



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE PINHEIRO
CURSO DE ENFERMAGEM**

RENATA GABRIELA SOARES TEIXEIRA

**INFORMAÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DAS
COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO – MA**

**PINHEIRO-MA
2023**

RENATA GABRIELA SOARES TEIXEIRA

**INFORMAÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DAS
COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO – MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, campus Pinheiro, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Vanessa Moreira da Silva Soeiro

PINHEIRO-MA
2023

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Teixeira, Renata Gabriela Soares.

Informações de saúde de crianças da rede pública de ensino das comunidades remanescentes quilombolas de Bequimão Ma / Renata Gabriela Soares Teixeira. - 2023.
52 f.

Orientador(a): Vanessa Moreira da Silva Soeiro.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro, 2023.

1. Cobertura Vacinal. 2. Criança. 3. Desenvolvimento Infantil. 4. Quilombolas. 5. Registros de Saúde Pessoal. I. Soeiro, Vanessa Moreira da Silva. II. Título.

RENATA GABRIELA SOARES TEIXEIRA

**INFORMAÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS DA REDE PÚBLICA DE ENSINO DAS
COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO-MA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Trabalho de conclusão de curso aprovado em ____ de dezembro de 2023 pela banca examinadora constituída pelos seguintes membros:

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vanessa Moreira da Silva Soeiro (Orientadora)

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Alice Bianca Santana Lima

Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof. João de Deus Cabral Júnior

Mestre em Psicologia Social
Universidade Federal do Maranhão

Dedico a Deus, minha família, amigos e ao meu eu do passado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, fonte inesgotável de sabedoria e amparo, por guiar meus passos e iluminar meu caminho durante toda a jornada acadêmica que culmina neste trabalho.

À minha mãe, Zaira Margareth Nunes Soares, e à minha avó, Maria das Neves Nunes Soares, pilares inabaláveis de amor e incentivo, que sempre acreditaram no meu potencial.

Expresso minha gratidão aos meus tios Rubem César e Renato Sérgio, assim como ao meu avô Branco e ao meu tio Paulo, que, embora tenham partido antes da minha formatura, continuam a abençoar-me de onde estiverem.

Aos amigos, em especial a Kênia de Cássia, agradeço o constante companheirismo em todos os aspectos da minha vida. Ao grupo de trabalho composto por Lívia, Lavanny, Ártemis, Erick e Indila, expresso minha gratidão pelos momentos de apresentações que enriqueceram nossa trajetória acadêmica.

Um agradecimento especial à Andressa, Getúlio e o Professor Bruno Luciano Oliveira pelo convite para participar do grupo de pesquisa quilombola em 2021, uma experiência enriquecedora que ampliou meus horizontes acadêmicos.

Agradeço a todos os antigos membros da LAEAB (Liga Acadêmica de Enfermagem na Atenção Básica), em especial Fabiana, pelos valiosos ensinamentos que obtive ao longo dessa jornada.

À Ecila Vanessa, minha eterna fonte de conselhos, agradeço as orientações incessantes. À Eduarda Soares, pelas conversas e desabafos que tornaram os desafios mais leves.

Não poderia deixar de mencionar Victor, cujo companheirismo e apoio foram fundamentais nessa reta final de escrita, tornando esse percurso mais significativo.

Por fim, expresso minha profunda gratidão à minha orientadora Profa. Vanessa Soeiro, cuja sabedoria e orientação foram cruciais para o desenvolvimento deste trabalho.

Agradeço também à UFMA, instituição que proporcionou o ambiente propício para meu crescimento acadêmico e pessoal.

Essa jornada não seria possível sem o apoio inestimável de cada um mencionado. Muito obrigada a todos!

“A digressão é a alma do intelecto”

(Ray Bradbury)

RESUMO

Introdução: As crianças nas comunidades quilombolas representam o grupo populacional mais vulnerável, podem apresentar déficit nutricional, de crescimento, de desenvolvimento e maior risco de morbidades agudas. Logo, a avaliação das condições de saúde das crianças pode revelar os impactos do nível de organização socioeconômica e desenvolvimento humano nas comunidades quilombolas. **Objetivo:** Analisar informações de saúde de crianças da rede pública de ensino das comunidades remanescentes quilombolas de Bequimão – MA. **Métodos:** Estudo transversal, realizado com 143 crianças quilombolas de 5 a menores de 10 anos matriculadas na rede pública de ensino. Foram analisadas e scaneadas as Cadernetas de Saúde da Criança de 123 crianças. Foi aferida a pressão arterial com esfigmomanômetro e estetoscópio infantil e de cada criança foi coletada uma pequena amostra sanguínea para análise de hemoglobina utilizando hemoglobinômetro portátil. Os dados foram coletados no software REDCap e analisados no RStudio. Foram calculadas frequências absolutas e relativas para todas as características avaliadas. **Resultados:** Foram obtidos dados de 123 carteiras de vacinação (86,0%) do total de 143 crianças. A proporção de crianças com esquema vacinal básico completo foi de 21,1%. No momento da pesquisa 78,3% não se enquadravam ainda na faixa etária de vacinação de HPV. A prevalência de anemia nas 143 crianças foi de 11,4%. Ao analisar a situação geral das 143 crianças quanto ao índice P/E, a magreza está presente em 5,6% e o excesso de peso em 9,8% das crianças analisadas. Com relação ao índice E/I, os déficits estruturais estavam presentes em 4,9%. A pressão arterial de 36,6% das crianças estava elevada. **Conclusões:** Evidenciou-se situação vacinal com baixa adesão de COVID-19, tetra viral e HPV. Verificaram-se alterações na pressão arterial e casos de anemia ferropriva, mas baixa alteração nos índices antropométricos. Destacar-se, a importância de medidas públicas de prevenção e promoção da saúde dessa população mais vulnerável.

Descritores: Criança; Quilombolas; Cobertura Vacinal; Desenvolvimento Infantil; Registros de Saúde Pessoal.

ABSTRACT

Introduction: Children in quilombola communities represent the most vulnerable population group, may present nutritional, growth, and developmental deficits, and a higher risk of acute morbidities. Therefore, the evaluation of children's health conditions can reveal the impacts of the level of socioeconomic organization and human development in quilombola communities.

Objective: To analyze health information of children from the public school system of the remaining quilombola communities of Bequimão – MA. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with 143 quilombola children aged 5 to under 10 years enrolled in the public school system. The Child Health Handbooks of 123 children were analyzed and scanned. Blood pressure was measured with a sphygmomanometer and stethoscope, and a small blood sample was collected from each child for hemoglobin analysis using a portable hemoglobinometer. Data were collected using the REDCap software and analyzed using RStudio. Absolute and relative frequencies were calculated for all characteristics evaluated.

Results: Data were obtained from 123 vaccination cards (86.0%) of the total of 143 children. The proportion of children with a complete basic vaccination schedule was 21.1%. At the time of the survey, 78.3% were not yet in the HPV vaccination age group. The prevalence of anemia in the 143 children was 11.4%. When analyzing the general situation of the 143 children regarding the W/H index, thinness was present in 5.6% and overweight in 9.8% of the children analyzed. Regarding the E/A ratio, structural deficits were present at 4.9%. The blood pressure of 36.6% of the children was elevated. **Conclusions:** Vaccination status with low adherence to COVID-19, tetraviral and HPV was evidenced. There were changes in blood pressure and cases of iron deficiency anemia, but little change in anthropometric indexes. The importance of public measures for prevention and health promotion of this most vulnerable population should be highlighted.

Keywords: Child; Quilombola Communities; Vaccination Coverage; Child Development; Health Records, Personal.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1 Comunidades Quilombolas: conceitos e aspectos históricos no Brasil e no Maranhão.....	12
2.2 Atenção à Saúde da Criança Quilombola.....	15
2.3 A Caderneta da Saúde da Criança.....	16
3. OBJETIVOS.....	18
3.1 Objetivo Geral.....	18
3.2 Objetivos Específicos.....	18
4. METODOLOGIA.....	19
5. RESULTADOS.....	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	39
APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE).....	40
APÊNDICE C - Espelho do Questionário.....	42
APÊNDICE D - Espelho do Software Anthro.....	43
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética.....	44
ANEXO B - Normas da Revista DESAFIOS - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins.....	45

1 INTRODUÇÃO

Comunidades remanescentes quilombolas representam uma forma de resistência à história escravocrata brasileira, compostas majoritariamente por população de ancestralidade negra. Estas comunidades, em geral, estão inseridas em áreas rurais, onde grande parte de seus habitantes possuem baixos níveis de escolaridade e renda e, dispõem da agricultura de subsistência como principal atividade econômica, além do artesanato e da pecuária. Caracterizam-se, portanto, como comunidades altamente vulneráveis (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

No entanto, crianças nessas comunidades representam o grupo populacional mais vulnerável e em risco social e de saúde. Em geral, apresentam déficit nutricional, de crescimento e desenvolvimento, bem como maior risco de morbidade, com implicações para perda da qualidade de vida devido ao maior risco de adoecimento a agravos transmissíveis e parasitários, baixo desenvolvimento cognitivo e físico, abandono escolar e menor inserção no mercado de trabalho na vida adulta (MARMOT, 2005; JANNUZZI, 2009; VICTORA et al., 2011; SHARKEY, 2013; SILVA et al., 2015).

Nesse sentido, um instrumento que exerce grande importância para avaliação e acompanhamento da saúde das crianças é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), instituída em 2005 pelo Ministério da Saúde, contempla eventos essenciais ao acompanhamento e análise da saúde infantil, como a carteira de vacinação; história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; análise da saúde bucal, auditiva e visual; importância do aleitamento materno, suplementação de sulfato ferroso e vitamina A; dentre outros (UFMG, 2019).

A CSC atua como uma ferramenta de grande relevância para a promoção e acompanhamento do estado de saúde, identificação de crianças vulneráveis e com necessidades especiais; além de atuar como instrumento de comunicação e educação em saúde da Equipe Saúde da Família com os pais e/ou responsável e; servir de ferramenta para analisar o direcionamento de políticas públicas de saúde. Desta forma, a CSC é capaz de abranger a saúde integral da criança e a auxiliar na redução da mortalidade infantil (SALLES; TORIYAMA, 2017). É imprescindível, portanto, a correta utilização da caderneta pelos profissionais de saúde que assistem a criança, agentes responsáveis pelo correto e completo registro das condições de saúde, além de aconselhar e elucidar às famílias as informações encontradas (SILVA; GAÍVA; MELLO, 2015).

No Brasil, segundo dados do IBGE (2011), 15,1% da população (28.876.072) em 2010 tinha menos de 10 anos de idade, sendo que 31,1% delas viviam na região nordeste do país. Os municípios com até 50.000 habitantes do país abrigavam 1/3 dessas crianças e as cidades com mais de 60,0% da população sendo negra (parda e preta) abrigavam cerca de 33,0% delas. Considerando o estado do Maranhão, cerca de 1.337.022 das crianças do Brasil residiam nesse estado em 2010, sendo que todas residiam em cidades com baixo ou médio Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e com elevada concentração de renda ($Gini > 0,5$) (IPEA, 2015). Em 2010, em termos comparativos, em relação ao restante do país, as crianças maranhenses viviam em cidades com 7,0% a menos de anos de vida, com taxa de analfabetismo de 27,0% contra 15,6% do resto país, com 38,9% das casas com acesso a banheiro e água encanada contra 82,6% do restante do país (IPEA, 2015).

Dentro desse contexto encontra-se Bequimão, município da região da Baixada Maranhense. Este possui 20.344 habitantes, sendo 65,47% autorreferidos negros. Dentre a população infantil, o município possui 3.683 crianças de 0 a 9 anos, sendo 68,1% declaradas pelos pais como negras (pardas mais pretas). Cerca de 57,5% da população possui rendimento mensal *per capita* de até 1/2 salários-mínimos e ainda, precário índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM 0,601) e elevado índice de vulnerabilidade social (IVS 0.665). Todos esses dados indicam grandes necessidades sociais e de saúde (IBGE, 2019).

Essas informações mostram que a população de crianças menores de 10 anos de idade é numericamente importante e que as suas condições de saúde podem revelar os impactos do nível de organização socioeconômica e desenvolvimento humano nas diferentes cidades Estado. A precariedade das condições de vida e saúde, indica que de modo geral a população pode não estar sendo atendida de maneira insatisfatória, e que muitas vezes são acometidas por doenças negligenciadas de baixa complexidade, que podem ser evitadas.

