tanto desconhecimento ou falta de certeza quanto acertos em relação à quantidade de sal (muito ou pouco) presente nos alimentos. A quantidade de sal existente no *catchup* e em temperos industrializados, por exemplo, é indefinida por 54,78% e 47,83% da

população estudada, respectivamente, enquanto o sal de vegetais cozidos e do alho e cheiro verde é conhecido por 99,13% e 97,39% dos quilombolas, respectivamente. Houve mais acertos de mulheres ($p<0,0001$) em relação à quantidade de sal existente nos temperos industrializados. Os diabéticos ($p=0,009$), por sua vez, ofereceram mais

respostas corretas acerca da quantidade de sal presente na salsicha, ao passo que os que possuem hipertensão arterial conjunta com diabetes mellitus ($p=0,020$) deram

respostas mais corretas à pergunta sobre o teor de sal do macarrão instantâneo (Tabela 5).

Tabela 5 – Conhecimento de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca do sal de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Pergunta	Total		Sexo				p-valor ³	Doença						p-valor ³
			Feminino		Masculino			HA1		DM2		HA e DM		
	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%	n	%	
Quais dos alimentos abaixo você acredita que possuem muito ou pouco sal?														
Catchup							0,166							0,420
Acertos	26	22,61	21	28,00	05	12,50		15	20,00	03	27,27	08	27,59	
Erros	26	22,61	16	21,33	10	25,00		14	18,67	03	27,27	09	31,03	
Não sabe ou não tem certeza	63	54,78	38	50,67	25	62,50		46	61,33	05	45,45	12	41,38	
Salsicha							0,058							0,009
Acertos	57	49,57	39	52,00	18	45,00		28	37,33	09	81,82	20	68,97	
Erros	21	18,26	17	22,67	04	10,00		17	22,67	01	9,09	03	10,34	
Não sabe ou não tem certeza	37	32,17	19	25,33	18	45,00		30	40,00	01	9,09	06	20,69	
Vegetais cozidos							0,463							0,764
Acertos	114	99,13	74	98,67	40	100		74	98,67	11	100,00	29	100,00	
Erros	01	0,87	01	1,33	0	0		01	1,33	0	0	0	0	
Não sabe ou não tem certeza	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	
Macarrão instantâneo							0,404							0,020
Acertos	53	46,09	37	49,33	16	40,00		27	36,00	05	45,45	21	72,41	
Erros	33	28,70	22	29,33	11	27,50		25	33,33	04	36,36	04	13,79	
Não sabe ou não tem certeza	29	25,22	16	21,33	13	32,50		23	30,67	02	18,18	04	13,79	
Temperos industrializados							0,000							0,221
Acertos	49	42,61	43	57,33	06	15,00		27	36,00	05	45,45	17	58,62	
Erros	11	9,57	06	8,00	05	12,50		07	9,33	02	18,18	02	6,90	
Não sabe ou não tem certeza	55	47,83	26	34,67	29	72,50		41	54,67	04	36,36	10	34,48	
Alho e cheiro verde							0,115							0,214
Acertos	112	97,39	74	98,67	38	95,00		74	98,67	10	90,91	28	96,55	
Erros	01	0,87	01	1,33	0	0		01	1,33	0	0	0	0	
Não sabe ou não tem certeza	02	1,74	0	0	02	5,00		0	0	01	9,09	01	3,45	

Fonte: elaboração própria, 2021.

¹ Hipertensão arterial

² Diabetes mellitus

³ Teste qui quadrado ou exato de Fisher ($p<0,05$)

Em relação ao entendimento dos quilombolas sobre os açúcares de alimentos, foram obtidos percentuais mais relevantes para o desconhecimento ou a falta de certeza (53,04%) sobre a capacidade de determinadas combinações alimentares aumentarem a glicemia mais rapidamente que outras (Tabela 6).

