

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**Faculdade de Medicina/ Departamento de medicina social**  
**Especialização em saúde pública- Edição 2012/2013**

**ESTADO NUTRICIONAL E ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS DA**  
**ETNIA KAINGANG NAS TERRAS INDÍGENAS NO ESTADO DO RIO GRANDE**  
**DO SUL**

**MARIA BEATRIZ DA ROSA**

**Porto Alegre /RS**

**2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**Faculdade de Medicina/ Departamento de medicina social**  
**Curso de Especialização em saúde pública- Edição 2012/2013**

**ESTADO NUTRICIONAL E ALEITAMENTO MATERNO DE CRIANÇAS DA  
ETNIA KAINGANG NAS TERRAS INDÍGENAS NO ESTADO DO RIO GRANDE  
DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito parcial para  
obtenção do Certificado de Especialização  
em Saúde Pública da Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul.

**MARIA BEATRIZ DA ROSA**  
**Orientadora: Profa. Ilaine Schuch**

**Porto Alegre /RS**  
**2013**

## RESUMO

O presente trabalho teve como proposta caracterizar o estado nutricional e o aleitamento materno em crianças da etnia *kaingang*, de 0 a 24 meses, em terras indígenas do Estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo transversal. Os dados relacionados na investigação foram obtidos na base de dados do Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI/RS) e SIASI/ WEB e do Núcleo de consolidação de Dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Verificou-se que a maioria das crianças são oriundas de famílias beneficiárias dos programas sociais, e 41% recebem cesta de alimentos distribuídos pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Observa-se que o número de crianças que não recebe aleitamento materno é elevado. Portanto, quando crianças avaliadas em relação à altura por idade (A/I) o percentual de baixa e muito baixa estatura é elevado. No entanto, analisando o IMC para idade observa-se o aumento dos índices de risco de sobrepeso e obesidade. Portanto, quando avaliadas pelo índice IMC/idade com alimentação complementar e sem alimentação complementar, demonstrou-se que o excesso de peso é maior nas crianças com alimentação complementar. Quando comparadas as crianças menores de 06 meses com as maiores de 06 meses até 24 meses, os dados mostram um percentil elevado de excesso de peso. Assim, identificou-se a necessidade de valorizar o estado nutricional de um indivíduo e da coletividade. Destaca-se ainda, a importância de maior envolvimento de gestores, municipais, estaduais, federais, universidades para adoção de estratégias permanentes para subsidiar a qualidade de vida destas populações.

**Palavras-chave:** Aleitamento Materno; Antropometria; Criança; Saúde de Populações Indígenas; Nutrição de Grupos de Risco.

## ABSTRACT

This work aimed to study the prevalence of breast feeding and nutritional status of Kaingang children in Rio Grande do Sul. This is a cross-sectional study, n of 368 children aged 0 to 24 months. Related data in this investigation were obtained from the database of Information System for Indigenous Health Care (SIASI/RS), SIASI/WEB and the Nucleus Data Consolidation SESAI/RS. Slightly more than half of the children are from families receiving the "Bolsa Familia Program" and 41% receive food from the program distributed by the National Indian Foundation (FUNAI). The number of children aged 0-2 who don't receive breast feeding is high. However, when evaluating children height by age (H/A), the % for the low and very low stature is high. However, the IMC based on age shows an increase in the risk index of overweight, obesity that consequently worry all. Therefore, when assessed by IMC index / age with and without supplementary feeding, it showed that overweight is higher in children with supplementary feeding and normal children have greater % without supplementary feeding. Comparing children younger than 6 months to children between 6 and 24 months, the percentage is high in relation to overweight in the later group.

**Key Words:** Breast Feeding; Anthropometry; Child; Health of Indigenous Peoples; Risk Groups Nutrition.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A/I Altura Por Idade

A/I altura por idade

ABRASCO Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CM centímetros

DHAA Direito Humano a Alimentação

DSEI Distrito Sanitário Especial Indígena

E/I Estatura por idade

EMSI Equipe Multidisciplinar Indígena

FUNAI Fundação Nacional Do Índio

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

IBGE Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística

IMC Índice De Massa Corporal

IMC/I Índice de massa corporal por idade

KG Kilo Grama

MDS Ministério Do Desenvolvimento Social

MS Ministério Da Saúde

NBCAL Norma Brasileira de comercialização de alimentos para lactentes

OMS Organização mundial da saúde

P/A Peso por altura

P/E Peso por estatura

P/I Peso Por Idade

PNAD Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicilio

RS Rio Grande Do Sul

SIASI Sistema De Informação De Atenção a Saúde Indígena

SISVAN Sistema De Vigilância Alimentar e Nutricional

SP são Paulo

SUS Sistema Único De Saúde

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características gerais da população .....	30
Tabela 2. Distribuição numérica e percentual de acordo com o tipo de aleitamento	31
Tabela 3. Distribuição numérica e percentual das crianças de acordo com estado nutricional e índice de avaliação. ....	32
Tabela 4. Distribuição numérica e percentual de acordo com estado nutricional e alimentação complementar. ....	34
Tabela 5. Distribuição numérica e percentual de acordo com Estado nutricional e faixa de idades. ....	35

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
1.1 OS ÍNDIOS DA ETNIA KAINGANG .....	9
<b>1.2 ALEITAMENTO MATERNO E ESTADO NUTRICIONAL DE POPULAÇÕES INDÍGENAS</b> .....	<b>12</b>
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
2.1 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO KAINGANG.....	14
2.2 ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAUDE INDÍGENA NO ESTADO DO RS .....	16
2.3 PANORAMA NUTRICIONAL BRASILEIRA.....	19
2.4 SISTEMA DE VIGILANCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) INDIGENA .....	20
2.5 ALEITAMENTO MATERNO .....	22
2.6 FORMULA INFANTIL.....	23
3 JUSTIFICATIVA .....	25
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1 OBEJETIVO GERAL</b> .....	<b>26</b>
<b>4.1.2 OBJETIVO ESPECÍFICO</b> .....	<b>26</b>
<b>5 METODOLOGIA</b> .....	<b>27</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO .....	27
5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO .....	27
5.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO.....	28
5.4 FONTES DE DADOS E INSTRUMENTO DE COLETA .....	28
5.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	28
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>30</b>

<b>7 CONCLUSÃO .....</b>	<b>36</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>38</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>42</b>



## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 OS ÍNDIOS DA ETNIA KAINGANG

Segundo(Portal kaingang); Os Kaingang são um povo pertencente à família linguística Jê, integrando, junto com os Xokleng, o povo Jê Meridionais. Sua cultura desenvolveu-se à sombra dos pinheirais, ocupando a região sudeste/sul do atual território brasileiro. Há pelo menos dois séculos sua extensão territorial compreende a zona entre o Rio Tietê (SP) e o Rio Ijuí (Norte do RS).

No século XIX seus domínios estendiam-se, para oeste, até San Pedro, na província argentina de Misiones. Atualmente os Kaingang ocupam cerca de 30 áreas reduzidas, distribuídas sobre seu antigo território, nos Estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

o aspecto fundamental da organização social dos Kaingang é a divisão nas metades exogâmicas, KAMÉ e KAIRU, que se opõem e se complementam. As metades Kaingang não são espacialmente localizadas, isto é, não implicam "posições" definidas da moradia no espaço geográfico da aldeia.

Embora os Kaingang estabeleçam uma relação entre as metades KAMÉ e KAIRU e com os pontos cardeais (Oeste e Leste respectivamente), essa relação não transparece nas ações cotidianas, mas apenas em cerimônias – exemplo a do *Kiki* (é o ritual Kaingang para os mortos, onde a bebida consumida é o *Kiki*, a base de mel).