O Ministério da Saúde considera que mais de 46% do total da população de autodeclarados negros no Brasil vive em condições inadequadas de saúde. Dentro desta população, existe um segmento específico, as comunidades remanescentes dos quilombos. Comunidades que passam por situação de vulnerabilidade social e econômica, carregada pelo seu processo histórico oriundo da escravidão e exclusão da população negra no país, gerando desigualdades socioeconômicas, políticas e de saúde (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

No Brasil, atualmente existem 3.271 comunidades remanescentes quilombolas, 2.729 delas já foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares, sendo os estados da Bahia e do Maranhão os que somam o maior número de comunidades. Situado na região da baixada

maranhense, o município de Bequimão conta atualmente com 11 comunidades certificadas como remanescentes quilombolas (BRASIL, 2018).

Esse estudo propõe-se a conhecer as condições de saúde das crianças <10 anos de idade em fase escolar que vivem em comunidades remanescentes quilombolas de Bequimão, por meio dos dados presentes da Caderneta da Saúde da Criança.

Embora tenham ocorrido mudanças recentes nos modelos econômicos, políticos e de saúde, ainda não foram eliminadas as inaceitáveis desigualdades na situação de vida e saúde das crianças brasileiras (JANNUZZI, 2009; VICTORA et al., 2011) nos diferentes contextos em que estão inseridas, sobretudo aquelas que vivem em comunidades tradicionais, como os quilombos. Essas transformações não impactaram uniformemente a todos que crescem no país permanecendo as crianças, sobretudo de escolas públicas, de áreas rurais e remotas, no pior nível de renda, escolaridade e pior infraestrutura sanitária, acesso e uso de serviços sociais e de saúde (IBGE, 2019).

A persistência de sistemáticas desigualdades nesses locais impõe às crianças contextos de grande pobreza e piores condições de vida, maior ocorrência de doenças, pior qualidade de vida e mortes mais precoces (JANNUZZI, 2009; OLIVEIRA, 2017). A presença de desigualdades reflete na distribuição desigual de fatores de risco e de agravos à saúde, que são acumulados ao longo das várias gerações e dos vários ciclos de vida (JANNUZZI, 2009; VICTORA et al., 2011).

O combate às desigualdades perpassa pela necessidade do estabelecimento de ações governamentais. Logo, faz-se necessário associá-las ao correto preenchimento e análise da Caderneta de Saúde das Crianças em área quilombola, de forma a identificar os principais aspectos da saúde que são afetados pelas crianças inseridas nesses contextos sociais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Comunidades Quilombolas: conceitos e aspectos históricos no Brasil e no Maranhão

Títulos como “*quilombos, mocambos, comunidades remanescentes de quilombos, comunidades negras rurais*” são palavras que nomeiam grupos sociais afrodescendentes transportados para o Brasil durante o período colonial, que com vigor resistiram ao sistema vigente contra sua condição de submissos, formando territórios independentes. Nessas comunidades, o regime escravista foi transformado em liberdade e em trabalho autônomo (BRASIL, 2007).

Os quilombos não se referem basicamente à ocupação em algum período histórico ou à verificação biológica da descendência, engloba o envolvimento de grupos étnico-raciais, com relações territoriais específicas e com a ancestralidade negra relacionada com a resistência à opressão histórica. Esse novo conceito de quilombo engloba a diversidade desses grupos, desde o período de escravidão até o período após a abolição. Transcendendo a área geográfica às relações sociais (SANTOS, 2014; BRAGA, 2010).

Em 1530, iniciou-se a escravidão indígena no Brasil quando os portugueses começaram a colonização da América portuguesa. E ao longo da história a escravização nativa foi sendo substituída pela escravização dos povos africanos, trazidos por tráfico nos séculos XVI e XVII. A escravidão se estendeu por 300 anos, marcando a história por diversas formas de resistência, e entre elas a formação de quilombos. Por consequência, os quilombos expressam a luta contra a autocracia vivida pelos afrodescendentes ao longo da história brasileira (MARQUENSE, 2006).

A experiência quilombola no Brasil, acolheu africanos e os seus descendentes nascidos aqui e em determinadas situações índios e brancos, formando uma diversidade étnica e cultural grandiosa. (SILVA, 2015; COSTA, 2021). Os quilombos foram originados de fugas, e uma característica em comum dessas localidades é o difícil acesso, em sua maioria, isolados, pois, ao adentrar nas matas e nas serras, os negros que fugiam em busca de liberdade, aproveitaram os acidentes geográficos de determinados lugares (como abismos, rios e formações rochosas) como barreira à entrada dos caçadores de escravos, milícias ou qualquer tipo de perigo que ameaçassem a sua liberdade. E esse atributo foi crucial para apropriação de seu território. Por séculos, esses locais eram invisíveis ao Estado, que reconheceu sua existência e essência muito tempo depois, e até hoje muitos territórios

esperam essa visibilidade, pois não são conhecidos e reconhecidos em sua importância (LACERDA 2017; LITTLE, 2004; FURTADO, 2014).

Um século após a abolição da escravatura, a história brasileira ganha o marco da Constituição Federal de 1988, que reintroduz a questão quilombola dentre suas disposições legais, consoante ao Art. 68 que assegura: “aos remanescentes das comunidades de quilombos que estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir-lhes os títulos respectivos”. O Estado brasileiro, ainda possui contrariedade em compreender e reconhecer as terras quilombolas, que é um fator indispensável à seguridade territorial, enquanto apoio para autodeterminação dos grupos em comunidade (BRASIL, 1988, Art. 68, p. 55; ALMEIDA, 2011).

Logicamente, o termo “quilombo”, definido como fugitivos do regime escravocrata, desapareceria com a abolição da escravidão, no imaginário nacional. Entretanto, os quilombos se tornaram algo maior que a fuga, se transformaram em comunidade e famílias. É importante destacar que após a abolição da escravatura muitos quilombos foram formados pois era a única opção de muitos para viver em liberdade (SILVA, 2015; MARETTI, 2002; ALMEIDA, 2011).

A partir de 1970, as articulações de movimentos sociais negros do Norte, Nordeste e Sudeste trouxeram visibilidade a luta tanto do racismo, quanto o modo que as terras foram distribuídas no país, dois fatores que geram desigualdades e desafios no modo de acesso aos direitos das comunidades quilombolas do Brasil (GOMES, 2013; HELD, 2020).

Os quilombolas tiveram seus direitos, que estariam garantidos no art. 68, limitados por portarias e decretos durante 17 anos de história presidencial brasileira como nos governos de José Sarney (1985-1990), Fernando Collor (1990-1992), Itamar Franco (1993-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1994-2002). Na gestão presidencial de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), foi assinado o Decreto n. 4887/2003, que regulamentou a identificação, reconhecimento, delimitação e demarcação e titulação das terras quilombolas, fazendo com que o art. 68 da Constituição Federal se tornasse eficaz. Esse decreto é um marco na garantia de direitos quilombolas (HELD, 2020; BRASIL, 2003; NASCIMENTO, 2016; GOMES, 2013).

No governo Dilma Roussef (2011-2016) vários cortes orçamentários ocorreram, e dentre o período de 2016 a 2018 no comando presidencial de Michel Temer, a questão quilombola sofreu grande retrocesso, inviabilizando algumas atividades essenciais nos processos de regularização de suas terras. O governo de Jair Bolsonaro (2019-2022), ao assumir a presidência, desestruturou o INCRA (Instituto Nacional de Colonização e Reforma

Agrária), e o vinculou ao Ministério da Agricultura, sob comando de uma integrante da bancada ruralista. Além disso, o FCP (Fundo de Combate à Pobreza) ficou sob a presidência, uma figura conhecida por declarações racistas e contra a causa quilombola. O governo atual do Presidente Lula, está em processo de reestruturação do INCRA, sob pressão do MST (Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra) (HELD,2020; VIRISSÍSMO,2023).

No Maranhão, em meados do século XIX mais da metade da sua população era composta por escravos, que foram trazidos para a região da Baixada Maranhense, que possuía grandes lavouras de algodão, cana-de-açúcar, mandioca e arroz, principalmente nas capitâncias de Cumã (Guimarães) e Tapuitapera (Alcântara) (ALMEIDA, 2013).

A economia rural maranhense foi se fragmentando nas últimas décadas do século XIX, resultando na falência de muitas fazendas no Estado, ocasionando a possibilidade dos ex-escravos continuassem nessas terras, construindo o que atualmente são as comunidades remanescentes de quilombos do Estado. Formaram famílias, estabeleceram relações de trocas culturais, religiosidade e agricultura local, construindo o que são hoje (ALMEIDA, 2013).

As comunidades quilombolas maranhenses, se estendem por todo o Estado do Norte ao Sul, do Leste a Oeste. Em 2011, a Fundação Cultural Palmares implanta no Maranhão uma representação regional, com o objetivo de atender às demandas da população quilombola, dos povos de religião de matriz de africana e incentivar a cultura negra no estado. Conforme o quadro geral das comunidades de quilombos emitidos em 2022, pela fundação palmares, no Maranhão existe 849 comunidades quilombolas identificadas sem certificação, 589 com certidões, o que somado resulta em 1.446 comunidades quilombolas no Estado (BRASIL, 2022; MARANHÃO, 2020).

Falar de comunidades quilombolas maranhenses é falar de cultura e tradições, são comunidades tradicionais de matriz africana, popularmente conhecidos como povos de terreiro ou de santo, no qual seus seguidores cultuam e preservam as religiões afro-brasileiras, como: Umbanda, Tambor de Mina, Tambor de Caboclo, Pajelança, Candomblé, dentre outras (MARANHÃO, 2020).

Preservar essa cultura em sua totalidade de suas lutas à sua cultura, precisa de organização de entidades que buscam proteger esse patrimônio e condições de vida básica: saúde, educação, saneamento e posse de terra (COSTA, 2021).

2.2 Atenção à Saúde da Criança Quilombola

Durante a história, é mostrado a inexistência de uma atenção e proteção à criança até 1988, sendo tratadas da mesma forma que os adultos, não sendo levado em conta as particularidades deste período. A redemocratização brasileira, foi trazendo à tona necessidades de regulamentação de direitos políticos, civis e sociais e foi efetivada na Constituição Federal, que vem legitimar no art. 227 a criança como um sujeito de direitos que necessita de proteção (ARAUJO, 2014; BRASIL, 1988).

Em 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069 que regulamenta o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), que veio para assegurar o crescimento e desenvolvimento saudáveis em condições adequadas da criança (0 - 12 anos) e do adolescente (12 - 18 anos). Três décadas após, apesar do avanço, ainda são grandes os desafios para sua efetivação (BRASIL, 1990; LEMOS, 2009).

Com o decorrer da histórias várias estratégias de atenção a crianças foram sendo implantadas no Brasil, dentre elas temos: em 1991 foi criado o PROASP, Programa de Assistência à saúde Perinatal; o PACS, Programa de Agentes Comunitários de Saúde que em 1994 foi substituído pelo Programa de Saúde da Família (PSF) que hoje conhecemos com Estratégia de Saúde da Família (ESF); em 1992 surge o Hospital Amigo da criança para incentivar e apoiar o aleitamento materno; em 1996 primeiramente no Norte e Nordeste o AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância), com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade associada à pneumonia, diarreia, desnutrição, sarampo e malária, em 1998 o AIDPI foi expandido para todo o país; em 2000 temos a implantação do PHPH (Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento), possibilitando a portaria nº 693/00 (Método Canguru) o que resultou um cuidado integral que melhorou o atendimento público, convergindo na redução de óbitos por causa evitáveis; em 2003 com a criação do Bolsa Família, que dentre suas condições para o recebimento se tratava de frequência escolar, manutenção do esquema vacinal e o acompanhamento nutricional gerou a utilização em grande escala desses serviços, mesmo que obrigatoriamente (ARAUJO, 2014; BRASIL, 1991; BRASIL, 1996; BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

O acompanhamento das crianças está ligado diretamente a redução de doenças e mortalidade infantil. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento são ações básicas que devem permear toda a atenção à criança. O crescimento e desenvolvimento infantil é um indicador positivo de saúde, dentro do processo integral, dinâmico e contínuo de cada indivíduo, enquanto o crescimento se expressa no aumento de massa corporal e altura, o

desenvolvimento se expressa pela aquisição de habilidades cada vez mais complexas (BRASIL, 2012).

O Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, através da Chamada Nutricional Quilombola explanou em 2006, a preocupação acerca da situação das crianças moradoras das comunidades quilombolas e foi proposto um questionamento holístico sobre as peculiaridades a serem observadas e respeitadas neste grupo populacional (BRASIL, 2007).

A Chamada Nutricional Quilombola de 2008, mostrou que mais da metade das famílias quilombolas estava inserida na classe E, correspondendo na época a 4% da população mais pobre do país, isso supõe que as crianças quilombolas vivem desprovidas de instalações, equipamentos mínimos para suprir suas necessidades básicas, moram em locais desconfortáveis e suas famílias possuem poucos recursos de acesso aos serviços gerais. (SILVA, 2007; MARQUES, 2014).