Destaca-se ainda que os hipertensos foram os que mais revelaram desconhecimento ou falta de certeza se o consumo de duas fatias pequenas de manga, combinadas a um pedaço pequeno de macaxeira, aumenta mais rápido ou não a glicemia, quando comparado ao consumo combinado de um pedaço pequeno de macaxeira com meia espiga de milho pequena ($p=0,034$) (Tabela 6).

Os hipertensos também foram os que deram mais respostas classificadas como erradas e que, simultaneamente, desconheciam ou não tinham certeza acerca da

combinação que aumenta mais rápido ou não a glicemia: duas colheres de sopa de arroz branco com duas colheres de sopa de farinha de mandioca, ou duas colheres de sopa de farinha de mandioca combinadas a dois pedaços pequenos de peixe cozido ($p=0,005$) (Tabela 6).

Em relação aos açúcares de mesa, notou-se que 37,39% dos entrevistados acredita que, quando o açúcar não é refinado, ele não contribui para o aumento significativo da glicemia, embora a maioria (60,00%) não saiba ou tenha certeza do efeito desses açúcares sobre a glicemia. Essa indefinição se mostrou mais presente nos quilombolas hipertensos ($p=0,001$) (Tabela 6).

Apesar do pouco conhecimento sobre o aumento glicêmico proporcionado por diferentes combinações alimentares e pelos açúcares de mesa, a maioria dos quilombolas respondeu corretamente tanto a pergun-

ta sobre a existência de uma quantidade máxima que é segura para se ingerir cada adoçante (84,35%), que obteve mais acertos dos quilombolas com hipertensão

arterial conjunta ao diabetes *mellitus* ($p=0,031$), quanto a questão que tratava sobre a necessidade de adoçantes no tratamento do diabetes (67,83%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Conhecimento de quilombolas hipertensos e diabéticos acerca dos açúcares de alimentos. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Pergunta	Total		Sexo				p-valor ³	Doença						p-valor ³	
	n	%	Feminino		Masculino			HA1		DM2		HA e DM			
			n	%	n	%		n	%	n	%	n	%		
Qual dessas combinações de alimentos você acredita que aumenta mais rápido o açúcar no sangue?															
2 colheres de sopa de arroz branco + 2 colheres de sopa de farinha de mandioca OU 2 colheres de sopa de farinha de mandioca + 2 pedaços pequenos de peixe cozido							0,756								0,005
Acertos	40	34,78	27	36,00	13	32,50		17	22,67	06	54,55	17	58,62		
Erros	14	12,17	10	13,33	04	10,00		12	16,00	01	9,09	01	3,45		
Não sabe ou não tem certeza	61	53,04	38	50,67	23	57,50		46	61,33	04	36,36	11	37,93		
2 fatias pequenas de manga + 1 pedaço pequeno de macaxeira OU 1 pedaço pequeno de macaxeira + 1/2 espiga de milho pequena							0,220							0,034	
Acertos	23	20,00	13	17,33	10	25,00		16	21,33	02	18,18	05	17,24		
Erros	31	26,96	24	32,00	07	17,50		13	17,33	05	45,45	13	44,83		
Não sabe ou não tem certeza	61	53,04	38	50,67	23	57,50		46	61,33	04	36,36	11	37,93		
2 colheres de sopa de abacate + 1 colher de sopa de farinha de mandioca OU 1 colher de sopa de farinha de mandioca + 1 fatia fina de batata doce							0,777							0,114	
Acertos	45	39,13	31	41,33	14	35,00		24	32,00	05	45,45	16	55,17		
Erros	09	7,83	06	8,00	03	7,50		05	6,67	02	18,18	02	6,90		
Não sabe ou não tem certeza	61	53,04	38	50,67	23	57,50		46	61,33	04	36,36	11	37,93		
Quais das afirmações abaixo, sobre açúcares e adoçantes, são verdadeiras e quais são falsas?															
O açúcar mascavo tem capacidade bem menor de aumentar o açúcar no sangue em comparação ao branco							0,268							0,001	
Acertos	03	2,61	02	2,67	01	2,50		02	2,67	01	9,09	-	-		
Erros	43	37,39	32	42,67	11	27,50		18	24,00	07	63,64	18	62,07		
Não sabe ou não tem certeza	69	60,00	41	54,67	28	70,00		55	73,33	03	27,27	11	37,93		
Cada adoçante possui uma quantidade máxima que pode ser consumida diariamente por cada pessoa							0,242							0,031	
Acertos	97	84,35	65	86,67	32	80,00		59	78,67	10	90,91	28	96,55		
Erros	02	1,74	02	2,67	-	-		01	1,33	01	9,09	-	-		
Não sabe ou não tem certeza	16	13,91	08	10,67	08	20,00		15	20,00	-	-	01	3,45		
Os adoçantes não são essenciais para o tratamento do diabetes, apenas dão o sabor doce para as preparações alimentares							0,059							0,051	
Acertos	78	67,83	56	74,67	22	55,00		45	60,00	08	72,73	25	86,21		
Erros	11	9,57	07	9,33	04	10,00		07	9,33	02	18,18	02	6,90		
Não sabe ou não tem certeza	26	22,61	12	16,00	14	35,00		23	30,67	01	9,09	02	6,90		