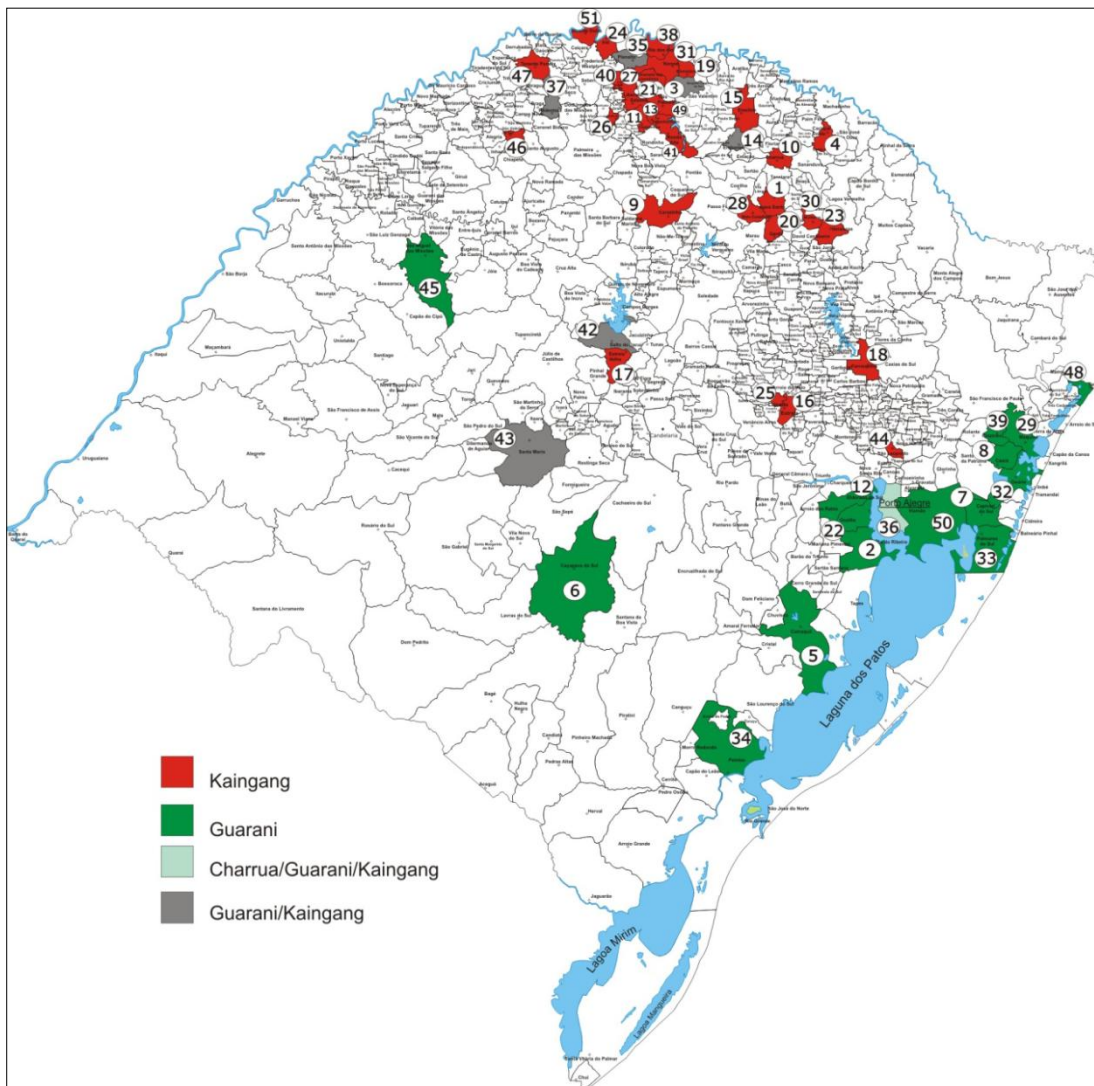
Os KAMÉ estão relacionados ao Oeste e à pintura facial com motivos compridos (*râtéi*), e os KAIRU relacionados ao Leste e à pintura facial com motivos redondos (*râ ror*). A filiação a uma metade e seção é definida patrilateralmente: os filhos, de ambos os sexos, pertencem à metade e seção de seu pai. Esse procedimento contínuo através das gerações estabelece o caráter patrilinear da sociedade Kaingang.

Ter a paternidade reconhecida é fundamental para se adquirir um nome Kaingang e um lugar social. Antes de dar um nome à criança, sempre se pergunta a que metade e seção pertence o pai da criança, de modo que possa ter um nome apropriado. Os seres e objetos do mundo natural estão relacionados a

essas metades. Conforme a aparência que tenham para os Kaingang os objetos, coisas e animais, o Kaingang reconhece essas pintas tanto no couro dos animais, nas penas dos passarinhos, como também na casca, nas *folhas, ou na madeira das plantas*, comunidades em sintonia com a natureza ([www.portal.kaingang.org](http://www.portal.kaingang.org)).

No estado do Rio Grande do Sul, os dados demográficos atuais apontam para uma população total de 20.933 indígenas, distribuída entre 03 etnias (Kaingang, Guarani-Mbyá e Charrua), sendo deste total 18.855 assistidas pelo DSEI Interior e 2.078 pelo DSEI Litoral. Estes indígenas encontram-se dispersos em 52 municípios no RS. Destes são 33 municípios no interior sul e 19 no litoral sul, somando um total de 118 aldeias indígenas com 06 polos-base responsáveis pela coordenação de 35 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI. Hoje temos 2.430 crianças acompanhadas pelo Sistema de vigilância alimentar e nutricional(SISVAN) indígena menores de 5 anos, 1.016 menores de 2 anos, 2.091 crianças entre 6 e 59 meses e 339 crianças entre 0 e 6 meses (SIASI, 2013).

Figura 1: Mapa da localização das comunidades kaingang no Rio Grande do Sul.



Portal kaingang

## 1.2 Aleitamento Materno e Estado Nutricional de Populações Indígenas

A respeito da relevância do tema, as condições de alimentação e nutrição das populações indígenas no Brasil ainda permanecem desconhecidas. O crescimento e o desenvolvimento infantil são núcleo integrador das ações de saúde materno-infantil e a base para as atividades de assistência primária de saúde; em última análise revela em uma população a eficácia global das intervenções de saúde, tanto curativa como preventivas. Portanto o acompanhamento nutricional e a instituição de medidas de intervenção, que melhorem o estado de saúde e a nutrição, reduzem a influência de fatores ambientais que dificultam o alcance por parte das crianças de seu potencial genético de crescimento. Tais medidas permitem que as crianças cresçam e se desenvolvam o mais próximo da forma com que crescem e se desenvolvem as crianças sadias e que possuem condições adequadas de saúde e de alimentação (MARTINS, 1989-1991).

Com a difusão da produção e consumo do leite de vaca pasteurizado e em pó, foi fácil atribuir à indústria, à difusão dos meios de propaganda e marketing, o abandono do aleitamento materno como se a indústria moldasse os indivíduos que, massificados e robotizados, perdiam a sua identidade cultural (SILVA, 1990).