Quando se fala dos serviços de saúde destinados à população quilombola, é observado majoritariamente o modelo curativista, baseado apenas nos aspectos biológicos do processo saúde-doença. O profissional de saúde ao tratar do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança quilombola, deve conhecer a população infantil, manter o acolhimento e escuta da criança, detectar sinais de risco de doenças, avaliar integralmente a criança e para visar e garantir a vigilância nutricional e vacinal, aparece um componente muito importante: A caderneta da Saúde da Criança, que deve ser checada e atualizada em todas as oportunidades (SILVA, 2009).

3.3 A Caderneta da Saúde da Criança

Nos últimos anos, a Caderneta da Criança tem ganhado mais importância enquanto documento, toda da criança brasileira nascida em maternidades públicas ou privadas tem o direito de receber a Caderneta da Saúde da Criança que deve ser preenchida com todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde, de educação e de assistência social, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança do nascimento aos seus 9 anos. Anualmente são impressas e distribuídas 3,5 milhões de Cadernetas da Criança (BRASIL, 2022).

A caderneta é dividida em duas partes: a primeira corresponde a orientações e informações direcionadas a família, como direitos das crianças e dos pais, amamentação, alimentação, vacinação, crescimento e desenvolvimento, prevenção de doenças graves, saúde bucal, entre outros; a segunda parte é destinada ao profissionais de saúde, para que haja o

registro de informações importantes, como os gráficos de crescimento, instrumentos para acompanhar o desenvolvimento da criança e tabelas para registrar as vacinas aplicadas (BRASIL, 2022).

Em 2019, a caderneta passou por uma reformulação o nome deixou de ser nas novas impressões “Caderneta da Saúde da Criança” para “Caderneta da Criança - Passaporte da Cidadania”, além de ganhar um novo layout, ganhou novos temas. Ocorreu a ampliação no preenchimento, anteriormente restrito aos pediatras e enfermeiros, contemplam a utilização para os agentes de saúde, responsáveis pelas visitas domiciliares, e pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, responsáveis pela vacinação. E de forma inédita foi adicionado um campo para registro do Distrito Sanitário de Referência das crianças indígenas (BRASIL, 2022).

A Caderneta da Criança também aborda a importância do direito a educação, e como a vida escolar da criança influencia diretamente o desenvolvimento infantil, sendo importante que a educação infantil se inicie na creche e continue no ensino fundamental e médio, e detalhes como: escola pública, escola privada ou escola religiosa, que precisa ser preenchido na caderneta, como mudanças de escolas, série e ano cursado podem influenciar a saúde da criança levando em conta suas particularidades (BRASIL, 2022).

A Caderneta possui o Calendário Nacional de Vacinação atualizado conforme o Programa Nacional de Imunizações (PNI), que traz os nomes de todas as vacinas que a criança precisa tomar para ficar protegido de doenças. As vacinas são gratuitas e estão sempre disponíveis nas Unidades Básicas e durante as campanhas de Vacinação (BRASIL, 2022).

O uso adequado da caderneta pode contribuir para a qualidade do cuidado a atenção integral à saúde da criança, favorecendo a disponibilidade de informações em um só instrumento, contando a história da criança em sua totalidade (NOBRE *et al.* 2022).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral:

- Analisar informações de saúde de crianças da rede pública de ensino das comunidades remanescentes quilombolas de Bequimão – MA.

3.2 Objetivos Específicos:

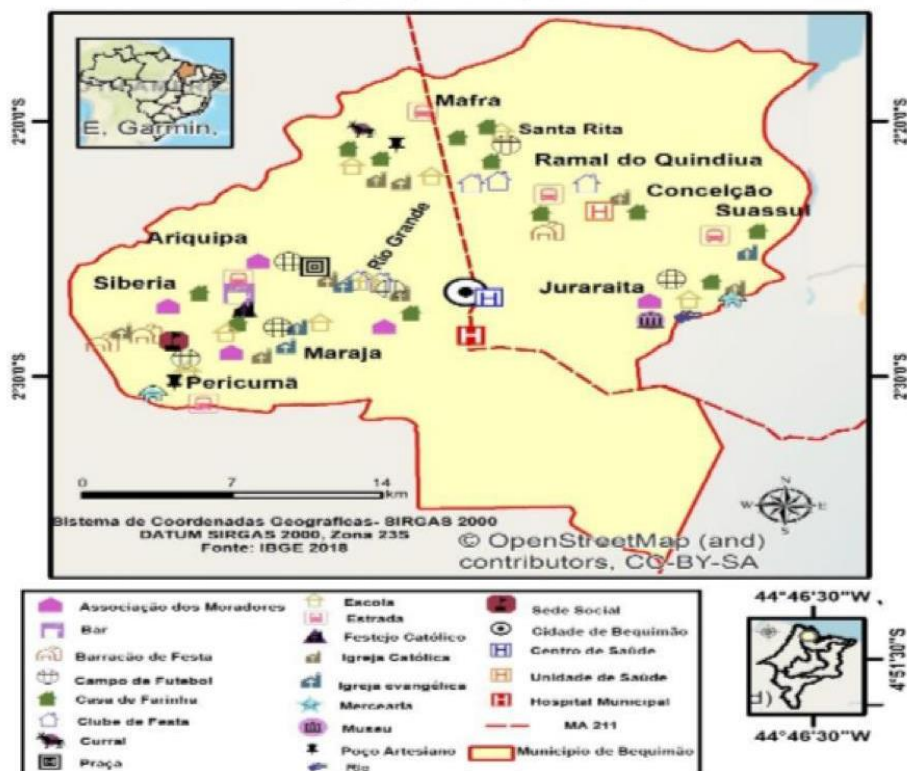
- Avaliar a situação vacinal das crianças da comunidade, de acordo com o Calendário Básico de Vacinação da Criança;
- Analisar dados antropométricos, níveis de hemoglobina sérica e pressão arterial sistêmica das crianças avaliadas;

4 METODOLOGIA

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “*INQUÉRITO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO*” (*IQUEBEQ - crianças*). Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa de base escolar realizado com crianças quilombolas de Bequimão - MA.

Inicialmente, por meio de articulação com a Secretaria Municipal de Igualdade Racial, Secretaria de Educação do município de Bequimão e os gestores das escolas, foi realizado um levantamento de crianças em idade escolar (de cinco a dez anos incompletos) regularmente matriculadas e residentes em Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) certificadas pela Fundação Palmares. O Mapa 1 apresenta a distribuição dessas comunidades e das escolas públicas utilizadas pelas crianças dessas comunidades quilombolas.

LOCAIS DE USO COMPARTILHADO NAS COMUNIDADES QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO
Bequimão, Maranhão, Brasil 2020



Mapa 1: Locais de uso compartilhado e localização geográfica das comunidades quilombolas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020.

Por meio do levantamento foi estimado o quantitativo de 161 crianças quilombolas na idade-alvo do estudo nas escolas do município. No entanto, em virtude de

recusa e dificuldades de encontrar as crianças nas escolas (mesmo após duas tentativas seguidas), foram coletados dados de 143 crianças (taxa de resposta de 88,8%).

No município de Bequimão existem onze CRQs certificadas. No entanto, apenas 10 comunidades (Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Santa Rita, Sibéria, Ramal do Quindíua e Rio Grande) possuíam crianças nos critérios estabelecidos.

A coleta dos dados ocorreu nas escolas municipais e em espaços comunitários (salão de festas) no período de 18 a 26 de maio de 2022, no horário das 8:00 às 17:00 horas. Por meio de articulação com os gestores, organizou-se um itinerário de visitas e, dependendo do número de crianças, eram selecionadas uma ou duas escolas.

Ao chegar a cada escola, os entrevistadores eram divididos em estações por onde as crianças passavam seguindo um fluxo de coleta. Inicialmente, eram coletados dados de identificação das crianças, seguindo com aplicação de questionários sobre as características socioeconômicas, demográficas e de saúde física e nutricional das crianças e de seus familiares.

De cada criança foi coletada uma pequena amostra sanguínea para análise de hemoglobina utilizando hemoglobímetro portátil (modelo: *HemoCue Hemoglobin 301 Analyser; HCE Healthcare Equipment®*). Foi aferida a pressão arterial com esfigmomanômetro e estetoscópio infantil. Ainda, foi realizado o scanner (através do aplicativo Tiny Scanner ®) da Caderneta de Saúde da Criança, para avaliação do seu preenchimento e a situação vacinal das crianças, se estavam atualizadas ou em atraso.

As variáveis antropométricas foram coletadas mediante as orientações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (BRASIL, 2011). Altura e peso foram coletados por meio de um estadiômetro portátil com estabilização e nível e de uma balança digital de bioimpedância. Ambas as medições foram realizadas duas vezes.

As crianças foram avaliadas segundo os índices antropométricos peso-para-idade (P/I), estatura-para-idade (E/I) e Índice de Massa Corporal (IMC) para idade (IMC/I) calculados em escore-Z por meio do software Anthro+. Foram estabelecidos os pontos de corte para avaliação do estado nutricional segundo referência da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007).

Todos os instrumentos de pesquisa foram importados para tablets (Philco®) e os dados foram coletados por meio de software específico para coleta de dados eletrônicos: o *Research Electronic Data Capture (REDCap)*.

Os critérios de inclusão definidos foram: idade (<10 anos), ambos os sexos, crianças matriculadas nas escolas municipais de Bequimão e residentes em uma das 11

comunidades certificadas (Mapa 1). Foram exclusas crianças sem responsável adulto no momento da coleta.

Os dados foram exportados do *REDCap* e analisados no software *RStudio* versão 1.4 1103 (*R Foundation for Statistical Computing, Boston, United States of America*). Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para todas as características avaliadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão que concedeu parecer favorável de número 3.711.271 e CAAE: 21625819.0.0000.5087 em 18 de novembro de 2019. Todos os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e todas as crianças com idade ≥ 7 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice B). Além de ter sido conduzida de acordo com os princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos pela Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

5 RESULTADOS

**INFORMAÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS DE COMUNIDADES
REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO – MA**

Artigo a ser submetido na REVISTA INTERDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO TOCANTINS, Qualis A4 para Enfermagem

INFORMAÇÕES DE SAÚDE DE CRIANÇAS DE COMUNIDADES REMANESCENTES QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO – MA

HEALTH INFORMATION OF CHILDREN FROM QUILOMBOLA REMAINING COMMUNITIES OF BEQUIMÃO – MA

INFORMACIÓN DE SALUD DE LOS NIÑOS DE LAS COMUNIDADES RESTANTES DE QUILOMBOLA DE BEQUIMÃO – MA



Artigo Original
Original Article
Artículo Original

Renata Gabriela Soares Teixeira^{*1}, Vanessa Moreira da Silva Soeiro², Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira³, Luis Felipe Leite Oliveira¹, Juliana Cordeiro Martins¹

¹Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro-MA, Brasil.

²Coordenação do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Pinheiro-MA, Brasil.

³Departamento de Medicina I, Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA, Brasil.

*Correspondência: Coordenação do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, Estrada Pinheiro/Pacas, Km 10, s/n, Enseada. Pinheiro-MA, Brasil. CEP:65.200-000. e-mail renata.gst@discente.ufma.br.

Artigo recebido em --/--/---- aprovado em --/--/---- publicado em --/--/----.

RESUMO

As crianças quilombolas representam o grupo populacional mais vulnerável, podem apresentar déficit nutricional, de crescimento, de desenvolvimento e maior risco de morbidades agudas. Objetivou-se analisar informações de saúde de crianças das comunidades remanescentes quilombolas de Bequimão – MA. Estudo transversal, com 143 crianças quilombolas com idade de 5 a menores de 10 anos. Foram analisadas e as Cadernetas de Saúde de 123 crianças. Foi aferida a pressão arterial e de cada criança foi coletada uma pequena amostra sanguínea para análise de hemoglobina. Os dados foram coletados no software REDCap e analisados no RStudio. Foram obtidos dados de 123 carteiras de vacinação (86,0%). A proporção de crianças com esquema vacinal básico completo foi de 21,1%. No momento da pesquisa 78,3% não se enquadravam ainda na faixa etária de vacinação de HPV. A prevalência de anemia foi de 11,4%. Quanto ao índice P/E, a magreza está presente em 5,6% e o excesso de peso em 9,8% das crianças analisadas. Os déficits estruturais estavam presentes em 4,9%. A pressão arterial de 36,6% das crianças estava elevada. Evidenciou-se situação vacinal com baixa adesão de COVID-19, tetra viral e HPV. Verificaram-se alterações na pressão arterial e casos de anemia ferropriva, mas baixa alteração nos índices antropométricos.

