

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA

**INQUÉRITO DE SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO
INFANTIL EM QUILOMBOS DA REGIÃO LITORÂNEA DO ESTADO DA
PARAÍBA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

RECIFE

2021

RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA

**INQUÉRITO DE SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO
INFANTIL EM QUILOMBOS DA REGIÃO LITORÂNEA DO ESTADO DA
PARAÍBA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Dr.^a Maria Cynthia Braga

Co-orientadora: Dr.^a Carolline de Araújo Mariz

RECIFE

2021

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

C972i Cunha, Rafaela Domingos da.

Inquérito de saúde e segurança alimentar da população infantil em Quilombos da região litorânea do Estado da Paraíba durante a pandemia de Covid-19/Rafaela Domingos da Cunha.— Recife: [s. n.], 2021.

66 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Maria Cynthia Braga; Coorientadora: Carolline de Araújo Mariz.

1. Inquéritos Epidemiológicos. 2. Saúde da Criança. 3. Acesso aos Serviços de Saúde. 4. Segurança Alimentar. 6. Grupo com Ancestrais do Continente Africano. I. Braga, Maria Cynthia. II. Mariz, Carolline de Araújo. III. Título.

CDU 614.4

RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA

**INQUÉRITO DE SAÚDE E SEGURANÇA ALIMENTAR DA POPULAÇÃO
INFANTIL EM QUILOMBOS DA REGIÃO LITORÂNEA DO ESTADO DA
PARAÍBA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Saúde Pública do Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo
Cruz, como parte dos requisitos para a
obtenção do título de Mestre em Ciências.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Maria Cynthia Braga
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Thaynã Ramos Flores
Universidade Federal de Pelotas

Dra. Simone Elizabeth Duarte Coutinho
Universidade Federal da Paraíba

Dra. Maria de Fátima Pessoa Militão de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Wanessa da Silva Gomes
Universidade de Pernambuco- UPE

Às famílias e crianças
quilombolas da faixa litorânea
do estado da Paraíba

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Maria e Carlos, pelos ensinamentos, amor e apoio incondicional. Por contribuírem com o que hoje sou e por incentivarem a ser mais. Ao meu irmão, Eduardo, por em nossas diferenças, ensinar-me a amar, acolher e compreender o diferente. À vovó Antônia, que em sua simplicidade e serenidade diante da vida, ensina-me que apesar de... precisamos seguir.

Ao Professor Wilton Padilha, pela amizade que contribui, incondicionalmente, na minha formação como sanitarista e ser humano. Pelas reflexões e enfrentamentos compartilhados.

À minha orientadora, Dr^a Cynthia Braga, pelo esforço e dedicação imensuráveis, pela competência que ensina, pelo exemplo, pelos ensinamentos compartilhados, pelos quais sou e serei infinitamente grata. À minha coorientadora, Dr^a Caroline de Araújo, pelo cuidado, atenção e destreza ao longo de todo o processo, pelas observações que me ensinaram um fazer atento e responsável. Ensinamentos que jamais serão esquecidos.

Às lideranças das comunidades quilombolas da faixa litorânea do estado da Paraíba, às famílias e às crianças, pela parceria e confiança.

“Como sei pouco, e sou pouco,
faço o pouco que me cabe me dando inteiro.
Sabendo que não vou ver o homem que
quero ser. Já sofri o suficiente para não
enganar a ninguém: principalmente aos que
sofrem na própria vida, a garra da opressão, e
nem sabem. Não tenho o sol escondido no
meu bolso de palavras. Sou simplesmente um
homem para quem já a primeira e desolada
pessoa do singular – foi deixando,
devagar, sofredamente de ser, para
transformar-se – muito mais sofredamente –
na primeira e profunda pessoa do plural.
Não importa que doa: é tempo de avançar de
mão dada com quem vai no mesmo rumo
mesmo que longe ainda esteja de aprender a
conjuguar o verbo amar. É tempo sobretudo
de deixar de ser apenas a solitária vanguarda
de nós mesmos. Se trata de ir ao encontro.
(Dura no peito, arde a límpida verdade dos
nossos erros.) Se trata de abrir o rumo.
Os que virão, serão povo, e saber serão,
lutando.”

– *Para os que Virão*, Thiago de Mello

CUNHA, Rafaela Domingos da. **Inquérito de saúde e segurança alimentar da população infantil em quilombos da região litorânea do estado da Paraíba durante a pandemia de COVID-19**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

RESUMO

As comunidades quilombolas constituem o símbolo mais expressivo da resistência e da opressão histórica vivenciada pelo povo negro no Brasil. Dispersas por todo o território brasileiro, a maioria dessas comunidades se concentram na região Nordeste, onde o nível de desenvolvimento humano é inferior e as dificuldades de acesso ao saneamento básico e à educação são maiores quando comparados às demais regiões do país. O isolamento social imposto pela pandemia da COVID-19 levou à redução da atividade econômica e o aumento do desemprego da população mundial, refletindo diretamente nas condições de saúde e na segurança alimentar (SA) entre os mais vulneráveis como os afrodescendentes. Neste contexto, as desigualdades sociais determinadas por questões étnico-raciais no Brasil tornaram-se mais acentuadas e produziram forte impacto nas condições de saúde destes indivíduos. Objetivou-se caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde e de acesso aos serviços de saúde infantil e analisar sua relação com o nível de SA das famílias de crianças com até 10 anos de idade, residentes em quilombos da faixa litorânea do estado da Paraíba, durante a pandemia de COVID-19. Estudo de corte seccional, de base populacional, envolvendo o universo de crianças na faixa etária de interesse do estudo. A coleta de dados ocorreu entre junho e agosto de 2021 por meio de entrevista estruturada. A entrada dos dados foi realizada na plataforma *REDCap*. A associação entre SA e características sociodemográficas, de acesso aos serviços de saúde e condição de saúde da criança foi analisada pelo método da regressão logística bruta e ajustada. Realizou-se análise univariada da associação da variável insegurança alimentar (IS) grave a moderada com as variáveis independentes investigadas. Devido à baixa frequência de famílias em situação de SA, esta condição foi agregada à situação de IS leve. Foram incluídas no modelo de regressão múltipla, as variáveis associadas à IS a um nível de significância de $p < 0,20$, na análise univariada. O método de seleção das variáveis nos modelos de regressão múltipla final foi *backward stepwise* e com base nos valores dos logaritmos da razão de verossimilhança. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo do *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos de confiança (IC) de 95%. Foram mantidas no modelo final as variáveis que se apresentaram independentemente associadas ao evento a um nível de 0,05. Um total de 357 crianças, distribuídas nas quatro comunidades quilombolas da faixa litorânea, tiveram o consentimento dos pais e participaram do estudo. Aproximadamente 95% das famílias entrevistadas se encontravam em situação de IS e cerca de 35% delas apresentavam estado de IS moderada/grave. Faixa etária <5 anos (OR=0,56; IC95%:0,35–0,90; $p=0,018$), doença respiratória nos últimos sete dias (OR=2,01; IC95%:1,08–3,77; $p=0,028$) e cartão de vacina desatualizado (OR=1,97; IC95%:1,01–3,87; $p=0,046$) permaneceram associados à IS no modelo multivariado, constituindo fatores independentemente associados ao evento. A chance de crianças com idade menor que cinco anos serem de família com estado de IS moderada/grave foi cerca de 40% menor quando comparadas às crianças com idade maior que cinco anos. Acredita-se que pesquisas sobre este tema possam subsidiar o planejamento e a intervenção de ações efetivas na prevenção e promoção em saúde para esse grupo específico da população.

Palavras-chaves: Inquérito de Saúde; Saúde Infantil; Acesso aos Serviços de Saúde; Segurança Alimentar; Quilombola

CUNHA, Rafaela Domingos da. **Inquérito de saúde e segurança alimentar da população infantil em quilombos da região litorânea do estado da paraíba durante a pandemia de COVID-19.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

ABSTRACT

Quilombola communities are the most expressive symbol of resistance and the historical oppression experienced by black people in Brazil. Scattered throughout the Brazilian territory, most of these communities are concentrated in the Northeast region, where the level of human development is lower and the difficulties in accessing basic sanitation and education are greater when compared to other regions of the country. The social isolation imposed by the COVID-19 pandemic led to a reduction in economic activity and an increase in unemployment of the world population, directly reflecting on health conditions and food security (FS) among the most vulnerable, such as Afro-descendants. In this context, social inequalities determined by ethnic-racial issues in Brazil became more accentuated and had a strong impact on the health conditions of these individuals. The objective was to characterize the sociodemographic, health and access profile of children's health services and to analyze their relationship with the level of AS of families of children up to 10 years old, living in quilombos on the coast of the state of Paraíba, during the COVID-19 pandemic. A cross-sectional, population-based study involving the universe of children in the age group of interest to the study. Data collection took place between June and August 2021 through a structured interview. Data entry was performed on the REDCap platform. The association between AS and sociodemographic characteristics, access to health services and the child's health condition was analyzed using the crude and adjusted logistic regression method. A univariate analysis of the association between the severe to moderate food insecurity (FI) variable and the independent variables investigated was performed. Due to the low frequency of families in a situation of AS, this condition was added to the situation of mild IS. The variables associated with IS at a significance level of $p < 0.20$ in the univariate analysis were included in the multiple regression model. The method for selecting variables in the final multiple regression models was backward stepwise and based on the values of the logarithms of the likelihood ratio. The magnitude of the associations was estimated by calculating the Odds Ratio (OR) and their respective 95% confidence intervals (CI). The variables that were independently associated with the event at a level of 0.05 were kept in the final model. A total of 357 children, distributed in the four quilombola communities along the coast, had parental consent and participated in the study. Approximately 95% of the families interviewed were in a situation of IS and about 35% of them had a state of moderate/severe IS. Age group < 5 years (OR=0.56; 95% CI:0.35-0.90; $P=0.018$), respiratory disease in the last seven days (OR=2.01;95%CI:1.08-3.77; $p=0.028$) and outdated vaccine card (OR=1.97; 95%CI:1.01-3.87; $p=0.046$) remained associated with IS in the multivariate model, constituting factors independently associated with the event. The chance of children younger than five years old being from a Family with moderate/severe IS status was about 40% lower when compared to children older than five years old. It is believed that research on this topic can support the planning and intervention of effective actions in prevention and health promotion for this specific group of the population.

Keywords: Health Survey; Children's health; Access to Health Services; Food Safety; Quilombola.

SUMÁRIO

1INTRODUÇÃO	11
2JUSTIFICATIVA	21
3HIPÓTESE	22
4PERGUNTACONDUTORA	22
5OBJETIVOS	23
5.1ObjetivoGeral.....	23
5.2ObjetivosEspecíficos.....	23
6METODOLOGIA	23
6.1Desenhodoestudo	23
6.2Localepopulaçãodeestudo	23
6.3Coletadedados	25
6.4Variáveisdeestudo	26
6.4.1Bloco de variáveis socioeconômicas da família e características do domicílio	26
Quadro 2: Variáveis relacionadas às características do domicílio.....	26
Quadro 3: Variáveis relacionadas às informações sociodemográficas do responsável pelo domicílio.....	28
6.4.2 Bloco de variáveis sociodemográficas, de saúde e nutrição das crianças	30
Quadro 4: Variáveis relacionadas às informações sociodemográficas da criança.....	30
Quadro 5: Variáveis relacionadas às informações de saúde das crianças.....	31
6.5 Processamento e análise dos dados	34
7CONSIDERAÇÕESÉTICAS	35
8RESULTADOS	35
9DISCUSSÃO	45
10CONCLUSÕES	51
REFERÊNCIASBIBLIOGRÁFICAS	53
APÊNDICES	61

APÊNDICE I-TCLE.....	61
APÊNDICE II-TALE.....	63
ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	65

1 Introdução

O Brasil é considerado a maior nação negra do mundo fora da África (HENRIQUES, 2001; KOCHERGIN, 2014). Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) indicam que a população negra no Brasil, incluindo pretos e pardos, é de aproximadamente 100 milhões de pessoas, representando 54% da população do país (IPEA, 2015). Levantamentos demográficos conduzidos a partir de 2010 revelaram um aumento na autodeclaração de indivíduos considerados pretos e pardos no país, sendo este fenômeno resultante das políticas governamentais afirmativas dirigidas à reparação da marginalização social a qual a população negra está historicamente submetida (IPEA, 2011).

No Brasil, as desigualdades sociais determinadas por questões étnico-raciais têm se refletido no perfil de condições de vida e saúde da população de cor preta, parda e indígena, que apresenta piores indicadores de saúde quando comparada à população branca (CHOR, 2005; IBGE, 2019; RISCADO, 2010). Estas evidências são fortalecidas por dados de mortalidade dos municípios brasileiros do Ministério da Saúde (MS), que mostraram que, em 2010, houve maior proporção de mortes entre indivíduos de cor preta e/ou parda, na faixa etária entre 5 e 24 anos de idade, e maior vulnerabilidade da população negra ao desenvolvimento de doenças crônicas (SUS; DATASUS, 2011). Estes dados são corroborados por estudos, como o conduzido por Silva e cols. (2018) com 1.263 idosos residentes na cidade de São Paulo, que constatou percentual mais elevado de hipertensos (83% *versus* 64,4%) e de diabéticos (40% *versus* 23,8%) entre os idosos negros e pardos quando comparados aos de cor branca.

A população negra brasileira está concentrada nas regiões mais pobres do país, onde o nível de desenvolvimento humano é inferior ao da população em geral, incluído o acesso restrito a saneamento básico, educação e postos de trabalho (BARATA, 2009). Dados do IBGE revelaram que as chances de pessoas negras residirem em áreas periféricas equivaleram ao dobro da chance de pessoas brancas, como observado na cidade do Rio de Janeiro, onde 30% da população negra reside em aglomerados urbanos subnormais (favelas), enquanto apenas 14% da população branca reside nestas áreas (IBGE, 2019).

Na população brasileira, as iniquidades raciais são igualmente observadas em relação ao nível de escolaridade e à renda (IPEA, 2014). Dados recentes do IBGE

apontam que a taxa de analfabetismo entre as pessoas pretas e pardas é de 9,1%, enquanto na população branca essa taxa, de 3,9%, é cerca de três vezes menor. Segundo esta mesma fonte, os rendimentos da população negra são equivalentes a 57,5% da remuneração recebida pelas pessoas brancas, sendo esta defasagem atribuída a menores oportunidades educacionais e ocupacionais (IBGE, 2019).

A cor da pele também determina o status de saúde materna, de acordo com estudos conduzidos no âmbito nacional e internacional. Estudo norte-americano que envolveu 2.400 mulheres que deram à luz, com idade entre 18 e 45 anos, observou maior relato de discriminação percebida devido à sua raça nas mulheres negras quando comparadas às mulheres brancas, durante o pré-natal e parto (ATTANASIO; KOZHIMANNIL, 2016). Outro estudo realizado nos Estados Unidos constatou que as mulheres negras eram menos propensas a iniciar o acompanhamento pré-natal e seguir adequadamente os cuidados pré-natais até o final da gravidez, quando comparadas às brancas (GADSON, 2017). No Brasil, corroborando os resultados desses estudos, levantamento recente do Ministério da Saúde constatou menor proporção de mulheres negras que realizavam o mínimo recomendado de seis consultas de pré-natal (69,8% *versus* 84,9%) e menor acesso ao cuidado em saúde (54,2% *versus* 69,8%) quando comparadas às mulheres brancas (BRASIL; 2016, 2017).

No Brasil, piores indicadores de saúde têm sido igualmente observados nas crianças negras em relação às brancas, possivelmente decorrente das desigualdades sociais, incluindo renda, escolaridade e condições de vida vivenciadas por suas famílias (IBGE, 2019). Análise conduzida na coorte de Pelotas, Rio Grande do Sul, que envolveu 5.305 nascidos vivos, constatou que a população negra infantil era majoritariamente oriunda de famílias mais pobres e que suas respectivas mães possuíam menor escolaridade (BARROS; VICTORA; HORTA, 2001). Esse mesmo estudo mostrou piores indicadores de saúde na população infantil negra, observando-se maior frequência de baixo peso ao nascer, maiores taxas de mortalidade neonatal e infantil, maior frequência de hospitalizações no primeiro ano de vida e um maior percentual de crianças não vacinadas quando comparadas às brancas.

As comunidades quilombolas constituem o símbolo mais expressivo da resistência e da opressão histórica vivenciada pelo povo negro no Brasil. “Trata-se de grupos étnico-raciais, segundo critérios de auto atribuição, com trajetória histórica própria, dotados de relações territoriais específicas, com presunção de ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida”, segundo o Decreto nº 4.887, de 20 de novembro

de 2003. Dessa forma, essa população é considerada especial, considerando a situação de marginalização social, que é agravada pela ausência de efetividade de políticas públicas e consequente degradação do seu patrimônio cultural e territorial, além do acesso limitado aos direitos cidadãos em sua plenitude (VIEIRA; MONTEIRO, 2013; WERNECK, 2016).

O termo quilombo foi originado dos africanos *bantus*, em Angola, e se referia à acampamento de guerreiros, conhecido como o espaço protagonizado por negros nos quais havia a busca por liberdade e harmonia, sendo a coesão coletiva pela identidade étnica muito mais significativa do que pela relação com o território (NASCIMENTO, 2006). No Brasil, a legalização dos quilombos ocorreu com a promulgação da Constituição Federal de 1988 e, atualmente, estima-se que a população quilombola é de aproximadamente 1,7 milhões de pessoas distribuídas em 1.834 comunidades certificadas pela Fundação Palmares em todo o país, a maioria concentrada na região Nordeste (64%) (BRASIL, 2013).