Considerando o Brasil, conforme estudo, observou-se que nas comunidades indígenas amamentavam-se amplamente os filhos e sem o hábito de desmamá-los precocemente. No entanto, já na sociedade colonial e nos tempos do Império, mulheres brancas e ricas tinham o hábito de entregar o seu filho aos cuidados de ama-de-leite, geralmente negra, para que criassem e amamentassem seus filhos. Costume, talvez, imitado das europeias que, no início, não sofriam sanções sociais, pois era encarado como sendo de bom tom e decente. No século XIX é farta a literatura dos médicos higienistas condenando as mulheres que, segundo eles, negando a natureza, descumprindo os seus deveres de mãe, recusavam-se a amamentar os seus filhos (BOLTANSKI, 1979, p.31).

O desenvolvimento científico, segundo Boltanski (1979), tornou possível a alimentação da criança com o leite de vaca diluído com poucos riscos à saúde da criança. Só depois, com a descoberta de novas tecnologias, como a

pasteurização do leite e a produção em larga escala do leite em pó é que a alimentação artificial tornou-se amplamente disponível em praticamente todas as camadas sociais.

Pouco a pouco, a alimentação com mamadeira transformou-se em hábito bastante difundido na sociedade brasileira. No entanto, talvez, nestas últimas décadas, pela influência dos meios de comunicação e pela maior secularização dos costumes, o conhecimento sobre o que se poderia denominar visão negra das coisas expandiu-se. O saber construído sobre o aleitamento no século passado pode estar residindo, com certas modificações, na subcultura das classes subalternas (BOLTANSKI, 1979, p.31).

Em estudo sobre kaingang do RS, relacionando as condições de precariedade em relação ao preparo de alimentos com água tirada de poço, fonte e rios com utilização de água potável, sugere que é possível que a falta de evidência de efeito do destino dos dejetos deva-se à contaminação do ambiente em geral afetando também as famílias que possuem saneamento básico. A falta de geladeira destaca-se como um indicador sócio-econômico que coloca a criança em risco de menor crescimento linear devido, em parte, ao efeito da conservação dos alimentos, e provavelmente por indicar maior acesso a outros bens materiais que favorecem mais a qualidade de vida dos indígenas( Menegolla et AL ,2006).

O desmame tornou-se disfuncional, elevando a mortalidade infantil. O aleitamento materno, enquanto questão social e política, faz parte do esforço planejador de intervenção na mortalidade infantil sem a necessidade de alterações na estrutura sócio-econômica e de distribuição de renda. Insiste-se em medidas simples que podem resultar em melhorias na saúde, como o retorno à amamentação, que pode ser realizada pelos próprios indivíduos sem a necessidade de maiores gastos do setor público. Incentivam-se soluções a nível comunitário e o auto cuidado de saúde pelos indivíduos. A este respeito, a seguinte citação de Florestan Fernandes é muito elucidativa. Em sua opinião, "a mudança social espontânea tende a ser substituída, em várias esferas da vida, pela mudança provocada e dirigida" (FERNANDES, 1960, p.37).

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 CARACTERÍSTICAS DA ALIMENTAÇÃO KAINGANG

Para muitas pessoas cultura é definida apenas pela cor da pessoa ou pela raça de quem se está falando. Conforme Da Matta (1981), cultura é definida como sinônimo de sofisticação, de sabedoria, de educação. Dentro do modo de viver dos índios, a cultura vem carregada de outros diversos fatores como estilo de vida, alimentação, falar, crenças e muitos outros que podem ser julgados de outra forma, uma vez que muitos não são sofisticados e a sabedoria é uma visão diferenciada do restante da população.

A “comida” não é apenas uma substância alimentar, mas é um modo; um jeito de se alimentar. O jeito de comer define não só aquilo que é ingerido, mas também aquele que o ingere. O alimento torna-se, então, uma forma de identificação, como cultura, como grupo e, dentro deste, como indivíduo. Preservando sua identidade, percebe-se integrando a sua comunidade (MACIEL, 2003).

Ainda para Maciel (2004), o que se come e com quem se come, quando, como e onde se come, é através da cultura que são definidas opções e proibições alimentares que, eventualmente, distinguem os grupos humanos: “O homem se alimenta de acordo com a sociedade a qual ele pertence”. Muito mais que um ato biológico, a alimentação humana é um ato social e cultural. Implica representações e imaginários, “envolvendo escolhas, classificações e símbolos que organizam as diversas visões de mundo no tempo e no espaço. O alimentar-se então é mutável como a cultura, sofrendo interações e integrações”.

A cultura Kaingang organizou-se sobre uma economia baseada na caça, pesca, coleta e agricultura complementar. Atualmente a agricultura é o elemento básico da economia Kaingang. A caça incluía os grandes e pequenos mamíferos das florestas subtropicais e a grande variedade de aves aí existentes. Usavam um laço para apanhar papagaios e baitacas e a técnica do émbitkô para caçar um tipo de rato do mato (kaxin). Usavam mais frequentemente seus arcos e flechas para caçar aves e animais, com diferentes tipos de pontas feitas de madeira ou ossos de animais (JOAQUIM, 2008).

No modo indígena kaingang de viver em coletividade, a alimentação é feita de forma coletiva, numa tendência a reforçar os hábitos alimentares antigos, onde o fogo fica sempre aceso e, conforme a comida vai ficando pronta, vão se servindo e comendo. Há diferentes saberes e fazeres quanto ao seu conhecimento ou mesmo as práticas utilizadas quanto aos alimentos e as formas de alimentação. Segundo Silveira (1997), os aspectos negativos que o processo de dominação, por parte da sociedade envolvente, teve sobre os Kaingang, foi fundamental para a sua vida atual. Cita como exemplo o fato de, em sua maioria, não conseguirem produzir o mínimo de alimentos para sua subsistência, uma vez que são principalmente coletores, o que implica dizer que simplesmente retiravam, colhiam do meio ambiente os frutos (fauna e flora) que esse lhes oferecia.

A caça tornou-se a prática mais usual após aldeamento, segundo Mabilde (1983), isso porque, anteriormente, pela precariedade de recursos, lhes custava muito fabricar flechas. Sendo assim, não tinham por hábito comer carne (caça). Hoje em dia, pela facilidade de encontrar metais (alumínio), é mais fácil fabricar pontas de flechas.

Mabilde ainda relata que elementos comuns integram a nutrição dos povos "del Rio de la Plata", Guarani, Kaingang, Xoklém e outros tantos povos ameríndios: a mandioca, o milho e o chimarrão. Também o fuvá é alimento bastante apreciado e integra a alimentação obrigatória da culinária Kaingang. Uma vez aldeados, sobrou-lhes recurso ao fabrico de flechas, passando a incorporarem a carne como alimento mais habitual.

Alimentam-se ainda com bastante frequência do kumy (mandioca brava), fuvá (erva moura), milho e carne assada. Durante os meses de inverno, colhem e alimentam-se de pinhão. Muitos, com o excedente, fazem farinha e a aproveitam durante o resto do ano. Mais recentemente, sob a influência da "sociedade dos brancos" e de "donos das vendas" que se instalam junto às áreas indígenas, estão trocando os hábitos alimentares de seu povo, incorporando outros não tão saudáveis e nutritivos tais como: óleo de soja, farinha de trigo branca, arroz branco, massas, margarinas, pão branco, açúcar refinado entre outros (BECKER, 1985).

Conforme Mabilde (1983) e Becker (1985), no início de 1800, andavam nus com temperaturas que no inverno chegavam a 4° C, sem sequer conhecer gripes

ou doenças pulmonares, catarrais e mesmo gástricas. Dos cerca de 40.000 indivíduos kaingang apontados por Becker (1985) em 1800, apenas trinta anos após aldeados e enroupados, já em 1830 era pouco mais de 5 ou 6 mil. Logo se tornaram enfermos. As primeiras doenças apontadas foram constipações e dores reumáticas.