Palavras-chave: Criança; Quilombolas; Cobertura Vacinal.

ABSTRACT

Quilombola children represent the most vulnerable population group, they may present nutritional, growth and development deficits and a greater risk of acute morbidities. The objective was to analyze the health information of children from the remaining quilombola communities of Bequimão – MA. Cross-sectional study, with 143 quilombola children aged 5 to under 10 years old. The health records of 123 children were analyzed. Blood pressure was measured and a small blood sample was collected from each child for hemoglobin analysis. Data were collected using REDCap software and analyzed using RStudio. Data were obtained from 123 vaccination cards (86.0%). The proportion of children with a complete basic vaccination schedule was 21.1%. At the time of the survey, 78.3% did not yet fall within the age range for HPV vaccination. The prevalence of anemia was 11.4%. Regarding the P/E index, thinness is present in 5.6% and overweight in 9.8% of the children analyzed. Structural deficits were present at 4.9%. The blood pressure of 36.6% of the children was elevated. Vaccination status was evident with low adherence to COVID-19, tetraviral virus and HPV. There were changes in blood pressure and cases of iron deficiency anemia, but little change in anthropometric indices.

Keywords: Child; Quilombola Communities; Vaccination Coverage.

RESUMEN

Los niños quilombolas representan el grupo poblacional más vulnerable, pueden presentar déficits nutricionales, de crecimiento y desarrollo y un mayor riesgo de morbilidades agudas. El objetivo fue analizar la información de salud de los niños de las restantes comunidades quilombolas de Bequimão – MA. Estudio transversal, con 143 niños quilombolas de 5 a menos de 10 años. Se analizaron las historias clínicas de 123 niños. Se midió la presión arterial y se tomó una pequeña muestra de sangre de cada niño para analizar la hemoglobina. Los datos se recopilaron utilizando el software REDCap y se analizaron utilizando RStudio. Los datos se obtuvieron de 123 cartillas de vacunación (86,0%). La proporción de niños con pauta básica completa de vacunación fue del 21,1%. En el momento de la encuesta, el 78,3% aún no se encontraba dentro del rango de edad para la vacunación contra el VPH. La prevalencia de anemia fue del 11,4%. En cuanto al índice P/E, la delgadez está presente en el 5,6% y el sobrepeso en el 9,8% de los niños analizados. Los déficits estructurales se situaron en el 4,9%. La presión arterial del 36,6% de los niños estaba elevada. El estado de vacunación se evidenció con baja adherencia a COVID-19, virus tetraviral y VPH. Hubo cambios en la presión arterial y casos de anemia ferropénica, pero pocos cambios en los índices antropométricos.

Descriptor: Niño; Comunidades Quilombolas; Cobertura de vacunación.

INTRODUÇÃO

Comunidades remanescentes quilombolas representam uma forma de resistência à história escravocrata brasileira, sendo compostas majoritariamente por população de ancestralidade negra. Estas comunidades, em geral, estão inseridas em áreas rurais, onde a maioria de seus habitantes possui baixos níveis de escolaridade e renda e, dispõe da agricultura de subsistência como principal atividade econômica, além do artesanato e da pecuária. Comunidades que passam por situação de vulnerabilidade social e econômica, carregada pelo seu processo histórico oriundo da escravidão e exclusão da população negra no país, gerando desigualdades socioeconômicas, políticas e de saúde. Caracterizam-se, portanto, como comunidades altamente vulneráveis (CARDOSO; MELO; FREITAS, 2018).

As crianças dessas comunidades representam parcela populacional ainda mais vulnerável, em risco social e de saúde. Em geral, apresentam déficit nutricional, de crescimento e desenvolvimento, bem como maior risco de morbimortalidade, com implicações para perda da qualidade de vida devido ao maior risco de adoecimento a agravos transmissíveis e parasitários, baixo desenvolvimento cognitivo e físico, abandono escolar e menor inserção

no mercado de trabalho na vida adulta (MARMOT, 2005; JANNUZZI, 2009; VICTORA et al., 2011; SHARKEY, 2013; SILVA et al., 2015).

Nesse sentido, um instrumento de elevada importância para avaliação e acompanhamento da saúde dos infantes é a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), instituída em 2005 pelo Ministério da Saúde. Esta contempla eventos essenciais ao acompanhamento e análise da saúde infantil, como a carteira de vacinação; história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; análise da saúde bucal, auditiva e visual; importância do aleitamento materno, suplementação de sulfato ferroso e vitamina A; dentre outros (UFMG, 2019).

A CSC contribui para a promoção e acompanhamento do estado de saúde, identificação de crianças vulneráveis e com necessidades especiais; além de atuar como instrumento de comunicação e educação em saúde da Equipe Saúde da Família com os pais e/ou responsáveis e; serve de ferramenta para analisar o direcionamento de políticas públicas de saúde. Desta forma, a CSC contribui para o cuidado integral da criança e auxilia na redução da mortalidade infantil. É imprescindível, portanto, a correta utilização da caderneta pelos profissionais de saúde que assistem a criança (SILVA; GAÍVA; MELLO, 2015; SALLES; TORIYAMA, 2017).

No Brasil, atualmente existem 3.271 comunidades remanescentes quilombolas, 2.729 delas já foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares, sendo os estados da Bahia e do Maranhão os que somam o maior número de comunidades. Situado na região da baixada maranhense, o município de Bequimão conta atualmente com 11 comunidades certificadas como remanescentes quilombolas (BRASIL, 2018).

O combate às desigualdades perpassa pela necessidade do estabelecimento de ações governamentais. Logo, faz-se necessário associá-las ao correto preenchimento e análise da Caderneta de Saúde das Crianças em área quilombola, de forma a identificar os principais aspectos da saúde que são afetados pelas crianças inseridas nesses contextos sociais.

Objetivou-se conhecer as condições de saúde das crianças menores de 10 anos de idade em fase escolar que vivem em comunidades remanescentes quilombolas de Bequimão, por meio dos dados presentes da Caderneta da Saúde da Criança.

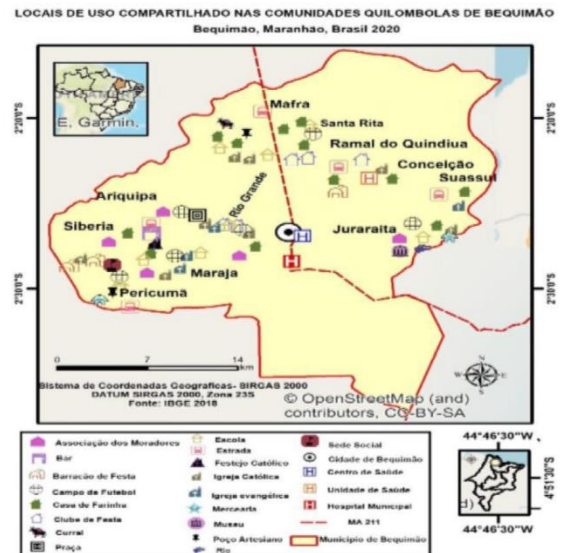
MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo faz parte de um projeto maior intitulado “INQUÉRITO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO” (IQUEBEQ - crianças). Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa realizado com crianças quilombolas de Bequimão - MA.

Inicialmente, por meio de articulação com a Secretaria Municipal de Igualdade Racial, Secretaria de Educação do município de Bequimão e os gestores das escolas, foi realizado um levantamento de crianças em idade escolar (de cinco a dez anos incompletos) regularmente matriculadas e residentes em Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQs) certificadas pela Fundação Palmares. O Mapa 1 apresenta a distribuição dessas comunidades

e das escolas públicas utilizadas pelas crianças dessas comunidades quilombolas

Mapa 1. Locais de uso compartilhado e localização geográfica das comunidades quilombolas em Bequimão, Maranhão, Brasil, 2020.



Estimou-se o quantitativo de 161 crianças quilombolas na idade-alvo do estudo nas escolas do município. No entanto, em virtude de recusa e dificuldades de encontrar as crianças nas escolas (mesmo após duas tentativas seguidas), foram coletados dados de 143 crianças (taxa de resposta de 88,8%).

No município de Bequimão existem onze CRQs certificadas. No entanto, apenas 10 comunidades (Ariquipá, Conceição, Juraraitá, Mafra, Marajá, Pericumã, Santa Rita, Sibéria, Ramal do Quindíua e Rio Grande) possuíam crianças nos critérios estabelecidos.

A coleta dos dados ocorreu nas escolas municipais e em espaços comunitários (salão de festas) no período de 18 a 26 de maio de 2022, no horário das 8:00 às 17:00 horas. Por meio de articulação com os gestores, organizou-se um itinerário de visitas e, dependendo do número de crianças, eram selecionadas uma ou duas escolas.

Ao chegar a cada escola, os entrevistadores eram divididos em estações por onde as crianças passavam seguindo um fluxo de coleta. Inicialmente, eram coletados dados de identificação das crianças, seguindo com aplicação de questionários sobre as características socioeconômicas, demográficas e de saúde física e nutricional das crianças e de seus familiares.

De cada criança foi coletada uma pequena amostra sanguínea para análise de hemoglobina utilizando hemoglobímetro portátil (modelo: HemoCue Hemoglobin 301 Analyser; HCE Healthcare Equipment®). Foi aferida a pressão arterial com esfigmomanômetro e estetoscópio infantil. Ainda, foi realizado o scanner (através do aplicativo Tiny Scanner®) da Caderneta de Saúde da Criança, para avaliação do seu preenchimento e a situação vacinal das crianças, se estavam atualizadas ou em atraso.

As variáveis antropométricas foram coletadas mediante as orientações do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN (BRASIL, 2011). Altura e peso foram coletados por meio de um estadiômetro portátil com estabilização e nível e de uma balança digital de bioimpedância. Ambas as medições foram realizadas duas vezes.

As crianças foram avaliadas segundo os índices antropométricos peso-para-idade (P/I), estatura-para-idade (E/I) e Índice de Massa Corporal (IMC) para idade (IMC/I) calculados em score-Z por meio do software Anthro+.

Foram estabelecidos os pontos de corte para avaliação do estado nutricional segundo referência da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2007). Todos os instrumentos de pesquisa foram importados para tablets (Philco®) e os dados foram coletados por meio de software específico para coleta de dados eletrônicos: o Research Electronic Data Capture (REDCap).

Os critérios de inclusão definidos foram: idade (<10 anos), ambos os sexos, crianças matriculadas nas escolas municipais de Bequimão e residentes em uma das 11 comunidades certificadas (Mapa 1). Não foram coletados dados de crianças sem responsável adulto no momento da coleta. Os dados foram exportados do REDcap e analisados no software RStudio versão 1.4 1103 (R Foundation for Statistical Computing, Boston, United States of America). Foram calculadas as frequências absolutas e relativas para todas as características avaliadas.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão que concedeu parecer favorável de número 3.711.271 e CAAE: 21625819.0.0000.5087 em 18 de novembro de 2019. Todos os responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) e todas as crianças com idade ≥ 7 anos assinaram o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice B). Além de ter sido conduzida de acordo com os princípios éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidos pela Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos dados de 123 carteiras de vacinação, o que corresponde a (86,0%) da população de 143 crianças que participaram da pesquisa. O montante não analisado atribuiu-se: aos pais/responsáveis que não compareceram ao local de coleta com a Caderneta de Vacinação e/ou não correspondiam a idade de (<10 anos), havendo 20 exclusões. A idade das crianças avaliadas variou de ≥ 5 anos a <10 anos. Das 123 cadernetas de vacinação analisadas, 52,9 % correspondiam a crianças do sexo feminino.

Foi utilizado como base o Calendário Nacional de Vacinação/2020/PNI, para analisar a

cobertura vacinal para o esquema básico e para as respectivas vacinas, que está descrita na tabela 1. A proporção de crianças com esquema básico completo foi de 21,1%. No momento da pesquisa 112 crianças, 78,3% não se enquadravam ainda na faixa etária de vacinação de HPV do Calendário Básico de Vacinação do PNI que para meninas e meninos é de 09 a 14 anos.

Tabela 1. Cobertura vacinal das crianças quilombolas menores de 10 anos de idade, Bequimão (Projeto IQUEBEC crianças), MA, Brasil, 2022.