As comunidades quilombolas brasileiras que, em geral, vivenciam um razoável nível de isolamento geográfico, em geral, possuem dificuldades de acesso aos bens e serviços, tais como escola, serviços de saúde e transporte público (BANAL & FORTES, 2013). A perda progressiva do território e a dificuldade de obtenção da titulação dessas terras levaram a um cenário de pobreza e à privação alimentar em quantidade e qualidade, sendo este contexto favorável à desnutrição e a maior ocorrência de doenças nesta população, particularmente a infantil (FERREIRA, 2011). Estudos conduzidos nestas comunidades retratam, em geral, um contexto sanitário precário, principalmente com dificuldades de acesso à água potável (FERREIRA, 2011; PARAÍBA, 2012). Levantamento realizado na última década nos povoados “Kalunga”, estado de Goiás, constatou a precariedade das condições de vida desta população, havendo a ausência de acesso à água potável e de destino adequado de dejetos (VIEIRA; MONTEIRO, 2013). Este problema foi igualmente reportado em um importante estudo feito nas comunidades quilombolas do estado de Alagoas, que mostrou que 36 % das moradias não eram abastecidas por empresa de saneamento básico, ocorrendo, diante disso, a utilização de água oriunda de fontes não seguras (FERREIRA, 2011).

Estudo desenvolvido com o objetivo de analisar as condições de vida, saúde e perfil de morbidade de comunidades quilombolas do semiárido baiano, constatou a ausência de esgotamento sanitário em 99,5% das residências, sendo os dejetos depositados em fossas rudimentares, retratando uma situação sanitária que expõe os

moradores do território ao risco de apresentar agravos à saúde e doenças (ARAÚJO et al.; 2019). Outro estudo, ocorrido entre 2013 e 2014, no qual houve a submissão à análise microbiológica de amostras de água provenientes da comunidade quilombola denominada assentamento “Vão grande”, no Estado de Mato Grosso. Identificou-se a presença de coliformes em 100% das amostras de água. Tal percentual é relacionado a ausência de saneamento básico na comunidade (FERREIRA et al.; 2017)

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da População Negra (PNSIPN) foi instituída pelo Ministério da Saúde, em 2009, com o intuito de promover a equidade no acesso à saúde, impulsionou a elaboração de mecanismos institucionais no enfrentamento das desigualdades vivenciadas pela população negra e do racismo no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2017; WERNECK, 2016).

Entretanto, estudos desenvolvidos em territórios quilombolas apontam a carência de políticas e ações voltadas à redução da vulnerabilidade desta população. *Kochergin e cols* (2014), em inquérito de saúde realizado em Vitória da Conquista, na Bahia, observaram que a avaliação negativa da condição de saúde da população quilombola que participou do estudo esteve associada à piora da condição socioeconômica, suporte social e hábitos de vida frente às demandas sociais e culturais.

A atenção primária à saúde da população quilombola é realizada pela Estratégia de Saúde Família (ESF) (VIEIRA; MONTEIRO, 2013), embora levantamento realizado em 11 comunidades quilombolas, distribuídas nas cinco regiões do país, tenha demonstrado deficiências no acesso e qualidade da atenção prestada nos serviços de saúde, como longas distâncias da residência e dificuldades ou impossibilidade de transporte dos doentes às unidades de saúde, além de deficiências na oferta de serviços de qualidade, com longas filas e longa espera para o atendimento (SILVA; LIMA; HAMANN, 2010).

No Brasil, dados nacionais sobre o perfil socioeconômico das famílias quilombolas e da situação nutricional das crianças quilombolas eram escassos até 2006, quando foi realizada Chamada Nutricional Quilombola, que constituiu um importante inquérito de saúde e constituiu pesquisa pioneira nesta população (BRASIL, 2006). Desde então, outros inquéritos de saúde quilombola têm sido conduzidos no Brasil, que têm reportado elevada morbimortalidade, além de dificuldades no acesso a serviços de saúde. Guerrero e cols. (2007) constataram uma taxa de mortalidade infantil de 50 óbitos para cada mil nascidos vivos, de março a abril de 2006, durante a condução da pesquisa domiciliar censitária em seis comunidades quilombolas do município de Santarém, no

Pará. Esta taxa de mortalidade foi superior à média nacional, que era de 27 óbitos por mil nascidos vivos, no mesmo período (PNUD, 2004). Amorim e cols. (2013), estudando uma amostra aleatória de 467 quilombolas residentes na comunidade quilombola de Boqueirão, na Bahia, de março a junho de 2009, verificaram elevada proporção de indivíduos que nunca haviam realizado consulta odontológica (30%) e de mulheres que nunca haviam realizado exames preventivos para o câncer de mama e ginecológico (60%), além de elevada prevalência de parasitoses intestinais, de 35%, na população.

A segurança alimentar é conceituada como o direito ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base as práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam sociais, econômicas e ambientalmente sustentáveis (CORRÊA; LEON, 2009)

Embora a alimentação e a nutrição sejam consideradas direitos humanos inalienáveis, o direito à saúde e à alimentação regular continuam sendo violados no Brasil, condição que expõe populações à situação de vulnerabilidade e que pode levar à insegurança alimentar e nutricional das famílias (MACIEL, *et al.*; 2021; SILVA, *et al.*; 2017).

As desigualdades sociais e a pobreza são importantes determinantes da insegurança alimentar (IS). Segundo o relatório da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) publicado em 2020, a insegurança alimentar moderada ou grave afetou dois bilhões de indivíduos no mundo durante o ano de 2019. Desse montante, 746 milhões sofreram insegurança alimentar grave (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2020).

Na América Latina, dados recentes atestam que a população afetada pela insegurança alimentar grave ou moderada é de aproximadamente 190 milhões de pessoas (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2020). No Brasil, segundo dados da Pesquisa de Orçamento Familiares (POF) realizada entre 2017 e 2018, cerca de 40% dos domicílios brasileiros sofriam algum grau de IS, totalizando-se aproximadamente 85 milhões de pessoas (IBGE, 2020). No país, o cenário de iniquidades sociais historicamente não superadas, somadas à política de implantação do teto de gastos públicos federais aprovada em 2016 (A Emenda Constitucional n.º 95/2016) e o desmonte das políticas de proteção social promotoras da segurança alimentar e nutricional, tendem agravar a desigualdade social e a IS destes grupos populacionais mais vulneráveis. Sendo assim, em um cenário histórico e estruturalmente desigual, torna-se primordial o estudo da realidade da

(in)segurança alimentar e seus fatores associados para a promoção da saúde e o planejamento de políticas públicas voltadas ao problema BARRETO, *et al.*; 2020; RIBEIRO-SILVA, *et al.*; 2020; SÍCOLI, 2014).

Estudo desenvolvido em uma comunidade quilombola no Norte de Minas Gerais concluiu que 83,3% das famílias viviam em insegurança alimentar, 60% apresentaram insegurança alimentar leve, 15% viviam em insegurança alimentar moderada e 25% em insegurança alimentar grave, confirmando a situação de vulnerabilidade da população quilombola (RIBEIRO, *et al.*, 2015).

Os impactos da IS, principalmente na saúde das crianças, são diversos e podem se estabelecer no organismo cronicamente, por ser um período da vida decisivo para o crescimento e o desenvolvimento. Segundo estudos desenvolvidos em comunidades quilombolas dos estados do Pará e Alagoas, concluiu-se que a privação alimentar favorece o déficit estatural e a infecções frequentes na população infantil (GUIMARÃES; SILVA, 2015; IBGE, 2006; LEITE, *et al.*, 2013)

O maior inquérito de saúde infantil quilombola foi conduzido no estado de Alagoas, onde foram estudadas 39 comunidades quilombolas e 724 crianças menores de cinco anos de idade. Os autores evidenciaram condições precárias de saúde infantil, observando-se elevada prevalência de afecções do sistema respiratório (57%), diarreia (26%), anemia (48%) e déficit de estatura (9,7%) (LEITE *et al.*, 2013). Corroborando com estes resultados, o estudo de Marques e *cols.* (2014), realizado no quilombo de Buriti do Meio, ao norte do estado de Minas Gerais, que envolveu crianças quilombolas menores de 2 anos de idade, constatou níveis insatisfatórios de acessibilidade aos serviços de saúde, que corresponderam a valores de escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS) $\leq 6,6$, sendo estes valores inferiores aos considerados aceitáveis.

Uma síntese dos inquéritos de saúde na população quilombola no Brasil são apresentados no Quadro 1.

Quadro I- Inquéritos de saúde na população quilombola no Brasil

Autor	Local	Ano	Objetivo	Amostra	Principais resultados
BRASIL	Inquérito nacional em 22 unidades federadas	2006	Caracterizar o perfil sociodemográfico das famílias e o estado nutricional de crianças < 5 anos.	2.941 crianças (<5 anos de idade)	- Abastecimento de água dos domicílios por água de poços ou nascentes: 43,8%; - Domicílios com esgotamento sanitário de vala ou a céu-aberto: 45,9%; - Déficit pondo-estatural: 11%
GUERRERO <i>et al.</i> ,	Santarém, Pará.	2007	Analisar a mortalidade infantil em áreas quilombolas do município de Santarém, Pará.	Filhos de 2.197 mulheres (15 a 49 anos de idade)	- Taxa de mortalidade: 38,6 mortes por mil nascidos vivos.
GOMES <i>et al.</i> ,	Vitória da Conquista, Bahia.	2011	Analisar o uso de serviços de saúde pela população quilombola de Vitória da Conquista, Bahia.	797 adultos (≥ 18 anos)	- Uso de serviço de saúde nos 12 meses: 57,1%.
FERREIRA <i>et al.</i> ,	Estado de Alagoas	2011	Descrever as condições de nutrição e saúde das crianças de 39 comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas.	973 crianças (6 a 59 meses de idade)	-Anemia identificada em 52,7% das crianças, -Déficits de Peso para a idade equivalente a 3,4%; -Déficit de Peso para a estatura identificado em 2,0%; -Déficit de Estatura para a idade identificado em 11,5%; -Sobrepeso identificado em 7,1%.
AMORIM <i>et al.</i> ,	Comunidade quilombola Boqueirão, Bahia	2013	Realizar o levantamento das condições de habitação e saúde da população.	467 indivíduos (0 a 90 anos de idade)	-95,5% informaram ser usuários do SUS; -23% dos indivíduos entrevistados declararam sofrer de hipertensão; - 88% das residências não possuem água encanada, sendo os poços, cisternas ou açude as principais fontes de obtenção de água; -75,3% das residências não possuíam instalações sanitárias. -Não existe coleta de lixo, sendo todos os resíduos produzidos na comunidade, queimados pelos próprios moradores (94,2%) ou jogados em terrenos baldios.

LEITE <i>et al.</i> ,	Estado de Alagoas	2013	Avaliar o estado nutricional e de saúde das crianças das comunidades quilombolas de Alagoas.	724 crianças (12 a 60 meses)	-Infecções do sistema respiratório: 57,3%; -Diarreia: 26,1%; -Anemia: 48,0%; -Déficit estatural: 9,7%.
AACADE	Estado da Paraíba	2014	Avaliar a situação de segurança alimentar de 38 comunidades quilombolas da Paraíba; e identificar o estado nutricional e de saúde das crianças quilombolas menores de 5 anos.	1.905 domicílios	-Insegurança alimentar: 36,2% das famílias; -Diarreia em < 5 anos de idade, nos últimos seis meses: 29,7%; -Infecção respiratória aguda em < 5 anos: 7,9%; -Crianças com alteração nutricional: 39,4%; -Crianças com baixa estatura para a idade: 4,7%.
BEZERRA <i>et al.</i> ,	Vitória da Conquista, Bahia.	2014	Apresentar a metodologia, resultados descritivos preliminares e a confiabilidade dos instrumentos utilizados no Projeto COMQUISTA.	797 indivíduos (≥ 18 anos)	A hipertensão arterial foi associada com a idade, classe econômica, escolaridade, a inatividade física e o excesso de peso (sobrepeso e obesidade).
BARROSO; MELO; GUIMARÃES	Vitória da Conquista, Bahia	2014	Estimar a prevalência de depressão em cinco comunidades quilombolas do estado da Bahia, Brasil.	764 indivíduos (≥ 18 anos)	- 47, 8% tinha depressão classificada como moderada
FERREIRA; TORRES.	Comunidade Bom Despacho, Alagoas.	2015	Caracterizar a situação de saúde de mulheres e crianças em uma comunidade quilombola no Nordeste do Brasil, antes e após sua certificação.	Antes da certificação (2008): 143 mulheres e 194 crianças Após a certificação (2012): 172 mulheres e 67 crianças.	- Excesso de peso entre mulheres: 59,1% vs. 62,8%; - Circunferência da cintura ≥80cm: 59,5% vs. 57,4%; - Renda familiar per capita >2dólares/dia: 23,2% vs. 67,4%; - Diarreia nas crianças: 10,3% vs.26,9%; - Calendário vacinal atualizado: 80,4% vs. 95,3%; - Suplementação de vitamina A: 70,3% vs. 100,0%; - Amamentação exclusiva ≥ 6meses: 8,7% vs. 44,6%; - Anemia em crianças: 41,6% vs.20,0%.
GUBERT, <i>et al.</i> ,	14 unidades federadas do Brasil.	2016	Identificar fatores associados a insegurança alimentar de famílias quilombolas com ou sem crianças através de uma análise secundária do Censo quilombola desenvolvido em 2011, pelo Ministério do Desenvolvimento Social e de Combate à fome.	8.856 famílias quilombolas.	- Insegurança alimentar severa entre as famílias: 47,8%.

SILVA, <i>et al.</i> ,	Vitória da Conquista, Bahia	2017	Identificar a prevalência de insegurança alimentar nas famílias de 21 comunidades da área rural do município de Vitória da Conquista, entre elas, 9 comunidades remanescentes de quilombo.	1.316 famílias.	- Insegurança alimentar entre as famílias estudadas: 52,1%; - Insegurança alimentar entre quilombolas: 64,9% - Demais famílias: 42%.
SOARES, <i>et al.</i> ,	Estado do Piauí.	2017	Investigar a presença de hemoglobinas variantes em 15 comunidades quilombolas do estado do Piauí.	1.239 indivíduos.	- Traço falciforme AS: 5,4%; - Hemoglobinas variantes entre os negros: 7,85%;
BATISTA, <i>et al.</i> ,	Estado do Maranhão.	2017	Determinar a frequência do HPV entre mulheres quilombolas residentes nas comunidades rurais da Costa Oeste do estado.	395 mulheres (15 a 75 anos)	- Frequência de infecção por HPV de 13%.
NASCIMENTO <i>et al.</i> ,	Estado do Maranhão.	2018	Identificar a frequência de HPV entre mulheres quilombolas residentes nas comunidades rurais da Costa Oeste do estado.	395 mulheres (12 a 84 anos)	- Frequência de infecção por HPV de 12,6%.
SOUSA <i>et al.</i> , 2018.	Santa Teresa, Tocantins.	2018	Descrever a percepção da qualidade de vida dos quilombolas na comunidade Barra do Aroeira no município de Santa Tereza, Tocantins, Brasil.	90 indivíduos 25 crianças (10 a 13 anos) e 65 adultos (14 a 81 anos)	- O estudo demonstrou que entre as crianças o fator familiar apresentou maiores escores, seguido dos fatores Função, Lazer e Autonomia, respectivamente. - Ao estudar os adultos, o domínio com melhor escore foi o de Relações sociais, porém, o domínio Físico apresentou o pior escore para homens e mulheres.

A pandemia de COVID-19, causada pelo vírus SARS-Cov-2, decretada pela OMS em março de 2020 (OPAS, 2020), tem constituído o maior desafio sanitário do século XXI. O isolamento social imposto pela pandemia levou à redução da atividade econômica e ao aumento do desemprego, que mundialmente foi acompanhado por diversas violações dos direitos humanos, dentre eles, o direito à alimentação e segurança alimentar do indivíduo e das famílias. As consequências deste contexto adverso imposto pela COVID-19 foram mais expressivas nas populações mais vulneráveis, como os afrodescendentes, os indígenas e as crianças (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2020; FREITAS, *et al.*; 2020). Diante disso, a pandemia acentua as desigualdades prevalentes no Brasil e destaca a necessidade da efetivação de políticas públicas universais de renda básica (ALPINO, 2020)

Sendo assim, a investigação do grau de segurança alimentar nos territórios quilombolas tornou-se mais relevante no contexto pandêmico da COVID-19. Refletir e investigar esse processo em um país, que já vivencia a desigualdade estrutural principalmente no aspecto étnico-racial, como o Brasil, torna-se primordial (FREITAS, *et al.*, 2020; BARRETO, *et al.*, 2020).

