

**CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE
POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL
PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

Lucinaura Pereira Gonçalves¹, István Van Deursen Varga²
Luana Lopes Padilha³

Destaques: (1) A ação de “acesso” é mais processada pelos quilombolas diabéticos. (2) Quatro das cinco ações não estão sendo processadas adequadamente pelos quilombolas. (3) A ação de “compreensão” é mais processada pelos quilombolas escolarizados.

PRE-PROOF

(as accepted)

Esta é uma versão preliminar e não editada de um manuscrito que foi aceito para publicação na Revista Contexto & Saúde. Como um serviço aos nossos leitores, estamos disponibilizando esta versão inicial do manuscrito, conforme aceita. O artigo ainda passará por revisão, formatação e aprovação pelos autores antes de ser publicado em sua forma final.

<http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2026.51.15260>

Como citar:

Gonçalves LP, Varga IVD, Padilha LL. Contribuições preliminares para o desenvolvimento de políticas de letramento alimentar e nutricional para comunidades quilombolas. Rev. Contexto & Saúde. 2026;26(51):e15260

¹ Universidade Federal do Maranhão – UFMA. São Luís/MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-0957-9234>

² Universidade Federal do Maranhão – UFMA. São Luís/MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-3171-1748>

³ Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Maranhão – IFMA. São Luís/MA, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-7162-2726>

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

RESUMO

Este estudo objetivou investigar isoladamente e de forma preliminar o processamento das cinco etapas do letramento alimentar e nutricional da população de quilombolas adultos hipertensos e/ou diabéticos do município de Bequimão, Maranhão, Brasil. Para tanto, conduziu-se um estudo transversal, com 115 quilombolas hipertensos e/ou diabéticos com idade ≥ 18 anos, a partir da análise das respostas dadas a um formulário desenvolvido pelos próprios pesquisadores. Usou-se o teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher* ($p < 0,05$) para verificar associações entre as variáveis. A maioria dos quilombolas estudados processa corretamente a etapa de “acesso”. Todavia, as demais ações do letramento alimentar e nutricional mostraram incorreções ou inadequações. A ação de “acesso” é mais processada pelos quilombolas com alguma escolaridade ($p < 0,0001$), com idade menor que 60 anos ($p = 0,040$) e que possuem diabetes *mellitus* ($p = 0,009$; $p = 0,025$; $p = 0,025$); enquanto a ação de “compreensão” é mais processada pelos quilombolas com alguma escolaridade ($p = 0,032$). Nessas comunidades, a principal razão que compromete o processamento adequado da ação de “utilização” é a comercialização longínqua das áreas quilombolas dos alimentos considerados apropriados. Conclui-se que apenas a ação de “acesso” do letramento alimentar e nutricional é processada corretamente entre os quilombolas estudados. Aponta-se para a necessidade de não somente capacitar os profissionais de saúde no que tange a transmissão eficaz das informações alimentares e nutricionais, mas também de criar políticas de promoção sobre a temática que impactem positivamente a qualidade de vida dessas populações.

Palavras-chave: Saúde da População Negra. Letramento em Saúde. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Quilombolas. Hipertensão. Diabetes *Mellitus*.

INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são doenças crônicas não transmissíveis que têm ocorrência maior na população negra do Brasil¹. Neste contexto, inserem-se as comunidades quilombolas, grupos raciais conhecidos por suas práticas alimentares de caráter camponês. Admite-se, contudo, que com a transição alimentar e nutricional, um novo padrão

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

alimentar quilombola emergiu, caracterizado por uma maior inclusão de produtos ultraprocessados e de fácil preparação. As implicações desta transição, não se resumiram, todavia, ao perímetro de uma aculturação alimentar, mas incidiram também sobre o aumento das taxas de prevalência e o controle inadequado da hipertensão arterial e do diabetes *mellitus*².

Embora a expressão *health literacy* ainda careça de um consenso sobre sua tradução no Brasil, a designação “letramento em saúde” (LS) é a mais comumente usada para tratar do assunto. O termo foi conceituado pelo *European Health Literacy Project Consortium* (HLS-EU Consortium) como sendo o conhecimento, a motivação e as competências das pessoas para acessar, compreender, avaliar e utilizar informações em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões cotidianas sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manter ou melhorar, ao longo do tempo, sua qualidade de vida³.

Apesar do modelo conceitual europeu sublinhar quatro competências do LS, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em publicação recente para promover o avanço do LS em todo o mundo, com fins de prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis, acrescentou mais uma ação às competências do LS, sugerindo que os conhecimentos em saúde perpassam pelo “acesso”, “compreensão”, “avaliação”, “memorização” (ação adicionada) e “utilização” das informações transmitidas. A OMS enfatizou ainda que essas ações, que também podem ser denominadas de etapas, não são conscientemente processadas pelos indivíduos, nem tampouco percebidas como fases separadas e que estão sujeitas a sobreposições entre si, não sendo regra, desse modo, o processamento na ordem anteposta⁴.

Considerando-se a conceituação ampla e a natureza multifacetada do LS, têm-se registrado, nas últimas décadas, um crescente aumento de pesquisas cujo escopo principal propunha-se a medir o “letramento alimentar” (LA) e o “letramento nutricional” (LN) de populações. Embora ambos os termos tenham sido indeliberadamente usados como sinônimos até uma década atrás, uma revisão sistemática de Krause, C. et al. (2016) trouxe considerações estruturantes que elencaram de modo provisional as diferenças já ajustadas entre os dois tipos de letramento⁵.

O LA, então, engloba uma variedade de capacidades e competências necessárias para que um indivíduo consiga aderir a um comportamento nutricional saudável e responsável, que

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

incluem desde as habilidades de compra e preparo de alimentos até a reflexão crítica acerca tanto dos fatores que influenciam as escolhas alimentares como do impacto que essas escolhas causam à sociedade como um todo, por exemplo. O LN, por sua vez, é conceituado como um subconjunto do LA, estando circunscrito à medição da capacidade de compreensão das informações nutricionais básicas de alimentos *in natura* e industrializados, com fins de tomadas de decisões apropriadas em saúde⁵.

Mais recentemente as pesquisas têm adotado a expressão *food and nutrition literacy*, que no Brasil é traduzida como “letramento alimentar e nutricional” (LAN), configurando uma aglutinação das duas medições em saúde^{6,7}. A fusão dos dois conceitos, que apesar de distintos também são complementares, tem sua justificação embasada pela impossibilidade de ambos os tipos de letramento serem restritos a um debate independente⁷. Os pesquisadores deste estudo optaram por adotar o termo LAN, convencidos de que o estudo conjunto do LA e do LN contribui de forma mais significativa para a ampliação de seus respectivos arcabouços teóricos, bem como para impulsionar a maturação da protelada discussão sobre políticas de intervenção voltadas à alfabetização em saúde de grupos populacionais minoritários.

No Brasil, as mensurações do LA e do LN são amplamente realizadas através da aplicação de dois instrumentos de procedência norte-americana já validados para a população brasileira em geral, a saber: o *Nutrition Literacy Assessment Instrument* (NLit-BR)⁸ e o *Nutritional Literacy Scale* (NLS-BR)⁹. Entretanto, já se tem registro da criação e validação recentes, apesar da empregabilidade escassa, de instrumentos originários do Brasil, como por exemplo, o “Letramento Nutricional entre pessoas com Diabetes (LND)”¹⁰ e o “Letramento Alimentar de Adolescentes (LAA)”¹¹.