Fonte: elaboração própria, 2021.

¹ Hipertensão arterial

² Diabetes mellitus

³ Teste qui quadrado ou exato de Fisher ($p<0,05$)

DISCUSSÃO

O total encontrado no estudo, para os autodeclarados pretos, pardos ou negros da população estudada (64,35%) se mostrou expressivo. Todavia, há referência sobre uma apreensão ainda maior da identidade negra por parte das comunidades quilombolas bequimãoenses. Em estudo realizado com a população geral dos quilombos do município de Bequimão, foi verificado que, numa proporção de 90,3%, os quilombolas se autorreconheciam como pretos, pardos ou negros¹¹.

A maioria hipertensa, no presente estudo (65,22%), parece refletir a proporção majoritária de hipertensos no Brasil, os quais perfazem 26,3% da população brasileira, número praticamente três vezes maior que a população de diabéticos no Brasil, cuja prevalência é de 9,1%⁸.

Destaca-se que a hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco cardiovascular, pois, nessa condição, o indivíduo apresenta muito mais aterosclerose, o que leva a acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, doença coronária, insuficiência vascular periférica e doença renal. Além da hipertensão arterial, outras doenças, como, por exemplo, o diabetes mellitus, a obesidade, o sedentarismo e a dislipidemia, bem como fatores socioeconômicos, como o baixo nível de escolaridade e de renda, também se constituem em fatores predisponentes ao risco cardiovascular¹².

A baixa condição socioeconômica encontrada no presente estudo – expressa tanto pela quase inteireza da população amostral pertencente às classes sociais D ou E (97,39%), quanto pela maior parcela correspondente aos que não recebem benefícios sociais do governo (68,70%) – ilustra a situação de vulnerabilidade para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares ao qual essas populações estão submetidas.

Destaca-se que a entrada no Programa Bolsa Família, por exemplo, pode acontecer mesmo se a família não tiver crianças ou adolescentes, caso a renda mensal *per capita* for de até 105 reais (situação de extrema pobreza). Já as cestas de alimentos para famílias quilombolas são destinadas aos que configuram situação de vulnerabilidade e insegurança alimentar e nutricional, ao passo que o Programa Auxílio Gás contempla famílias com renda familiar mensal *per capita* menor ou igual a meio salário-mínimo. Na presente pesquisa, um contingente de 57,39% dos quilombolas vive com até meio salário-mínimo (R\$ 550,00), o que denota que essas populações não recebem a proteção social que lhes é devida¹³.