A alimentação dessas comunidades passou a ser basicamente rica em gorduras, tendo alto consumo de farinhas e carnes com maior quantidade de gorduras. Os fatores responsáveis pela situação são as precárias condições sócio-econômicas, ambientais e sanitárias, como a falta de tratamento da água, a falta de energia elétrica, a ausência de saneamento básico, a contaminação do solo por dejetos depositados a céu aberto e a falta de coleta de lixo (KÜHL et al, 2009).

## 2.2 ASPECTOS DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE INDÍGENA NO ESTADO DO RS

No estado do Rio Grande do Sul temos o escritório local situado em Porto Alegre que é coordenado pelo DSEI Interior Sul, cuja sede fica em Florianópolis, e pelo DSEI Litoral Sul, com sede em Curitiba. Os dados demográficos atuais apontam para uma população total de 20.933 indígenas, distribuída entre 03 etnias (Kaingang, Guarani-Mbyá e Charrua), sendo deste total 18.855 assistidas pelo DSEI Interior e 2.078 pelo DSEI Litoral. (SIASI, 2013).

Estes indígenas encontram-se dispersos em 52 municípios no RS. Destes 33 são municípios no interior sul e 19 no litoral sul, somando um total de 118 aldeias indígenas com 6 pólos-base responsáveis pela coordenação de 35 Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena - EMSI. Atualmente temos 2.430 crianças acompanhadas pelo SISVAN indígena, sendo que destes 1.016 são menores de 5 anos, menores de 2 anos, 2.091 crianças entre 6 e 59 meses e 339 crianças entre 0 e 6 meses. (SIASI, 2013).

A equipe de saúde dos Polos-Base é composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de enfermagem, e psicólogos. O setor de nutrição conta com 2 nutricionistas (1 lotado no Polo-base guarita e outro na sede do Serviço de Escritório Local, em Porto Alegre), trabalhando no desenvolvimento de ações de



educação em saúde, promoção da alimentação saudável e aleitamento materno, planejamento das ações para recuperação de crianças diagnosticadas pelo SISVAN em risco nutricional, além das ações de coordenação e implementação de políticas de nutrição.

As demandas que não forem atendidas no grau de resolutividade dos Polos-base são referenciadas para a rede de serviços do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena. Essa rede tem sua localização geográfica definida, sendo articulada e incentivada a atender os indígenas, levando em consideração a realidade sócio-econômica e a cultura específica de cada etnia.

Com o objetivo de garantir o acesso à atenção de média e alta complexidade, são definidos procedimentos de referência, contra referência e incentivo a unidades de saúde pela oferta de serviços diferenciados com influência sobre o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas.

Esse sistema identifica as informações que atendem às necessidades de cada nível gerencial, fornecendo subsídios para a construção de indicadores que avaliam a saúde e, indiretamente, a atenção à saúde, particularmente no que diz respeito ao acesso, à sua cobertura e à sua efetividade.

Os instrumentos para coleta de dados no território distrital são propostos por equipe técnica do órgão responsável pela execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas. Estes instrumentos são adaptados à realidade local, mas permitem a identificação dos riscos e das condições especiais que interferem no processo da doença a fim de buscar intervenções específicas de cada etnia.

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI), por sua vez, vem a subsidiar na eficiência da saúde indígena, na confecção de documentos e encaminhamentos sociais, bem como no bolsa-família, auxílio reclusão, auxílio maternidade, aposentadorias para idosos e portadores de deficiência física, cestas de alimentos visando critérios estabelecidos pela FUNAI, casas emergenciais e demais procedimentos jurídicos e sociais, visando a sustentabilidade indígena.

A Saúde da População Indígena exige um modelo complementar e diferenciado de serviços, voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde. No entanto, as informações retiradas do SISVAN indígena são devidamente analisadas quando a criança está com estado nutricional abaixo do

esperado. Então, dão-se os encaminhamentos necessários e a criança passa por consulta pediátrica e por avaliações mais específicas do estado nutricional.

As equipes de saúde são orientadas a monitorar esta criança e fazer busca ativa durante e após a recuperação do estado nutricional. Para subsidiar no tratamento, a SESAI conta com cestas de alimentos providas do MDS as quais são regidas por critérios de saúde que são:

- Crianças com 06 a 59 meses com baixo peso;
- Gestantes com baixo peso;
- Idosos que não recebem benefícios sociais, e que esteja em situação de insegurança alimentar;
- Pacientes com tuberculose, HIV, hepatites virais e outros agravos comprovados;
- Portadores de deficiência física ou mental em situação de insegurança alimentar e nutricional e
- Nutriz em situação de insegurança alimentar e nutricional.

Estas cestas de alimentos são compostas por: 5kg de feijão, 10 kg de arroz, 1kg leite em pó integral, 2 latas de óleo, 1 kg macarrão, 1kg farinha milho e 5 kg de farinha de trigo providas pelo MDS e são destinadas uma por família que absorver um dos critérios estabelecidos.

Também há aquisição de leite em pó integral para crianças e gestantes indígenas com déficit nutricional e formas infantis para menores de 12 meses para crianças indígenas com necessidades especiais, monitoradas pelo SISVAN Indígena no Estado do Rio Grande do Sul.

Considerando que a população indígena, como a população em geral, apresenta problemas nutricionais que atingem todas as fases do ciclo de vida, da infância ao envelhecimento, bem como situação de insegurança alimentar e nutricional, há necessidade de garantir a segurança alimentar e melhorar o perfil nutricional e de saúde desta população através da aquisição destes insumos alimentares.

No entanto são estabelecidos critérios para recebimento do leite integral visando ser avaliado pelo SISVAN mensalmente: estar em risco nutricional, baixo peso ou muito baixo peso e ter idade entre 12 a 59 meses. Já para a aquisição

das fórmulas infantis é mais complicado, pois a aquisição é feita via laudo médico e as fórmulas são adquiridas via termo de referência, o qual não contém todas as fórmulas, mas somente as mais usadas pela população indígena no decorrer dos anos.

### 2.3 PANORAMA NUTRICIONAL BRASILEIRO.

Considerando os índices de baixo peso e baixa estatura em crianças menores de cinco anos, em algumas regiões do país se encontram nos padrões consideráveis pela OMS, considerando os índices abaixo de 2,3 % para baixo peso e baixa estatura, mas segundo estudo feito em 2009 pelo IBGE, as prevalências de obesidade em menores de cinco anos, devido ao aleitamento materno, não são significativas (IBGE, 2009).

Em relação a saúde e nutrição dos povos indígenas( BRASIL, 2011):

Em 2008/09, foi realizado o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, pelo Consórcio da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde (ABRASCO) e *Institute of Iberoamerican Studies*. Revela-se um conjunto importante de dados que até então eram desconhecidos. Que crianças indígenas com *déficit* de estatura para idade, o índice nacional foi de 26%, sendo que, na região Norte, este índice foi de 41,1%. Em relação à prevalência de anemia em crianças com idade entre 6 e 59 meses, o índice nacional foi de 51,3%, chegando a atingir 66% na região Norte.