Vacinas	N= 123	%
BCG		
Tomou a vacina	121	98,37
Em atraso	2	1,63
Hepatite B		
Tomou a vacina	118	95,93
Em atraso	5	4,07
Rotavírus		
Tomou a vacina	115	93,50
Em atraso	8	6,50
Pentavalente		
Tomou a vacina	120	97,56
Em atraso	3	2,44
DTP		
Tomou a vacina	121	98,37
Em atraso	2	1,63
VIP e VOP		
Tomou a vacina	122	99,19
Em atraso	1	0,81
Pneumocócica 10		
Tomou a vacina	121	98,37
Em atraso	2	1,63
Meningocócica C		
Tomou a vacina	121	98,37
Em atraso	2	1,63
Febre Amarela		
Tomou a vacina	121	98,37
Em atraso	2	1,63
Tríplice Viral		
Tomou a vacina	117	95,12
Em atraso	6	4,88
Tetra Viral		
Tomou a vacina	55	44,72
Em atraso	68	55,28
Varicela Monovalente		

Tomou a vacina	114	92,68
Em atraso	9	7,32
Hepatite A		
Tomou a vacina	114	92,68
Em atraso	9	7,32
COVID-19		
Tomou a vacina	94	76,42
Em atraso	29	23,58
Influenza		
Tomou a vacina	121	98,37
Em atraso	2	1,63
HPV		
	N=11	
Tomou a vacina	6	54,55
Em atraso	5	45,45

Ademais, destaca-se que dentre as vacinas preconizadas para menores de 10 anos, aquelas com coberturas inferiores a 90% foram: tetra viral (44,72%), Covid-19 (76,42%) e HPV (54,55%).

As crianças quilombolas que vivem em comunidades situadas no município de Bequimão-MA convivem com situação de saúde preocupante, tendo sido evidenciada neste estudo a baixa cobertura do esquema vacinal básico, cerca de um décimo de crianças com magreza ou obesidade e mais de um terço de crianças com alteração de níveis pressóricos.

No Brasil, as publicações sobre a situação vacinal de populações tradicionais ainda são escassas (CAETANO et al., 2020; CAIRO et al., 2021). Neste trabalho, foi possível estimar a cobertura vacinal do esquema básico, considerando as vacinas preconizadas para a infância, como também a cobertura para cada vacina dentre as 123 cadernetas analisadas.

O Programa Nacional de Imunização do Brasil oferece 16 tipos de vacinas no calendário nacional de vacinação infantil, sendo que para crianças com idade inferior a dez anos, são ofertadas no calendário nacional de vacinação infantil (BCG; Hepatite B; VIP e VOP; Rotavírus humano; Pentavalente; Pneumocócica 10; Meningocócica C;

Febre Amarela; Tríplice Viral; Tetraviral; Hepatite A; DTP; dT; HPV e Varicela), apresentando proteção contra mais de 30 doenças (BRASIL, 2020; BRASIL, 2023).

Os resultados evidenciaram que, dentre as vacinas do esquema básico, aquelas com menores coberturas entre as crianças quilombolas do município de Bequimão-MA foram a tetra viral, Covid-19 e a vacina contra o HPV. Destacando-se ainda a baixa proporção de crianças com esquema básico completo, sendo este um importante indicador das precárias condições de saúde imputadas à estas crianças, uma vez que a Organização Mundial da Saúde incentiva que as coberturas sejam superiores a 90% para as vacinas regulamentadas em cada país (OMS, 2021).

Sabe-se que a vacinação incompleta pode estar relacionada a questões sociodemográficas, econômicas e políticas. Além disso, a discriminação étnica e o acesso limitado a serviços de saúde em áreas remotas também pode afetar a cobertura vacinal (TAUIL; SATO; WALDMAN, 2016; CHOPRA et al., 2020).

No período de 2013 a 2020, houve atualizações nos calendários de vacinação por meio de comunicados e notas técnicas emitidas pela Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações (PNI). Essas atualizações envolveram a expansão das faixas etárias contempladas e a incorporação de novas vacinas, como HPV, Hepatite A, Tetra Viral e a vacina contra a Covid-19. Notavelmente, três das vacinas mencionadas neste estudo apresentaram os índices mais baixos de cobertura (PERES, 2021).

A vacina Tetra Viral proporciona proteção contra quatro doenças distintas: Sarampo, Caxumba, Rubéola e Catapora. É crucial que uma parcela significativa da população receba a vacinação para assegurar a conquista da imunidade de rebanho,

especialmente considerando a prevalência dessas doenças em crianças. Portanto, é imperativo que os profissionais estejam devidamente capacitados para orientar, administrar e documentar corretamente os esquemas vacinais (CARVALHO, 2023).

Diversos fatores exercem influência quanto a adesão à imunização contra a Covid-19. Entre esses elementos destacam-se a hesitação motivada por considerações religiosas, a postura de líderes políticos e o impacto de longo prazo das políticas governamentais na adesão à vacina. A pandemia foi amplamente permeada por disseminação de notícias falsas, fenômeno também observado no contexto da vacinação. Entre os fatores associados negativamente à disposição para se vacinar, tem-se que a utilização de plataformas de mídia social, como Google, Facebook, Twitter, Instagram, WhatsApp e TikTok, desempenhou um papel crucial na propagação de informações enganosas. Essas informações, muitas vezes veiculadas por meio de recursos audiovisuais, não apenas continham dados falsos, mas também incorporavam elementos religiosos, crenças populares e teorias conspiratórias. Além disso, diversos elementos foram identificados como enfraquecedores da confiança nas vacinas contra a Covid-19, incluindo o receio e a apreensão relacionados à percepção de efeitos colaterais graves, à durabilidade da proteção e à eficácia das vacinas, que influenciou na decisão dos pais ou responsáveis na adesão da vacinação, transmitindo de forma negativa na variável relacionada às crianças no processo de vacinação (SILVA, 2023).

Em 2014, a vacina contra o HPV era destinada exclusivamente a meninas de 11 a 13 anos. No ano seguinte, sua abrangência foi ampliada para crianças de 9 a 13 anos. Em 2017, a faixa etária contemplada incluiu meninas de 9 a 14 anos, além de abranger meninos e meninas de 9 a 26 anos que vivem com HIV/aids, transplantados, e a população

indígena, sendo que a vacinação para este último grupo ocorre desde 2014 para idades entre 9 e 13 anos. A possível razão da não adesão da vacinação pode estar associada à escassez de educação em saúde a população quilombola, à demora na realização de capacitações profissionais e à falta de recomendação por parte das autoridades de saúde do município, devido à falta de acompanhamento frequente da atenção primária em saúde nas comunidades (PERES, 2021; SILVA, 2018).

A prevalência de anemia foi de 11,4%. Ao se analisar a situação geral das crianças quanto ao índice P/E, nota-se que a magreza está presente em 5,6% desta população e o diagnóstico de excesso de peso ocorre em 9,8% das crianças analisadas. Com relação ao índice E/I, os déficits estruturais estavam presentes em 4,9% das crianças analisadas (Tabela 2).

Tabela 2. Indicadores antropométricos e de anemia das crianças quilombolas menores de 10 anos de idade, Bequimão (Projeto IQUEBEC crianças), MA, Brasil, 2022.

Variáveis	N	%
Anemia ferropriva (< 11,5)		
Sim	16	11,4
Não	124	88,6
IMC-para-idade		
Magreza	8	5,6
Eutrofia	121	84,6
Obesidade	14	9,8
Estatura-para-idade		
Baixa	7	4,9
Adequada	136	95,1

Ao analisar os índices de anemia ferropriva, constatou-se que um pouco mais de um décimo das crianças apresentaram essa condição. Sabe-se que prevalência desse agravo é mais elevada entre crianças de origem negra ou parda. Esse fenômeno está ligado a processos multifatoriais, que abrangem desde predisposição genética até vulnerabilidades socioeconômicas. Os residentes de comunidades quilombolas apresentam diversas características

importantes que os tornam mais propensos à doença, incluindo fatores biológicos, sociodemográficos, nutricionais e ambientais, ressaltando a dependência que essa população tem em relação às políticas públicas de modo em geral (SANTOS, 2021; COELHO, 2019; REZENDE, 2022).

No que se refere ao perfil antropométrico das crianças, a análise dos resultados revela que a população estudada não possui perfil de desnutrição aguda. Mais de 80% das crianças encontram-se dentro da faixa de eutrofia, indicando um equilíbrio entre o ganho de massa corporal e o crescimento linear. Importante destacar que cerca de 10% da amostra foi categorizada como obesa, sugerindo um processo de transição nutricional em curso. Este fenômeno é caracterizado pela substituição de déficits nutricionais por excessos, notadamente pela troca de alimentos tradicionais e minimamente processados por produtos industrializados. Este panorama antropométrico fornece insights valiosos sobre a dinâmica nutricional das crianças quilombolas, ressaltando a necessidade de abordagens específicas para garantir um desenvolvimento saudável nesse contexto (BRASIL, 2008; BARROS et al., 2008; COUTINHO et al., 2008).

Na tabela 3, pode-se observar que a pressão arterial sistêmica de 36,6% das crianças avaliadas estava alterada, tendo base nas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, 2020, que define que crianças de 1 a 13 anos de idade a PA normalmente será <120 / <80 mmHg.

Tabela 3. Condição da pressão arterial sistêmica das crianças quilombolas menores de 10 anos de idade, Bequimão (Projeto IQUEBEC crianças), MA, Brasil, 2022.

Variáveis	N	%
Pressão arterial		
Normal	90	63,4
Alterada	52	36,6

É preocupante ainda a constatação que mais de um terço das crianças avaliadas já possuía alteração de níveis pressóricos. É consenso na literatura que a hipertensão tem maior prevalência na população negra quando comparado a outros grupos étnicos/raciais, sendo este indicador também elevado no segmento populacional de remanescentes quilombolas (JESUS, 2015; PEREIRA, 2019).

Existem indícios que vinculam a falta de atividade física à ocorrência de doenças crônicas, especialmente a hipertensão arterial. Esses indicadores revelam um maior risco de níveis elevados de pressão arterial em indivíduos que têm uma prática insuficiente ou nula de atividade física. A crescente exposição à televisão e a outros dispositivos tecnológicos também exacerba o surgimento de padrões comportamentais sedentários, especialmente entre as crianças. Portanto, a prática regular de atividade física é uma das abordagens mais aconselhadas no tratamento não medicamentoso para diminuir os níveis de pressão arterial, uma vez que a prática pode impactar na redução dos níveis pressóricos (ARAÚJO, 2010; FARIAS JUNIOR, 2012; AMORIM, 2013; JESUS, 2015).

Ademais, os hábitos alimentares inadequados, aliados ao sedentarismo, também contribuem para o aumento da pressão arterial. Deste modo, a má alimentação pode desempenhar um papel na manifestação de PA elevada, conforme evidenciado por um estudo envolvendo crianças e adolescentes de escolas públicas em Salvador - BA, onde os resultados indicaram associações entre hipertensão, sobrepeso/obesidade e padrão alimentar de risco. Assim, fica evidente que os níveis de pressão arterial estão correlacionados a fatores genéticos, sociodemográficos, antropométricos e comportamentais. Portanto, a análise da associação entre os níveis de pressão arterial e essas variáveis é um recurso significativo para a identificação da

doença e dos fatores que exercem maior influência sobre ela. Especialmente em populações negras, dada a sua maior prevalência, é crucial conduzir investigações desde idades mais precoces (PINTO, 2011; JESUS, 2015).

Como limitações desta pesquisa, elenca-se o número de crianças analisadas e a limitação geográfica (apenas comunidades de um município). Entretanto, ainda são insipientes as investigações sobre situação vacinal, antropometria, presença de anemia e identificação precoce da elevação de níveis pressóricos em crianças residentes em comunidades quilombolas. Salienta-se uma vez mais o ineditismo desta pesquisa em território maranhense e a importância desta para a elucidação da situação de saúde desses infantes de comunidades tradicionais, sobretudo quanto à sua vulnerabilidade – sendo estes os pontos fortes desta investigação.

CONCLUSÃO

As crianças menores de 10 anos residentes em comunidades quilombolas do município de Bequimão - MA possuem situação vacinal com baixa adesão, o perfil antropométrico destaca a transição nutricional, a análise dos índices de anemia ferropriva revela uma preocupante prevalência e níveis pressóricos elevados. Esta realidade revela situação preocupante pois reflete uma interseção complexa de desafios socioeconômicos, geográficos e culturais.

A baixa cobertura vacinal, associada à hesitação motivada por considerações religiosas, disseminação de informações falsas e acesso limitado a serviços de saúde em áreas remotas, destaca a vulnerabilidade dessas comunidades a múltiplos fatores. A escassez de educação em saúde, a demora em capacitações profissionais e falta de recomendação das autoridades locais contribuem para a não adesão à vacinação. Além disso, a prevalência de anemia ferropriva sugere vulnerabilidades

socioeconômicas persistentes, enquanto a transição nutricional em curso das comunidades e a alta incidência de alterações nos níveis pressóricos destacam a necessidade urgente de intervenções que considerem não apenas aspectos clínicos, mas também as condições de vida e as práticas culturais dessas comunidades. Esses fatores, combinados, revelam a complexidade da situação e indicam a urgência de abordagens abrangentes e culturalmente sensíveis para melhorar a saúde e o bem-estar dessas crianças.