Considera-se que a hipertensão arterial e as condições socioeconômicas desfavoráveis são fatores comumente associados ao risco cardiovascular e, a partir desse princípio, cabe uma presunção de que a população quilombola hipertensa e diabética de Bequimão, Maranhão, Brasil, detenha risco cardiovascular importante. Em um estudo recente, conduzido com as pessoas idosas de todas as 11 comunidades quilombolas bequimãoenses, foi evidenciada a presença do risco cardiovascular elevado

para a maior parte da população estudada (52,7%), assim como também foi demonstrado que o referido risco é maior entre as mulheres idosas quilombolas e em todas as suas faixas etárias ($p=0,001$)³.

Faz-se uma consideração importante aos achados sobre o risco cardiovascular da pesquisa citada acima, que investigou idosos quilombolas bequimãoenses. É possível transportar seus resultados para o presente estudo, onde se obteve parcela maior de mulheres (65,22%) e de quilombolas com idade a partir de 60 anos (76,52%). Depreende-se que o controle dos níveis pressóricos e glicêmicos por meio da adesão a uma alimentação adequada às duas doenças estudadas se faz de suma importância para a prevenção de eventos cardiovasculares nessas populações. Todavia, a prática de uma alimentação que promova esse controle só é possível quando antecedida de um conhecimento dietético satisfatório, que englobe os benefícios produzidos pelos alimentos, na pressão arterial, na glicemia e no metabolismo como um todo das pessoas hipertensas e diabéticas.

No que concerne à conduta alcoólica dos quilombolas, de modo semelhante aos achados da presente pesquisa, em que 82,76% do público que ingeria bebida alcoólica o fazia de forma inapropriada, uma revisão sistemática da literatura brasileira apontou essa conduta alcoólica como repetível no interior dos quilombos como um todo, sublinhando ainda a existência de diferenças entre os gêneros no que tange à motivação pela procura alcoólica: nos homens, predomina a justificativa de que podem afirmar sua masculinidade e sua inserção na cultura, ao passo que, dentre as mulheres, seria possível a inibição de sensações negativas¹⁴. Apesar desse achado, constata-se que 66,5% das pessoas acometidas pela hipertensão arterial e 71,6% das que apresentam diabetes mellitus compartilham da recomendação de não beber inapropriadamente, como está divulgado na última Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)¹⁵.

Recentemente, um estudo prospectivo, com quase 100 mil indivíduos, reiterou a imprescindibilidade de continuar a oferecer orientação à população como um todo sobre a necessidade de respeitar a ingesta diária máxima de etanol. Os resultados obtidos na pesquisa em questão conduziram à conclusão, já disseminada em redações de diretrizes nutricionais, de que é a quantidade de bebida alcoólica ingerida em cada ocasião (e não a frequência de consumo na semana) que se traduz em fator que pode propiciar o desenvolvimento da hipertensão arterial e do diabetes mellitus¹⁶.

Ressalta-se que a predisposição ao risco cardiovascular dos quilombolas bequimãoenses hipertensos e diabéticos também ocorre como consequência da maior proporção encontrada, no presente estudo, de desconhecimento ou falta de certeza sobre a qualidade das gorduras dos alimentos (se benéfica ou não à saúde). Isso porque as gorduras monoinsaturadas, ao serem consumidas em substituição às gorduras saturadas, diminuem o risco cardiovascular¹⁷. Essas gorduras monoinsaturadas

estão presentes no óleo de canola, no amendoim e na castanha-de-caju¹⁸.

As evidências acerca da diminuição desse risco são, contudo, mais robustas quando se trata das gorduras polinsaturadas, conhecidas por serem benéficas à saúde. Essas gorduras contribuem, de forma significativa, para a redução dos triglicerídeos (TG) e para o aumento discreto das lipoproteínas de alta densidade (HDL-c)¹⁷, bem como para a redução do colesterol total (CT) e das lipoproteínas de baixa densidade (LDL-c)⁴. As gorduras polinsaturadas são encontradas em alimentos como a castanha-do-pará e os óleos de girassol, milho e soja¹⁸.