Estudo sobre a tendência secular da desnutrição infantil no Brasil, Indicam que o excepcional declínio do problema na década de 2000 ocorreu associado às melhorias observadas no poder aquisitivo das famílias de menor renda, na escolaridade das mães e na cobertura de serviços básicos de saúde e saneamento, aspectos esses que vêm sendo observados a partir da evolução anual dos resultados da pesquisa nacional por amostra de domicílios - PNAD. Tais melhorias decorreram de várias políticas públicas, incluindo a valorização do salário mínimo e os programas de transferência de renda, a universalização do ensino fundamental e a expansão da estratégia de saúde da família. A manutenção dessas políticas e o reforço de outras, como a expansão dos serviços de saneamento, serão essenciais para que o problema da desnutrição infantil seja definitivamente resolvido no Brasil por outro lado, na medida em que o

excesso de peso e a obesidade expressam essencialmente o desequilíbrio entre ingestão e utilização de calorias pelo organismo humano, a explicação para o aumento da frequência dessas condições deve ser pelas mudanças nos padrões de alimentação e de atividade física da população a análise de pesquisas de orçamento familiar realizadas até 2002-2003 revela tendência crescente de substituição de alimentos básico e tradicional na dieta brasileira (como arroz, feijão e hortaliças) por bebidas e alimentos industrializados (como refrigerantes, biscoitos, carnes processadas e comida pronta), implicando aumento na densidade energética das refeições e padrões de alimentação capazes de comprometer a auto regulação do balanço energético dos indivíduos e aumentar o risco de obesidade na população (BRASIL, 2010).

#### 2.4 SISTEMA DE VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (SISVAN) INDIGENA

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas contempla a necessidade de identificação dos casos de risco nutricional, incluindo encaminhamentos e parcerias necessárias para a redução desses problemas. No Fórum Nacional para Elaboração da Proposta de Política Nacional de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Sustentável dos Povos Indígenas do Brasil, o qual reuniu mais de 180 lideranças indígenas de diversas etnias, em 2003, constatou-se a necessidade de organização de um Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Na II Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional realizada em 2004 reforçaram a necessidade de implementação do SISVAN em comunidades indígenas.

O SISVAN iniciou na década de 70, no Brasil, um sistema o qual deveria reunir diferentes dados como agricultura, economia e saúde (BRASIL, 2006a), preconizando o atendimento ao público que procurava por demanda em saúde (criança, adolescente, adulto, idoso e gestante). Concretizou-se, na década de 90, baseado em três eixos: 1) formulação de políticas públicas, estratégias, programas e projetos sobre alimentação e nutrição; 2) planejamento, acompanhamento e avaliação de programas sociais nas áreas de alimentação e

nutrição e; 3) operacionalização e ganho de eficácia das ações de governo (FAGUNDES, 2004).

Desde então, o Ministério da Saúde (MS) reconhecendo as especificidades étnicas, culturais e os direitos sociais e territoriais dos povos indígenas, após instituir o sistema de Atenção à Saúde da População Indígena (BRASIL, 1999a), instituiu o SISVAN-I, através da portaria da nº 984, de 06/07/2006 (BRASIL, 2006b). No RS este processo de implantação ocorreu em 2007 e é através do qual são monitoradas crianças de 0 a 59 meses de idade e gestantes indígenas.

O fluxo de dados para a vigilância alimentar e nutricional tem por objetivo padronizar e agilizar os dados gerando informações confiáveis e relevantes para as ações de promoção, prevenção e recuperação nutricional. Para isto é preciso organizar o sistema, construindo fluxo para geração das informações. A coleta de dados, sendo a base de sustentação do SISVAN por ser a porta de entrada do sistema, deve ser aproveitada e valorizada tanto pela geração de informação quanto para as ações em caso de diagnóstico de risco nutricional.

Entretanto, o SISVAN tem como objetivo principal monitorar o padrão alimentar e o estado nutricional dos indivíduos atendidos em todas as fases do curso da vida. Deverá apoiar os profissionais de saúde no diagnóstico local e oportuno dos agravos alimentares e nutricionais e no levantamento de marcadores de consumo alimentar que possam identificar fatores de risco ou proteção, tais como o aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar (BRASIL, 2011).

No entanto de modo geral, os dados coletados e utilizados no SISVAN na atenção à saúde são:

- Identificação: número do Cartão SUS, residência, nome, sexo, data de nascimento;
- Estado nutricional: especialmente por meio de medidas antropométricas (peso, estatura/comprimento);
- Consumo alimentar: aleitamento materno e suplementação alimentar. Também como propósito de instrumento informativo sobre a disponibilidade, acesso físico e acesso econômico aos alimentos básicos, segundo os padrões culturais de cada região e ou comunidade, permite

orientar sobre acesso aos alimentos como forma de sobrevivência e garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA).

Além disso, pode prever crises alimentares agudas, vigia o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos pela avaliação antropométrica e como medida de alerta ao governo na adoção de medidas estruturais econômicas que podem ter repercussões adversas na área da alimentação e nutrição (BATISTA-FILHO, 1993).

Entretanto, vem contribuir com informações que sejam subsídios para avaliar a garantia do DHAA através da soberania alimentar desta população, uma vez que a massificação dos hábitos alimentares vem afastando cada vez mais as populações de sua cultura alimentar, o que, além da perda da identidade e diversidade cultural, que já é uma violação do DHAA, acarreta danos à saúde (ABRANDH).

## 2.5 ALEITAMENTO MATERNO

A Organização Mundial da Saúde – OMS e o Ministério da Saúde preconizam que o bebê seja amamentado exclusivamente até os 06 meses de vida. Alimentação complementar com a introdução de novos alimentos, sem, no entanto, abandonar o aleitamento materno, deve prosseguir até os 2 anos de idade ou mais (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), considera como categoria de aleitamento materno:

Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais<sup>1</sup>. Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos. Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semi-sólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa

categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar. Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Portanto estudos mostram que a amamentação exclusiva vem a ser, de suma importância na qualidade do crescimento e desenvolvimento da criança, evitando quadros de infecção, e aparecimento de alergias alimentares, pela introdução inadequada nos primeiros meses de vida de leite não humano, diarreia e risco de morte em menores de cinco anos.(BRASIL, 2006).

Conforme a segunda pesquisa nacional sobre aleitamento materno, feita pelo MS, sobre práticas alimentares no primeiro ano de vida, nas capitais do distrito federal o qual fornece informações sobre as diferentes modalidades de aleitamento materno e alimentação complementar no período de 1999 a 2008. Permitiu analisar evolução das práticas de alimentação infantil, amamentação exclusiva, desmame e práticas de alimentação não saudável, destaca a prevalência do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 06 meses, nas capitais foi de 41%, no entanto no estudo feito pela PNDS/2006 a porcentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo em crianças de 0 a 6 meses, no Brasil foi de 39,8%. Apesar dos avanços que vem refletindo ao longo de três décadas nos resultados da Política Nacional de Aleitamento Materno, criada em 1981, estamos distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de amamentação até o final do segundo ano de vida ou mais e aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida. Além disso, verificou-se neste estudo a necessidade de intervenções no sentido de promover hábitos saudáveis de alimentação no primeiro ano de vida. (BRASIL, 2009).

## 2.6 FÓRMULAS INFANTIS

Estudos científicos comprovam a importância do leite materno em relação aos leites de outras espécies, visando que a introdução precoce de outros alimentos (antes do sexto mês) pode estar associada a um aumento de episódios de diarreia, internações por doença respiratória, diminuição na absorção de minerais como o ferro e o zinco, importantes para o crescimento e

desenvolvimento infantil, ocasionando maior risco de desnutrição, tanto pela possibilidade da hiperdiluição das fórmulas lácteas, como pela oferta inadequada de outros alimentos e ainda por mas condições de higienização dos utensílios, aumentando risco de contaminação. Tendo em vista que as ações de promoção e apoio à amamentação, são importantes medidas criadas com o intuito de proteger legalmente o aleitamento materno, a aprovação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância (NBCAL), visa garantir a segurança alimentar como um direito humano, apoiando políticas públicas para minimizar o *marketing* abusivo (BRASIL, 2012).