Espera-se que o conhecimento dessa realidade motive a realização de ações e serviços nessas comunidades, bem como a formulação e implementação de políticas públicas para a melhoria dos determinantes sociais de saúde, cujo impacto pode contribuir para a mudança de realidade, de vida e de saúde das crianças quilombolas de Bequimão-MA.

Todos os autores declararam não haver qualquer potencial conflito de interesses referente a este artigo.

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, 2013.

ARAÚJO, F. L.; MONTEIRO, L. Z.; PINHEIRO, M. H. N.P.; SILVA, C. A. B. Prevalence of hypertension risk factors in students in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. **Rev Bras Hipertens.** 2010; 17(4):203-209.

BARROS, A. J. D.; VICTORA, C.G.; SANTOS, I.S.; MATIJASEVICH, A.; ARAÚJO, C. L.; BARROS, F. C. Infant malnutrition and obesity in three population-based birth cohort studies in Southern Brazil: trends and differences. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro 2008

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. **Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ's)**. 2018. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica de Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. PNDS – 2006: **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde; 2008

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. Condições de Saúde nas Comunidades Quilombolas. **Revista de Enfermagem: UFPE On line**, Recife, v. 4, n. 12, p.1037-1045, abr. 2018.

CARVALHO, J. S.; AZEVEDO NETTO, P. A.; VILHABA, J. J.; REIS, K. M.; FACCIROLI, M. N. C. Tetraviral measles vaccination rate over the last seven years in Brazil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 12, n. 12, p. e31121243885, 2023. DOI: 10.33448/rsd-v12i12.43885. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/43885>. Acesso em: 18 nov. 2023.

COELHO, T. C. B., ALMEIDA, S. N. B. de. Sistema de Informação do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF). **Revista De Saúde Coletiva Da UEFS**, (2019). 9, 193–202

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORAL, N. A. desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública** 2008

FARIAS JUNIOR, J. C. D.; MENDES, J. K. F.; BARBOSA, D. B. M. e LOPES, A. D. S. Fatores de risco cardiovascular em adolescentes: prevalência e associação com fatores sociodemográficos. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2011; 14(1):50-62.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2009.

JESUS, V. S. **Fatores associados à elevação de níveis pressóricos em crianças quilombolas**. 2015. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, 2015.

MARMOT, M. Social determinants of health inequalities. **The Lancet**, London, v. 365, n. 9464, p. 1099-10104, Mar. 2005.

NEVES, A. F. **Hipertensão Arterial e Fatores de Risco na Comunidade Quilombola Ilha de São Vicente no estado do Tocantins**. 108 F. Dissertação apresentada ao programa de Pós- Graduação Strictu Senso, Ciências Ambientais e Saúde para obtenção

do título de Mestre. Pontifícia Universidade Católica Goiás (PUC-GOIÁS). Goiânia-GO, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Agenda de Imunização 2030**. Organização Mundial da Saúde; Genebra, Suíça: 2021.

PEREIRA, J. F. S. **Hipertensão Arterial sistêmica: fatores de risco em quilombolas**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

PERES, K. C. et al. Vacinas no Brasil: análise histórica do registro sanitário e a disponibilização no Sistema de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2021, v. 26, n. 11 [Acessado 18 Novembro 2023], pp. 5509-5522. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.13932021>>.

REZENDE, E. S. et al. Causas e consequências da anemia ferropriva em crianças na idade pré-escolar no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 12, e416111234774, 2022.

SALLES, I. C.; TORIYAMA, A. T. M. A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança por Alunos de Enfermagem. **Revista de Graduação USP**, São Paulo, v. 2, n. 2, p.41-46, 30 jun. 2017.

SANTOS, L. G.; LIMA, M.; FERREIRA, C. M.X.; AZEVEDO, A. B.; SANTOS, S. L. S.; KASSAR, S. B.; CARDOSO, M. A.; FERREIRA, H. S. Evolução da prevalência de anemia em crianças quilombolas, segundo dois inquéritos de base populacional em Alagoas, Brasil (2008-2018). **Cadernos de Saúde Pública**, 2021, v. 37, n. 9

SHARKEY P. **Stuck in place: Urban neighborhoods and the end of progress toward racial equality**. Chicago: The University of Chicago Press, 2013.

SILVA, F. B.; GAÍVA, M. A. M.; MELLO, D. F. Use of the child health record by families: perceptions of professionals. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [s.l.], v. 24, n. 2, p.407-414, jun. 2015.

SILVA, F. D. S. et al. Incompletude vacinal infantil de vacinas novas e antigas e fatores associados: coorte de nascimento BRISA, São Luís, Maranhão, Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 3 [Acessado 18 Novembro 2023], e00041717. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00041717>>.

SILVA, G. M. et al. Desafios da imunização contra COVID-19 na saúde pública: das fake news à hesitação vacinal. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2023, v. 28, n. 03 [Acessado 18 Novembro 2023], pp. 739-748. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232023283.09862022EN>>.

VICTORA, C. et al. **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer**. Publicado Online em 9 de maio de 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, a pesquisa revela uma realidade preocupante da saúde infantil nas comunidades quilombolas de Bequimão-MA. A baixa cobertura vacinal, a prevalência de magreza e obesidade, as alterações nos níveis pressóricos e a presença de anemia são indicadores críticos das condições de saúde dessas crianças.

Diante da baixa cobertura vacinal entre as crianças quilombolas em Bequimão-MA, uma solução viável seria a implementação de postos volantes de vacinação diretamente nas comunidades. Essa estratégia permitiria superar as barreiras geográficas e de acesso, garantindo que as vacinas preconizadas para a infância, incluindo aquelas com menor cobertura como a tetra viral, Covid-19 e HPV, alcancem efetivamente essa população. Além disso, a criação de uma rotina de consultas para grupos mais vulneráveis pode proporcionar um acompanhamento mais próximo, esclarecendo dúvidas e reforçando a importância da imunização.

Para abordar as questões relacionadas à antropometria, é fundamental implementar programas de educação alimentar nas comunidades quilombolas, visando promover hábitos nutricionais saudáveis. Além disso, a criação de espaços para atividades físicas regulares, especialmente voltadas para crianças, pode contribuir significativamente para evitar desequilíbrios nutricionais. A introdução de profissionais capacitados para orientar sobre dietas balanceadas e monitorar o desenvolvimento infantil pode ser incorporada a essa abordagem, visando melhorar o estado nutricional e a saúde global das crianças.

No combate à anemia, estratégias educacionais específicas sobre alimentação rica em ferro e suplementação adequada podem ser implementadas, promovendo conscientização nas comunidades quilombolas. A criação de programas de distribuição de alimentos fortificados e a realização de campanhas de saúde focadas na prevenção e identificação precoce da anemia também são medidas importantes.

Além disso, a constatação de hábitos alimentares inadequados e a alta incidência de alterações pressóricas apontam para a importância de intervenções precoces, a criação de clínicas ou postos de saúde móveis que ofereçam serviços de monitoramento da pressão arterial e orientação sobre prevenção pode ser uma abordagem eficaz. Estabelecer parcerias com profissionais de saúde especializados em hipertensão e promover campanhas de conscientização nas comunidades também são passos importantes para lidar com essa questão de forma abrangente.

Apesar das limitações da pesquisa, ela destaca a escassez de estudos sobre a saúde dessas crianças, ressaltando a relevância do trabalho no contexto maranhense e a urgência de abordagens específicas para mitigar as vulnerabilidades enfrentadas por essa população.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. W. B. **Quilombos e novas etnias**. Manaus: UEA Edições, 2011. 196 p.
- ALMEIDA, M. C. P. **O movimento quilombola na baixada ocidental maranhense: história, memória e identidade de comunidades remanescentes de quilombos em Pinheiro**. Anais...Simpósio Nacional de História, Natal, RN, Brasil, 2013.
- ALVES, Claudia Regina Lindgren et al. **Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados**. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2009, v. 25, n. 3, pp. 583-595. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000300013>>.
- ARAÚJO, J. P. et al. **História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas**. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, dez, 2014.
- BRAGA, Josefina A. P. e VITALLI, Maria Sylvia. **Deficiência de ferro na criança**. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia [online]. 2010, v. 32, suppl 2, pp. 38-44. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-84842010005000054>>.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Art. 227**. Brasília, DF, Senado, 1998. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Capítulo II - Da Seguridade Social. Seção I, das Disposições Gerais. Artigo 194. Brasília: DF, 1988.
- BRASIL. **Decreto N° 4887, de 20 de novembro de 2003**. Regulamenta o procedimento para identificação, reconhecimento, delimitação, demarcação e titulação das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos de que trata o art. 68. Do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Diário Oficial da União; 21 nov. 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, Departamento de Avaliação e Monitoramento. **Chamada Nutricional Quilombola 2006**. 2007.
- BRASIL. **Caderneta da Criança**. 2ª edição. Brasília: 2020. Versão digital. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/43615/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf?sequence=2. Acesso em: 07 mar. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica de Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Fundação Cultural Palmares. **Certificação Quilombola**. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551>.
- BRASIL. **Lei 8.069 de 13 de julho de 1990**. Dispões sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 16 de jul. 1990.

BRASIL. **Lei nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004.** Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 12 de jan. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação do manejo da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI nas unidades de saúde: manual de instrução.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança é ferramenta importante para acompanhamento integral da saúde infantil.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2020/outubro/caderneta-da-crianca-e-ferramenta-importante-para-acompanhamento-integral-da-saude-infantil>. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança.** 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/caderneta-da-crianca>. Acesso em: 07 mar. 2023.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. **Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ's).** 2018. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551.

BRASIL. Ministério da Cultura. Fundação Cultural Palmares. **Comunidades Remanescentes de Quilombos (CRQ's).** 2022. Disponível em: http://www.palmares.gov.br/?page_id=37551.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde.** Brasília: 1996.

CARDOSO, C. S.; MELO, L. O.; FREITAS, D. A. **Condições de Saúde nas Comunidades Quilombolas.** Revista de Enfermagem: UFPE On line, Recife, v. 4, n. 12, p.1037-1045, abr. 2018.

CARDOSO, Marly A.; PENTEADO, Marilene de V. C. **Intervenções nutricionais na anemia ferropriva.** Cadernos de Saúde Pública [online]. 1994, v. 10, n. 2, pp. 231-240. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000200010>.

COSTA, A. S. V. **Idosos quilombolas: condições sociais e práticas de cuidados na atenção primária em município da baixada maranhense.** 2021. 173 f. Tese (Doutorado – Universidade Federal do Maranhão), Maranhão, 2021.

FURTADO, M. B.; PEDROZA, R.L.S.; ALVES, C. B. **Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir da psicologia cultural.** Rev. Psicol. Soc., v. 26, n. 1, p. 81-99, 2014.

GOMES, K. O. *et al.* **Utilização de serviços de saúde por população quilombola do Sudoeste da Bahia, Brasil.** Revista. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n.9, p. 1829-1842, 2013.

HELD, T. M.; BOTELHO, T.R. **Direito socioambiental e a luta contra hegemônica pela terra e território na América Latina**. In: HELD, T. M.; BOTELHO, T.R. (Org.). São Paulo, SP: Liber Ars. P. 555, 220.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades e Estados**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/bequimao.html?>>.
INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Atlas da vulnerabilidade social**. 2015. Disponível em: <<http://ivs.ipea.gov.br/ivs/pt/consulta/>>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios, resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatística/população/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008-2009: antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv50063.pdf>>.

JANNUZZI, P. M. **Indicadores sociais no Brasil**. 4. ed. Campinas: Alínea, 2009.

LACERDA, R. S. **Territorialidade, saúde e meio ambiente: conexões, saberes e práticas em comunidades de Sergipe**. 2017. 220 f. Tese (Doutorado - Universidade Federal do Sergipe), Sergipe, 2017.

LEMOS, F. C. S. **O Estatuto da Criança e do Adolescente em discursos autoritários**. Fractal, Ver. Psic., Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 137-150, abr. 2009.

LITTLE, P. E. **Territórios sociais e povos tradicionais no Brasil: por uma antropologia da territorialidade**. Brasília, DF: Editora UNB, 2004.

MARANHÃO, Secretaria de Estado da saúde do Maranhão (SES-MA). **Plano Estadual de Saúde 2020-2023**. SES-MA, São Luís, 2020, 275 p.

MARMOT, M. **Social determinants of health inequalities**. The Lancet, London, v. 365, n. 9464, p. 1099-10104, Mar. 2005.

MARQUENSE, R. B. **A dinâmica da escravidão no Brasil: resistência, tráfico negro e alforrias, séculos XVII a XIX**. Novos estudos CEBRAP, n. 74, p. 107-123, 2006.