O achado de que os homens e os hipertensos quilombolas são os que mais desconhecem os diferentes tipos de gorduras de alimentos e, conseqüentemente, seus efeitos, se traduz em um importante dado epidemiológico, posto que os homens, em comparação com as mulheres, tendem a ter risco cardiovascular mais alto, como já foi concluído pelo Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil)¹⁹. Cabe acrescentar, a esse achado, que o desconhecimento em questão por parte dos homens pode estar vinculado a uma menor procura pelos serviços de saúde, cujos motivos, dentre outros, são: a estada no trabalho, a demora e a limitação no atendimento, a demora na realização de exames e a falta de infraestrutura profissional²⁰.

Ademais, a hipertensão arterial é tida como o principal fator de risco no mundo para morte e doenças cardiovasculares. Além do gênero e da comorbidade, presentes no Brasil e em países desenvolvidos, fatores do ambiente, tais como baixo nível socioeconômico e moradia em áreas residenciais mais pobres, também contribuem para o aumento da mortalidade por eventos cardiovasculares¹².

Destaca-se que o não conhecimento de boa parte dos quilombolas estudados acerca do teor de sal presente no *catchup* e nos temperos industrializados pode ser resultante do modelo de rotulagem nutricional vigente no período da coleta de dados, que era, por sua vez, excludente e não alinhado ao nível educacional da população brasileira, que possui 29% de analfabetos funcionais²¹. Todavia, convém sublinhar que a rotulagem nutricional frontal implementada em 2022 não beneficia pessoas analfabetas e crianças pequenas (que estão a desenvolver suas preferências alimentares), visto que não há uma transmissão concomitante, no formato de desenho ilustrativo, onde seja possível identificar, sem precisar da habilidade de leitura textual, quais os nutrientes presentes em excesso²².

No que se refere ao desconhecimento por parte da maioria dos quilombolas acerca da possibilidade de controle dos níveis glicêmicos – a partir de combinações alimentares em que o alimento fonte de carboidrato é posto em associação a um alimento fonte de proteína, fibra ou gordura –, é possível constatar que também falta a essas populações conhecimentos ditos “processuais” sobre o controle dietético, ou seja, conhecimentos que

sejam retidos pela memória de longo prazo. Esse achado implica a detecção de que as informações em saúde que chegam a essas comunidades não são periodicamente reforçadas. Como consequência, os quilombolas não desenvolveram a capacidade de fazer escolhas adequadas em relação aos alimentos que poderão compor cada uma de suas refeições.

Dá-se ênfase às diferentes respostas glicêmicas pós-prandiais que o carboidrato, a proteína, a gordura e a fibra oferecem isoladamente. Os carboidratos são totalmente convertidos em glicose, em um período que varia de 15 minutos a 2 horas. As proteínas, por sua vez, passam por essa conversão numa proporção de 35 a 60% e durante o intervalo de 3 a 4 horas. Já as gorduras têm apenas 10% de sua composição transformada em glicose, de 3 a 5 horas depois. As fibras, que geralmente acompanham os alimentos fonte de carboidratos, quando classificadas como solúveis, também oferecem um retardamento do aumento glicêmico, e quando de natureza insolúvel, agem de maneira a contribuir para a saciedade e para o controle de peso¹⁰.

Embora tenham sido os hipertensos, e não os diabéticos, os que mais desconheciam os efeitos sobre a glicemia de diferentes combinações de alimentos que contêm carboidrato, não se deve minimizar a graveza desse achado, pois o conhecimento sobre o impacto das combinações de alimentos sobre a glicemia se faz importante para a manutenção de um adequado peso corporal. É parte das recomendações voltadas para as pessoas hipertensas a prevenção do ganho de peso e da obesidade, uma vez que o excesso de peso é reconhecidamente um fator relacionado à elevação da pressão arterial. Em hipertensos, a perda de peso significativa ($\geq 5\%$ do peso inicial) ocasiona a melhora nos níveis de pressão arterial, LDL-c, TG e glicose, de modo a retardar, inclusive, o aparecimento do diabetes *mellitus*¹³.