Convém ressaltar que o afunilamento projetado para distinções de natureza mórbida e etária, presente nos dois instrumentos brasileiros citados acima, não representa um movimento retrógrado rumo às teorias do passado sobre o LS, quando a Austrália, a Europa e a América do Norte eram as principais regiões que produziam pesquisas sobre a temática e outrora endossavam o discurso de que a alfabetização em saúde tem ampla relação com a autonomia individual das pessoas. Nas pesquisas mais recentes, de modo contrário, as premissas encontradas levam a compreensão de que o LS é, antes de tudo, uma prática social e que as

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

políticas, as infraestruturas e os ambientes que moldam e orientam as sociedades podem constituir barreiras ou facilitadores para a tomada de decisões relacionadas à saúde⁴.

O afunilamento populacional das pesquisas em LAN, sendo esta reconhecida como uma prática coletiva, agirá de modo a regular o caráter imprescindível da identificação e priorização de grupos que estão a ser “deixados para trás”. A expressão “não deixar ninguém para trás” é o lema da Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU), que estabelece os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). Refere-se a grupos ou comunidades que estão a perder oportunidades de prevenir ou controlar as DCNT ou de manter, gerir ou melhorar a sua saúde, o que faz com que tenham um pior estado de saúde em comparação com outros grupos da sociedade⁴.

As comunidades quilombolas são um exemplo destes grupos que estão a ser “deixados para trás”, sendo a sua realidade de vida, muitas vezes, desconhecida do grande público. O acesso às comunidades do município de Bequimão se dá via estradas vicinais, também chamadas de estradas de terra ou estradas de chão, que possuem, em sua maioria, largura limitada para veículos de portes médio e grande. Dentro dessas comunidades não há postos de saúde. O atendimento médico dessas populações é realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), que ficam nas áreas rurais do município e que também atendem as comunidades quilombolas, ou no hospital ou posto de saúde, ambos localizados no Centro do Município¹², ou mediante visitas mensais pelo Estratégia de Saúde da Família, o que implica dizer que o atendimento médico se dá de forma mais dificultosa e menos frequente para essas populações¹³.

Historicamente tem-se o registro de que as comunidades quilombolas do município de Bequimão são originárias de escravos enviados à região ocidental do Maranhão, no século 19, para que trabalhassem nas lavouras de algodão, arroz e cana-de-açúcar. Com o fim dessas lavouras, os negros escravizados se organizaram naquela região e ali criaram seus quilombos. Os remanescentes desses quilombos permanecem até os dias atuais nesses territórios¹² e até o presente momento 11 comunidades já detêm a certificação oficial de Território Quilombola emitida pela Fundação Cultural Palmares, a saber: Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sibéria e Suassuí¹⁴.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Diante da necessidade de não somente aferir a dimensão do LAN, mas também de dissecá-lo, estudando cada uma das suas cinco ações componentes, as mesmas descritas pela OMS para o LS, ações estas que, como já descrito anteriormente, não são conscientemente percebidas como separadas, o presente estudo teve como objetivo investigar isoladamente e de forma preliminar o acesso, a compreensão, a avaliação, a memorização e a utilização do LAN da população de quilombolas adultos hipertensos e/ou diabéticos do município de Bequimão, Maranhão, Brasil, convergindo para a elaboração futura de políticas nacionais sobre a temática em questão voltadas aos quilombolas do país detentores das duas doenças investigadas.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, com abordagem domiciliar, cuja população foi constituída por hipertensos e/ou diabéticos residentes das comunidades quilombolas de Bequimão, Maranhão, Brasil. A coleta de dados foi realizada no período transcorrido de 21 de junho a 04 de setembro de 2021. A amostra do estudo deteve 115 quilombolas, quantidade representativa, contraída por meio de cálculo amostral que considerou uma população total de 158 quilombolas hipertensos e/ou diabéticos no município, segundo informações repassadas pela Secretaria Municipal de Saúde, em junho de 2021¹³; 95% de nível de confiança; 5% de erro amostral e considerando que se desconhece a frequência do conhecimento nutricional sobre estas doenças na população em estudo, adotou-se 50% de distribuição desse conhecimento na população, o que resultaria na necessidade de um tamanho amostral de, ao menos, 113 participantes.

Foram incluídos na Pesquisa os quilombolas maiores de 18 anos de idade, que de modo concomitante, assinaram voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e apresentaram tempo mínimo de diagnóstico da hipertensão arterial ou do diabetes *mellitus* igual a três meses. Por outro lado, foram excluídos do Estudo os quilombolas acometidos por doença de Alzheimer e os deficientes auditivos; bem como os que já tiveram acidente vascular cerebral (AVC) e as gestantes.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

A exclusão de pessoas com AVC se justifica pela possibilidade de comprometimento cognitivo e/ou de linguagem, que poderia interferir na compreensão e/ou comunicação e resposta às questões relacionadas ao conhecimento nutricional, especialmente em se tratando de um instrumento baseado em entrevista e interpretação. Embora essas limitações não sejam mandatórias em todos os casos de AVC¹⁵, a decisão visou garantir a homogeneidade da amostra e a fidedignidade dos dados coletados.

No caso das gestantes, optou-se pela exclusão devido às especificidades nutricionais e fisiológicas próprias do período gestacional, advindas de uma dieta a ser seguida ou da ingestão alimentar incomum devido a sintomas como náuseas, azia, plenitude gástrica, constipação intestinal, fraqueza, desmaios, inchaço e alterações bucais, que poderiam influenciar, de forma distinta, o padrão alimentar e o conhecimento nutricional atuais em relação aos demais participantes hipertensos e/ou diabéticos¹⁶. Dessa forma, buscou-se assegurar maior coerência metodológica e comparabilidade entre os participantes do estudo.

A coleta de dados foi aplicada por meio de entrevista face-a-face, utilizando-se um formulário desenvolvido pelos próprios pesquisadores, que se valeu da adição e adaptação de três questões contidas em um questionário sobre conhecimentos em nutrição para adultos¹⁷. Através desse questionário foram sondadas e analisadas: as características socioeconômicas e clínicas e o processamento das cinco etapas (“acesso”, “compreensão”, “memorização”, “avaliação” e “utilização”) constituintes do LAN dos quilombolas com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*.

Assim, foram coletados dados sobre a doença (hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial e diabetes *mellitus*), 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 (≤ 1 salário mínimo, > 1 e ≤ 2 salários mínimos, 2 e ≤ 3 salários mínimos e > 3 e ≤ 4 salários mínimos), moradores na casa (≤ 2 pessoas, ≥ 3 e ≤ 6 pessoas e ≥ 7 pessoas), renda mensal *per capita* ($\leq 1/4$ salário mínimo, $> 1/4$ salário mínimo a $1/2$ salário mínimo e $> 1/2$ salário mínimo), benefícios sociais do governo (não

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

e sim) e classe social (C e D/E). A classe social foi obtida a partir da aplicação do Critério Brasil de Classificação Econômica¹⁸.