O estado da Paraíba possui 29 comunidades quilombolas tituladas ou em processo de titulação (COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO, 2016). Um censo conduzido em 2012 no estado, dividiu a história recente destas comunidades em antes e após o censo, pois constituiu a base de indicadores para o cumprimento do direito constitucional à terra e à preservação de sua história e cultura, além de proporcionar a efetivação e implementação de políticas públicas. Além disso, este censo permitiu identificar, dentre outros fatores, a precariedade das condições de moradia, tendo a metade da população quilombola paraibana sem acesso à água tratada e sistema de saneamento básico. De acordo com este levantamento, cerca de 40% das famílias vivenciam situações de insegurança alimentar, baixa qualidade e quantidade da alimentação e 39,4% das crianças menores de 5 anos apresentam problemas nutricionais, como sobrepeso (22,6%) e desnutrição (16,8%), resultado que aponta para os dois extremos da má qualidade da alimentação, não saudável e com pouca variabilidade das fontes de nutrientes (PARAÍBA, 2014)

Diante dos apontamentos realizados, torna-se evidente a necessidade da caracterização do perfil sociodemográfico, de saúde e de acesso aos serviços de saúde do universo de crianças quilombolas (0-9 anos de idade) residentes na faixa litorânea do Estado da Paraíba; assim como a associação entre a segurança alimentar e as condições de saúde dessas crianças. Esse estudo proverá informações sobre as condições de vida da

população infantil quilombola e suas famílias, na Paraíba, especialmente no contexto de pandemia da COVID-19.

2 Justificativa do estudo

A população quilombola, dada a sua trajetória histórica e ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica sofrida, vivencia uma situação de marginalização social relacionada ao racismo estrutural que se reflete na ausência de políticas públicas efetivas e acesso limitado aos direitos cidadãos em sua plenitude.

Em relação à população quilombola, a perda progressiva do território e a dificuldade de obtenção da titulação dessas terras levaram a um cenário de pobreza e de privação alimentar em quantidade e qualidade, que favorecem a desnutrição e surgimento de doenças nesta população, particularmente a infantil. O censo das comunidades quilombolas do estado da Paraíba, ocorrido em 2012, demonstrou as precárias condições de vida, de insegurança alimentar desta população e insatisfatórias condições nutricionais e de saúde das crianças.

Apesar dos avanços no SUS, problemas estruturais persistem, no processo organizacional e na governança, baixo fundo público e baixa otimização na alocação de recursos, comprometendo cada vez mais as disparidades regionais já existentes e os grupos populacionais economicamente em desvantagem. Desde 2015, as políticas de austeridade fiscal instituídas pelo governo brasileiro levaram a cortes no investimento público nos orçamentos da educação e saúde. A emenda constitucional 95 (EC 95/PEC 55/PEC 241) aprovada em dezembro de 2016 limitou o financiamento federal na saúde por 20 anos, com consequente redução do orçamento da saúde (cerca de 500 bilhões de Reais até 2036). As políticas de saúde mais afetadas são a Estratégia Saúde da Família e a Saúde.

A crise sanitária imposta pela pandemia da COVID-19 proporcionou grandes mudanças na organização do trabalho em saúde, na dinâmica dos serviços e alterações no processo de trabalho, os impactaram diretamente na interação com o usuário, uma vez que as prioridades do atendimento e cuidado em saúde, passaram a ser os sintomáticos respiratórios em detrimento dos atendimentos preventivos (FERNANDEZ, et al., 2021). Além disso, as dificuldades sociais e econômicas igualmente oriundas da pandemia, acentuaram as iniquidades sociais decorrentes dos desmontes das políticas sociais, inclusive programas de segurança alimentar e nutricional, e restrições orçamentárias

ocorridas nos últimos anos, e principalmente nas populações vulnerabilizadas, como as quilombolas. Esse cenário de retrocesso dificulta o acesso dos cidadãos mais vulneráveis economicamente aos alimentos, criando-se, com isso, um cenário de insegurança alimentar aos mais pobres, e reinsere o Brasil no mapa da fome (SANTARELLI, *et al.*, 2019).

É imprescindível, neste cenário de escassez imposto aos mais vulneráveis, direcionar especial atenção ao público infantil, uma vez que as crianças submetidas às situações adversas à saúde, caso sobrevivam, podem vir a apresentar problemas no desenvolvimento e crescimento. Logo, para que as crianças se desenvolvam em sua plenitude; combate à pobreza, alimentação, água potável e educação são itens indispensáveis (UNICEF, 2020).

Nesse contexto social adverso, de iniquidades e de restrição de verbas direcionadas às políticas sociais, da dissolução do Conselho de Segurança Alimentar e de restrição de investimentos dirigidos à Atenção Básica em Saúde (CONSEA), tornou-se oportuno reavaliar o perfil socioeconômico das famílias quilombolas e o perfil de saúde e acesso à serviços de saúde da população infantil residentes nestas comunidades.

As comunidades quilombolas da faixa litorânea do Estado da Paraíba foram selecionadas devido à facilidade de acesso, além de se situarem em uma das regiões mais populosas e com maior parcela da rede de serviços de saúde. Os resultados do estudo fornecerão informações importantes para subsidiar o planejamento e a intervenção de ações efetivas na prevenção e promoção em saúde para esse grupo específico.

3 Hipótese

O perfil de saúde e o acesso aos serviços de saúde da população infantil menor de 10 anos de idade em quilombos da região litorânea do estado da Paraíba, durante a pandemia de COVID-19, são insatisfatórios e estão associados à segurança alimentar das famílias.

4 Pergunta condutora

Qual é o perfil de saúde e o acesso aos serviços de saúde da população infantil menor de 10 anos de idade, residentes em quilombos da região litorânea do estado da

paraíba e qual a associação destes fatores com a segurança alimentar das famílias durante a pandemia de COVID-19?

5 Objetivos

5.1 Objetivo Geral

Caracterizar o perfil sociodemográfico, de saúde e de acesso aos serviços de saúde infantil e analisar sua relação com o nível de segurança alimentar das famílias de crianças com até 10 anos de idade, residentes em quilombos da faixa litorânea do estado da Paraíba, durante a pandemia de COVID-19.

5.2 Objetivos Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e o nível de segurança alimentar das famílias e o perfil de morbidade das crianças estudadas, de acordo com faixa etária e sexo;
- Descrever o acesso aos serviços de saúde das crianças de 0 a 5 anos de idade;
- Analisar a associação da segurança alimentar das famílias com o perfil clínico das crianças e o acesso aos serviços de saúde e benefício governamental.

6 Metodologia

6.1 Desenho do estudo

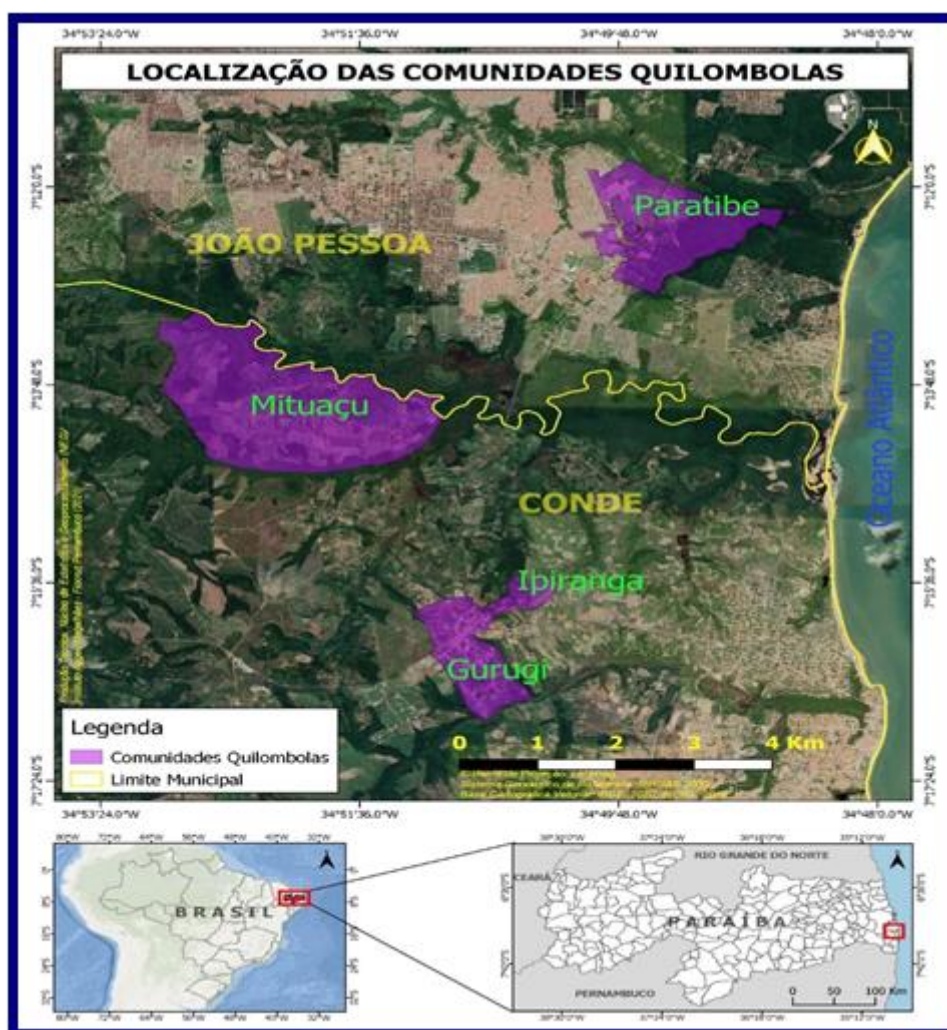
Trata-se de um estudo seccional, de base populacional, descritivo, envolvendo o universo de crianças menores de 10 anos de idade, residentes em quilombos da faixa litorânea do estado da Paraíba.

6.2 Local e população de estudo

O estado da Paraíba abrange uma área territorial de 56.467,239 km², dividida em quatro mesorregiões (Mata Atlântica, Brejo, Agreste e Sertão), com uma população estimada de 4.018.127 pessoas, apresentando uma densidade demográfica de 66,7 hab./km² e um índice de desenvolvimento humano (IDH) de 0,658 (IBGE, 2019).

Segundo dados oficiais, existem atualmente 42 comunidades quilombolas no estado reconhecidas pelo governo federal. Ao todo são 3.050 famílias, com um número aproximado de 15.250 quilombolas. O último censo ocorrido no estado em 2012, recenseou apenas 7.095 indivíduos com situação domiciliar distribuída entre a zona urbana (15,2%) e a zona rural (84,8%). Cerca de 29,8% de toda a população recenseada está distribuída no sertão paraibano (PARAÍBA, 2012). Na região litorânea, encontram-se as comunidades de Ipiranga, Gurugi I e Mituaçu, no município do Conde, e a comunidade de Paratibe, em João Pessoa, capital do estado da Paraíba (tabela 1).

Figura 1: Mapa das comunidades quilombolas da faixa litorânea do Estado da Paraíba



Fonte: Núcleo de Geoprocessamento do Instituto Aggeu Magalhães, Fiocruz/PE.

Tabela 1: Principais características das comunidades quilombolas na região litorânea do estado da Paraíba, 2021

Comunidade	Município	Área geográfica (km ²)	Nº de Domicílios com crianças < 10 anos	Nº Total de moradores	Nº de Crianças < 10 anos
Paratibe	João Pessoa	2,67	86	297	111
Gurugi I	Conde	1,49	73	199	98
Ipiranga	Conde	0,34	50	153	67
Mituaçu	Conde	5,85	98	386	135
Total		10,35	307	1035	357

Fonte: Secretaria de saúde do município do Conde e João Pessoa, IBGE (2020)

6.3 Coleta de dados

Inicialmente as lideranças das quatro comunidades foram contactadas para conhecimento do inquérito de saúde infantil a ser conduzido e obtenção da carta de anuência. Após a anuência dos líderes, a equipe da pesquisa obteve as listas das famílias residentes nas comunidades e, na companhia dos agentes de saúde da área, deu-se início às visitas domiciliares às residências com crianças na faixa etária do estudo.

Após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) – (Apêndice I), pelo responsável, e do termo de assentimento livre e esclarecido (TALE) – (Apêndice II), caso a criança possuísse idade entre 7 e 10 anos, as informações foram coletadas por meio de entrevista utilizando questionário estruturado. Os pais ou os responsáveis pela criança foram contactados presencialmente por profissionais de saúde previamente capacitados e avaliados periodicamente pelo coordenador do trabalho de campo da pesquisa.

Foram coletados dados socioeconômicos e de segurança alimentar das famílias (Apêndice III), quando foram obtidas informações sobre a alimentação da criança, histórico de assistência e de saúde (doença diarreica nos últimos 15 dias e o histórico de doença respiratória nos últimos 7 dias, anemia, anemia falciforme e outras morbidades) (Apêndice IV).

O questionário relativo à saúde da criança foi elaborado com base nos seguintes instrumentos: o estudo censitário da população quilombola do Estado da Paraíba (PARAÍBA, 2014); o Projeto COMQUISTA conduzido por Moura e cols. (2012) e o levantamento rápido da situação de saúde infantil de crianças da Zona da Mata de Pernambuco (FILHO, 2001).

Os dados de segurança alimentar das famílias foram coletados utilizando a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), construída a partir do “*Household Food Security Survey Module*”, escala norte-americana desenvolvida para mensurar a insegurança alimentar e identificar o grau de acesso aos alimentos, adaptada à realidade brasileira para áreas urbanas ou rurais (CORRÊA; LEON, 2009). A escala envolve 14 perguntas que permitem estimar a prevalência de segurança alimentar, e classificar e pontuar o estado de (in) segurança das famílias com menores de 18 anos em quatro categorias: segurança alimentar (0), insegurança alimentar leve (1-5), insegurança alimentar moderada (6-9) e insegurança alimentar grave (10-14) (BRASIL, 2014).

6.4 Variáveis de estudo

6.4.1 Bloco de variáveis socioeconômicas da família e características do domicílio

Quadro II - Variáveis relacionadas às características do domicílio:

CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO		
Variáveis	Definição	Categorização
Número de crianças menores de 10 anos de idade no domicílio	Total de crianças menores de 10 anos de idade que residem no domicílio	Será considerado cada menor de 10 anos de idade que reside no domicílio de maneira contínua
Número de moradores no domicílio	Total de moradores do domicílio	Será considerado morador do domicílio, cada indivíduo que resida no espaço de maneira contínua.
Número de cômodos	Total de cômodos que compõem o domicílio do entrevistado.	Será considerado cômodo , cada compartimento do domicílio coberto por um teto e limitado por paredes, inclusive banheiro e cozinha de uso exclusivo dos moradores do domicílio.
Abastecimento de água	Principal forma de abastecimento de água do domicílio. Será considerado um dos tipos listados na coluna lateral direita.	<ol style="list-style-type: none"> Rede geral de distribuição (Cagepa): quando o domicílio estiver ligado à rede geral de distribuição de água. Poço artesiano: quando a principal fonte de abastecimento de água for poço artesiano localizado no terreno ou na propriedade onde se situa o domicílio; ou for proveniente de poço ou nascente localizada fora da propriedade onde está construído o domicílio. Carro-pipa: quando a principal fonte de abastecimento de água do domicílio for água transportada por carro-pipa. Água da chuva armazenada em cisterna: quando a forma utilizada de abastecimento de água do domicílio for proveniente de água de chuva armazenada em cisterna, caixa de cimento, etc.

		<p>5. Água da chuva armazenada de outra forma: Quando a forma utilizada de abastecimento de água for proveniente de água da chuva armazenada em galões, tanques de material plástico, etc.</p> <p>6. Outro: Quando a forma utilizada de abastecimento de água do domicílio não se enquadrar nas categorias descritas anteriormente. Especifique o relatado pelo responsável da família.</p>
Racionamento de água no domicílio	Descontinuidade do abastecimento de água do domicílio.	<p>1. Sim</p> <p>2. Não</p>
Esgotamento sanitário	Tipo de esgotamento sanitário do banheiro ou sanitário do domicílio. Será considerado um dos tipos listados na coluna lateral direita.	<p>1. Rede geral de esgoto ou pluvial: Quando a canalização das águas servidas e dos dejetos provenientes do banheiro ou sanitário estiver ligada a um sistema de coleta que drene o material a um desaguadouro geral da área, região ou município, mesmo que o sistema não disponha de estação de tratamento da matéria esgotada.</p> <p>2. Fossa séptica: Quando a canalização do banheiro ou sanitário estiver ligada a uma fossa séptica. Neste sistema, a matéria é esgotada para uma fossa pertencente ao domicílio ou próximo a ela onde passa por processo de tratamento ou decantação, sendo ou não a parte líquida conduzida em seguida para um desaguadouro geral da área, região ou município.</p> <p>3. Fossa rudimentar: Quando o banheiro ou sanitário estiver ligado a uma fossa rústica (buraco no solo, coberto ou não, para onde são direcionados os dejetos).</p> <p>4. Vala: Quando o banheiro ou sanitário estiver ligado diretamente a uma vala a céu aberto.</p> <p>5. Rio, lago ou mar: Quando o banheiro ou sanitário estiver ligado diretamente a um rio, lago ou mar.</p> <p>6. Outro: Quando o esgoto dos dejetos, proveniente do banheiro ou sanitário, não se enquadrar nas categorias descritas anteriormente. Especifique o relatado pelo responsável da família.</p>
Destino do lixo	Registro do destino do lixo proveniente do domicílio. Será considerado um dos tipos listados na coluna lateral direita.	<p>1. Coletado diretamente por serviço de limpeza: o lixo do domicílio é coletado diretamente por serviço de empresa pública ou privada.</p> <p>2. Colocado em caçamba de serviço de limpeza: O lixo do domicílio é depositado em uma caçamba, tanque ou depósito, fora do domicílio, para depois ser coletado por serviço de empresa pública ou privado.</p> <p>3. Queimado: O lixo do domicílio é queimado no terreno ou propriedade onde se localiza o domicílio.</p>