Baseada no Código Internacional de Mercadização de Substitutos do Leite Materno recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1979, a NBCAL teve sua primeira versão publicada como Resolução do Conselho Nacional de Saúde em 1988. Em 1992 a publicação da Portaria Ministerial nº 2.051 e novamente em 2001/2002 as Resoluções nº 221 e nº 222. Além disso, foi publicada no dia 4 de janeiro de 2006, a Lei nº 11.265 que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância. Dentre os principais pontos do Código, estão a proibição da promoção de substitutos do leite materno em unidades de saúde e da doação de suprimentos, gratuitos ou subsidiados, de substitutos do leite materno ou outros produtos, em qualquer parte do sistema de saúde. A NBCAL vem a ser uma das ações prioritárias do Ministério da Saúde que visa a proteção do aleitamento materno (BRASIL, 2012).



### 3 JUSTIFICATIVA

Considerando a importância de monitoramento de a situação alimentar e nutricional da população indígena, essencialmente pela insegurança alimentar a qual esta população vive, observa--se a necessidade de subsidio e orientação na promoção e incentivo do aleitamento materno, nas comunidades indígenas, levando em consideração seus hábitos culturais de alimentação e modo de viver. Portanto há a necessidade de estudos que venham a subsidiar os profissionais de saúde, na intervenção dos baixos índices de amamentação exclusiva e na introdução da alimentação complementar, visando uma alimentação saudável, evitando assim desmame precoce e introdução de formulas infantil que podem vir a acarretar perda na qualidade de vida, além do impacto negativo na economia destas famílias, comunidades e a sociedade em geral.

## 4 OBJETIVOS

### 4.1 Objetivo Geral

- Caracterizar o estado nutricional e o aleitamento materno em crianças da etnia kaingang em terras indígenas do estado do rio grande do sul.

#### 4.1.1 Objetivo Específico

- Identificar o tipo e a prevalência de aleitamento materno em crianças;
- Caracterizar o estado nutricional das crianças.
- Discutir a relação entre aleitamento materno e o estado nutricional das crianças.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 TIPO DE ESTUDO

Foi realizado um estudo transversal com a utilização de dados secundários, oriundos do Sistema de informação de atenção a saúde indígena(SIASI/RS), bem como do núcleo de consolidação de dados do Serviço de Escritório Local do RS. Obteve-se a autorização da chefia do Serviço de Escritório Local do RS, referente ao projeto principal, a qual formaliza a colaboração com documentos e dados disponíveis, bem como aprova a pesquisa (ANEXO 1).

### 5.2 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram incluídos no estudo dados de crianças indígenas com idade entre 0 e 2 anos (24m) de ambos os sexos da etnia kaingang do interior Sul acompanhadas no SISVAN indígena durante o mês de outubro de 2012. Fazem parte do estudo crianças pertencentes aos municípios de: Água Santa, Benjamin Constant Do Sul, Cacique Doble, Carazinho, Charrua, Constantina, Engenho Velho, Erebangó, Estrela Velha, Faxinalzinho, Gramado dos Loureiros, Ibiraiaras, Mato Castelhana, Irai, Muliterno, Nonoai, Planalto, Tres Palmeiras, Salto Do Jacui, Ronda Alta, Rodeio Bonito, Gentil e Vicente Dutra.

Foram excluídas do estudo as crianças indígenas kaingangs pertencentes ao polo-base de Guarita por não acesso aos dados.

As aldeias do litoral também foram excluídas da pesquisa pelo fato de não possuírem aldeias kaingangs com equipe de saúde para implantação do SISVAN indígena. Grande parte é atendida pelo município e não são aldeias reconhecidas e sim acampamentos.

Foram selecionados os dados do mês de outubro de 2012 para a presente análise, para a escolha do período utilizou-se como critério o mês de outubro de 2012 por apresentar dados mais completos.

### 5.3 VARIÁVEIS DE ESTUDO

- Aleitamento materno;
- Antropométricas: massa corporal (Kg) e estatura (cm);IMC
- Sociais: benefícios de programas governamentais.
- Sociodemográficas.

### 5.4 FONTES DE DADOS E INSTRUMENTOS DE COLETA

Os dados são provenientes dos seguintes sistemas de informação:

- Sistema de Informação de Atenção a Saúde Indígena (SIASI/RS) e SIASI/ WEB.
- Núcleo de consolidação de Dados da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI)/ Escritório Local.
- Os dados foram retirados dos sistemas de dados, via autorização do coordenador do escritório local do estado do Rio Grande do Sul, foram coletadas as informações dos formulários do SISVAN, provindo das equipes multidisciplinares indígenas já impressos, os quais foram transcritos em planilhas de excel.

### 5.5PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram transcritos em planilhas do programa Excel versão 6.0, constituindo o banco de dados. Os dados antropométricos foram inicialmente analisados no programa Anthro (OMS, 2006) para definição do estado nutricional. Foram utilizados os índices de peso, estatura e IMC para Idade. Para a classificação foram utilizados os pontos de corte conforme preconizado pelo Ministério da Saúde no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Foi realizada análise estatística descritiva com frequências e médias e os resultados estão apresentados em tabelas e gráficos.

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1 estão apresentados dados a cerca das características gerais da população estudada. Podemos observar que a proporção de meninas na amostra é maior e a idade média é de 12 meses.

Tabela 1. Características gerais da população

<b>Variáveis</b>	<b>n=368</b>
<b>Idade (meses)</b>	12 (6-18) Md (p25-75)
<b>Sexo</b>	<b>(n %)</b>
M	164 (44,6)
F	204 (55,4)
<b>Bolsa família</b>	<b>n (%)</b>
Recebe	194(52,7)
Não recebe	174 (47,3)
<b>Cesta de alimentos</b>	<b>n (%)</b>
Recebe	152 (41,3)
Não recebe	216 (58,7)
<b>Leite não humano</b>	<b>n (%)</b>
Recebe	12 (3,3)
Não recebe	356 (96,7)

Um pouco mais da metade das 368 crianças avaliadas é oriunda de famílias beneficiárias do programa Bolsa-Família e uma parcela de 41% recebe cesta de alimentos distribuídos pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A proporção de famílias que recebem os benefícios pode ser considerada baixa, tendo em vista que estas normalmente atendem aos critérios dos programas e teriam direito a acessar os mesmos. A hipótese que se levanta é de que estas famílias têm problemas na documentação e também de informações.

Por outro lado, os dados mostram uma grande dependência de programas sociais e evidenciam a vulnerabilidade social e a insegurança alimentar da população indígena em nosso estado. Vê-se que o percentual de crianças que não recebe leite não humano é alto. Portanto, estudo relacionando crianças cadastradas no programa bolsa-família constatou que, ao comparar o estado nutricional das crianças beneficiárias em função do tempo de recebimento do benefício, não há diferença entre o grupo que recebia o benefício e o que não recebia. No entanto, evidenciou que as crianças com déficits antropométricos recebiam o benefício a menos tempo que as sem déficits; porém, essa diferença não foi significativa. Também não foi verificada a correlação entre o tempo de recebimento do

benefício e o estado nutricional para os índices IMC/I, E/I, P/I e P/E. Evidenciou-se que em relação à influência do recebimento do benefício nas crianças avaliadas e as que não recebem o benefício, é que estas apresentaram um N menor de desnutrição. Portanto, não se pode considerar quanto ao critério nutricional (OLIVEIRA et al, 2011).