Para coletar o processamento da etapa de “acesso” do LAN dos quilombolas estudados foram feitas as seguintes perguntas: “A alimentação pode ajudar no controle da hipertensão e do diabetes?”; “Você já recebeu, através de ações e serviços de saúde, recomendações alimentares para o controle da hipertensão e/ou do diabetes?”; e “Houve outras fontes que forneceram a você orientações alimentares para o controle da hipertensão e/ou do diabetes?”.

Para a coleta do processamento da etapa de “compreensão” foram endereçados aos quilombolas os seguintes questionamentos: “Estar com o peso adequado ou acima do adequado influencia de alguma forma os níveis da pressão arterial e açúcar no sangue?” e “O tipo de alimentação influencia os valores de exames de rotina feitos por você, como por exemplo, Glicemia de Jejum e Colesterol Total?”.

A etapa de memorização, por sua vez, foi coletada mediante a pergunta: “Na sua opinião, quais práticas alimentares são consideradas ideais para manter o controle da hipertensão e/ou diabetes?”. Enquanto a pergunta realizada para coletar a etapa de “avaliação” delimitou-se ao seguinte questionamento: “Além das ações e serviços de saúde, houveram outras fontes que forneceram a você orientações alimentares para o controle da hipertensão e/ou do diabetes?”. A coleta da etapa de “utilização” se deteve, no que lhe concerne, à pergunta: “Quais práticas alimentares são adotadas por você para manter o controle da hipertensão e/ou do diabetes?”.

Para analisar o processamento das cinco ações do LAN dos quilombolas estudados foram consultados posicionamentos e diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia^{19,20,21,22}, diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes²³ e uma declaração da *American Heart Association*²⁴ com o propósito de verificar a consonância ou desalinhamento das informações alimentares e nutricionais coletadas ante as evidências científicas atuais e, por conseguinte, poder analisar se as respostas dadas estariam corretas ou não (no caso das ações de “acesso” e “compreensão”; bem como poder classificá-las como “adequadas” ou “inadequadas” (nos casos das ações de “memorização”, “avaliação” e “utilização”). A organização norte-americana foi

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

incluída na consulta com o intuito de apreciar algumas informações alimentares e nutricionais que não estavam presentes nas publicações das agências nacionais.

Além do processamento das etapas do LAN, foi investigado ainda as razões que impedem os quilombolas hipertensos e/ou diabéticos de processarem adequadamente a ação de “utilização” do LAN, através da seguinte pergunta: “Quais são os motivos pelos quais o que você considera ideal como prática alimentar para o controle da hipertensão e/ou do diabetes não seja exatamente a sua prática alimentar para o controle dessa(s) doença(s)?”.

Os dados coletados foram digitados e organizados em planilha eletrônica no *Microsoft Excel*® e posteriormente exportados para o *software Stata*®, versão 14.0, onde foi realizada a análise estatística. Foram realizadas análises descritivas para caracterizar a amostra. As etapas de “memorização”, “avaliação” e “utilização” foram apresentadas unicamente em frequências absolutas (n) e relativas (%).

Para as etapas de “acesso” e “compreensão”, utilizaram-se medidas de tendência central (média ou mediana) e dispersão (desvio padrão ou intervalo interquartil), de acordo com a distribuição dos dados. Para verificar a associação entre as variáveis categóricas, foi utilizado o teste do *qui-quadrado* de *Pearson*. Quando as frequências esperadas em pelo menos uma das células da tabela de contingência foram inferiores a cinco, recorreu-se ao teste exato de *Fisher*. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Os testes *qui-quadrado* de *Pearson* e exato de *Fisher* foram conduzidas com o objetivo de explorar possíveis associações entre as variáveis socioeconômicas e o sexo e entre as etapas de “acesso” e “compreensão” do LAN e variáveis clínicas e demográficas, contribuindo para a compreensão dos fatores que influenciam o processamento das etapas do LAN dos quilombolas com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob nº de parecer 3.801.055. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados, mediante a leitura e assinatura do TCLE. Foram colhidas as assinaturas ou digitais do polegar da mão dominante para atestar a anuência, daqueles participantes sem escolaridade, em compor a amostra do estudo.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

RESULTADOS

De acordo com os dados encontrados, observou-se que os quilombolas pesquisados eram, em sua maioria, do sexo feminino (65,22%), idosos (76,52%), com alguma escolaridade (68,70%), de cor preta/parda/negra (64,35%) e hipertensos (65,22%). Quase a totalidade dos quilombolas pertencia às classes sociais D e E (97,39%). Encontrou-se diferença estatisticamente significativa entre os sexos para a variável renda mensal *per capita* ($p = 0,021$), a qual revelou que as mulheres quilombolas hipertensas e/ou diabéticas vivem com menor renda mensal *per capita* em comparação aos homens (Tabela 1).

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

Variável	Total		Sexo				p-valor ²
			Feminino n=75 (65,22%)		Masculino n=40 (34,78%)		
	n	%	n	%	n	%	
Doença							0,470
Hipertensão Arterial	75	65,22	48	64,00	27	67,50	
Diabetes <i>Mellitus</i>	11	9,57	09	12,00	02	5,00	
Hipertensão Arterial e Diabetes <i>Mellitus</i>	29	25,22	18	24,00	11	27,50	
Idade (anos)							0,269
19-59	27	23,48	20	26,67	07	17,50	
≥60	88	76,52	55	73,33	33	82,50	
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 <i>mellitus</i> (anos)							0,590
≤5	95	82,61	63	84,00	32	80,00	
>5	20	17,39	12	16,00	08	20,00	
Escolaridade							0,840
Analfabeto/ Sem escolaridade	36	31,30	23	30,67	13	32,50	
Com escolaridade	79	68,70	52	69,33	27	67,50	

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Cor da pele							0,921
Preta/Parda/Negra	74	64,35	49	65,33	25	62,50	
Amarela, Branca e Indígena	04	03,48	03	4,00	01	2,50	
Outra (Castanha, Clara, Escura, Fulva e Morena)	35	30,43	22	29,33	13	32,50	
Não quis informar	02	01,74	01	01,33	01	02,50	
Renda mensal¹							0,817
≤ 1 salário mínimo	57	49,57	37	49,33	20	50,00	
> 1 e ≤ 2 salários mínimos	40	34,78	27	36,00	13	32,50	
> 2 e ≤ 3 salários mínimos	17	14,78	10	13,33	07	17,50	
> 3 e ≤ 4 salários mínimos	01	0,87	01	1,33	-	-	
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 per capita¹							0,021
≤ 1/4 salário mínimo (≤ 275 reais)	28	24,35	22	29,33	06	15,00	
> 1/4 salário mínimo a 1/2 salário mínimo (> 275 a 550 reais)	38	33,04	28	37,77	10	25,00	
> 1/2 salário mínimo (> 550 reais)	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	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* ($p < 0,05$).