		<p>4. Enterrado: O lixo do domicílio é enterrado no terreno ou propriedade onde se localiza o domicílio.</p> <p>5. Jogado em terreno baldio ou calçada: O lixo do domicílio é jogado em terreno baldio ou calçada.</p> <p>6. Jogado em rio, lago ou mar: O lixo do domicílio é jogado em rio, lago ou mar.</p> <p>7. Outro: Quando o destino do lixo do domicílio não se enquadrar nas categorias descritas anteriormente. Especifique o relatado pelo responsável da família.</p>
--	--	--

Quadro III - Variáveis relacionadas às informações sociodemográficas do responsável pelo domicílio:

INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DO RESPONSÁVEL PELO DOMICÍLIO		
Variáveis	Definição	Categorização
Cor da pele	Cor da pele autorreferida. Será considerado um dos tipos listados na coluna lateral direita.	<p>1. Branca: pessoa que se declarar branca.</p> <p>2. Negra/Preta: pessoa que se declarar preta.</p> <p>3. Negra/Parda: pessoa que se declarar parda.</p> <p>4. Amarela/Asiática: pessoa que se declarar de cor amarela (de origem oriental: japonesa, chinesa, coreana, etc.).</p> <p>Não informou: O indivíduo não sabe autorreferir ou prefere não declarar.</p>
Situação Conjugal	Situação autorreferida pelo entrevistado(a). Será considerado um dos tipos listados na coluna lateral direita.	<p>1. Sem companheiro(a) (Separado, divorciado ou viúvo)</p> <p>2. Com companheiro(a) (união estável ou casado)</p>
Grau de parentesco com a criança	Relação sanguínea/afetiva desenvolvida junto à criança	<p>1. Mãe: Genitora da criança ou mãe adotiva</p> <p>2. Pai: Genitor da criança ou pai adotivo</p> <p>3. Avó(ô): Parentalidade materna ou paterna com um dos pais da criança</p> <p>4. Tia (o): Parentalidade fraternal com um dos pais da criança</p> <p>5. Madrinha/padrinho: Relação afetiva, educativa e de cuidado desenvolvida com criança</p> <p>6. Outros: Não se encaixa em nenhuma das anteriores</p>
Sabe ler e escrever	Situação de saber ler e escrever pelo responsável da criança.	<p>1. Sim: para a pessoa que sabe ler e escrever um bilhete simples no idioma que conhece. Considere também a pessoa alfabetizada que se tornou física ou mentalmente incapacitada de ler ou escrever.</p> <p>2. Não: para a pessoa que não sabe ler e escrever ou àquela que apenas escreve o</p>

		próprio nome. Considere também como não sabendo ler e escrever a pessoa que aprendeu, mas esqueceu devido a ter passado por um processo de alfabetização que não se consolidou.
Escolaridade	Último ano e grau que o entrevistado concluiu com aprovação. Será considerado um dos tipos listados na coluna lateral direita.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alfabetização de Adultos: Quando o indivíduo tiver concluído a alfabetização. Considerar alfabetizado todo indivíduo que saiba ler e escrever. 2. Fundamental I: Quando o indivíduo tiver concluído do 2º ao 5º ano do ensino fundamental ou da antiga 1ª a 4ª série do primário ou 1º grau menor. 3. Fundamental II: Quando o indivíduo tiver concluído o antigo ginásio ou 1º grau ou a antiga 8ª série ou o 9º ano. 4. 4. Ens. Médio: Quando o indivíduo tiver concluído o Ensino Médio ou antigo colegial ou 2º grau. 5. 5. Ens. Superior: Quando o indivíduo tiver concluído um curso de nível superior ou estiver cursando um curso de pós-graduação. 6. Nenhum: Nenhum dos anteriores ou caso o indivíduo não saiba informar.
Realização de atividade remunerada	Realização de alguma atividade remunerada, inclusive a atividade de preparação de algum produto, venda ou prestação de serviço no próprio domicílio, na semana passada.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim: Para a pessoa que exerceu algum trabalho remunerado, pelo menos durante uma hora completa na semana de referência. Será incluído nesta opção a pessoa cuja natureza do trabalho implica ofertar seus serviços ou aguardar fregueses ou clientes e que, durante pelo menos uma hora completa na semana de referência, esteve à disposição, ofertando ou aguardando trabalho, mas não conseguiu freguês ou cliente. 2. Não: Para àqueles que não exercem nenhum tipo de atividade remunerada.
Renda do responsável pela família	Referente ao valor do rendimento (em dinheiro) que o entrevistado obteve no mês passado).	
Auxílio/benefício governamental	Recebimento de algum auxílio/benefício governamental	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aposentadoria/Pensão 2. Pensão Alimentícia/Mesada 3. Programa Oficial. Auxílio – Bolsa família, Seguro–desemprego, etc. 4. Nenhum
Segurança alimentar	De acordo a escala brasileira de insegurança alimentar (EBIA)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Segurança alimentar: score zero (0) 2. Insegurança alimentar leve: 1 ≤ score ≤ 5 3. Insegurança alimentar moderada (I.A.M): 6 ≤ score ≤ 9 4. Insegurança alimentar grave: 10 ≤ score ≤ 14

6.4.2 Bloco de variáveis relativas à criança

Quadro IV - Informações Sociodemográficas da criança

Variáveis	Definição	Categorização
Idade	Idade da criança no momento da entrevista registrada em anos completos. Para os menores de 1 ano, será registrado a quantidade de meses.	
Data de nascimento	Data do nascimento da criança	Dia, mês e ano
Sexo	Sexo da criança	1. Masculino 2. Feminino
Cor da pele	Cor da pele autorreferida. Será considerado um dos tipos listados na coluna lateral direita.	1. Branca: pessoa que se declarar branca. 2. Negra/Preta: pessoa que se declarar preta. 3. Negra/Parda: pessoa que se declarar parda. 4. Amarela/Asiática: pessoa que se declarar de cor amarela (de origem oriental: japonesa, chinesa, coreana, etc.). 5. Não informou: O indivíduo não sabe autorreferir ou prefere não declarar.
Registro de nascimento	Documento emitido quando na ocasião do nascimento da criança.	1. Sim 2. Não
Frequenta escola ou creche	Frequência em estabelecimento destinado a dar assistência nas primeiras idades; ou de ensino da rede pública (municipal; estadual; federal) ou privada, inclusive os estabelecimentos mantidos por associações de moradores, empresas, fundações, doações, etc.	1. Sim, rede particular 2. Sim, rede pública 3. Não, já frequentou 4. Nunca frequentou
Curso que frequenta	Frequência escolar ou creche, sendo público ou privado.	1. Creche: 2. Pré-escola: 3. 1º ano do Ens. Fund. (antiga alfabetização): Quando o indivíduo tiver concluído o 1º ano do ensino fundamental ou a antiga alfabetização. Considerar alfabetizado todo o sujeito que souber ler e escrever. 4. 2º ao 5º ano Ens. Fund. incompleto (antiga 1ª a 4ª série – primário): Quando o indivíduo não tiver concluído do 2º ao 5º ano do ensino fundamental ou da antiga 1ª a 4ª série do primário ou 1º grau menor. 5. 2º ao 5º ano Ens. Fund. completo (antiga 1ª a 4ª série – primário): Quando o indivíduo tiver concluído do 2º ao 5º ano do ensino fundamental ou da antiga 1ª a 4ª série do primário ou 1º grau menor.

Quadro V: Variáveis relacionadas às informações de saúde e nutricionais das crianças:

Variáveis	Definição	Categorização
Nascimento prematuro da criança		1. Sim 2. Não
Tempo de gestação da criança	Tempo de gestação da criança, a ser registrado em semanas	
Via do nascimento da criança	Via pela qual se deu o nascimento da criança	1. Vaginal 2. Cesárea
Peso da criança ao nascer	Peso da criança ao nascer, a ser registrado em gramas	
Realização do pré-natal durante a gestação	Investigar se houve realização do pré-natal durante a gestação	1. Sim 2. Não
Número de consultas de pré-natal que foram realizadas	Número total de consultas de pré-natal que foram realizadas durante a gestação da criança	9.Não lembra/não sabe
A idade gestacional quando foi realizada a primeira consulta de pré-natal	Investigar a idade gestacional, em meses, quando ocorreu a primeira consulta de pré-natal	9.Não lembra/não sabe
A idade da criança ao receber a primeira consulta	Investigar a idade da criança, em meses, ao receber a primeira consulta	9. Nunca recebeu
Local onde foi realizada a primeira consulta da criança	Investigar onde ocorreu a primeira consulta da criança	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou USF ou policlínica pública). 2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24h). 3. Pronto-socorro ou emergência de hospital público 4. Ambulatório de hospital público. 5. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato 6. Pronto-socorro ou emergência de hospital privado 7. Visita domiciliar do médico da equipe do PSF. 8. Outro
Local onde foi realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança	Investigar onde o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança ocorre	1. Unidade de saúde pública (posto ou centro de saúde ou USF ou policlínica pública). 2. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24h). 3. Ambulatório de hospital público. 4. Consultório particular ou consultório de estabelecimento de saúde privado ou ambulatório de empresa ou sindicato. 5. Visita domiciliar do PSF 6. Outro _____ 7. Não faz
Realização do teste do pezinho	Investigar se a criança realizou o teste do pezinho	1.Sim 2.Não 9.Não lembra/não sabe

Caderneta de saúde da criança/cartão da criança	Possuir documento instituído pelo Ministério da Saúde para acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos de vida.	1.Sim (em mãos) 2.Sim (mas não está em mãos) 3.Não
Vacinas registradas na caderneta da criança	Verificar se há o registro da administração das vacinas adequadas à idade da criança	1.Sim 2.Não 9. Não se aplica (se não apresentou o cartão)
Registro do peso da criança nos últimos 6 meses	Verificar se há no mínimo dois registros do peso da criança, nos últimos 6 meses	1.Sim 2.Não 9. Não se aplica (se não apresentou o cartão)
Administração da vitamina A	Investigar se houve administração da vitamina A, alguma vez na vida	1.Sim 2.Não 9.Não lembra/não sabe
Administração de sulfato ferroso	Investigar se houve administração de sulfato ferroso, alguma vez na vida	1.Sim 2.Não 9.Não lembra/não sabe
Local para onde a criança foi encaminhada após o parto	Investigar o local para onde a criança foi direcionada após o parto	1. Alojamento conjunto 2. Berçário 3. Unidade Intermediária 4. UTI 5. Transferido para outro estabelecimento de saúde. 6. Outro
Última vez na qual a criança precisou de assistência médica	Investigar quando foi a última vez que a criança esteve doente e precisou de assistência médica	1. Há < 2 meses 2. Entre 2 semanas e < 1 mês atrás. 3. Entre 1 mês e < 3 meses atrás 4. 3 meses ou mais atrás 5. Nunca
Internamento por 24 horas ou mais por algum problema de saúde	Investigar se alguma vez na vida a criança foi internada por 24 horas ou mais, por algum problema de saúde	1.Sim 2.Não
Visita de Agente Comunitário de Saúde – ACS à família	Investigar se a família da criança recebe visita de Agente Comunitário de Saúde	1. Sim 2. Não 3. Não sabe
Atendimento da família pelo PSF	Investigar se a família da criança é atendida por equipe de Saúde da Família-PSF	1. Sim 2. Não 3. Não sabe
Aleitamento materno exclusivo	Investigar se desde o nascimento a criança tomou/comeu outro alimento que não fosse o leite do peito, no caso dos menores de 6 meses	1. Sim 2. Não

Alimentos ingeridos nas últimas 24 horas	Investigar os alimentos ingeridos pela criança nas últimas 24 horas, no caso dos menores de 6 meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Chá 2. Água 3. Leite de vaca 4. Fórmula infantil 5. Suco de fruta 6. Papa salgada 7. Outros
Alimentos ingeridos nas últimas 24 horas	Investigar os alimentos ingeridos pela criança nas últimas 24 horas, no caso dos maiores de 6 meses	<ol style="list-style-type: none"> 1. Leite de peito 2. Outro leite ou derivados de leite 3. Água 4. Chá 5. Mingau 6. Frutas ou suco natural de frutas (Entende-se por suco natural o suco realizado com a própria fruta) 7. Sucos artificiais 8. Verduras/legumes (sem contar batata, mandioca/aipim ou inhame) 9. Feijão ou outras leguminosas (lentilha, ervilha etc.) 10. Carnes ou ovos 11. Batata e outros tubérculos e raízes (batata doce, mandioca/aipim, inhame) 12. Cereais e derivados (arroz, pão, cereal, macarrão, farinha etc.) 13. Biscoitos ou bolachas ou bolo 14. Doces ou balas ou outros açúcares 15. Refrigerantes 16. Outros
Doença diarreica nos últimos 15 dias	Ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas, em no mínimo, 24 horas, nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista (BRASIL, 2020)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não
Tipo de tratamento recebido	Tratamento recebido pela criança nos episódios de diarreia	<ol style="list-style-type: none"> 1. SRO 2. Soro Caseiro 3. Chá e Outros 4. TRO 5. Nada
Doença respiratória nos últimos 7 dias	Ocorrência de pelo menos dois dos três sintomas respiratórios pesquisados (tosse, cansaço e obstrução nasal) e febre, nos últimos sete dias que antecederam a entrevista (COLLET <i>et al.</i> , 2010).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sim 2. Não

Tipo de tratamento recebido	Tratamento recebido pela criança nos episódios de doenças respiratórias	1. Antibióticos 2. Remédios caseiros 3. Anti-térmicos 4. Anti-histamínicos 5. Xaropes 6. Nebulização 7. Outros
Anemia	Verificação da presença de anemia na criança, por diagnóstico realizado em algum momento da vida.	1. Sim 2. Não
Anemia Falciforme	Verificação da presença de anemia falciforme na criança, por diagnóstico realizado em algum momento da vida.	1. Sim 2. Não
Doenças crônicas	Verificação da presença de doenças na criança que necessitem de tratamento para o resto da vida	1. Sim 2. Não

6.5 Processamento e análise dos dados

A entrada e gerenciamento dos dados foram realizados na plataforma *REDCap*, hospedada no Instituto Aggeu Magalhães-FIOCRUZ. Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das características socioeconômicas, demográficas das famílias e das condições de saúde das crianças. Foram calculados a frequência absoluta e percentuais, para as variáveis categóricas, e médias e desvios-padrão, para as variáveis contínuas.

A associação entre segurança alimentar e características sociodemográficas, de acesso aos serviços de saúde e condição de saúde da criança foi analisada pelo método da regressão logística bruta e ajustada. Inicialmente realizou-se análise univariada da associação da variável insegurança alimentar grave a moderada (variável dependente) com as variáveis independentes investigadas. Devido à baixa frequência de famílias em situação de segurança alimentar, esta condição foi agregada à situação de IS leve. Foram incluídas no modelo de regressão múltipla, as variáveis associadas à insegurança alimentar a um nível de significância de $p < 0,20$, na análise univariada. O método de seleção das variáveis nos modelos de regressão múltipla final foi *backward stepwise* e com base nos valores dos logaritmos da razão de verossimilhança. A magnitude das associações foi estimada pelo cálculo do *Odds Ratio* (OR) e seus respectivos intervalos

de confiança (IC) de 95%. Foram mantidas no modelo final as variáveis que se apresentaram independentemente associadas ao evento a um nível de 0,05. Todas as análises foram feitas no programa *Stata*, versão 15.

7 Considerações éticas

Os procedimentos utilizados nesta pesquisa obedeceram à resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2013)

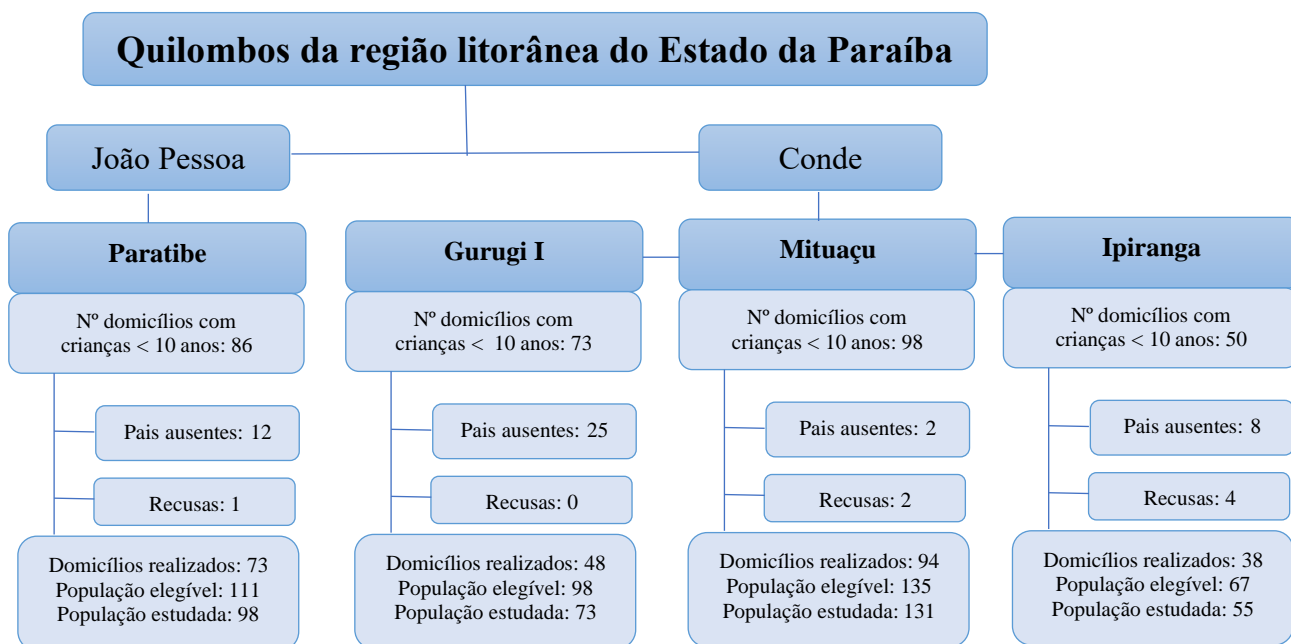
A pesquisa teve início após a aprovação do projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Aggeu Magalhães, FIOCRUZ/Pernambuco, sob o parecer substanciado de N° 4.285.568 e CAAE: 35329120.2.0000.8807.