MARQUES, A. S. et al. **Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola**. Ciênc. Saúde coletiva, fev. 2014.

MARRETI, C. C.; MORAES, A. C. R. **Comunidade, natureza e espaço: gestão territorial comunitário no Arquipélago dos Bijagós, África Ocidental**. São Paulo: EDUSP, 2002.

NASCIMENTO, G. A. R.; BATISTA, M. R. M.; NASCIMENTO, M. A. R. **Panorama atual de proteção do direito à terra das comunidades quilombolas e desafios futuros**. Interações, v. 17, n.3, p. 432-447, 2016.

NOBRE, C. S.; OLIVEIRA, F. A.; ARRUDA, C. A. M.; AQUINO, C. M. D.; FERNANDES, R. L. V.; SILVA, J. B.; SOUSA, M. D. S. D.; MACHADO, M. M.T. **Caderneta da Criança: análise situacional de sua utilização por profissionais no nordeste brasileiro**. 2022. Disponível em: <https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/4612/1689>. Acesso em: 07 mar. 2023.

OLIVEIRA, B. L. C. A. **Urbanização, urbanicidade, metropolização e suas influências na saúde**. Saarbrücken: Novas edições acadêmicas, 2017.

PEREIRA, J. F. S. **Hipertensão Arterial sistêmica: fatores de risco em quilombolas**. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Rede – Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

SALLES, I. C.; TORIYAMA, A. T. M. **A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança por Alunos de Enfermagem**. Revista de Graduação USP, São Paulo, v. 2, n. 2, p.41-46, 30 jun. 2017.

SEGALL-CORREA, A. M.; MARIN-LEON L.; SAMPAIO M.F.A.; PANIGASSI G.; PEREZESCAMILLA R. **Insegurança alimentar no Brasil: do desenvolvimento dos instrumentos de medida aos primeiros resultados nacionais**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social; 2007.

SHARKEY P. **Stuck in place: Urban neighborhoods and the end of progress toward racial equality**. Chicago: The University of Chicago Press, 2013.

SILVA, F. B.; GAÍVA, M. A. M.; MELLO, D. F. **Use of the child health record by families: perceptions of professionals**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 24, n. 2, p.407-414, jun. 2015. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072015000212014>.

SILVA, J. **Sanitary and health conditions at Caiana dos Crioulos, a quilombo Community in the State of Paraíba**. 2007.


SILVA, M. M.; ROCHA, L.; SILVA, S. O. **Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança**. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre, RS, 2009.

UFMG, Faculdade de Medicina. **Caderneta de Saúde da Criança**. Disponível em: <https://site.medicina.ufmg.br/observaped/eixos/caderneta-de-saude-da-crianca/>.

VICTORA, C. et al. **Condições de saúde e inovações nas políticas de saúde no Brasil: o caminho a percorrer**. Publicado Online em 9 de maio de 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60055-X. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor6.pdf>.

VIRISSIMO, V. **PRESSÃO PARA NOMEAÇÃO NO INCRA DA NECESSIDADE DE APOIO TÉCNICO: reforma agrária**. REFORMA AGRÁRIA. 2023. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2023/02/24/pressao-para-nomeacao-no-incra-vem-da-necessidade-de-apoio-tecnico-diz-coordenador-do-mst>. Acesso em: 07 mar. 2023.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



nº _____

INQUÉRITO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO – IQIBEQ criança
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a)

Convidamos o(a) senhor(a) e a criança _____, sob sua responsabilidade, a participar voluntariamente da pesquisa “**INQUÉRITO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO**”.

O motivo deste estudo deve-se ao fato de que as comunidades quilombolas vivem muitas vezes em condições difíceis de acesso a serviços sociais e de saúde e de atendimento as suas necessidades, fazendo com que muitas crianças tenham problemas de saúde e nutrição. Assim, os objetivos deste estudo são avaliar a situação de saúde, segurança alimentar, estado nutricional e prevalência de anemia nas crianças menores de dez anos de idade matriculadas na rede pública de ensino das comunidades remanescentes de quilombos do município de Bequimão, Maranhão, bem como implantar ações de avaliação, manejo e pesquisa da saúde infantil através da utilização dos critérios listados na Caderneta da Criança, do Ministério da Saúde e desenvolver ações para prevenção de problemas de saúde.

Os procedimentos de coleta de materiais e dados serão da seguinte forma: Inicialmente será utilizado um questionário sobre as condições de vida, de saúde e do estilo de vida da criança, o qual será respondido pelo(a) senhor(a). Em seguida, será realizada avaliação nutricional, com medição de peso, altura, avaliação do hábito alimentar e coleta de uma pequena gota de sangue da criança. Após essas etapas serão realizadas atividades educativas para prevenção de problemas de saúde.

Esclarecemos que pode existir um risco de ocorrer um certo constrangimento ou timidez pelas informações fornecidas e pelo tempo necessário para responder às perguntas. Para minimizar esses riscos a equipe treinada de pesquisadores irá lhe orientar, auxiliar e será objetiva durante as entrevistas, de forma a lhe ocupar no menor tempo possível, e as entrevistas serão realizadas em local reservado.

No momento da colheita da gota de sangue da criança poderá ocorrer uma pequena dor e/ou vermelhidão na região do dedo médio ou anelar, justificada para que se possa realizar o procedimento, e que durará poucos segundos. Para minimizar esse risco a equipe treinada fará esse procedimento no menor tempo possível e utilizará material limpo, esterilizado, de uso único e descartável. Na aferição do peso e altura a criança deverá estar com roupas leves, descalça e sem adereços no corpo. Elas poderão apresentar certa timidez e desconforto durante essas medições e na avaliação da pressão arterial. Para minimizar esses riscos o entrevistador realizará essas medidas em local reservado e todos os equipamentos e materiais utilizados serão apropriados para uso em crianças.

Caso se observe algum problema ou prejuízo decorrente desta pesquisa, o(a) senhor (a) e a criança serão encaminhados para o devido acompanhamento na rede pública de saúde e os pesquisadores lhe orientarão a buscar os seus direitos nas instâncias legais.



nº _____

A sua identidade e a da criança serão mantidas em sigilo e o(a) senhor (a) poderá ter acesso a todas as informações que desejar. Esclarecemos que a sua participação e a da criança serão voluntárias, que o(a) senhor(a) não terá nenhum custo e não será disponibilizada ajuda financeira. O(a) senhor (a) e a criança terão o direito de retirar seus consentimentos ou de interromper as suas participações em qualquer momento da pesquisa, sem que haja qualquer penalização.

A pesquisa terá como benefícios conhecer a situação de saúde da criança e seus resultados contribuirão para o planejamento de ações para a prevenção e tratamento da anemia, do baixo peso, excesso de peso e pressão alta.

Se o(a) senhor(a) tiver alguma dúvida sobre seus direitos ou os da criança como participante da pesquisa, ou quiser obter informações ou dar sua opinião, ou se quiser falar com alguém que não esteja diretamente envolvido no estudo, poderá entrar em contato com: **Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), bem como o seu coordenador, prof. Dr. Emanuel Péricles Salvador, pelo telefone (98) 3272 8708 ou na Avenida dos Portugueses s/n, Campus Universitário do Bacanga, São Luís – Maranhão.** O CEP é um órgão que controla as questões éticas das pesquisas e tem como uma das principais funções proteger os participantes da pesquisa de qualquer problema.

Eu, _____ fui informado(a) acerca dos objetivos da pesquisa: **“INQUÉRITO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO”**, dos detalhes do estudo e esclareci minhas dúvidas. Dessa forma, declaro que autorizo a minha participação e a da criança de maneira voluntária no estudo. Declaro, ainda, que recebi uma via original deste documento e tive a oportunidade de lê-lo por completo antes de assinar.

Bequimão, ____ de _____ de 2022.



 Assinatura do (a) pesquisador (a)

 Assinatura do (a) responsável

 Assinatura do (a) pesquisador (a)

PARA QUALQUER INFORMAÇÃO, E EM QUALQUER MOMENTO QUE NECESSITAR, POR FAVOR, ENTRE EM CONTATO COM OS PESQUISADORES PRINCIPAIS:

Nome do Pesquisador Responsável: Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira
 Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
 CEP: 65200-000
 Fone: (98) 981230696
 E-mail: oliveira.bruno@ufma.br

Nome do Pesquisador Responsável: Maria Tereza Borges Araújo Frota
 Universidade Federal do Maranhão (UFMA)
 Departamento de Ciências Fisiológicas
 CEP: 65080-805
 Fone: (98) 999745289
 E-mail: mtba.frota@ufma.br

APÊNDICE B – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TALE)




nº _____

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
Para crianças de 7 a 10 anos de idade

Gostaríamos de convidar você a participar da pesquisa “**INQUÉRITO DE SAÚDE DAS CRIANÇAS QUILOMBOLAS DE BEQUIMÃO – IQIBEQ**”. Com esta pesquisa queremos conhecer como está a sua saúde e verificar se você está crescendo e se desenvolvendo bem. Para isso, vamos medir o seu peso, altura, a pressão arterial em um dos seus braços e fazer uma pequena pressão em um dos dedos da sua mão para retirar uma gotinha de sangue. Você poderá sentir uma pequena dor no seu dedo, mas a enfermeira tentará fazer isso de forma rápida para que esse incomodo passe logo. Além disso, o material utilizado para a colheita do sangue é limpo, só você usará e em seguida será jogado fora. Todas as medidas serão feitas em um local reservado na escola, onde estarão apenas você, sua mãe ou responsável e o pesquisador; e com materiais considerados seguros e apropriados para sua idade.







Já conversamos com seus pais e eles concordaram em convidarmos você a participar desta pesquisa com a gente. Você participa da pesquisa se quiser e a qualquer momento pode pedir para não participar mais. Não terá nenhum problema se quiser desistir. O seu nome e suas outras informações serão guardados e mantidos em segredo. A sua participação é importante! E então, você concorda em participar desta pesquisa?



()



()

Bequimão, ____ de _____ de 2022.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a)	Assinatura do (a) pesquisador (a)
-----------------------------------	-----------------------------------

APÊNDICE C - ESPELHO DO QUESTIONÁRIO

Confidential

NutriSUS Multicêntrico
Page 1

IQUIBEQ - Formulrio Geral Crianças Quilombolas

Record ID _____

MÓDULO A - CARACTERÍSTICAS GERAIS

Comunidade _____

Endereço _____

Nome da Criança _____

DN: _____

Idade: _____

Há quanto tempo (anos) a criança mora nesta comunidade: _____

Quantas pessoas moram na casa com a criança: _____

Sexo da criança

- F
 M

Qual a sua cor ou raça da criança (resposta aberta): _____

Cor ou raça da criança (leia as opções para o entrevistado)

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena

Que horas a criança dormiu na noite anterior: _____

Que horas a criança acordou: _____

Qual o parentesco e idade dos moradores da residência? _____

APÊNDICE D - ESPELHO DO SOFTWARE ANTHRO+

Anthropometric calculator

Help

Date of visit: 08/03/2023

Sex: Female Male

Date of birth: 08/03/2022
 Approximate date
 Unknown date
 Age: 11mo

Weight (kg): 9.00 BMI: 16.9

Length/height (cm): 73.00

Measured: Recumbent Standing

Oedema: No Yes

Head circumference (cm): 45.00

MUAC (cm): 15.00

Triceps skinfold (mm): 8.00

Subscapular skinfold (mm): 7.00

Results

Measurement	Percentile	z-score	Measurement	Percentile	z-score
Weight-for-length	61.4	0.29	HC-for-age	53.1	0.08
Weight-for-age	51.9	0.05	MUAC-for-age	74.3	0.65
Length-for-age	34.8	-0.39	TSF-for-age	49.9	0.00
BMI-for-age	64.1	0.36	SSF-for-age	65.0	0.38

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Avaliação da saúde e rastreamento da segurança alimentar e nutricional em crianças menores de 10 anos de idade da rede pública de ensino das comunidades remanescentes quilombolas pertencentes a uma cidade da baixada maranhense-MA

Pesquisador: BRUNO LUCIANO CARNEIRO ALVES DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 21625819.0.0000.5087

Instituição Proponente: Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.711.271

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 18 de Novembro de 2019

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador(a))

ANEXO B – NORMAS DA REVISTA INTERDISCIPLINAR DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS

CONDIÇÕES PARA SUBMISSÃO

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista. O trabalho submetido pertence a um dos eixos prioritários de DESAFIOS: Ciências Humanas e Contemporaneidade; Saúde e Sociedade; Educação; Ciência, Tecnologia e Ciências Agrárias.