No que tange aos achados relacionados ao LAN da população estudada, verificou-se adequada efetivação da etapa de “acesso”. O processamento adequado dessa ação do LAN foi identificado por meio das proporções maioritárias obtidas se tratando dos que possuem o entendimento de que a alimentação pode ajudar a controlar as doenças investigadas (77,39%); dos que já receberam recomendações alimentares por meio de ações e serviços de saúde (72,17%); e dos que já tiveram acesso a informações dietéticas advindas de fontes divergentes ao Setor Saúde (60,87%) (Tabela 2).

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

As diferenças estatísticas encontradas revelaram ainda que os quilombolas diabéticos são os que mais processam a etapa de “acesso” do LAN, visto que foram os que mais possuíam o entendimento de que a alimentação auxilia no controle da sua doença ($p = 0,009$); bem como quando detinham, de forma conjunta, o diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial também foram os mais assistidos pelas ações e serviços de saúde ($p = 0,025$) e os que mais receberam informações alimentares e nutricionais advindas de fontes alheias ao Setor Saúde ($p = 0,001$). A etapa de “acesso” do LAN também foi melhor processada pelos quilombolas que detinham idade inferior a 60 anos ($p = 0,040$) e alguma escolaridade ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

Contudo, no que se refere à etapa de “compreensão” do LAN, constatou-se, entre os quilombolas estudados, um inadequado processamento. Apesar de 71,30% dos quilombolas compreenderem que o peso corporal é um fator que influencia os níveis da pressão arterial e açúcar no sangue, apenas um pouco mais da metade da população estudada (53,04%) compreende que o tipo de alimentação adotada influencia os valores de exames de rotina. Ainda para essa última dedução, uma proporção considerável dos quilombolas estudados (39,13%) respondeu “não sabe/não tem certeza”. Ambas as deduções foram melhor realizadas pelos que possuíam alguma escolaridade, sendo que a relação do peso corpóreo com a pressão arterial e o açúcar sanguíneo apresentou valor de $p < 0,0001$ e a relação da alimentação com exames rotineiros obteve valor de $p = 0,032$ (Tabela 2).

**CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA
COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

Tabela 2. Análise das ações de “acesso” e “compreensão” do letramento alimentar e nutricional dos quilombolas com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, segundo a patologia, a idade e a escolaridade. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Principal ação analisada do letramento em saúde	Variáveis Coletadas do Letramento Alimentar e Nutricional	Total		Doença						p-valor ⁶	Idade				p-valor ⁶	Escolaridade				p-valor ⁶
				HA ¹		DM ²		HA e DM ²			30-59		≥60			A ³ /SE ⁴		CE ⁵		
		n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%		n	%	n	%	
Acesso	A alimentação pode ajudar no controle da hipertensão e do diabetes?									0,009					0,060					0,180
	Não	05	4,35	02	2,67	-	-	03	10,34		-	-	05	5,68		03	8,33	02	2,53	
	Ajuda apenas no controle da hipertensão	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-	
	Ajuda apenas no controle do diabetes	01	0,87	-	-	01	9,09	-	-		01	3,70	-	-		-	-	01	1,27	
	Ajuda no controle de ambos	89	77,39	56	74,67	10	90,91	23	79,31		24	88,89	65	73,86		24	66,67	65	82,28	
	Não sabe/não tem certeza	20	17,39	17	22,67	-	-	03	10,34		02	7,41	18	20,45		09	25,00	11	13,92	
	Você já recebeu, através de ações e serviços de saúde,									0,025					0,811					0,374

**CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA
COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

Acesso	recomendações alimentares para o controle da hipertensão e/ou do diabetes?																			
	Não	32	27,83	27	36,00	02	18,18	03	10,34		08	29,63	24	27,27		12	33,33	20	25,32	
	Sim	83	72,17	48	64,00	09	81,82	26	89,66		19	70,37	64	72,73		24	66,67	59	74,68	
Acesso	Houve outras fontes que forneceram a você orientações alimentares para o controle da hipertensão e/ou do diabetes?									0,001					0,040					<0,0001
	Não	45	39,13	39	52,00	02	18,18	04	13,79		06	22,22	39	44,32		24	66,67	21	26,58	
	Sim	70	60,87	36	48,00	09	81,82	25	86,21		21	77,78	49	55,68		12	33,33	58	73,42	
	Estar com o peso adequado ou acima do adequado influencia de alguma forma os níveis da pressão arterial e açúcar no sangue?									0,587					0,107					<0,0001

**CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA
COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

Compreensão	Não	11	9,57	07	9,33	2	18,18	2	6,90		02	7,41	09	10,23		05	13,89	06	7,59
	Influencia apenas nos níveis da pressão arterial	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-		-	-	-	-
	Influencia apenas nos níveis de açúcar no sangue	01	0,87	01	1,33	-	-	-	-		-	-	01	1,14		01	2,78	-	-
	Influencia no controle de ambos	82	71,30	50	66,67	08	72,73	24	82,76		24	88,89	58	65,91		15	41,67	67	84,81
	Não sabe/não tem certeza	21	18,26	17	22,67	01	9,09	03	10,34		01	3,70	20	22,73		15	41,67	06	7,59
Compreensão	O tipo de alimentação influencia os valores de exames de rotina feitos por você, como por exemplo, Glicemia de Jejum e Colesterol Total?								0,443					0,735					0,032
	Não	07	6,09	04	5,33	01	9,09	02	6,90		02	7,41	05	5,68		01	2,78	06	7,59
	Sim	61	53,04	35	46,67	07	63,64	19	65,52		16	59,26	45	51,14		14	38,89	47	59,49
	Sim, mas não influencia todos	02	1,74	01	1,33	-	-	01	3,45		-	-	02	2,27		-	-	02	2,53

**CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA
COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

	os exames citados																		
	Não sabe/não tem certeza	45	39,13	35	46,67	03	27,27	07	24,14		09	33,33	36	40,91		21	58,33	24	30,38

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Hipertensão Arterial

² Diabetes *Mellitus*

³ Analfabeto

⁴ Sem escolaridade

⁵ Com escolaridade

⁶ Teste *qui quadrado* ou *Exato de Fisher* (p<0,05)

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Verificou-se ainda que as ações de “memorização”, “utilização” e “avaliação” do LAN estão sendo processadas de forma inadequada pelos quilombolas estudados quando relacionadas a informações alimentares e nutricionais sobre as fontes alimentares de cafeína e proteínas. Esse processamento inadequado foi visualizado através das proporções menos significativas de informações alimentares e nutricionais que são adequadamente recuperadas da memória (45,45% e 60,00%, respectivamente), utilizadas (com as equivalências respectivas de 50,00% e 64,44%) e avaliadas como confiáveis, relevantes e possíveis de serem aplicadas no próprio contexto social (0% e 35,00%, respectivamente) (Tabela 3).

**CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA
COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

Tabela 3. Análise das ações de “memorização”, “utilização” e “avaliação” do letramento alimentar e nutricional dos quilombolas com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*, a partir de fontes alimentares de importância nas duas doenças. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Principal ação analisada do letramento em saúde	Variáveis Coletadas do Conhecimento Nutricional	Fontes Alimentares de Sódio		Fontes Alimentares de Gorduras		Fontes Alimentares de Fibras		Fontes Alimentares de Proteínas		Fontes Alimentares de Cafeína		Fontes Alimentares de Carboidratos e Açúcares de Mesa		Outras Fontes Alimentares	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Memorização	Informações nutricionais memorizadas														
	Adequadas	55	98,21	74	100,00	55	100,00	33	60,00	05	45,45	57	96,61	-	-
	Inadequadas	01	1,78	-	-	-	-	22	40,00	06	54,54	02	3,38	-	-
Utilização	Informações nutricionais adotadas														
	Adequadas	52	98,11	70	100,00	40	100,00	29	64,44	05	50,00	49	96,07	06 ¹	75,00 ¹
	Inadequadas	01	1,88	-	-	-	-	16	35,55	05	50,00	02	3,92	02 ²	25,00 ²
Avaliação	Informações nutricionais adquiridas através de fontes distintas das ações e serviços de saúde														
	Adequadas	09	90,00	22	95,65	19	90,47	07	35,00	-	-	22	95,65	03 ¹	60,00 ¹
	Inadequadas	01	1,00	01	4,34	02	9,52	13	65,00	03	100,00	01	4,34	02 ²	40,00 ²

Fonte: Elaboração própria, 2021.

¹ Informações sobre ingestão de calorias, vinho e alimentos fonte de vitamina C, folato e cálcio.

² Informações sobre ingestão de calorias, proteína animal e alimentos preservados através de congelamento.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

O total de 41 quilombolas (35,65%) alegou não conseguir utilizar integralmente as informações referentes ao LAN que possuem. As razões encontradas como impedoras da adesão quilombola à rotina alimentar que melhor atenderia às suas especificidades cardiometabólicas estão descritas na tabela a seguir. Destacaram-se, dentre as justificativas, a comercialização afastada das áreas quilombolas dos alimentos tidos como adequados (46,31%), o sabor (agradável ou não) dos alimentos (36,52%) e o menor recurso financeiro para adquirir os alimentos considerados apropriados (9,75%) (Tabela 4).

Tabela 4. Razões que comprometem o processamento adequado da ação de “utilização” do letramento alimentar dos quilombolas com hipertensão arterial e/ou diabetes *mellitus*. Bequimão, Maranhão, Brasil, 2021.

Razões encontradas	Total	
	n	%
Os comércios de frutas ou verduras ficam localizados em áreas distantes das regiões quilombolas	12	29,26
A carne bovina (que devia ser consumida com menor frequência) é encontrada com mais facilidade nos comércios das áreas quilombolas quando comparada ao peixe e ao frango	05	12,19
Dispõe de pouco recurso financeiro para a aquisição de frutas ou verduras	04	9,75
A farinha de mandioca é muito consumida em razão do sabor agradável	03	7,31
Alimentos com muito sal, como o camarão salgado, são muito consumidos em razão do sabor agradável	03	7,31
Os alimentos integrais não são consumidos (ou são pouco consumidos) porque o sabor não é agradável	03	7,31
As frituras são consumidas em razão do sabor agradável	02	4,87
A carne bovina (que devia ser eliminada da alimentação) dá mais sustância que o mingau de farinha de mandioca	01	2,43
A carne bovina é muito consumida em razão do sabor agradável	01	2,43
A carne de porco é muito consumida em razão do sabor agradável	01	2,43
As frutas e verduras não são consumidas (ou são pouco consumidas) porque o sabor não é agradável	01	2,43
O comércio de ovos fica localizado em regiões distantes das áreas quilombolas	01	2,43
O feijão não é consumido (ou é pouco consumido) porque o sabor não é agradável	01	2,43
O leite que precisaria acompanhar o café causa desconfortos gastrointestinais	01	2,43
Os comércios de massas substitutas do arroz ficam localizados em regiões distantes das áreas quilombolas	01	2,43
Considera-se negligente se tratando de adquirir frutas ou verduras	01	2,43
Total	41	100,00

Fonte: Elaboração própria, 2021.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

DISCUSSÃO

O estudo, realizado em um município que fica localizado na região do litoral ocidental do Maranhão²⁵, Estado brasileiro onde há a maior proporção de pessoas quilombolas na população residente²⁶, traz contribuições para a identificação das etapas do LAN que são inadequadamente processadas pelas comunidades quilombolas estudadas, com vista a reunir um conjunto de particularidades que poderão nortear o planejamento de políticas de LAN para essas populações. Nas comunidades estudadas, não se verificou uma incorreção no que tange a etapa de “acesso”; com os diabéticos, os com idade menor que 60 anos e os com alguma escolaridade sendo os que mais processam essa ação do LAN. De modo contrário, a ação de “compreensão” do LAN está sucedendo-se de forma defectiva entre os quilombolas estudados, sobretudo entre os que não possuem escolaridade.

Verificou-se ainda que as ações de “memorização”, “utilização” e “avaliação” do LAN, quando relacionadas às fontes alimentares de cafeína e proteínas, também estão sendo processadas de forma inadequada pelos quilombolas estudados. Quando a utilização do LAN se apresenta como inexequível nessas comunidades, isto se dá, por três principais motivos relacionados aos alimentos considerados pelos quilombolas apropriados para consumo, a saber: comercialização afastada das comunidades, sabor, muita das vezes, não agradável e valor monetário dos alimentos acima da capacidade de compra dos quilombolas.

A proporção maioritária, na presente pesquisa, dos autodeclarados pretos/pardos/negros denota a maior apreensão da identidade negra ocorrida em toda a extensão do território brasileiro. Ao contrapor os dados dos censos demográficos de 2012 e 2021, por exemplo, é possível constatar no país a diminuição dos que se declaram brancos (de 46,3% para 43,0%), concomitante ao aumento dos que se autopercebem pretos (de 7,4% para 9,1%) e pardos (de 45,6% para 47,0%)²⁷.

A quase totalidade dos quilombolas hipertensos e/ou diabéticos do município estudado, (que eram idosos em sua maioria) pertencendo às classes sociais D ou E constitui-se em achado semelhante ao de estudo realizado em escolas de ensino fundamental e médio, com quilombolas de 6 a 19 anos de idade, em comunidades situadas a 40 km do perímetro urbano do município

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

de Cachoeira, Bahia, onde 65,2% da população estudada compunham as classes socioeconômicas D ou E²⁸.

Em estudo anterior realizado com a população quilombola idosa do município de Bequimão, o total de 98,1% da população estudada também pertencia às classes sociais D ou E. Nesse mesmo estudo, foi verificado ainda significativa prevalência de risco cardiovascular alto nessas populações (52,7%), medido pelo indicador razão cintura quadril, sendo que, entre as mulheres, principalmente aquelas com idade maior que 70 anos, esse risco apresentou-se mais acentuado²⁹.

A associação encontrada no presente estudo entre as mulheres quilombolas hipertensas e/ou diabéticas e a menor renda *per capita*, ao ser somada aos achados do estudo referido logo acima, que mediu o risco cardiovascular dessas comunidades, torna possível depreender que a presença do risco cardiovascular alto nessas comunidades ocorre, ao que tudo indica, entre os indivíduos com menor renda *per capita*. Esta relação já foi abordada em diversos estudos prospectivos e revisões sistemáticas, demonstrando que deter baixa renda, bem como pouca escolaridade e moradia em áreas marcadas pela pobreza, estão associados ao aumento dos níveis pressóricos e do risco cardiovascular²².