8 Resultados

Do total de 307 domicílios com crianças menores de 10 anos nas áreas de estudo, 253 (82,4%) foram visitados, 47 (15,3%) constituíram perdas devido à ausência dos pais ou responsáveis no momento da visita, e 7 (2,3%) recusaram. Dos 253 domicílios visitados, 73 (28,8%) pertenciam à comunidade quilombola de Paratibe, 48 (18,9%) Gurugi I, 94 (37,2%) Mituaçu e 38 (15,0%) Ipiranga. Entre os domicílios cujas famílias se recusaram a participar do estudo, 1 (14,3%), 2 (28,6%) e 4 (57,1%) foram das comunidades de Paratibe, Mituaçu e Ipiranga, respectivamente. Dentre as 411 crianças elegíveis, 357 (86,8%) tiveram o consentimento dos pais e participaram do estudo, tendo o percentual de crianças que participaram variado de 74,5%, em Gurugi I, a 97,0 %, em Mituaçu (Figura 2) .

A Tabela 1 apresenta as principais características sociodemográficas das famílias estudadas. A média de moradores por domicílio foi de $4,1 \pm 1,3$. A maior parte das famílias possuía renda familiar inferior a um salário mínimo, observando-se percentual mais elevado de famílias com esse nível de renda (65%) na comunidade de Ipiranga.

Figura II – Domicílios e amostra populacional de crianças menores de 10 anos residentes em quilombos da região litorânea do Estado da Paraíba, 2021.



Fonte: o autor

Em relação à infraestrutura das comunidades, um pequeno percentual dos domicílios (28,5%) estava conectado à rede pública de abastecimento de água e cerca de 95,6% possuíam a fossa rudimentar como principal destino dos dejetos. Verificou-se na comunidade de Paratibe, localizada no município de João Pessoa, que apenas 11,5% dos domicílios estavam conectados à rede pública de esgoto. A coleta domiciliar de lixo atende cerca de 60% das moradias de todas as comunidades, sendo Mituaçu a menos beneficiada com este serviço (35%). Nesta comunidade, um elevado percentual de famílias (65%) reportou depositar o lixo em terreno baldio, queimar ou enterrá-lo.

Quanto às características dos responsáveis pelo domicílio, a maioria era do gênero feminino, havendo maior percentual de mulheres chefes de família nas comunidades de Paratibe (65,7%), Gurugi I (56,3%) e Ipiranga (63,2%). Com relação à cor da pele autorreferida, mais de 90% dos chefes de família reportaram possuir cor negra parda ou negra preta e aproximadamente 20% deles referiram não saber ler nem escrever. Observou-se maior percentual de chefes analfabetos na comunidade de Gurugi I (30%), onde cerca de mais de 50% dos chefes se autodeclararam de cor de pele negra preta.

Em torno de 80% das famílias recebem algum tipo de auxílio do governo, dentre eles, pensão alimentícia, bolsa família, seguro-desemprego e auxílio emergencial.

Ipiranga foi a comunidade que mais reportou receber pelo menos um destes benefícios (90%).

Com relação à situação de segurança alimentar das famílias, mais de 90% se encontravam em situação de insegurança alimentar, observando-se que em torno de 30% se encontrava em estado de insegurança alimentar moderada/grave. Entre as comunidades estudadas, Ipiranga foi a que apresentou maior percentual de famílias em situação de IS grave (16%). Apenas 5% das famílias vivenciavam situação de segurança alimentar das quais, 10,6% pertenciam à comunidade de Mituaçu e 7,9% à de Ipiranga, ambas localizadas no município do Conde.

Quase a totalidade das famílias (98,4%) eram assistidas pela ESF, porém apenas cerca de 30% informaram receber visita mensal de agentes comunitários de saúde (ACS). Houve relato de casos de COVID-19 em membros das famílias em todas as comunidades quilombolas, sendo a comunidade de Mituaçu responsável pelo maior número de casos reportados (24,4%), enquanto a de Ipiranga foi a que teve menor número (12,7%). Nenhum caso reportado de COVID-19 necessitou de internação ou evoluiu para o óbito.

Tabela 1. Características sociodemográficas das famílias das crianças com idade menor de 10 anos de comunidades quilombolas da região litorânea da Paraíba, 2021.

Características	Comunidades quilombolas				Total
	Paratibe	Gurugi I	Mituaçu	Ipiranga	
Número de domicílios estudados	73	48	94	38	253
Número de crianças <10 anos	98	73	131	55	357
Moradores por domicílio, média (dP)	4,0±1,3	4,1±1,4	4,1±1,2	4,0±1,3	4,1±1,3
Renda familiar mensal (em salário mínimo)					
< 1	38 (52,1)	28 (58,3)	34 (36,2)	25 (65,8)	125 (49,4)
≥ 1	35 (47,9)	20 (41,7)	60 (63,8)	13 (34,2)	128 (50,5)
Recebe auxílio governamental*	83 (84,7)	58 (79,5)	98 (74,8)	48 (87,3)	287 (80,4)
Relativas ao domicílio					
Conectado à rede pública de abastecimento de água	72 (98,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	72 (28,5)
Destino dos Dejetos					
Conectado à rede pública de esgoto	11 (15,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (4,3)
Fossa rudimentar	62 (84,9)	48 (100,0)	94 (100,0)	38 (100,0)	242 (95,6)
Coleta domiciliar do lixo	63 (86,3)	30 (62,5)	33 (35,1)	23 (60,5)	149 (58,9)
Características do chefe, n (%)					
Gênero feminino	48 (65,7)	27 (56,3)	38 (40,4)	24 (63,2)	137 (54,2)
Cor da pele autorreferida					
Branca	9 (12,3)	3 (6,2)	8 (8,5)	1 (2,6)	21 (8,3)
Negra preta	24 (32,8)	26 (54,2)	34 (36,2)	15 (39,5)	99 (39,1)
Negra parda	40 (54,7)	19 (39,5)	52 (55,3)	22 (57,8)	133 (52,6)
Sabe ler e escrever	60 (82,2)	34 (70,8)	82 (87,2)	31 (81,6)	207 (81,8)
Situação de segurança alimentar da família					
Segurança alimentar	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (10,6)	3 (7,9)	13(5,1)
Insegurança leve	44 (60,3)	31 (64,6)	56 (59,6)	22 (57,8)	153(60,5)
Insegurança moderada	20 (27,4)	12 (25,0)	21 (22,3)	7 (18,4)	60 (23,7)
Insegurança grave	9 (12,3)	5 (10,4)	7 (7,4)	6 (15,8)	27 (10,7)
Recebe visita mensal do ACS **	54 (71,1)	35 (53,8)	101 (82,1)	27 (57,5)	217 (69,7)
Recebe assistência pela ESF +	74 (97,4)	65 (100,0)	123 (100,0)	44 (98,4)	306 (98,4)
Relato de COVID-19 na família	16 (16,3)	11 (15,1)	32 (24,4)	7 (12,7)	66 (18,5)

* Pensão alimentícia, Bolsa família, Seguro-desemprego, Auxílio emergencial. ** ACS = Agente Comunitário de Saúde; + ESF = Equipe de Saúde da Família.

As principais características sociodemográficas e clínicas das crianças estudadas são apresentadas na Tabela 2. Um percentual de 50,1% era do sexo masculino, 52,4% possuíam idade entre 5 e 9 anos e a maioria possuía cor da pele autorreferida negra parda

(61,3%). Em relação ao acesso à escola, embora a maioria das crianças em idade escolar (99,3%) estivesse matriculada, apenas 12,9% frequentava a escola no momento da entrevista, devido à situação de pandemia. Em relação às crianças em idade pré-escolar, menos da metade (46,8%) estava matriculada em creches ou pré-escola e destas apenas 10,9% delas estava frequentando. Quase a totalidade das crianças possuía certidão de registro de nascimento obtida ao nascimento (99,7%).

Em relação às características clínicas, 25% das crianças possuíam história prévia de internação, a maioria em serviços de saúde do SUS (84,4%). Em relação às doenças da infância, 15,3% das crianças residentes em Paratibe referiram diarreia nos últimos 15 dias. Quanto à doença respiratória ocorrida sete antes da entrevista, houve relato de episódios em 13,4% das crianças, tendo-se observado maior percentual entre as crianças de Mituaçu (20,6%). Aproximadamente 15% de toda a população infantil estudada reportou anemia. Houve relato de COVID-19 em cerca de 3% das crianças tendo a metade dos casos ocorridos na comunidade de Mituaçu (5/10).

O acesso aos serviços de saúde e características clínicas das crianças menores de 5 anos são descritas na Tabela 3. A maior parte das mães relataram ter realizado acompanhamento pré-natal durante a gestação da criança (96,5%). Em relação ao acesso a serviços de saúde ao nascer, 90% haviam realizado consulta após a alta da maternidade, a maioria dentro do período de 30 dias após o nascimento (54,7%), observando-se que a comunidade de Gurugi I apresentou menor percentual de crianças consultadas após alta (76,3%). Um percentual de 37,5% das mães da comunidade de Mituaçu informou que a consulta pós-alta da maternidade foi realizada durante visita domiciliar. Quanto ao acesso as consultas de puericultura, cerca de 70% haviam tido acesso a este tipo de assistência. A comunidade de Paratibe foi a que apresentou menor percentual de crianças com acesso a este tipo de assistência. Dentre as que realizaram consultas de puericultura, mais de 80% haviam sido atendidas no SUS.

Mais de 20% das crianças se encontravam com esquema atrasado, tendo-se observado que a comunidade de Paratibe a que apresentou menor percentual de crianças com esquema atualizado (58,9%). Nas demais comunidades, esse percentual variou de 81,6%, em Mituaçu, a 89,4%, em Gurugi I.

Tabela 2. Características sociodemográficas e clínicas da população de estudo (crianças com até 10 anos de idade) residentes em quilombos da região litorânea do estado da Paraíba, 2021.

Características	Comunidades				Total (n = 357)
	Paratibe (n = 98)	Gurugi I (n = 73)	Mituaçu (n = 131)	Ipiranga (n = 55)	
Sociodemográficas, (n%)					
Sexo masculino	52 (53,1)	33 (45,2)	66 (50,4)	28 (50,9)	179 (50,1)
Idade (anos)					
< 5	56 (57,1)	38 (52,1)	49 (37,4)	27 (49,1)	170 (47,6)
5 – 9	42 (42,8)	35 (47,9)	82 (62,6)	28 (50,9)	187 (52,4)
Cor da pele autorreferida					
Branca	16 (16,3)	17 (23,3)	28 (21,4)	6 (10,9)	67 (18,7)
Negra preta	13 (13,3)	20 (27,4)	26 (19,8)	12 (21,8)	71 (19,9)
Negra parda	69 (70,4)	36 (49,3)	77 (58,7)	37 (67,3)	219 (61,3)
Matriculadas em escolas *					
-Creche/pré-escola (< 6 anos)	18 (27,7)	22 (47,8)	44 (64,7)	17 (47,2)	101 (46,8)
- Fundamental (6 – 9 anos)	33 (100,0)	26 (96,3)	63 (100,0)	19(100,0)	141 (99,3)
Frequentando escola					
- Creche/pré-escola (< 6 anos)	0 (0,0)	5 (45,5)	3 (27,3)	3 (27,3)	11 (10,9)
- Fundamental (6 – 9 anos)	4 (12,1)	4 (16,9)	7 (11,3)	3 (15,8)	18 (12,9)
Possui registro de nascimento	98 (100,0)	73 (100,0)	131 (100,0)	54 (98,2)	356 (99,7)
Clínicas, (n%)					
Internação por mais de 24 h	16 (16,3)	18 (24,6)	46 (35,1)	10 (18,2)	90 (25,2)
Internamento pelo SUS	16 (100,0)	13 (72,2)	37 (80,4)	10 (100,0)	76 (84,4)
Diarreia nos últimos 15 dias	15 (15,3)	4 (5,5)	7 (5,4)	4 (7,3)	30 (8,4)
Doença respiratória nos últimos 7 dias	10 (10,2)	5 (6,8)	27 (20,6)	6 (10,9)	48 (13,4)
Diagnóstico de anemia	6 (6,1)	6 (8,2)	39 (29,7)	4 (7,3)	55 (15,4)
Diagnostico de Covid-19	1 (1,0)	3 (4,1)	5 (3,8)	1 (1,8)	10 (2,8)

* Idade pré-escolar (4 – 5 anos); Idade escolar (6-9 anos)

Em relação às condições de saúde das crianças ao nascer, 20% nasceram de parto prematuro e 7,1% apresentaram baixo peso ao nascer, segundo relato das mães ou responsáveis.

A Tabela 3 apresenta as características clínicas das crianças com até cinco anos. Quase a metade (48,4%) possuía relato de algum problema de saúde nos três meses que antecederam a entrevista. Antecedentes de internação foram relatados em 11,7% das crianças e 12,9% possuía história de diarreia nos 15 dias que antecederam a entrevista,

tendo-se observado maior frequência deste evento em Paratibe (21,4%). Houve relato de ocorrência recente de doença respiratória em 15,8% das crianças, tendo-se observado maior percentual entre as crianças de Mituaçu (28,5%). Menos de 10% desta população apresentou relato de anemia.

A Tabela 4 mostra os resultados das análises bruta e ajustada da associação de algumas características demográficas e clínicas, de acesso a serviços de saúde e desfechos clínicos das crianças com a insegurança alimentar moderada/grave das famílias. As variáveis idade, doença respiratória nos últimos 7 dias, cartão de vacina atualizado, acompanhamento de puericultura, tempo decorrido da última vez que adoeceu até a entrevista e família contemplada com algum tipo de benefício/auxílio apresentaram-se associadas ao evento, a um nível de significância de $p \leq 0,20$, e foram incluídas no modelo de regressão logística múltipla.

Faixa etária entre 5 e 9 anos (OR = 0,56; IC95%: 0,35 – 0,90), doença respiratória nos últimos 7 dias (OR = 2,01; IC95%: 1,08 – 3,77) e cartão de vacina desatualizado (OR = 1,97; IC95%: 1,01 – 3,87) permaneceram associadas à IS no modelo final, constituindo fatores independentemente associados ao evento. A chance de crianças com idade menor que 5 anos pertencerem a famílias em estado de insegurança alimentar moderada/grave foi cerca de 40% menor quando comparadas às crianças com idade maior que cinco anos.

Tabela 3. Acesso a serviços de saúde e características clínicas de crianças menores de 5 anos de idade em quilombos da região litorânea do estado da Paraíba, 2021

Características, n (%)	Comunidades				Total (n = 170)
	Paratibe (n = 56)	Gurugi I (n = 38)	Mituaçu (n = 49)	Ipiranga (n = 27)	
Acesso à serviços de saúde					
Mãe realizou pré-natal	52 (92,8)	37 (97,4)	48 (97,9)	27(100,0)	164 (96,5)
Consulta após alta da maternidade	50 (89,3)	29 (76,3)	48 (97,9)	26 (96,3)	153 (90,0)
Período da consulta após alta da maternidade					
≤ 30 dias	26 (46,4)	12 (31,6)	39 (79,6)	16 (59,3)	93 (54,7)
> 30 dias	24 (42,8)	17 (44,7)	9 (18,4)	10 (37,0)	60 (35,3)
Natureza do serviço onde realizou a primeira consulta					
Serviço público	37(74,0)	24(82,8)	24(50,0)	21(80,7)	106 (69,3)
Serviço privado	4 (8,0)	3 (10,3)	6 (12,5)	3 (11,5)	16 (10,5)
Visita domiciliar	9 (18,0)	2 (6,9)	18 (37,5)	2 (7,8)	31 (20,3)
Realizou consultas de puericultura	28 (50,0)	27 (71,1)	42 (85,7)	21 (77,8)	118 (69,4)
Natureza do serviço que realiza/ou puericultura					
Serviço público	24 (85,7)	25 (92,6)	40 (95,2)	18 (85,7)	106 (89,8)
Serviço privado	4 (14,3)	2 (7,4)	2 (4,7)	3 (14,3)	11 (9,3)
Esquema vacinal atualizado	33 (58,9)	34 (89,4)	40 (81,6)	23 (85,2)	130 76,4)
Condições de saúde da criança					
Ao nascer					
Prematuridade	10 (17,8)	7 (18,4)	9 (18,4)	6 (22,2)	32 (18,8)
Baixo peso (< 2.500g)	2 (3,6)	4 (10,5)	6 (12,2)	0 (0,0)	12 (7,1)
Tempo decorrido desde a última vez adoeceu (em dias)					
Nunca adoeceu	7 (12,5)	8 (21,1)	2 (4,1)	4 (14,8)	21 (12,4)
< 30	9 (16,1)	8 (21,1)	18 (36,7)	4 (14,8)	39 (22,9)
30 – 90	13 (23,2)	5 (13,2)	11 (22,4)	4 (14,8)	33 (19,4)
> 90	27 (48,2)	17 (44,7)	18 (36,7)	15 (55,6)	77 (45,3)
Diarreia nos últimos 15 dias	12 (21,4)	2 (5,3)	5 (10,2)	3 (11,1)	22 (12,9)
Doença respiratória últimos 7 dias	8 (14,3)	3 (7,9)	14 (28,6)	2 (7,4)	27 (15,8)
Diagnóstico de anemia	2 (3,6)	2 (5,3)	10 (20,4)	2 (7,4)	16 (9,4)
Teve Covid-19	1 (1,8)	2 (5,3)	1 (2,0)	0 (0,0)	4 (2,4)
Antecedentes de internação	3 (5,4)	6 (15,8)	6 (12,3)	5 (18,5)	20 (11,7)
Internou-se pelo SUS	3 (100,0)	4 (66,7)	4 (66,7)	5 (100,0)	16 (80,0)

Tabela 4: Análise da associação bruta e ajustada de características sociodemográficas, acesso a serviços de saúde e desfechos clínicos associados à insegurança alimentar moderada/grave em crianças de quilombos da região litorânea do estado da Paraíba, 2021.