A matéria dos originais deverá conter, na seguinte ordem: Título no idioma do artigo, em inglês e espanhol. Se o artigo for redigido em Inglês deve apresentar também o título em Português e Espanhol; Resumo em 200 palavras acompanhado de três palavras-chave, Abstract/Resumen e três palavras-chave em inglês e espanhol; Texto completo do artigo, escrito em Times New Roman, 11 pt, com espaçamento de 1,5; Figuras, tabelas, quadros e gráficos devem incluir legenda no idioma do artigo; As tabelas e ilustrações devem ser inseridas no texto(.jpeg, .png, .tiff) com resolução mínima de 300 dpi.

A identificação de autoria do trabalho foi removida do arquivo, garantindo desta forma o critério de sigilo da revista, caso submetido para avaliação por pares (ex.: artigos), conforme instruções disponíveis em *Assegurando a Avaliação Cega por Pares*. Esta identificação será incluída apenas na versão final caso o artigo seja aceito para publicação.

As citações de mais de 3 linhas devem ser digitadas em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 11 pt e recuo de 1,5 cm da margem esquerda do texto. As citações de até três linhas devem integrar o corpo do texto e ser assinaladas entre aspas.

São consideradas referências somente as obras mencionadas no interior do texto. As referências devem ser digitadas em fonte Times New Roman, em corpo 11 pt, com espaçamento simples entre as linhas e organizadas em ordem alfabética. As referências, no fim do trabalho, devem ter os dados completos e seguir as normas para trabalhos científicos que estão publicadas no site da revista. Cada referência deve ocupar um parágrafo e deve estar separada por um espaço simples.

O modelo de artigo utilizado está disponível em formato do novo template da revista *Desafios*.

O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em Submissão.

O manuscrito deve ser escrito preferencialmente em língua inglesa, sendo de responsabilidade dos autores apresentarem o texto em com boa escrita em Inglês científico. Recomendamos fortemente que os manuscritos sejam revisados por um nativo na língua inglesa ou revisados/traduzidos por uma empresa especializada. Todas as categorias de manuscritos elegíveis para a área de Biodiversidade devem conter dados completos e inéditos, que não foram publicados e nem submetidos para apreciação em outras revistas ou livros; e devem ser submetidos pela plataforma:

<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/about/submissions>

Categorias elegíveis:

- Artigos originais - O conteúdo do artigo deve ser resultado de pesquisas concluídas nas áreas da Biodiversidade, tais como Zoologia, Botânica, Microbiologia, Sistemática, Taxonomia, Genética, Evolução, Paleontologia, Ecologia e Conservação. Descrições de novos táxons e revisões taxonômicas devem conter listagem de material-tipo e examinado depositado em coleções científicas reconhecidas. A lista de material examinado deve conter as seguintes informações: acrônimo da coleção, número de tombo, número de exemplares contidos no lote, localidade, coordenadas geográficas, data de coleta e coletores. Nomes de gêneros e espécies devem ser formatados em itálico e vir acompanhados de autoria e ano na primeira vez que for citado no texto.
- Inventários - Deve conter a metodologia de coleta dos táxons, descrição da área de estudo com as coordenadas geográficas. Nomes de gêneros e espécies devem ser formatados em itálico e vir acompanhados de autoria e ano. A lista de material testemunho (voucher) deve se basear em identificações precisas de acordo com os trabalhos mais recentes de taxonomia do grupo abordado. Todo material testemunho deve estar depositado em coleções científicas reconhecidas e listado como anexo ao final do manuscrito.
- Revisões Temáticas - O artigo deve desenvolver uma revisão sobre temas ou conceitos científicos pertinentes à área de Biodiversidade. Devem conter revisão bibliográfica relevante para compreender o tema abordado, além de referências mais atuais sobre o tema.

Diretrizes para Autores

Instruções gerais para publicação na Revista Desafios (UFT):

A Revista Desafios destina-se à publicação de trabalhos inéditos e originais, resultantes de pesquisas e estudos teóricos ou empíricos, revisões preferencialmente as sistemáticas, relatos de casos e experiências.

Autores que pretendem submeter Revisões, Relatos de Casos e Experiências, deverão encaminhar e-mail para a revista, contendo Título, Resumo, Autores e Filiação, para uma avaliação prévia, a fim de identificar se há interesse da revista na temática da revisão antes de sua submissão.

A Revista não aceita trabalhos encaminhados simultaneamente para outras revistas ou para livros. A Revista é trimestral com publicações de forma continuada, podendo ainda apresentar publicações de Dossiê ou números Suplementares.

O processo de submissão e avaliação de artigos encaminhados à Revista é recebido através do Sistema Eletrônico de Editoração de Revista (SEER). A publicação de um artigo implica a cessão integral dos direitos autorais à Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins, para divulgação impressa e por meio eletrônico - internet.

A Revista Desafios publica artigos originais e inéditos, referentes à área interdisciplinar, considerando a linha editorial da Revista, tratamento dado ao tema, consistência e rigor. Os artigos deverão lhe ser destinados com exclusividade.

Serão considerados para publicação trabalhos que se enquadrem nas seguintes categorias: artigos, resumo, relato de caso ou experiência.

Os trabalhos deverão ser enviados ao Presidente da Comissão Editorial, via Sistema Eletrônico de Editoração de Revistas (SEER), que os submeterá ao juízo do Conselho Editorial, para verificação de adequação à política editorial da revista e do cumprimento de exigências normativas. Os artigos serão encaminhados, sem identificação, a no mínimo, dois avaliadores externos. No caso de discrepância avaliativa será enviado a um terceiro parecerista. O nome dos avaliadores será mantido em sigilo.

A Revista, através do editor, notificará o autor principal se o artigo foi aprovado para publicação ou rejeitado. A notificação será acompanhada de cópia do conteúdo dos pareceres, sem a identificação dos avaliadores.

No ato da submissão do manuscrito, os autores deverão encaminhar em um arquivo a parte, a lista de pelo menos 03 (três) nomes de pesquisadores que poderão ser indicados como avaliadores do trabalho e que não possuam conflito de interesse com o artigo submetido.

Extensão: O texto deverá ter extensão máxima de 20 páginas, com espaçamento de 1,5 incluídas as referências bibliográficas e notas. O título (no idioma original, em Inglês e em Espanhol) devem conter no máximo 240 caracteres incluindo espaços.

Imagens: as imagens, figuras, imagens fotográficas e/ou desenhos gráficos, deverão ser encaminhados inseridos no texto, com resolução mínima de 300 dpi.

Tabelas e Quadros: As tabelas e quadros também devem ser encaminhadas inseridas no texto.

Citações: as citações no interior do texto devem obedecer às seguintes normas:

Um autor: (Leipnitz, 1987).

Dois autores: (Turner e Verhoogen, 1960).

Três ou mais autores: (Amaral et al., 1966).

Trabalhos com o(s) mesmo autor(es) e mesma data devem ser distinguidos por letras minúsculas logo após a data. Ex: (Amaral, 2008a) (Amaral, 2008b).

Apresentação das citações diretas:

Citações com menos de três linhas deverão ser incorporadas ao texto entre aspas.

Citações com mais de três linhas deveram ser apresentadas em parágrafo isolado, com espaçamento simples entre as linhas, corpo de 10 pt e recuo de 1,5 cm da margem esquerda do texto.

Notas de rodapé: As notas de rodapé devem ser usadas de forma parcimoniosa. Somente são permitidas notas de rodapé explicativas e não são permitidas notas que contenham apenas referências. Estas deverão estar listadas, ao final do texto, no item 'Referências'.

Não utilize as expressões op. Cit, id, idem.

Não utilize a expressão apud, dê preferência pelo emprego da expressão in.

Referências Bibliográficas:

Artigos em periódico:

Ex. DUNN, W.E.; LANTOLF, J.P. Vygosty's zone of proximal development and Krashen's i+1: incommensurable constructs. incommensurable theories. *Language Learning*. v.48, n.3, p.411-442, 1998.

Artigos relativos a eventos:

Ex. BIONDI, J.C. Kimberlitos. In. CONGRESSO BRASILEIRO DE GEOLOGIA, 32, Salvador, Anais. SBG, v. 2, p.452-464, 1982.

Artigos em coletânea:

Ex: GRANDO, A. Os reality shows. In: V. HOEWELL (org.), Coletânea GT Produção de sentido nas mídias. UNICAD, p. 75-81, 2003.

Livros:

Ex: TURNER, F.J. WERHOOGEN, J. Igneous and Metamorphic Petrology. 20 ed., New York, McGraw-Hill; 1960.

Capítulos de livros:

Ex: DONATO, R. Collective scaffolding in second language learning. In: J. LANTOLF; G. APPEL (eds.), Vygotskian Approaches to Second Language Research. Norwood, Ablex Publishing Company, p. 33-56; 1994.

Dissertações e Teses:

Ex: TAGLIANI, C.R.A. Proposta para o manejo integrado da exploração de areia no município costeiro de Rio Grande - RS. Um enfoque sistêmico. São Leopoldo, RS. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS; 1997.

Citações de Sites e textos eletrônicos:

Caso seja possível identificar os autores de textos eletrônicos, a referência deve ser feita do seguinte modo:

Ex: LENKER, A. RHODES, N. 2007. Foreign Language Immersion Programs: Features and Trends Over 35 Years. Disponível em: <http://www.cal.org/resources/digest/flimmersion.html>. Acesso em: 28/04/2007.

* Neste caso, no corpo do texto, a referência é identificada por (Lenker e Rhodes, 2007).

Se não for possível identificar os autores de textos eletrônicos, deve-se fazer a referência do seguinte modo:

Ex: GLOBO ONLINE, O. 2006. Brasil será o país com mais sedes do Instituto Cervantes. Disponível em: <http://oglobo.globo.com/cultura/mat/2006/10/25/286393283.asp>. Acesso em: 05/04/2008.

* No corpo do texto a citação será (O Globo Online, 2006).

Jornais e revistas, órgãos e instituições:

Todos os textos de jornais e revistas devem constar nas referências bibliográficas. Caso haja autor explícito, a referência é feita pelo seu sobrenome:

Ex: MICELLI, S. 1987. Um intelectual do sentido. Folha de S. Paulo. Caderno Mais! São Paulo, 7 fev.

* No corpo do texto, indica-se (Micelli, 1987).

Caso não haja um autor e o texto seja de responsabilidade do órgão, faz-se a referência assim: Fonte (Órgão, Instituição, etc.). Ano de publicação. Título do texto. Cidade, dia mês (abreviado), p. número da página.

Ex: CORREIO DO POVO. 1945. Os métodos objetivos de verificação que empregamos no RS. Porto Alegre, 5 out., p. 14.

* No corpo do texto, indica-se (Correio do Povo, 1945).

Taxas

Nenhuma taxa é cobrada no processo de submissão.

Artigos

Os artigos publicados são originais, uma contribuição de caráter acadêmico e/ou técnico-científico destinada a divulgar resultados de pesquisa científica, de natureza empírica ou conceitual.

Entrevista

As entrevistas são publicadas com o objetivo de divulgar temas e/ou conteúdos de interesse, dentro das cinco áreas de concentração da revista, dentro de um enfoque interdisciplinar.

Resenhas

As resenhas são uma análise crítica sobre livro publicado nos últimos 3 anos.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

1. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Creative Commons Attribution License (CC BY-NC 4.0), permitindo o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria do trabalho e publicação inicial nesta revista.
2. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
3. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto posterior ao processo editorial.
4. Além disso, o AUTOR é informado e consente com a revista que, portanto, seu artigo pode ser incorporado pela DESAFIOS em bases e sistemas de informação científica existentes (indexadores e bancos de dados atuais) ou a existir no futuro (indexadores e bancos de dados futuros), nas condições definidas por este último em todos os momentos, que envolverá, pelo menos, a possibilidade de que os titulares desses bancos de dados possam executar as seguintes ações sobre o artigo:
 - a. Reproduzir, transmitir e distribuir o artigo, no todo ou em parte sob qualquer forma ou meio de transmissão eletrônica existente ou desenvolvida no futuro, incluindo a transmissão eletrônica para fins de pesquisa, visualização e impressão;
 - b. Reproduzir e distribuir, no todo ou em parte, o artigo na impressão.
 - c. Capacidade de traduzir certas partes do artigo.
 - d. Extrair figuras, tabelas, ilustrações e outros objetos gráficos e capturar metadados, legendas e artigo relacionado para fins de pesquisa, visualização e impressão.
 - e. Transmissão, distribuição e reprodução por agentes ou autorizada pelos proprietários de distribuidoras de bases de dados.
 - f. A preparação de citações bibliográficas, sumários e índices e referências de captura relacionados de partes selecionadas do artigo.

g. Digitalizar e / ou armazenar imagens e texto de artigo eletrônico.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.