Assim, o estudo evidencia a necessidade de englobar outros fatores, valorizar outras políticas de subsistência para abranger as comunidades indígenas, fomentando melhor qualidade de vida.

De acordo com Ribas et al (2001), ampliar as possibilidades de observação e construção de indicadores sociais, culturais e biológicos de comunidades indígenas é uma necessidade que deveria ser abrangida principalmente por instituição de ensino e pesquisa próximas das áreas indígenas e com o compromisso de investigar e interferir no contexto de realidade regional. A precariedade sócio-econômica é representada pela baixa renda, escolaridade e difícil acesso à saúde, incluindo condições domiciliares precárias, interferindo na composição dos nutrientes da dieta dos indígenas. Esses problemas que caracterizam a atual condição de vida dessas comunidades apontam na necessidade de ampliação dessas políticas sociais para essas populações indígenas, inserindo programas que melhorem a assistência de saneamento básico e saúde, educação e o acesso a terra.

Na tabela 2 estão apresentados os dados de acompanhamento do aleitamento materno de crianças de 0 a 24 meses relativas ao mês de estudo.

Tabela 2. Distribuição numérica e percentual de acordo com o tipo de aleitamento – outubro/2012

<b>Variáveis</b>	<b>n=368</b>
<b>Aleitamento materno exclusivo</b>	<b>n (%)</b>
Recebe	67(18,2)
Não recebe	301 (81,8)
<b>Aleitamento materno Predominante</b>	<b>n (%)</b>
Recebe	21 (5,7)
Não recebe	347 (94,3)
<b>Alimentação complementar</b>	<b>n (%)</b>
Recebe	161 (43,8)
Não recebe	207 (56,3)
<b>Não recebe leite materno</b>	<b>n (%)</b>
Recebe	49 (13,3)
Não recebe	319 (86,7)

Observa-se que o número de crianças que não recebe aleitamento materno, considerando a idade de 0 a 2 anos, é alto em todas as categorias, implicando assim no desenvolvimento infantil, podendo aumentar o número de mortes, por infecções e diarreias em crianças e aumento de risco de alergias em menores de cinco anos, inclusive, o aumento dos índices de obesidade devido a introdução de formulas infantis. Torna-se um fator preocupante visto que o aleitamento materno é incentivado pelo Ministério da saúde por seis meses e complementado até os dois anos ou mais. (BRASIL,2009).

Tabela 3. Distribuição numérica e percentual das crianças de acordo com estado nutricional e índice de avaliação.

<b>Índice</b>	<b>n (%)</b>
<b>Altura para Idade</b>	
Muita baixa estatura	32 (8,7)
Baixa estatura	63 (17,1)
Adequada	273 (74,2)
<b>Peso para Altura</b>	
Muito baixo peso	2 (0,5)
Baixo peso	6 (1,6)
Eutrofia	336 (91,8)
Peso elevado	22 (6)
<b>IMC para idade</b>	
Magreza acentuada	3 (0,8)
Magreza	8 (2,2)
Eutrofia	142 (38,8)
Risco sobrepeso	94 (25,7)
Sobrepeso	75 (20,5)
Obesidade	44 (12)

Os dados apresentados mostram uma importante e considerável evolução na cobertura de acompanhamento das crianças quando avaliadas. Em relação à altura por idade (A/I), o percentual de baixa e muito baixa estatura é elevado, considerando o N utilizado. Os índices de baixo peso e baixa estatura para crianças menores de cinco anos apresentaram melhoras nos últimos 20 anos, sendo que em algumas regiões do país já se encontram nos padrões considerados aceitáveis pela OMS. Tanto para baixo peso como para baixa estatura as proporções devem ser abaixo de 2,3%, conforme a OMS. Os índices de baixo peso e de baixa estatura na região Norte são, respectivamente, de 3,3% e 14,7%. Na região Nordeste, o índice de baixa estatura é de 5,8%. Delinear os padrões de crescimento físico das populações indígenas a partir da literatura é



uma tarefa metodologicamente complicada. Isto decorre da diversidade de formas como os resultados estão descritos nas poucas publicações existentes.

No entanto, quando analisados os dados em relação ao índice de peso para altura (P/A) não houve diferença significativa, mas quando avaliadas em relação ao índice de IMC para idade é bem evidente o aumento dos índices de risco de sobrepeso e obesidade, o que vem a preocupar a equipe multidisciplinar de saúde indígena.

No entanto houve uma diminuição da taxa de baixo peso. Portanto, este fator é mais crítico nesta população. Como relata Licio (2009), a desnutrição tem um papel de destaque no cenário de saúde das crianças indígenas. Em sua revisão bibliográfica, muitos trabalhos indicaram os valores das prevalências de desnutrição em crianças indígenas, segundo sexo e idade, descrevendo déficits de peso e estatura inferiores às medianas das curvas de referência.

E, apesar de ter decréscimo no percentual de baixo peso, o perfil de saúde e nutrição das crianças indígenas não acompanhou a evolução do perfil das crianças brasileiras não indígenas, onde prevalece um percentual maior de obesidade. Isso ocorre porque a melhoria da cobertura dos serviços de saúde, o aumento da cobertura vacinal, o aumento da renda e o aumento da escolaridade materna, entre outros determinantes do estado nutricional infantil, não atingiram de maneira semelhante os povos indígenas.

Nesta população, que historicamente mostra-se mais vulnerável às questões relacionadas à saúde, principalmente alimentares, no que se refere ao acesso aos alimentos, é fator relevante o acompanhamento e o olhar crítico no percentual de baixo peso. Este alerta para os demais cuidados e fatores relacionados à saúde geral das crianças, sua família e comunidade. Ainda Licio (2009) mostra que os achados de sua pesquisa são condizentes com os respectivos perfis de saúde das populações indígenas estudadas, marcados por elevadas taxas de mortalidade infantil e de morbidade por doenças infecciosas e parasitárias, que são consequência de um estado nutricional crítico.

Tabela 4. Distribuição numérica e percentual de acordo com estado nutricional e alimentação complementar.

IMC/idade	Alimentação complementar	
	Com alimentação complementar	Sem alimentação complementar
Magreza acentuada	0 (0,0)	3 (1,4)
Magreza	2 (1,3)	6 (2,9)
Eutrofia	51 (32,1)	91 (44)*
Risco de sobrepeso	50 (31,4)*	44 (21,3)
Sobrepeso	29 (18,2)	46 (22,2)
Obesidade	27 (17,0)*	17 (8,2)

\*p =0,005

Na tabela 4 estão apresentados os dados de acompanhamento do estado nutricional das crianças comparando estado nutricional com e sem alimentação complementar. Observamos que o excesso de peso é maior nas crianças com alimentação complementar, e as crianças eutróficas têm percentual maior quando sem alimentação complementar. Este dado pode estar relacionado à qualidade da alimentação introduzida, possivelmente hipercalórica, mas o consumo alimentar ainda necessita de maior investigação.