Características	Total	Insegurança Alimentar n (%)	OR bruto	(IC 95%)	p-valor	OR ajustado	(IC 95%)	p-valor
Idade (anos)								
5 - 9	187	78 (41,7)	1,00			1,00		
< 5	170	56 (32,9)	0,68	(0,44 – 1,05)	0,088	0,56	(0,35 – 0,90)	0,018
Sexo								
Feminino	178	65 (36,5)	1					
Masculino	179	69 (38,5)	1,09	(0,71 – 1,67)	0,692			
Raça								
Branca	67	25 (37,3)	1					
Negro/preto	71	28 (39,4)	1,09	(0,55 – 2,17)	0,798			
Negro/pardo	219	81 (36,9)	0,98	(0,55 – 1,73)	0,961			
Doença respiratória nos últimos 7 dias								
Não	309	110 (35,6)	1			1		
Sim	48	24 (50,0)	1,80	(0,98 – 3,33)	0,058	2,01	(1,08 – 3,77)	0,028
Diarreia nos últimos 15 dias								
Não	327	123 (37,6)	1					
Sim	30	11 (36,7)	0,96	(0,44 – 2,08)	0,918			
Anemia								
Não	298	113 (37,9)	1					
Sim	55	20 (36,4)	0,93	(0,51 – 1,69)	0,827			
Não soube informar	4	1 (25,0)	0,54	(0,56 – 5,31)	0,602			
Covid								
Não	347	129 (37,2)	1					
Sim	10	5 (50,0)	1,68	(0,48 – 5,94)	0,414			
Cartão de vacina desatualizado								
Não	309	111 (35,9)	1			1		
Sim	46	21 (45,6)	1,49	(0,80 – 2,79)	0,205	1,97	(1,01 – 3,87)	0,046
Não soube informar/sem cartão no momento da entrevista	2	2 (100,0)	1	-	-	-		

Continua

Características	Total	Insegurança Alimentar n (%)	OR bruto	(IC 95%)	p-valor	OR ajustado	(IC 95%)	p-valor
Acompanhamento de puericultura								
Sim	285	115 (40,4)	1					
Não	60	17 (28,3)	0,58	(0,31 – 1,07)	0,084			
Não soube informar	12	2 (16,7)	0,29	(0,06 – 1,37)	0,120			
Tempo decorrido da última vez que adoeceu até a entrevista (dias)								
< 30	228	88 (38,6)	1					
30 – 90	48	13 (27,1)	0,59	(0,29 – 1,17)	0,135			
> 90	81	33 (40,7)	1,09	(0,42 – 2,19)	0,734			
Nº de internamentos								
Nenhum	267	101 (37,8)	1					
1	63	23 (36,5)	0,94	(0,53 – 1,67)	0,846			
2-5	27	10 (37,0)	0,96	(0,42 – 2,19)	0,936			
Ausência de consulta pós-alta da maternidade								
Não	197	68 (34,5)	1					
Sim	132	58 (43,9)	1,48	(0,94 – 2,33)	0,085			
Não lembra	28	8 (28,6)	0,75	(0,31 – 1,81)	0,535			
Nº de moradores no domicílio								
2 a 4	211	70 (33,2)	1					
5 ou mais	146	64 (43,8)	1,57	(1,01 – 2,42)	0,041			
Chefe de família saber ler e escrever								
Não	67	29 (43,3)	1,34	(0,78 – 2,30)	0,282			
Sim	290	105 (36,2)	1					
Família contemplada com algum tipo de auxílio benefício *								
Sim	287	113 (39,4)	1,51	(0,86 – 2,66)	0,148			
Não	70	21 (30,0)	1					

* Bolsa família, auxílio emergencial do governo federal, auxílio desemprego

9 Discussão

Este estudo avaliou as condições de vida e saúde de crianças nas comunidades quilombolas da região litorânea da Paraíba durante a pandemia de COVID-19. Os resultados mostraram que a maior parte das famílias estudadas se encontrava em situação de insegurança alimentar e em precárias condições de vida, alertando para o elevado nível de vulnerabilidade das famílias e, conseqüentemente, para os riscos à saúde das crianças. Embora, o acesso das crianças aos serviços de atenção básica tenha sido satisfatório, um percentual considerável das famílias relatou não receber visitas mensais dos agentes de saúde e elevado percentual de crianças se encontrava com esquema vacinal desatualizado, sugerindo falhas na assistência de saúde.

A pandemia da COVID-19, desde o seu surgimento, tem levado quase todo o planeta a uma crise sanitária e humanitária, testando a espécie humana em várias dimensões e revelando um mundo atravessado por muitas crises e carente de mudanças (LIMA *et al.*, 2020). No Brasil, particularmente, apesar das tentativas de gerenciamento da grave situação política, social, econômica e sanitária provocada pela pandemia da COVID-19, por meio de iniciativas de transferência de renda (auxílio emergencial) e entrega de cestas básicas, ressalta-se decisões governamentais de desmonte das políticas institucionais e orçamentárias que comprometeram e ainda comprometem à crise sanitária provocada pela COVID-19 (ALPINO *et al.*, 2020).

As precárias condições de vida das famílias estudadas, evidenciada pelo alto percentual de famílias com renda familiar menor que um salário-mínimo e estado de insegurança alimentar, confirma dados dos inquéritos anteriormente conduzidos em comunidades quilombolas de diferentes regiões do país. Em inquérito nacional conduzido pelo Ministério de Desenvolvimento Social e de combate à fome, em 2006, que envolveu cerca de 3.000 crianças quilombolas, quase a metade das famílias não tinha acesso a saneamento e mais de 10% das crianças apresentaram déficit pondo-estatural (Brasil, 2006). Em inquéritos realizados nos estados da Bahia (AMORIM *et al.*, 2013) e Pará (FREITAS *et al.*, 2018), constataram a as precárias condições de vida das famílias, a maioria com renda igual ou inferior a um salário-mínimo, elevado número de moradores por domicílio e falta de acesso a saneamento básico.

Outros inquéritos conduzidos em período anterior à pandemia de COVID-19, entre os anos de 2018 e 2019, nas comunidades quilombolas de “Matinha dos Pretos” e “Lagoa Grande”, na zona rural do município de Feira de Santana, Bahia, e no quilombo de

“Abacatal”, na cidade de Belém do Pará, encontraram precárias condições de saneamento, inclusive o abastecimento de água (ARAÚJO *et al.*, 2019; FREITAS *et al.*, 2018). Esses dados demonstram a ausência de políticas públicas efetivas e limitado acesso aos direitos básicos de cidadania, independente da pandemia de COVID-19, e é reflexo da histórica marginalização social vivenciada por esta população. Além disso, as precárias condições socioeconômicas e de infraestrutura de saneamento destas comunidades, constituem sério risco à saúde das populações, como a ocorrência de doenças infecciosas, particularmente as de veiculação hídrica, a exemplo da diarreia, na população infantil. Estudo recente conduzido no continente africano em crianças nigerianas demonstrou relação significativa entre a ocorrência de diarreia, febre e tosse crônica entre as crianças cujas famílias vivem sem acesso ao saneamento básico e água apropriada para o consumo (ZHIFEI HE, *et al.* 2018).

O estudo mostrou que aproximadamente 20% dos responsáveis pelas famílias eram analfabetos, sendo este percentual duas vezes maior do que o reportado pela PNAD nacional, em sua última atualização, que foi de aproximadamente nove por cento, enquanto o percentual de analfabetos verificado entre pessoas brancas foi de quatro por cento (PNAD, 2019). Na comunidade do Gurugi I, onde observou-se maior percentual de indivíduos autodeclarados negros pretos, o percentual de chefes de família analfabetos foi ainda maior (29,2%) do que a média percentual de analfabetos observada entre os chefes de família das quatro comunidades. Os percentuais de analfabetismo encontrados em nosso estudo, apesar de terem sido maiores do que a média nacional, foram inferiores ao encontrado em inquérito em comunidades quilombolas rurais do nordeste brasileiro, que verificou um percentual de analfabetismo entre os chefes de famílias de 67% (SILVA *et al.*, 2017). Estes dados corroboram a situação de elevada vulnerabilidade social vivenciada pela população quilombola não só pela cor da pele, mas também por sua origem territorial e cultural.

A segurança alimentar e nutricional, sobretudo de populações que vivenciam situação de exclusão social, como a população quilombola, foi afetada durante a pandemia de COVID-19, quando houve redução de oferta e demanda de alimentos, além da redução da capacidade de produzir e distribuir alimentos (ALPINO *et al.*, 2020). Em estudo recente conduzido por Santos e cols. (2021), na cidade de Bagé, Rio Grande do Sul, verificou que cerca de 30% das famílias viviam em situação de insegurança alimentar e que esta condição esteve fortemente associada às características sociodemográficas dos entrevistados,

indicando o impacto econômico da pandemia na situação alimentar dos domicílios (SANTOS *et al.*, 2021).

Os resultados deste estudo revelaram que quase a totalidade das famílias, cerca de 95%, se encontrava em situação de insegurança alimentar, confirmando o elevado grau de vulnerabilidade destas comunidades, agravada pela pandemia. Este percentual foi mais elevado do que a média nacional observada em inquérito nutricional de abrangência nacional, conduzido em dezembro de 2020, que foi de 60% (REDE PENSSAN, 2021). Percentuais menores foram encontrados em estudos realizados em comunidades quilombolas do Norte do estado de Minas Gerais e na cidade de Vitória da Conquista, na Bahia, fora do contexto de pandemia da COVID-19, que reportaram percentual de IS de 80% e 64%, respectivamente (RIBEIRO *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2017).

Esses resultados sugerem que a crise política e econômica que já vinha sendo vivenciada no Brasil, teve seus efeitos ampliados pela crise sanitária, reforçando as iniquidades no acesso aos alimentos, em quantidade e qualidade, principalmente na população mais vulnerável e excluída socialmente (GALINDO, *et al.*, 2021). Ao mesmo tempo, estes resultados reforçam as evidências da grave situação de vulnerabilidade social da população quilombola da região litorânea no estado da Paraíba, devendo este quadro se refletir nas demais comunidades no restante do estado. Estas populações, em sua maioria, sobrevivem da agricultura de subsistência, que garantem o acesso a alguns alimentos quando há a falta de recursos financeiros (IBGE, 2013).

O distanciamento social imposto pela pandemia da COVID-19 promoveu, dentre outros problemas, a suspensão das aulas presenciais, que pode ter acentuado a situação de insegurança alimentar das crianças, que passaram a não ter acesso à merenda escolar. Neste estudo, o percentual de crianças em idade escolar matriculadas em escolas (99,3%) foi semelhante ao reportado nacionalmente pelo IBGE (99,7%), mas apenas em torno de 15% frequentavam a sala de aula em esquema de rodízio no momento da entrevista. Em relação às crianças em idade pré-escolar matriculadas em creches ou na pré-escola, os percentuais encontrados (46,8%) são preocupantes e estiveram aquém da média nacional, de 74,7% (IBGE, 2020). Os primeiros anos de uma criança, vivenciados na fase pré-escolar, podem ser determinantes para o desenvolvimento cognitivo e social e está baseado na maturação e interação das crianças em um ambiente típico da infância (RINDERMANN; ACKERMANN, 2021).

O Sistema Único de Saúde e a estratégia de saúde da família (ESF) constituem a principal forma de cuidado em saúde utilizada pela comunidade quilombola. Observou-

se que apesar de quase a totalidade das famílias serem assistidas por esta estratégia, cerca de 30% delas informaram não receber visitas, com periodicidade mensal, dos agentes comunitários de saúde. Percentual ainda maior foi observado nas comunidades de Gurugi I (46,2%) e Ipiranga (42,5%), sugerindo falhas na estratégia e iniquidades na qualidade da assistência prestada entre as comunidades.

Com relação a realização do pré-natal entre as mães de crianças com idade de até cinco anos, observou-se que 96,5% delas haviam recebido assistência durante a gravidez, corroborando com o preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil que assegura a cobertura total de mulheres em relação ao pré-natal e ao puerpério na atenção ao binômio mãe e bebê, nos primeiros 45 dias após o nascimento (BRASIL, 2005). No que tange às consultas de puericultura, a meta de cobertura nacional é assistir a totalidade das crianças, porém as desigualdades regionais e sociais se colocam como obstáculos (BRASIL, 2012). Conforme verificado neste inquérito, identificou-se que as comunidades de Paratibe e Gurugi I, que apresentaram menores taxas de cobertura, de 50% e 77,8% respectivamente, apresentaram percentuais bem distantes do ideal. Com destaque para o maior percentual de cobertura observado na comunidade de Mituaçu (85,7%), o que sinaliza um melhor trabalho de busca ativa e captação das gestantes e recém-nascidos.

Cerca de 20% das crianças quilombolas encontravam-se com o calendário vacinal em situação de atraso. Situação mais preocupante foi observada na comunidade de Paratibe, localizada na capital Paraibana, onde o percentual de crianças com esquema vacinal atrasado foi de 58,9%. Estes percentuais estão aquém do recomendado pelo Ministério da Saúde, que preconiza uma cobertura vacinal maior ou igual a 95% para todos os grupos etários (BRASIL, 2015) e estão de acordo com um levantamento recente da cobertura vacinal de BCG, pólio e tríplice viral, a partir de dados do Programa Nacional de Imunizações (PNI), que observou tendência de redução das coberturas em alguns municípios, principalmente os localizados nas regiões Norte e Nordeste do país, (ARROYO, *et al.*, 2020).

Estudos têm demonstrado que fatores como a pobreza, precárias condições de vida, baixa escolaridade dos pais/responsáveis, número elevado de filhos e dificuldades de acesso aos serviços de saúde contribuem para o elevado percentual de crianças com esquema vacinal desatualizado (BARATA; PEREIRA, 2013; NUNES, *et al.*, 2018; SILVA, *et al.*, 1994; TERTULIANO; STEIN, 2011). Considerando a vulnerabilidade das famílias estudadas, é possível que estes fatores estejam relacionados aos resultados encontrados neste estudo. Os baixos níveis de cobertura vacinal nestas comunidades

alertam para a necessidade de medidas urgentes, por parte dos gestores municipais, estaduais e das equipes da ESF locais, visando o aumento de cobertura vacinal das crianças nestas localidades.

O nascimento prematuro foi observado em aproximadamente 20% das crianças estudadas, sendo este percentual superior à média nacional, de 11,5% (LEAL, *et al.*, 2016). Fatores como o baixo nível socioeconômico, o estado nutricional e a raça/cor têm sido relacionados com a ocorrência de partos prematuros (SALGE, *et al.*, 2009; SILVEIRA, *et al.*, 2010). Estudo de tendência temporal envolvendo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) de 2012 a 2019, evidenciou um decréscimo no percentual de partos prematuros no Brasil e demonstrou que mulheres com menor número de consultas pré-natal foi um dos fatores relacionados às maiores taxas de prematuridade (MARTINELLI, *et al.*, 2021). Embora os percentuais de mulheres que informaram ter realizado pré-natal tenha sido elevado, não foi possível avaliar a qualidade da atenção pré-natal destas mães, inclusive o número de consultas realizadas. De qualquer forma, tendo em vista o importante efeito do acompanhamento pré-natal na redução deste evento, os dados alertam para a necessidade de melhorias na qualidade da atenção pré-natal nestas comunidades. Ainda com relação às características clínicas das crianças menores de cinco anos, o baixo peso ao nascer foi reportado por 7,1% delas, sendo este percentual inferior ao observado em quilombos do Maranhão, que verificou um percentual de 10% de nascimentos de crianças com baixo peso (SILVEIRA, *et al.*, 2020).

A doença diarreica nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista foi observada em 12,9% das crianças. Interessante destacar que a comunidade de Paratibe, que com acesso, embora restrito, a serviços de tratamento da água e esgoto, foi a que apresentou maior percentual de casos de doença diarreica (21,4%). Por outro lado, a doença respiratória (nos últimos sete dias que antecederam a entrevista) foi observada em 15,8% da população estudada, com maior ocorrência em Mituaçu (28,6%), onde se observou maior percentual de famílias com relato de casos de COVID-19. Estes dados mostram a heterogeneidade na ocorrência de eventos infecciosos agudos entre as comunidades no momento do estudo. Conforme resultados de um grande inquérito de saúde infantil quilombola realizado no Estado de Alagoas, entre os anos de 2007 e 2008, as prevalências de afecções intestinais e respiratórias foram de 33,8% e 27,2%, respectivamente, (FERREIRA, *et al.*, 2011) percentuais mais elevados do que os encontrados no presente estudo.