O adequado processamento da ação de “acesso” do LAN, eventualmente acompanha o crescimento registrado no panorama de acesso a consultas médicas pela população do Brasil, o qual se elevou de 71,2%, em 2013, para 76,2%, em 2019, no âmbito da região Nordeste³⁰. Embora haja o atendimento em saúde dessas populações mediante o Estratégia de Saúde da Família, as comunidades quilombolas comumente não detém UBS em seus territórios. Há um projeto de lei (PL) no Brasil, o de nº 1296 de 2019, que através da implementação de UBS nas comunidades quilombolas, estabelece a garantia do acesso humanizado e de qualidade em todos os níveis da rede de atenção à saúde do SUS para essas localidades. O PL, contudo, ainda segue sem a aprovação final³¹.

Além disso, o achado de que os diabéticos experimentam mais a ação de “acesso”, em relação aos outros dois grupos (os hipertensos e os com hipertensão arterial conjunta ao diabetes *mellitus*), também parece acompanhar dados nacionais. Na Pesquisa Nacional de Saúde de 2019, os diabéticos detiveram percentuais que se sobrepuseram aos dos hipertensos no que se

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

refere ao recebimento de algumas recomendações transmitidas em atendimento médico, tais como, manter um padrão de alimentação saudável (94,9%) e preservar o peso adequado (92,1%); ao passo que os hipertensos apresentaram as proporções respectivas de 87,2% e 84,4%, para ambas as recomendações³⁰.

A OMS sublinha que, para que não haja o comprometimento da qualidade do serviço prestado a cada indivíduo, sua família e comunidade, é necessário que as pessoas prestadoras de informações em saúde também tenham as habilidades e as competências necessárias para alcançar as especificidades culturais dos diferentes grupos minoritários, tais como populações quilombolas, indígenas, de refugiados e com história de migração⁴. Nesse sentido, enfatiza-se que o processamento com acerto da ação de “acesso” do LAN não garante que as demais ações do LAN poderão ser devidamente processadas por quem as recebe.

Uma pesquisa realizada na zona rural do município de Santa Bárbara do Pará, Pará, identificou baixas proporções de adesão à dieta recomendada no público de hipertensos (21,42%), diabéticos (30%) e nos que detêm, de forma conjunta, as duas patologias (45,45%)³². Pontua-se o fato de, em mais uma evidência, os diabéticos mostrarem deter um LAN maior que os hipertensos. Não por acaso, a coletora de dados, ao questionar sobre o(s) diagnóstico(s) de doença(s) já apresentado(s), escutou, algumas vezes, os hipertensos expressarem alívio por não deterem diabetes *mellitus*. Falta ainda na literatura científica a presença de estudos que comprovariam ou não que o senso comum considera o diabetes *mellitus* uma doença mais grave que a hipertensão arterial, e isto justificaria a atenção maior dada, por aqueles que detêm o diabetes *mellitus*, às recomendações alimentares oferecidas nos atendimentos por profissionais de saúde; bem como também justifica a adesão maior desse grupo mórbido a um plano alimentar a ser seguido.

Os achados do presente estudo reproduzem essa afirmativa, ao corroborarem à verificação de que, simultaneamente ao “acesso” adequado, deteve-se uma “compreensão” inadequada das informações alimentares e nutricionais obtidas, ação essa do LAN que é menos processada pelos quilombolas que não possuem escolaridade. Acrescenta-se que este determinante social da saúde, bem como outros, tais como a renda, a raça e o gênero, são comumente associados ao LS. O analfabetismo, especificamente, pode comprometer a

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

autoconfiança em fazer perguntas sobre saúde, e desta forma, prejudicar tanto a interpretação quanto a capacidade de elaborar conclusões secundárias em saúde, tais como a de que o peso corpóreo é um determinante dos valores da pressão arterial e açúcar no sangue e a de que o tipo de alimentação adotado influencia os valores de exames de rotina³³.

Vale ressaltar que a perda ponderal $\geq 5\%$ pode reduzir a pressão arterial, bem como o LDL-colesterol os triglicérides séricos²² e melhorar o controle glicêmico²³. Para aqueles que detêm diabetes *mellitus* e que estejam com sobrepeso ou obesidade, a melhora dos níveis glicêmicos e perfil lipídico se dá quando essa perda é de ao menos 5 a 10%³⁴.

A relação estabelecida entre o tipo de alimentação adotado e a consecução, em exames rotineiros, de resultados favoráveis ao controle metabólico na hipertensão arterial e no diabetes *mellitus* pode ser exemplificada através dos efeitos benéficos conferidos pelas fibras solúveis (presentes nas frutas), as quais melhoram a glicemia e o metabolismo lipídico; pelas gorduras polinsaturadas e monoinsaturadas, que diminuem o risco para doença coronariana em 25% e 15%, respectivamente²³.

De acordo com a última edição da Tabela Brasileira de Composição de Alimentos, tem-se como exemplos de fontes de gorduras polinsaturadas o óleo de babaçu e os peixes manjuba e sardinha; as gorduras monoinsaturadas estão presentes, por sua vez, em fontes alimentares como o peixe corimatá, as costelas bovina e suína, a gema de ovo de galinha, a macaúba, o azeite de dendê e a castanha-de-caju³⁵.

O inadequado processamento das ações de “memorização”, “avaliação” e “utilização”, no que tange o consumo de café e dos alimentos fontes de proteínas, exacerba lacunas existentes do LS entre os quilombolas estudados e, ao mesmo tempo, faz alusão a um LAN ineficaz e inviabilizador da adequada qualidade de vida dentre os quilombolas hipertensos e/ou diabéticos estudados.

Se tratando da influência do café sobre a pressão arterial ou o risco para doenças cardiovasculares, a Sociedade Internacional de Hipertensão veicula que é saudável o consumo moderado de café. De forma complementar, as Sociedades Europeias de Hipertensão e de Cardiologia, defendem que a ingestão da bebida está associada a benefícios cardiovasculares. Ao passo que o Colégio Americano de Cardiologia, a Associação Americana do Coração e a

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Sociedade Americana de Hipertensão defendem que, apesar do consumo de café em pacientes com hipertensão esteja associado a aumentos agudos da pressão arterial, o uso prolongado de café não está associado ao aumento da pressão arterial ou ao risco de doenças cardiovasculares³⁶.

No que tange às recomendações oriundas do Brasil, as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial recomendam que o consumo de café não exceda quantidades baixas a moderadas (≤ 200 mg de cafeína), o que se traduz em duas xícaras de 150 mL de café em pó coado, visto que nessa bebida há 235 mg de cafeína para cada 355 mL¹⁹.

No que diz respeito ao consumo de proteína, a *American Heart Association* recomenda fontes alimentares como plantas, laticínios com baixo teor de gordura ou sem gordura, peixes, frutos do mar e carne ou frango na forma de cortes magros e não processados²⁴. Ao que tudo indica, em média, indivíduos negros consomem mais carne vermelha do que branca, especialmente mais do tipo processada. Populações negras também são menos propensas a consumir carne bovina não processada e mais propensas a obter ingestão de gordura de carnes processadas para almoço e preparações fritas. Mesmo entre indivíduos negros que seguem uma dieta mais baseada em vegetais, os consumos de carne vermelha em geral e processada ainda estão acima dos níveis recomendados com base em evidências e são maiores do que em populações brancas comparáveis³⁷.