Um outro fator que pode contribuir para o excesso de peso é a crença de que os açúcares de mesa não refinados, tais como o açúcar mascavo, não contribuem para o aumento significativo da glicemia, informação que é partilhada por um contingente importante de quilombolas hipertensos e (ou) diabéticos. Convém ressaltar que o açúcar mascavo e o açúcar refinado produzem aumentos glicêmicos estatisticamente iguais²³. Quando da montagem de um plano alimentar, a Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda que a sacarose (ou açúcar de mesa) participe do valor energético total da dieta (VET) em proporção de, no máximo, 5 a 10%. Existem, no entanto, efeitos positivos adicionais para a população diabética quando a sacarose compõe até 5% do VET, atual recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a população sadia¹⁰.

Diferentemente do conhecimento relacionado aos açúcares de mesa, obteve-se, na presente pesquisa, uma maior proporção de adequado entendimento acerca do uso de adoçantes. Presumivelmente, essas populações não fazem uso desse ingrediente na dieta, visto que, no

Brasil, os adoçantes dietéticos apresentam prevalência maior de uso nas classes econômicas A e B²⁴. Todavia, a investigação sobre esse item alimentar se deu na medida em que se procurava identificar, nessas populações, a existência de informações equivocadas e que favoreciam o uso indiscriminado dos adoçantes. De modo geral, os adoçantes não são essenciais para o controle glicêmico: apenas facilitam pontualmente o convívio social e (ou) promovem flexibilidade no plano alimentar. Todavia, convém que sejam utilizados com moderação, dentro dos limites diários recomendados pela OMS e aceitos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁰.

Verifica-se, dessa forma, a necessidade da implementação de programas de educação alimentar e nutricional que propiciem memórias declarativas e processuais a essas comunidades, os quais devem considerar ainda sua composição majoritária de idosos e seus baixos níveis educacionais. O conhecimento sobre os alimentos e sua importância para a manutenção da boa saúde, nas doenças investigadas, o entendimento quanto às combinações de alimentos que melhor propiciariam os controles glicêmico e o peso corporal, bem como a compreensão sobre as recomendações das porções alimentares e sua frequência de consumo devem ser objetos essenciais desses programas.

As ações de educação alimentar e nutricional, devem, contudo, ser tipificadas de modo a respeitar a singularidade alimentar das comunidades quilombolas. Esse exercício de compreender e considerar as tradições alimentares desses grupos raciais faz com que, ao se incidir sobre sua rotina alimentar, não haja, no interior dos quilombos, um desmonte da hegemonização da alimentação e dos sistemas alimentares, o que representa uma ameaça tanto aos saberes e modos de viver e produzir dos quilombolas quanto à sua relação intrínseca com os alimentos²⁵.

Acrescenta-se, porém, que as ocorrências de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, tanto em populações quilombolas como em urbanas, estão relacionadas à pandemia de obesidade, que juntamente com a pandemia de desnutrição e as mudanças climáticas, constituem uma sindemia global. Na raiz comum desses três problemas está a insustentabilidade dos sistemas alimentares atuais, influenciados por determinantes socioculturais, demográficos e políticos. Nesse sentido, o controle alimentar da hipertensão arterial e do diabetes mellitus não perpassa apenas pela oferta de educação alimentar e nutricional, mas também necessita de uma transformação radical no modo de vida, no consumo, no transporte e na alimentação. Para tal, é urgente que haja o fortalecimento e a melhoria dos sistemas de saúde, que devem integrar a nutrição e a saúde planetária como um serviço básico²⁶.