A análise da associação dos fatores relacionados à IS alimentar das famílias mostrou que as crianças de até 5 anos de idade tiveram 40% menos chances de pertencerem a famílias que vivem em situação de insegurança alimentar, um resultado considerado satisfatório, considerando que crianças nesta faixa etária possuem maior risco de terem sua saúde afetada pela IS, principalmente o crescimento e desenvolvimento e risco de infecções (GUIMARÃES; SILVA, 2015). Embora os dados obtidos não permitam afirmar, é possível que as famílias de crianças nesta faixa etária tenham maior acesso aos programas sociais governamentais.

As doenças respiratórias aguda e o esquema vacinal desatualizado estiveram positivamente associados à IS das famílias, demonstrando a maior exposição destas crianças às doenças infecciosas e o menor acesso aos cuidados de saúde. Estudos recentes têm demonstrado que a vulnerabilidade das crianças e famílias que vivem em situação de IS é agravada por fatores relacionados à pobreza, à má nutrição e à baixa qualidade da água (IMRAN, 2019; YAYA, BISHWAJIT, 2019). Estudo envolvendo crianças entre 6 meses e 5 anos de idade, conduzido no Rio de Janeiro, em 2014, verificou uma relação inversa entre IS e níveis séricos de hemoglobina e retinol, demonstrando o efeito exercido por este fator no estado nutricional infantil (CARNEIRO, *et al.*, 2020). O déficit nutricional resulta igualmente em déficit estatural das crianças menores de 5 anos, conforme observado por Neves e cols. (2021), em estudo conduzido em comunidades quilombolas do nordeste brasileiro. Quanto à associação da IS com o esquema vacinal atrasado, estes dados alertam para a necessidade de maior atenção das equipes da ESF no acompanhamento e assistência das famílias em situação de IS, principalmente das crianças e gestantes, orientando as famílias e as encaminhando para vacinação na USB.

Este estudo apresenta algumas limitações. A coleta dos dados em contexto de pandemia de COVID-19 inviabilizou a aferição do peso e altura das crianças e, conseqüentemente, não permitiu o cálculo do índice de massa corporal (IMC) e avaliação do status nutricional da população estudada. Também pode ter ocorrido viés de memória nas questões relativas à escala brasileira de segurança alimentar, além das informações sobre a idade gestacional, assistência ao parto e consultas de puericultura. Entretanto, estes problemas podem ter sido minimizados com a utilização de um questionário que continha perguntas validadas em outros estudos e com elevado nível de detalhamento, que permitiram a obtenção de informações completas e confiáveis.

Tivemos um percentual de 15,3% de perdas, devido à ausência dos pais ou responsáveis no momento da visita, e de 2,3% de recusas. Contudo, não existiram

diferenças estatisticamente significantes em relação ao sexo entre a amostra estudada e a população perdida.

Em síntese, os resultados demonstraram precárias condições de vida e vulnerabilidade social das famílias de crianças quilombolas da faixa litorânea paraibana, as quais foram agravadas pelo contexto da pandemia por COVID-19. A constatação da situação de insegurança alimentar vivenciada por cerca de 90% destas famílias reforçam a necessidade da implementação de estratégias multissetoriais e interdisciplinares que extrapolem o campo da saúde, como a melhoria das condições de moradia, infraestrutura sanitária, educação e eliminação da pobreza.

10 Conclusões

- A maior parte das famílias estudadas se encontram em situação de insegurança alimentar e em precárias condições de vida, agravadas pelo contexto da pandemia por COVID-19, alertando para o elevado nível de vulnerabilidade das famílias e, conseqüentemente, para os riscos à saúde das crianças.
- O acesso das crianças aos serviços de atenção básica embora tenha sido satisfatório, um percentual considerável das famílias relatou não receber visitas mensais dos agentes de saúde e elevado percentual de crianças se encontrava com esquema vacinal desatualizado, sugerindo falhas na assistência de saúde.
- As precárias condições socioeconômicas e de infraestrutura de saneamento destas comunidades, constituem sério risco à saúde das populações, como a ocorrência de doenças infecciosas, particularmente as de veiculação hídrica, a exemplo da diarreia, na população infantil.
- Aproximadamente 20% dos responsáveis pelas famílias eram analfabetos. Na comunidade do Gurugi I, onde observou-se maior percentual de indivíduos autodeclarados negros pretos, o percentual de chefes de família analfabetos foi ainda maior (29,2%) do que a média percentual de analfabetos observada entre os chefes de família das quatro comunidades.
- Quase a totalidade das famílias, cerca de 95%, se encontrava em situação de insegurança alimentar, confirmando o elevado grau de vulnerabilidade destas comunidades, agravada pela pandemia.

- O distanciamento social imposto pela pandemia da COVID-19 promoveu, dentre outros problemas, a suspensão das aulas presenciais, que pode ter acentuado a situação de insegurança alimentar das crianças, que passaram a não ter acesso à merenda escolar.
- O percentual de crianças em idade escolar matriculadas em escolas foi de 99,3%, porém, em torno de 15% delas frequentavam a sala de aula em esquema de rodízio no momento da entrevista.
- Apesar de quase a totalidade das famílias serem assistidas pela estratégia de saúde da família, cerca de 30% delas informaram não receber visitas, com periodicidade mensal, dos agentes comunitários de saúde. Percentual ainda maior foi observado nas comunidades de Gurugi I (46,2%) e Ipiranga (42,5%), sugerindo falhas na estratégia e iniquidades na qualidade da assistência prestada entre as comunidades.
- A realização do pré-natal entre as mães de crianças com idade de até cinco anos foi observado em 96,5% das entrevistadas porém, não foi possível avaliar a qualidade da atenção pré-natal destas mães, inclusive o número de consultas realizadas.
- Foi verificado que as consultas de puericultura nas comunidades de Paratibe e Gurugi I apresentaram taxas de cobertura de 50% e 77,8% respectivamente. O maior percentual de cobertura observado para consultas de puericultura foi na comunidade de Mituaçu (85,7%), percentual ainda distante do ideal, sinalizando um melhor trabalho de busca ativa e captação das gestantes e recém-nascidos nestas comunidades.
- Cerca de 20% das crianças quilombolas encontravam-se com o calendário vacinal em situação de atraso. Situação mais preocupante foi observada na comunidade de Paratibe, localizada na capital Paraibana, onde o percentual de crianças com esquema vacinal atrasado foi de 58,9%.
- O nascimento prematuro foi observado em aproximadamente 20% das crianças estudadas, sendo este percentual superior à média nacional, de 11,5. Tendo em vista o importante efeito do acompanhamento pré-natal na redução deste evento, os dados alertam para a necessidade de melhorias na qualidade da atenção pré-natal nestas comunidades. Cerca de 7,1% das crianças menores de cinco anos apresentaram baixo peso ao nascer.

- A doença diarreica nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista foi observada em 12,9% das crianças. A comunidade de Paratibe, que com acesso, embora restrito, a serviços de tratamento da água e esgoto, foi a que apresentou maior percentual de casos de doença diarreica (21,4%).
- A doença respiratória (nos últimos sete dias que antecederam a entrevista) foi observada em 15,8% da população estudada, com maior ocorrência em Mituaçu (28,6%), onde se observou maior percentual de famílias com relato de casos de COVID-19, demonstrando a heterogeneidade na ocorrência de eventos infecciosos agudos entre as comunidades no momento do estudo.
- A análise da associação dos fatores relacionados à IS alimentar das famílias mostrou que as crianças de até 5 anos de idade tiveram 40% menos chances de pertencerem a famílias que vivem em situação de insegurança alimentar, quando comparadas às crianças com idade maior que cinco anos. Embora os dados obtidos não permitam afirmar, é possível que as famílias de crianças nesta faixa etária tenham maior acesso aos programas sociais governamentais.
- As doenças respiratórias aguda e o esquema vacinal desatualizado estiveram positivamente associados à IS das famílias, demonstrando a maior exposição destas crianças às doenças infecciosas e o menor acesso aos cuidados de saúde.

11 Referências

AMORIM, M. M. *et al.* Avaliação das condições habitacionais e de saúde da comunidade quilombola Boqueirão, Bahia, Brasil. **Biosci. J.**, Uberlândia, v. 29, n. 4, p. 1049-1057, July/Aug. 2013.

ALPINO, T.M.A. *et al.* COVID-19 e (in)segurança alimentar e nutricional: ações do Governo Federal brasileiro na pandemia frente aos desmontes orçamentários e institucionais. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(8):e00161320.

ARAÚJO, R. L. M. S. *et al.* Condições de vida, saúde e morbidade de comunidades quilombolas no semiárido baiano, Brasil. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 43, n. 1, p. 226-246 jan./mar. 2019.

ARROYO, L. H. *et al.* Áreas com queda da cobertura vacinal para BCG, poliomielite e tríplice viral no Brasil (2006-2016): mapas da heterogeneidade regional. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(4):e00015619.

ATTANASIO, L.; KOZHIMANNIL, K.B. Patient-reported communication quality and perceived discrimination in maternity care. **HHS Public Access, Med Care**. Author manuscript; available in PMC 2016 October 01.

BANAL, A.; FORTES, M. E. P. **Quilombos da Paraíba: a realidade de hoje e os desafios para o futuro**. João Pessoa: Imprell Gráfica e Editora, 2013. 312p.

BARATA, R.B. Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection. 120 p. ISBN 978-85-7541-391-3. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.

BARATA, R.B.; PEREIRA, S.M. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. **Rev Bras Epidemiol** 2013; 16:266-77.

BARRETO, M.L.; BARROS, A.J.D.D.; CARVALHO, M.S.; CO-DEÇO, C.T.; HALLAL, P.R.C.; MEDRONHO, R.D.A., et al. O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Rev Bras Epidemiol** 2020; 23:e200032.

BARROSO, G.S.; SICHIERI, R. SALLES-COSTA, R. Fatores associados ao déficit nutricional em crianças residentes em uma área de prevalência elevada de insegurança alimentar. **Rev Bras Epidemiol** 2008; 11(3): 484-94.

BARROSO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Rev Panam Salud Publica**. 2014;35(4):256-63.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; HORTA, B. L. Ethnicity and infant health in Southern Brazil. A birth cohort study. **International Journal of Epidemiology** 2001; 30: 1001-1008.

BATISTA, J. E. *et al.* Human papillomavirus genotypes 68 and 58 are the most prevalent genotypes in women from quilombo communities in the state of Maranhão, Brazil. **International Journal of Infectious Diseases** 55 (2017) 51-55.

BEZERRA, V. M. Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: hipertensão arterial e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(9):1889-1902, set, 2013.

BRASIL. Decreto nº 4.887, de 20 de novembro de 2003. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades quilombolas de que trata o art. 68 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União 2003; 21 nov.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Chamada Nutricional Quilombola/Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, **Departamento de Avaliação e Monitoramento**. Brasília. 2006.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Secretaria e Avaliação e Gestão da Informação**. Escala Brasileira de Insegurança Alimentar – EBIA: Análise Psicométrica de uma dimensão da Segurança Alimentar e Nutricional. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde:

primary care assessment tool pcatool - Brasil / Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.80 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) ISBN 978-85-334-1696-3

Brasil. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde**. Coberturas Vacinais no Brasil. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Temático Saúde da População Negra. Brasília, 2016. (Painel de Indicadores do SUS, v. 7, n. 10).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ordenança 381/2017. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS / Ministério da Saúde, **Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**, Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. – 3. ed. – Brasília Editora do Ministério da Saúde, 2017.44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em < <https://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/doencas-diarreicas-agudas>> Acesso em: fev. 2020.

Brasil. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

BRASIL. **Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. 2013. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/sobre>>. Acesso em: 19 set. 2019.

CARNEIRO, L.B.V. et al. Associação entre insegurança alimentar e níveis de hemoglobina e retinol em crianças assistidas pelo Sistema Único de Saúde no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. 2020; 36(1):e00243418.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (US). **Severe outcomes among patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)**. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020 March 26; 69(12):343-6. doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e2. » <https://doi.org/doi.org/10.15585/mmwr.mm6912e2>

CHOR, D.; LIMA, C.R.A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(5):1586-1594, set-out, 2005.

COLLET, N. *et al.* Manual de Enfermagem em Pediatria. Goiânia: AB, 327-340, 2010. 560 p.

COMISSÃO PRÓ-ÍNDIO. Terras quilombolas tituladas ou em processo de titulação. São Paulo, 2016. Disponível em <<https://cpisp.org.br/publicacao/mapa-terras-quilombolas-tituladas-e-em-processo-no-incra-2016>>. Acesso em: nov. 2021.

CORRÊA, A. M. S.; LEON, L. M. A Segurança Alimentar no Brasil: Proposição e Usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, 16(2): 1-19, 2009.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1): 1029-1042, 2011.

DONABEDIAN, A. Aspects of medical care administration. **Boston: Harvard University Press**; 1973.

DONIEC, K.; DALL'ALBA, R., KING, L. Austerity threatens universal health coverage in Brazil. **The Lancet**, 2016; 388:867-8.

FERREIRA, F.S. *et al.* À margem do rio e da sociedade: a qualidade da água em uma comunidade quilombola no estado de Mato Grosso. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.3, p.822-828, 2017.

FERREIRA, H. S. *et al.* Nutrição e saúde das crianças das comunidades remanescentes dos quilombos no Estado de Alagoas, Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 30(1), 2011.

FERREIRA, H. S.; TORRES, Z. M. C. Comunidade quilombola na Região Nordeste do Brasil: saúde de mulheres e crianças antes e após sua certificação. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 15 (2): 219-229 abr. / jun., 2015.

FILHO, M. B. *et al.* Um modelo para avaliação rápida da situação nutricional e de saúde de crianças e mães no "dia nacional de vacinação".

FREITAS, A.R.R.; NAPIMOGA, M.; DONALISIO, M.R. Análise da gravidade da pandemia de Covid-19. **Epidemiol Serv Saúde** 2020; 29:e2020119.

FREITAS, I.A.; RODRIGUES, I.L.A., SILVA, I.F.S., NOGUEIRA, L.M.V. Perfil sociodemográfico e epidemiológico de uma comunidade quilombola na Amazônia Brasileira. **Rev Cuid.** 2018; 9(2): 2187-200. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i2.521>.

GADSON, A. *et al.* Exploring the social determinants of racial/ethnic disparities in prenatal care utilization and maternal outcome. **Seminars in Perinatology** 41, 2017, 308 – 317.

GALINDO, et al. Working Paper 4: Efeitos da pandemia na alimentação e na situação da segurança alimentar no Brasil. **Working Paper Series Food for Justice**. 2021 <http://dx.doi.org/10.17169/refubium-29554>

- GOMES, K. O. *et al.* Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.29 no.9 Rio de Janeiro Sept. 2013.
- GUBERT, M. B. *et al.* Household food insecurity in black-slaves descendant communities in Brazil: has the legacy of slavery truly ended? **Public Health Nutrition**: 20(8), 1513–1522, 2016.
- GUERRERO, A. F. H. *et al.* Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.16, n.2, p.103-110, 2007.
- GUIMARÃES, RCR; SILVA, HP. Estado nutricional e crescimento de crianças quilombolas de diferentes comunidades do estado do Pará. **Amazonica** 2015; 7(1):186-209.
- HENRIQUES, R. Desigualdade Racial no Brasil: Evolução das Condições de Vida na Década de 90. Texto para Discussão 807. Rio de Janeiro: **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. 2001.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em< <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/.html>> Acesso em: nov. 2019.
- IBGE. **Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais**. Informação Demográfica e Socioeconômica, n.41, 2020.
- IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: segurança alimentar, 2013. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2014.
- IMRAN, M.I.K. et al. Risk factors for acute respiratory infection in children younger than five years in Bangladesh. *Public Health* 173 (2019) 112-119.
- IPEA. Dinâmica Demográfica da População Negra Brasileira. **Comunicados do IPEA, n. 91**. IPEA, maio, 2011.
- IPEA. Situação social da população negra por estado. **Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial**. – Brasília: IPEA, 2014.
- IPEA. Retrato das desigualdades de gênero e raça. **Secretaria de Políticas para Mulheres**. – Brasília: IPEA, 2015. Disponível em< https://www.ipea.gov.br/retrato/indicadores_populacao.html> Acesso em out. 2021.
- KOCHERGIN, C. N. *et al.* Comunidades quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil: autoavaliação de saúde e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30(7):1487-1501, jul, 2014.
- LEAL, M.C. *et al.* Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reprod Health**. 2016; 13 Suppl 3:164-74.
- LEITE, F. M. B. *et al.* Consumo alimentar e estado nutricional de pré-escolares das comunidades remanescentes dos quilombos do estado de Alagoas. **Rev Paul Pediatr** 2013;31(4):444-51.

LIMA, NT; BUSS, PM; PAES-SOUSA, R. A pandemia de COVID-19: uma crise sanitária e humanitária. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(7):e00177020. doi: 10.1590/0102-311X00177020

LIVINGSTON, E.; BUCHER, K. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy**. **JAMA**. 2020 March 17. doi:10.1001/jama.2020.4344.
» <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4344>

MARQUES, A. S. *et al.* Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(2):365-371, 2014.

MARTINELLI, K. G. *et al.* Prematuridade no Brasil entre 2012 e 2019: dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **R. bras. Est. Pop.**, v.38, 1-15, e0173, 2021.

MASSUDA, A. *et al.* The Brazilian health system at crossroads: progress, crisis and resilience. **BMJ Glob Health** 2018;3: e000829.doi:10.1136/bmjgh-2018-000829.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília, DF, 2011. 79–98. http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf.