A justificativa mais mencionada como impedidora da utilização do conhecimento nutricional memorizado e avaliado, a localização longínqua dos comércios que possuem alimentos considerados apropriados por eles, evidencia que estas comunidades se encontram imersas em desertos alimentares, que dentre os vários conceitos pariformes que lhes são atribuídos, são compreendidos como áreas urbanas ou rurais sem acesso imediato a alimentos frescos, saudáveis e acessíveis. De acordo com o estudo “Mapeamento de Desertos Alimentares no Brasil”, em 12 das 21 capitais brasileiras analisadas, as localidades do país onde há menos estabelecimentos que oferecem alimentos saudáveis são também as áreas onde os chefes dos domicílios têm a menor renda, o que contribui para que as populações mais pobres não tenham na alimentação uma via de promoção da saúde³⁸.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

O reconhecimento da geografia dos desertos alimentares é uma forma simplificada de compreender que o LS é uma prática social e não individualista; sendo assim, sua efetivação necessita de uma abordagem que abarque a sociedade como um todo, bem como os fatores de risco e os determinantes em saúde associados. Destaca-se que as políticas de LS devem ser promovidas para contemplar os sistemas de saúde e de assistência social, os sistemas educativos (para crianças e profissionais de saúde) e os locais de trabalho, aumentando a qualidade, o acesso e o alcance das informações e dos serviços para a prevenção ou controle das DCNT⁴.

Para se ter uma dimensão da falta de estudos sobre o LAN em populações quilombolas e, de modo geral, negras do Brasil e do mundo, através do uso da expressão *food and nutrition literacy*, foi encontrado apenas uma revisão de literatura que objetivava estudar os países pertencentes à região do Oriente Médio e Norte da África, conhecida como “MENA”, que se deparou não só com a ausência de estudos originários de país africano, como também com a inexistência de uma variedade substancial de países dessa região conduzindo estudos sobre a temática⁷.

De modo paralelo, encontrou-se apenas um estudo de *food literacy* com população negra que se propôs, dentre vários outros aspectos, a explorar a alfabetização alimentar de estudantes que usavam despensas de alimentos em uma universidade dos Estados Unidos historicamente negra. A pesquisa evidenciou que apenas 37% ou menos dos usuários das despensas consideravam aspectos de saúde e nutrição ao tomar decisões em suas práticas alimentares, tais como cozinhar alimentos saudáveis, escolher refeições nutricionalmente balanceadas e ler informações nutricionais antes de comprar alimentos. Além disso, habilidades limitadas de preparação de alimentos e planejamento de refeições também foram encontradas no estudo em questão³⁹.

Termos similares, que embora não englobem toda a definição que o LAN representa, como “conhecimento alimentar” ou “conhecimento nutricional”, também não são encontrados nas buscas concomitantes ao termo “quilombolas”, que só no início de 2022 foi registrado como um descritor no portal de Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings (DeCS/MeSH)⁴⁰.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Como limitação do presente estudo, enfatiza-se que sua natureza transversal e o fato de ter sido desenvolvido em um município selecionado por conveniência não permitem a inferência dos resultados encontrados para outras populações quilombolas. Todavia, a presente pesquisa tem como ponto forte o ineditismo da investigação em populações quilombolas, se propondo a sublinhar as etapas do LAN que são defectivas. A mudança recente no Censo Demográfico Brasileiro, que permitiu que as comunidades quilombolas fossem efetivamente distinguidas dos demais grupos populacionais negros do país, ganhando visibilidade em separado nas Estatísticas Oficiais, representa ainda, para os autores da presente pesquisa, uma abertura de caminho importante para a elaboração dos primeiros esboços de políticas de promoção do LAN que atendam as demandas específicas dessas comunidades.

CONCLUSÃO

Entre os quilombolas hipertensos e diabéticos estudados, a ação de “acesso” do LAN ocorre de forma satisfatória. Contudo, nas demais quatro ações do LAN, observou-se um processamento defectivo. Verifica-se a necessidade de melhor capacitar os profissionais de saúde no que tange a transmissão eficaz das informações alimentares e nutricionais a essas populações, cuja parcela sem escolaridade apresentou ainda, no presente estudo, uma capacidade menor para processar corretamente a ação de “compreensão” do LAN.

Contudo, sendo o LS uma prática social, sucede-se que não só a realização de capacitações de profissionais de saúde será suficiente para a mudança do LAN nas comunidades estudadas. As agências governamentais, os setores privados e as decisões políticas precisam responder às necessidades das comunidades quilombolas e trabalhar em colaboração para criar os ambientes propícios para a acolhida do LAN. A escolha por pesquisar de forma isolada cada etapa do LAN, não obstante, enobrece a formação de premissas estratégicas que guiarão de modo mais detalhado a criação das políticas de LAN para esses grupos raciais brasileiros, suprimindo a desinformação alimentar e nutricional no interior das comunidades quilombolas de todo o país.

**CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE
LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS**

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS. Brasília: MS [internet]. 2017 [citado 10 abr. 2025]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra_3d.pdf
2. Afonso LFC, Corrêa NAF, Silva HP. Segurança Alimentar e Nutricional em Comunidades Quilombolas no Brasil: um balanço da literatura indexada. *Segur Aliment Nutr* 2020; 27:1-13.
3. World Health Organization (WHO). Health literacy The solid facts. Geneva: WHO [internet]. 2013 [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289000154>.
4. World Health Organization (WHO). Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: volume 2. a globally relevant perspective. *Geneva: WHO [internet]. 2022* [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/364204>.
5. Krause C, Sommerhalder K, Beer-Borst S, Abel T. Just a subtle difference? Findings from a systematic review on definitions of nutrition literacy and food literacy. *Health Promot Int* 2018; 33(3):378-389.
6. Silva P. Food and Nutrition Literacy: Exploring the Divide between Research and Practice. *Foods* 2023; 12(14): 1-18.
7. Mohsen, H.; Sacre, Y.; Hanna-Wakim, L.; Hoteit, M. Nutrition and Food Literacy in the MENA Region: A Review to Inform Nutrition Research and Policy Makers. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022; 19(16): 1-25.
8. Sarkis LBDS, Teruel-Camargo J, Gibbs HD, Nakano EY, Ginani VC, de Aguiar AS, et al. The Nutrition Literacy Assessment Instrument for Brazilians, NLit-Br: An Exploratory Cross-Cultural Validity Study. *Nutrients*. 2022; 14(22):1-10.
9. Zanella CP, Sampaio HAC, Lima JWO, Moreira TMM. Adaptação cultural e evidências de validade de conteúdo da Nutritional Literacy Scale versão brasileira. *Rev Bras Enferm* 2022; 75(6):1-6.
10. Eleutério TP, Pereira EJ, Farias PKS, Hott KPS, de Paula FMT, Martins AMEBL. Elaboração e verificação da validade e confiabilidade de um instrumento de letramento em nutrição entre pessoas com diabetes. *Cad. Saúde Colet*. 2018; 26(3): 298-307.
11. Farias PKS, Sales MSM, Barbosa ACM, Monteiro PA, Soares PDF, Soares LJF, et al. Desenvolvimento da validade de conteúdo e confiabilidade de um instrumento de avaliação do letramento alimentar de adolescentes. *Research, Society and Development* 2021; 10(16): 1-13.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