Como limitações deste estudo, há sua natureza transversal e o fato de ter sido desenvolvido em um município selecionado por conveniência, o que não permite a transferência dos resultados encontrados para outras populações quilombolas. Entretanto, destaca-se, como ponto forte, o ineditismo da investigação em comunidades quilombolas brasileiras.

CONCLUSÃO

O presente estudo conduz à conclusão de que a maioria dos quilombolas estudados, sobretudo os homens e aqueles que possuem hipertensão arterial, carece de conhecimentos sobre gorduras, sal e açúcares de alimentos. Assim, embora haja adequado entendimento acerca da quantidade de gordura nos alimentos e do uso dos adoçantes, a maioria dos quilombolas estudados desconhece ou não tem certeza sobre a qualidade das gorduras, a presença ou não do colesterol e o teor de sal dos alimentos, bem como sobre a influência que fontes alimentares de proteína, fibra e gordura possuem sobre os níveis glicêmicos.

É necessário que sejam criadas e implementadas ações de educação alimentar e nutricional que respeitem os hábitos e costumes quilombolas, de modo a possibilitar melhor controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus nessas comunidades, bem como é urgente que haja convergência e também integração entre as políticas pertencentes ao Sistema Único de Saúde com impacto sobre a saúde, meio ambiente e economia, de forma a possibilitar que o sistema alimentar vigente no país seja mais justo, saudável e sustentável, e, como consequência, haja a diminuição mais efetiva de fatores de risco, complicações e mortalidade associados ao conjunto das doenças crônicas não transmissíveis.

REFERÊNCIAS

1. Barbosa LB, Vasconcelos SM, Correia LO, Ferreira RC. Estudos de avaliação do conhecimento nutricional de adultos: uma revisão sistemática. *Ciêns Saúde Colet*. 2016; 21(2):449-62. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.20182014>
2. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS [Internet]. Brasília: MS; 2017 [acesso em: 2024 dez 10]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
3. Silva TC, Martins Neto C, Carvalho CA, Viola PC, Rodrigues LD, Oliveira BL. Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas. *Ciêns Saúde Colet*. 2022;27(1):219-30. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022271.30132020>
4. Cuppari, L. *Nutrição Clínica no Adulto*. 4ª ed. São Paulo: Manole; 2019.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Cidades@. Conheça cidades e estados do Brasil* [Internet]. [acesso em: 2024 dez 12]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
6. Fundação Cultural Palmares – FCP. *Certidões Expedidas às Comunidades Remanescentes de Quilombos (Crqs)*. Diário Oficial da União, de 22 de agosto 2022. [acesso em: 2024 dez 08]. Disponível em: https://www.palmares.gov.br/?page_id=37551
7. Secretaria Municipal de Saúde. Número de hipertensos e diabéticos das comunidades de Aripipá, Conceição, Juraraitá, Maфра, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria e informações sobre a cobertura do programa de Estratégia de Saúde da Família [dados não publicados]. Bequimão (Maranhão): Secretaria Municipal de Saúde; 2021.
8. Ministério da Saúde (BR). *Vigitel Brasil 2021: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*:

- estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2021 [Internet]. Brasília: MS; 2022 [acesso em: 2024 dez 08]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/vigitel/vigitel-brasil-2021-estimativas-sobre-frequencia-e-distribuicao-sociodemografica-de-fatores-de-risco-e-protecao-para-doencas-cronicas/view>
9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil. Alterações na aplicação do Critério Brasil, válidas a partir de 01/06/2021. [acesso em: 2024 dez 08]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>
10. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020 [Internet]. São Paulo: Editora Clannad; 2019 [acesso em: 2024 dez 08]. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>
11. Jesus PP, Lourenço CB, Funo ICSA. Comunidades remanescentes de quilombos de Bequimão, MA: caracterização socioeconômica e ambiental. Revisão de Carolina Batista e Silva Coelho; Romulo Fernando Lemos Gomes. São Luís: Núcleo de Maricultura do Instituto Federal do Maranhão- NUMAR; 2020.
12. Prêcoma DB, Oliverira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar COM, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019;113(4):787-891. doi: 10.5935/abc.20190204
13. Brasil. Site Oficial do Governo Brasileiro. Programas Sociais [Internet]. [acesso em: 2024 dez 08]. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/categorias/assistencia-social/programas-sociais>
14. Batista EC, Rocha KB. Saúde Mental e comunidades quilombolas do Brasil: uma revisão sistemática da literatura. *Interações.* 2020;21(1):35-50.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2020 [acesso em: 2024 dez 08]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>
16. Choi JW, Han E, Kim TH. Risk of Hypertension and Type 2 Diabetes in Relation to Changes in Alcohol Consumption: A Nationwide Cohort Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(9):4941. doi: 10.3390/ijerph19094941
17. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afione Neto A, et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. *Arq Bras Cardiol.* 2017;109(2 Suppl 1):1-76. doi: <https://doi.org/10.5935/abc.20170121>
18. Izar MCO, Lottenberg AM, Giraldez VZR, Santos Filho RD, Machado RM, Bertolami A, et al. Posicionamento sobre o Consumo de Gorduras e Saúde Cardiovascular – 2021. *Arq Bras Cardiol.* 2021;116(1):160-212. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20201340>
19. Zarife AS, Fraga-Maia H, Mill JG, Lotufo P, Griep RH, Fonseca MJM, et al. Variabilidade da Pressão Arterial em Única Visita e Risco Cardiovascular em Participantes do ELSA-Brasil. *Arq Bras Cardiol.* 2022;119(4):505-11. doi: <https://doi.org/10.36660/abc.20210804>
20. Balbino CM, Silvino ZR, Santos JS, Joaquim FL, Souza CJ, Santos LM. Os motivos que impedem a adesão masculina aos programas de atenção a saúde do homem. *Res, Soc Devel.* 2020;9(7):1-17.
21. Indicador de Alfabetismo Funcional – INAF. INAF Brasil 2018 – Indicador de Alfabetismo Funcional: Resultados preliminares [Internet]. Instituto Paulo Montenegro: Ação Social do IBOPE; 2018 [acesso em: 2024 dez 15]. Disponível em: https://acaoeducativa.org.br/wp-content/uploads/2018/08/Inaf2018_Relat%C3%B3rio-Resultados-Preliminares_v08Ago2018.pdf
22. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). ANVISA aprova norma sobre rotulagem nutricional [Internet]. Brasil: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em: 2024 dez 15]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2020/aprovada-norma-sobrerotulagem-nutricional>
23. Ferreira FS, Silva MAM. Resposta glicêmica do açúcar de coco, sacarose e açúcar mascavo em indivíduos saudáveis. *Braz J Health Rev.* 2021;4(4):14427-37. doi: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n4-005>
24. Arrais PSD, Vianna MPN, Zaccolo AV, Moreira LIM, Thé PMP, Quidute ARP, et al. Utilização de adoçantes no Brasil: uma abordagem a partir de um inquérito domiciliar. *Cad Saude Publica.* 2019;35(11). doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00010719>
25. Fontolan MV, Lima RS. A dimensão étnico-racial do Direito Humano à Alimentação Adequada. *Res, Soc Dev.* 2022;11(11):1-9. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i11.33649>
26. Machado AD, Bertolini AM, Brito LS, Amorim MS, Gonçalves MR, Cardoso RAC, et al. O papel do Sistema Único de Saúde no combate à síndrome global e no desenvolvimento de sistemas alimentares sustentáveis. *Ciêns Saúde Colet.* 2021;26(10):4511-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212610.11702021>

Submetido em 09/11/2024

Aceito em 08/01/2025