MOURA, C. S. *et al.* Projeto COMQUISTA. Comunidades Quilombolas de vitória da Conquista – BA: Avaliação de Saúde e seus Condicionantes. Bahia, 2012. <https://projecomquista.wordpress.com/inquerito/>

NASCIMENTO, Beatriz. O conceito de quilombo e a resistência cultural negra. In: RATTIS, Alex. *Eu sou Atlântica*. São Paulo, p.138, 2006.

NASCIMENTO, M. D. S. B. *et al.* Prevalence of human papillomavirus infection among women from quilombo communities in northeastern Brazil. **BMC Women's Health** (2018) 18:1.

NEVES, F. J. *et al.* Estado nutricional e fatores associados ao déficit estatural em crianças menores de cinco anos de comunidades remanescentes de quilombos do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**. 2021; 37(7):e00060220.

NUNES, D.M.; MENEZES, F.C.; IGANSI, C.N.; ARAÚJO, W.N.; SEGATTO, T.C.V.; COSTA, K.C.C., et al. Inquérito da cobertura vacinal de tríplice bacteriana e tríplice viral e fatores associados à não vacinação em Santa Maria, Distrito Federal, Brasil, 2012. **Rev Pan-Amazônica Saúde** 2018; 9:9-17

OLIVEIRA, B. L. C. A; LUIZ, R. R. Mortality by skin color/race and urbanity of Brazilian cities. **Ethnicity & Health**, vol.22, no. 4, 372-388, 2017.

OLIVEIRA, S. K. M. *et al.* Autopercepção de saúde em quilombolas do norte de Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2015, vol.20, n.9, pp.2879-2890. ISSN 1413-8123. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.20342014>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Folha informativa – COVID-19. Disponível em: < <https://www.paho.org/pt/covid19>>. Acesso em: 29 nov. 2020.

PARAÍBA. **Estudo Censitário da População Quilombola da Paraíba**, 2012: Perfil de 38 comunidades Quilombolas no Estado da Paraíba, João Pessoa, AACADE, 2014.

PINHEIRO, M. O.; ZIEDE, M. L. As Contribuições da Educação Infantil para o Desenvolvimento da Criança. **Revista Professare**, ISSN 2238-9172, Caçador, v.3, n.2, p. 76-99, 2014.

PNUD - PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. Atlas racial brasileiro. Brasília, DF, 2004.

REDE PENSSAN. Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil. 2021.

RIBEIRO, G.; MORAIS, F.M.O.; PINHO, L. (In) Segurança alimentar de comunidade quilombola no norte de Minas Gerais. **Cienc Cuid Saude**. 2015 Jul/Set; 14(3):1245-1250.

RISCADO, J. L.S.; OLIVEIRA, M. A. B.; BRITO, A. M. B.B. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. **Rev saúde e sociedade** [Internet]. 2010 [cited 2017 Aug 10]; 19(2):96-108.

RINDERMANN H, LAURA ACKERMANN A. Piagetian Tasks and Psychometric Intelligence: Different or Similar Constructs? *Psychol Rep*. 2021 Dec;124 (6):2795-2821. doi: 10.1177/0033294120965876.

SALGE, A.K.M. *et al.* Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev Eletr Enf**. 2009 set;11(3):642-6.

SANTARELLI, M.; DAVID, G.; BURITY, V.; ROCHA, N.Z. Informe Dhana 2019: autoritarismo, negação de direitos e fome. Brasília: FIAN Brasil; 2019.

SANTOS, L.P. *et al.* Tendências e desigualdades na insegurança alimentar durante a pandemia de COVID-19: resultados de quatro inquéritos epidemiológicos seriados. *Cad.Saúde Pública*; 2021; 37(5):e00268520.

SILVA, A. *et al.*, Racial inequities and aging: analysis of the 2010 cohort of the Health, Welfare and Aging Study (SABE). **Rev Bras Epidemiologia** 2018; 21 (SUPPL 2): E180004.SUPL.2.

SILVA, E. K. P. *et al.* Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? **Cad. Saúde Pública** 2017; 33(4):e00005716.

SILVA, M. J. G.; LIMA, F. S. S.; HAMANN, E. M. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 109-120, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

12902010000600011&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Feb. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600011>.

SILVA, A.A.M.; GOMES, U.A.; TONIAL, S.R.; SILVA, R.A. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade urbana do Nor - deste brasileiro, 1994. **Rev Saúde Pública** 1999; 33:147-56. 24.

SILVEIRA, M.F. et al., Determinantes de nascimento pré-termo na coorte de nascimentos de 2004, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saude Publica**. 2010 jan;26(1):185-94.

SILVEIRA, V.N.C. et al. Desnutrição e fatores associados em crianças quilombolas menores de 60 meses em dois municípios do estado do Maranhão, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(7):2583-2594, 2020.

SOARES, L. F. *et al.* Prevalência de hemoglobinas variantes em comunidades quilombolas no estado do Piauí, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(11):3773-3780, 2017.

SOUSA, L. V. A. *et al.* Descrição da percepção da qualidade de vida de moradores de um quilombo no norte do Brasil. **J Hum Growth Dev**. 2018; 28(2):199-205.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde; 2002.

TERTULIANO, G.C.; STEIN, A.T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciênc Saúde Colet** 2011; 16:523-30. 25.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2 :S190-S198, 2004.

UNICEF. Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: ainda é possível mudar 2030[Internet]. 2020[cited 2021 Nov 02]. Available from: <https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>.

VIEIRA, A. B. D.; MONTEIRO, P. S. Comunidade quilombola: análise do problema persistente do acesso à saúde, sob o enfoque da Bioética de Intervenção. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 610-618, out/dez 2013.

YAYA, S.; BISHWAJIT, G. Burden of Acute Respiratory Infections Among Under-Five Children in Relation to Household Wealth and Socioeconomic Status in Bangladesh. **Trop. Med. Infect. Dis**. 2019, 4, 36; doi:10.3390/tropicalmed4010036.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde Soc**. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016.

ZHIFEI, HE. *et al.* Burden of Common Childhood Diseases in Relation to Improved Water, Sanitation, and Hygiene (WASH) among Nigerian Children. **Int. J. Environ. Res. Public Health** 2018, 15, 1241; doi:10.3390/ijerph15061241.

APÊNDICE I
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Você está sendo convidada (o) a participar como voluntária (o) da pesquisa **“INQUÉRITO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL QUILOMBOLA NO ESTADO DA PARAÍBA”**, que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Rafaela Domingos da Cunha, Rua Arlindo Joaquim da Silva/Valentina I, João Pessoa - PB, CEP: 58063-500 ; Telefone da pesquisadora: (83) 99990-5844 e e-mail: rafaellacunha92@gmail.com (para contato do pesquisador responsável, inclusive ligações a cobrar).

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar do estudo ou autorizar a participação do seu dependente, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem precisar justificar o motivo, também sem nenhuma penalidade. Todos os seus dados também serão removidos da pesquisa, a não ser que você autorize a permanência desses na nossa análise. Se, por acaso, o estudo ocasionar algum custo financeiro, você será ressarcido. Também terá direito legal de receber indenização, caso venham a ser comprovados prejuízos de qualquer ordem decorrentes de sua participação.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa porque mora em uma comunidade quilombola da faixa litorânea do estado da Paraíba. Os objetivos desta pesquisa são conhecer o estado de saúde de crianças quilombolas menores de 10 anos de idade e de suas famílias e avaliar o grau de acesso destas crianças aos serviços de saúde de atenção básica (postos de saúde) da região.

Caso aceite participar, faremos uma entrevista com o responsável pela família desta casa, para sabermos as condições de vida e de nutrição da família. Depois vamos entrevistar o (s) responsável (is) pelas crianças que residem nesta casa, para termos informações sobre as condições de saúde das crianças, como diarreia e infecções respiratórias, e sabermos o acesso aos serviços de saúde (posto ou hospital) da localidade.

O risco relacionado a sua participação nesta pesquisa será um possível desconforto em responder as perguntas do questionário. Se isto acontecer, você é livre para interromper a entrevista e desistir de participar do estudo. Contudo, garantimos que todos os nossos esforços estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, garantimos também que sua identidade não venha a público sob hipótese alguma.

Não existe benefício direto para o participante da pesquisa. Com os dados deste estudo, você contribuirá para a identificação dos riscos de saúde desta população, os quais poderão subsidiar o planejamento e a intervenção de ações efetivas na prevenção de problemas de saúde para as crianças quilombolas e suas famílias.

Ao participar o senhor (a) tem garantido os seguintes direitos:

- 1) A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios relacionados com a pesquisa;
- 2) A liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga prejuízo à continuação dos seus cuidados e tratamento;
- 3) A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a sua privacidade.



Esclarecemos que todas as informações do estudo são confidenciais e serão divulgadas aos representantes das comunidades quilombolas da faixa litorânea do estado da Paraíba, gestores da saúde e à comunidade em geral, além de eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em arquivos eletrônicos de computador exclusivo da pesquisa, sob a responsabilidade da pesquisadora Rafaela Domingos da Cunha no endereço acima informado, pelo período mínimo de cinco anos após o término da pesquisa. Os dados armazenados poderão ser usados em pesquisas futuras, mas um novo consentimento será pedido.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____
, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“INQUÉRITO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL QUILOMBOLA NO ESTADO DA PARAÍBA”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: _____

Nome completo da Pesquisadora: Rafaela Domingos da Cunha

APÊNDICE II

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 7 a 18 ANOS)

OBS: Este Termo de Assentimento para o menor de 7 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convidamos você _____, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa “**INQUÉRITO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL QUILOMBOLA NO ESTADO DA PARAÍBA**”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Rafaela Domingos da Cunha, Rua Arlindo Joaquim da Silva/Valentina I, João Pessoa - PB, CEP:58063-500 ; telefone: (83) 99990-5844 e e-mail: rafaelacunha92@gmail.com (para contato do pesquisador responsável, inclusive ligações a cobrar).

Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubricue as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via deste termo lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, um responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa porque mora em uma comunidade quilombola da faixa litorânea do estado da Paraíba. O nosso objetivo é conhecer a saúde das crianças que têm até 10 anos de idade e moram nos quilombos da região litorânea do estado da Paraíba. Caso aceite participar, iremos fazer-lhes algumas perguntas sobre a sua saúde, incluindo a sua alimentação, semelhante a historinha abaixo:



Tudo que iremos fazer é considerado seguro. No entanto, você poderá se sentir desconfortável ao responder as perguntas do questionário. Mas, se isto acontecer, você é livre para interromper a conversa e desistir de participar do estudo. Contudo, garantimos que todos os nossos esforços estarão direcionados



para que situações como estas não ocorram. A sua participação poderá trazer coisas boas para a sua comunidade pois, irão ajudar no planejamento de ações voltadas para a saúde das crianças quilombolas e suas famílias.

Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Caso ocorram danos decorrentes da sua participação na pesquisa, não haverá despesas para seus pais [ou responsáveis legais] e você. O pesquisador assumirá os custos.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der.

Se você ou seus pais tiverem dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, poderão entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 8 – 12 h e das 13 – 17h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

ASSENTIMENTO DO (DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO
(A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo “**INQUÉRITO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL QUILOMBOLA NO ESTADO DA PARAÍBA**”, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data: _____

Assinatura do (da) menor: _____

Impressão
digital
(opcional)

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Pesquisadora - Assinatura: _____

Nome completo da Pesquisadora: Rafaela Domingos da Cunha



ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INQUÉRITO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INFANTIL QUILOMBOLA NO ESTADO DA PARAÍBA

Pesquisador: RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35329120.2.0000.8807

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.285.568

Apresentação do Projeto:

Segundo pesquisador:

As desigualdades sociais determinadas por questões étnico-raciais no Brasil refletem diretamente nos indicadores de saúde de indivíduos de cor preta, parda e indígena, os quais apresentam piores indicadores de saúde quando comparados aos brancos. A população negra infantil, inevitavelmente, sofre influência das condições de vida vivenciadas por suas famílias e, conseqüentemente, também apresentam piores indicadores de saúde em relação às crianças brancas. O quilombo, na construção social brasileira, representa o símbolo mais expressivo da resistência do povo negro, com história, território e ancestralidade próprios. Nesse contexto de expropriação dos direitos sociais, o presente estudo pretende conhecer o perfil de morbidade e estado nutricional e o grau de acesso aos serviços de saúde de crianças quilombolas menores de 10 anos de idade e analisar sua associação com a segurança alimentar e condição socioeconômica das famílias residentes em quilombos da faixa litorânea do estado da Paraíba. Hipótese: O perfil de morbidade e estado nutricional de crianças residentes em quilombos da faixa litorânea do estado da Paraíba são insatisfatórios e estão associados às condições socioeconômicas e de segurança alimentar das famílias, além de dificuldades de acesso das crianças aos serviços de saúde. Trata-se de um estudo de corte seccional, descritivo, de base populacional, que envolverá o

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.285.588

universo de crianças na faixa etária de interesse do estudo, quantitativo que corresponde a 456 crianças. Será realizada entrevista por meio de questionários estruturados e os dados antropométricos serão aferidos por meio de uma balança digital de bioimpedância e estadiômetro. A entrada dos dados será feita na plataforma RedCap. Será inicialmente realizada a análise descritiva das características socioeconômicas, demográficas das famílias e a condição de saúde das crianças. A prevalência será determinada para os diferentes eventos de saúde investigados e a distribuição de frequência dos escores obtidos para cada item do instrumento PCATool também será verificada. A associação entre segurança alimentar e estado nutricional e condição de saúde da criança será analisada utilizando o teste do Qui-quadrado e valor de p, a um nível de significância de 5%, através do software Stata versão 15.1.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer o perfil de morbidade e estado nutricional e o grau de acesso aos serviços de saúde de crianças quilombolas menores de 10 anos de idade e analisar sua associação com a segurança alimentar e condição socioeconômica das famílias residentes em quilombos da faixa litorânea do estado da Paraíba.

Objetivo Secundário:

- Descrever as características sociodemográficas da população de estudo, incluindo as suas respectivas famílias;
- Descrever o perfil de morbidade (relacionado a frequência de doenças respiratórias agudas e diarreia) e perfil nutricional de acordo com faixa etária e sexo;
- Descrever o grau de acesso aos serviços de saúde pelas crianças de 0 a 5 anos de idade, da população em estudo.
- Analisar a associação da segurança alimentar e características sociodemográficas das famílias com o status nutricional das crianças estudadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco relacionado a participação do voluntário nesta pesquisa será um possível desconforto em

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.285.568

responder as perguntas do questionário. Se isto acontecer, o participante é livre para interromper a entrevista e desistir de participar do estudo. Contudo, todos os esforços dos pesquisadores estarão direcionados para que situações de constrangimento não ocorram. Inclusive, também será garantido que a identidade do participante não venha a público sob hipótese alguma.

Benefícios:

Não existe benefício direto para o participante da pesquisa. Com os dados deste estudo, o participante contribuirá para a identificação dos riscos de saúde desta população, os quais poderão subsidiar o planejamento e a intervenção de ações efetivas na prevenção de problemas de saúde para as crianças quilombolas e suas famílias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Temática importante que aborda desigualdades sociais determinadas por questões étnico-raciais no Brasil em quilombolas. Os riscos são mínimos e os resultados apontam para benefícios indiretos a população infantil quilombola, pois contribuirá para a identificação dos riscos de saúde desta população, os quais poderão subsidiar o planejamento e a intervenção de ações efetivas na prevenção de problemas de saúde para as crianças quilombolas e suas famílias.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos entregues sem pendências.

Recomendações:

Entregas de relatórios parciais e final devem ser feitas via notificação. Os relatórios parciais devem ser apresentados, pelo menos, semestralmente. Qualquer alteração no protocolo no decorrer da pesquisa, como também mudança de equipe, devem ser informados via emenda. Todas as ações deve ser realizadas via Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência sobre TALE em parecer de n.4.259.847 atendida.

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.285.568

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1554601.pdf	14/09/2020 11:19:43		Aceito
Outros	DomingosRC_carta_resposta_as_pendencias.docx	14/09/2020 11:16:49	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DomingosRC_TALE_versao_2_limpa.docx	14/09/2020 11:15:50	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DomingosRC_TALE_versao_2_com_alteracoes.docx	14/09/2020 11:15:18	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Caroline_de_Araujo_Mariz.pdf	15/07/2020 17:25:39	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Maria_Cynthia_Braga.pdf	15/07/2020 17:25:15	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Rafaela_Domingos_da_Cunha.pdf	15/07/2020 17:24:49	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Outros	DomingosRC_Declaracao_compromisso_CEP.pdf	15/07/2020 17:24:09	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	DomingosRC_Carta_de_anuencia.pdf	15/07/2020 17:23:27	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DomingosRC_Declaracao_da_equipe.pdf	15/07/2020 17:22:42	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 4.285.568

Cronograma	DomingosRC_Cronograma.docx	15/07/2020 17:22:09	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Orçamento	DomingosRC_Orcamento.docx	15/07/2020 17:21:46	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DomingosRC_TALE.docx	15/07/2020 17:20:58	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DomingosRC_TCLE_para_maiores_18_anos.docx	15/07/2020 17:20:42	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DomingosRC_Projeto.docx	15/07/2020 17:20:19	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito
Folha de Rosto	DomingosRC_Folha_de_rosto.pdf	15/07/2020 17:19:58	RAFAELA DOMINGOS DA CUNHA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 18 de Setembro de 2020

Assinado por:
Maria Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br