12. 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.
13. Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS). Número de hipertensos e diabéticos das comunidades de Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Ramal de Quindíua, Rio Grande, Santa Rita, Sassuy e Sibéria e informações sobre as visitas do Estratégia de Saúde da Família [dados não publicados]. Bequimão (Maranhão): SEMUS, 2021.
14. Fundação Cultural Palmares (FCP) [internet]. Certificação Quilombola. [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/palmares/pt-br/departamentos/protecao-preservacao-e-articulacao/certificacao-quilombola>.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Acidente Vascular Cerebral (AVC). [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/avc>.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Guia alimentar: hábitos saudáveis podem evitar complicações durante a gravidez. [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/julho/guia-alimentar-habitos-saudaveis-podem-evitar-complicacoes-durante-a-gravidez>.
17. Guadagnin, SC. Elaboração e Validação de Questionário de Conhecimentos em Nutrição para Adultos [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2010.
18. 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. [internet]. 2021 [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
19. Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitosa ADM et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol 2021; 116(3):516-658.
20. Faludi AA, Izar MCO, Saraiva JFK, Chacra APM, Bianco HT, Afiune Neto A et al. Atualização da Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose – 2017. Arq Bras Cardiol 2017; 109(2):1-76.
21. 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.
22. Précoma DB, Oliverira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. Arq Bras Cardiol 2019; 113(4):787-891.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

23. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes – Edição 2024. SBD [internet]. 2024 [citado 14 abr. 2025]. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/>.
24. Lichtenstein AH, Appel LJ, Vadiveloo M, Hu FB, Kris-Etherton PM, Rebholz CM et al. Dietary Guidance to Improve Cardiovascular Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation* 2021; 144(23): 472-487.
25. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Cidades@. Conheça cidades e estados do Brasil. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>.
26. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2022: quilombolas: primeiros resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE [internet]. 2022 [citado 16 abr. 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102016>
27. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua: características gerais dos moradores: 2020-2021. Rio de Janeiro: IBGE [internet]. 2022 [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101957>.
27. 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. Rio de Janeiro: IBGE [internet]. 2020 [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101748>.
28. Lima JAS, de Jesus VS, Coelho NJ, Alvarado JCN, de Camargo CL, Whitaker COM. Perfil socioeconômico e demográfico de crianças e adolescentes quilombolas da Bahia. *Bras Enferm Ped.* 2022; 22.
29. SILVA TC, Martins Neto C, Carvalho CA, Almeida PC, Rodrigues LS, Oliveira BLCA. Risco nutricional e cardiovascular em idosos quilombolas. *Cien Saude Colet* 2022; 27(1): 219-230.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: IBGE [internet]. 2020 [citado 20 abr. 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101764>.
31. Brasil. Projeto de Lei nº 1296 de 2019. Apresentado em 31 de maio de 2019. 2022 [citado 25 abr. 2025]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/a-camara/programas-institucionais/experiencias-presenciais/parlamentojovem/edicoes-anteriores/projetos-edicoes-anteriores-2011-2019/2019/PL-1296-rackel_silva_resende-GO.pdf.

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

32. da Costa ML, Moaraes RB, Vaz DWN, dos Santos GA, Duarte RCC, Santos Junior JAB, et al. Avaliação dos pacientes com Diabetes e Hipertensão em uma Estratégia de Saúde da Família localizada na zona rural do interior do Estado do Pará. *Research, Society and Development* 2021; 10(3): 1-8.
33. Martins AMEBL, Sampaio HAC, Diogo ATS, Lima PXV, Mesquita LGM, Souto CA, et al. História do Letramento em Saúde: uma revisão narrativa. *Revista Unimontes Científica* 2022; 24(2): 1–23.
34. Garber AJ, Abrahamson MJ, Barzilay JI, Blonde L, Bloomgarden ZT, Bush MA et al. Consensus Statement by The American Association of Clinical Endocrinologists and American College of Endocrinology on the Comprehensive Type 2 Diabetes Management Algorithm – 2018 Executive Summary. *Endocr Pract* 2018; 24(1): 91-120.
35. Tabela brasileira de composição de alimentos (TACO). Campinas: Núcleo de Estudos e pesquisas em Alimentação (NEPA)/UNICAMP, 4ª edição revisada e ampliada, 2011. 161 p. [internet]. 2011 [citado 22 abr. 2025]. Disponível em: https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/taco_4_edicao_ampliada_e_revisada.pdf.
36. Surma S, Oparil S. Coffee and Arterial Hypertension. *Curr Hypertens Rep* 2021; 23(7): 38.
37. Allen TS, Bhatia HS, Wood AC, Momin SR, Allison MA. State-of-the-Art Review: Evidence on Red Meat Consumption and Hypertension Outcomes. *American Journal of Hypertension* 2022; 35(8): 679-687.
38. Oliveira ES, Jesus AP, Martinez RA. Disponibilidade de acesso a alimentos saudáveis nos municípios da microrregião Ilhéus-Itabuna do Estado da Bahia (Brasil). *Finisterra* 2021; 56(118): 111-129.
39. Yuan Y, Jomaa L, O’Briant J, Powell K. Food Literacy and Mental Health Among College Students Using Campus Food Pantry Services in a Historically Black Institution in the United States. *Current Developments in Nutrition* 2024; 8(2).
40. DeCS/MeSH. Descritores em Ciências da Saúde. Descritor em português “Quilombolas” [Internet]. BIREME/OPAS/OMS, 2022. [citado 14 abr. 2025]. Disponível em: https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=59907&filter=ths_termall&q=quilombolas.

Submetido em: 17/10/2023

Aceito em: 15/10/2025

Publicado em: 2/4/2026

CONTRIBUIÇÕES PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DE POLÍTICAS DE LETRAMENTO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Contribuições dos autores
<p>Lucinaura Pereira Gonçalves: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, investigação, metodologia, disponibilização de ferramentas, design da apresentação de dados e redação do manuscrito original.</p> <p>István Van Deursen Varga: Conceituação, investigação, metodologia, administração do projeto, disponibilização de ferramentas, supervisão e redação – revisão e edição.</p> <p>Luana Lopes Padilha: Conceituação, curadoria de dados, análise formal, metodologia, disponibilização de ferramentas, validação de dados e experimentos e redação – revisão e edição.</p>
Todos os autores aprovaram a versão final do texto.
<p>Conflito de interesse: Não há conflito de interesse.</p> <p>Financiamento: Não possui financiamento</p>
<p>Autor correspondente: Lucinaura Pereira Gonçalves Universidade Federal do Maranhão – UFMA Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga. Cidade Universitária Dom Delgado. Departamento de Biologia, 2º andar do anexo. São Luís/MA, Brasil. CEP 65080-805</p>
<p>Editora chefe: Dra. Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz</p> <p>Editor: Dr. Giuseppe Potrick Stefani</p>

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da licença Creative Commons.