Kuhl et al. (2009), estudando crianças indígenas Kaingang, aponta que os registros de sobrepeso, obesidade, juntamente com as desordens associadas como dislipidemias, diabetes *mellitus* e hipertensão arterial apontam para um quadro desfavorável a dados alimentares e nutricionais. O esgotamento dos recursos naturais é uma realidade que compromete condições de alimentação e nutrição. Tendo em vista que a economia tradicional é baseada na agricultura, na caça e na colheita, os Kaingang cultivam alimentos como o milho, a abóbora e o feijão branco, da colheita de frutos como o pinhão, sobrevivem ainda da venda de artesanato e de trabalho remunerado, funções como as de professores indígenas e agentes indígenas de saúde. Portanto, há evidências de que a alimentação dessas comunidades passou a ser basicamente rica em gorduras, tendo alto consumo de farinhas e carnes com maior quantidade de gorduras.

De acordo com a tabela 5 quando comparadas as crianças menores de 06 com as maiores de 6 meses até 24m, os dados mostram um percentil elevado em relação ao excesso de peso em ambas as idades.

Tabela 5. Distribuição numérica e percentual de acordo com Estado nutricional e faixa de idades.

<b>Faixa etária (meses)</b>	<b>0-6</b>	<b>&gt;6</b>
Magreza acentuada	2 (2)	1 (0,4)
Magreza	2 (7,1)	1 (0,4)
Eutrofia	44(44,4)	98 (36,7)
Risco de sobrepeso	18 (18,2)	76(28,5)
Sobrepeso	23 (23,2)	52 (19,5)
Obesidade	5 (5,1)	39 (14,6)

O Brasil, assim como outros países em desenvolvimento, convive atualmente com a transição nutricional, determinada frequentemente pela má-alimentação. Os inquéritos populacionais mostram a tendência contínua de redução da desnutrição no país, associada ao aumento do excesso de peso em diferentes fases da vida. A má-alimentação contribuiu de forma expressiva para o aumento da prevalência de obesidade e de outras doenças crônicas não transmissíveis que, além de terem grande impacto na qualidade de vida do indivíduo, oneram significativamente o Sistema Único de Saúde (COUTINHO; GENTIL; TORAL 2008).

Conforme Menegolla et al. (2006), em estudo sobre kaingang do RS, evidencia-se na população em geral que a baixa escolaridade materna e a gravidez na adolescência é mais frequente em famílias em privação sócio-econômica e que aumentam o risco de retardo de crescimento intrauterino e de prematuridade ao nascimento, favorecendo o adoecimento nos primeiros anos de vida, déficit de altura e morte antes dos cinco anos de idade.

Em uma população com alta prevalência de baixa estatura, dietas inadequadas somadas a mecanismos fisiológicos compensatórios encontrados em populações sujeitas à desnutrição poderão aumentar a prevalência de obesidade e suas consequências em relação ao maior risco de doenças crônico-degenerativas.

## 7 CONCLUSÃO

Valorizar o estado nutricional de um indivíduo e da coletividade, bem como o registro adequado dos dados em planilhas, é ratificar a importância da nutrição como coadjuvante das ações básicas de saúde. É trabalhar sob a ótica da promoção da saúde em consonância com a realidade epidemiológica local.

A política Nacional de Saúde dos Povos Indígenas, com suas bases nas diretrizes e princípios dos SUS, aponta a necessidades de identificação de agravos nutricionais na população indígena bem como os encaminhamentos e parcerias necessárias para redução desses problemas. Entretanto, pouco se sabe a respeito do perfil nutricional dessa população e as grandes pesquisas e inquéritos nutricionais realizadas no país não contemplaram esses povos.

Desta forma, a SESAI deve passar a priorizar ações em saúde e nutrição nas áreas indígenas e instituiu estratégias para que sejam mais eficientes na abordagem do cidadão como um todo, desafiando os hábitos alimentares da população sempre respeitando a cultura destes indivíduos.

Além de mostrar o estado nutricional, o sistema deve pesquisar os fatores relacionados à alimentação que apontam para onde se deve ter ação e evitar situações de risco à saúde. Por exemplo, monitorar o baixo peso das crianças pode trazer os fatores relacionados a este estado nutricional e servir como base para se pensar uma política pública de acesso aos subsídios necessários para a criança desenvolver-se adequadamente, ter acesso ao alimento de qualidade permanentemente, ter condições de higienizar este alimento.

Atualmente o SISVAN Indígena já está implementado no estado do Rio Grande do Sul em algumas áreas indígenas, Mas se notou no estudo que ainda falta para as EMSI capacitações visando construir um sistema de qualidade, com base em dados fidedignos para apontar a situação alimentar e nutricional da nossa população e subsidiar ações e programas de intervenção, promoção, prevenção e recuperação da saúde dos povos indígenas, assim como melhorar a assistência à saúde dessa população, respeitando sua especificidade cultural.

Nota-se essa necessidade de envolver os gestores municipais, estaduais e federais universidades na implementação de medidas eficazes para solucionar os

problemas de saúde derivados dos distúrbios alimentares, seja através de programas, projetos de estudos e sistemas, seja no acompanhamento permanente e adoção de estratégias que contemplem a vigilância alimentar e nutricional desta população, desde que os fatores levantados pelo SISVAN forneçam subsídios para as políticas públicas e que estas se tornem eficazes no que tange ao acesso e permanência a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, e a vigilância alimentar e nutricional, respeitando a cultura alimentar.

## REFERÊNCIAS

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (ABRANDH). Curso: **O Direito Humano à Alimentação Adequada e Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2012.

BATISTA-FILHO, Malaquias; RISSIN, Anete. Vigilância Alimentar e Nutricional: Antecedentes, Objetivos e Modalidades. A VAN no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.9, n.supl. 1, p. 99-105, 1993.

BECKER, Ítala I.B. O índio Kaingang no Rio Grande do Sul. **Pesquisas Antropologia**, São Leopoldo, 1985.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

BRASIL 2013 portal ministério da saúde sistema de informação de saúde indígena Disponível em : < <http://www.saude.gov.br/siasi> >janeiro 2013.

BRASIL. **Fundação Nacional de Saúde**. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. 40p. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aprova os Regimentos Internos dos órgãos do Ministério da Saúde**. Portaria nº 3.965, de 14 de dezembro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999a - Lei Arouca**. Acrescenta dispositivos à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma técnica: vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Departamento Nacional de Saúde Indígena, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Brasília/DF, outubro, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 984, de 6 de julho de 2006b**. Institui o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (SISVAN-Indígena).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção básica. **Protocolo do sistema de vigilância alimentar e nutricional-SISVAN** na assistência a saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de atenção básica.-Brasília: Ministério da saúde, 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Cadernos de Atenção Básica, n. 23, Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília :Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. **Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – 2012 / 2015.** Agosto, 2011.

Brasil. **Pesquisa de orçamentos familiares 2008/2009.** Antropométrica e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. IBGE, 2010.

CALDAS, Aline Diniz Rodrigues. **Vigilância alimentar e nutricional para os povos indígenas no Brasil:** análise da construção de uma política pública em saúde. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: s.n., 2010.

COUTINHO, Janine Giuberti; GENTIL, Patrícia Chaves; TORAL, Natacha. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup 2:S332-S340, 2008.

DA MATTA, R. Você Tem Cultura? **Jornal da Embratel**, Rio de Janeiro, p.1-4, 1981.

FAGUNDES, Andhressa Araújo et al. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan:** orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

FAGUNDES, Andhressa Araújo *et al.* **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan:** orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

FERNANDES, Florestan. Introdução: atitudes e motivações desfavoráveis ao desenvolvimento. In:\_\_\_\_\_. **Mudanças sociais no Brasil:** aspectos do desenvolvimento da sociedade brasileira. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1960. p.11-49.

GARNELO, L. **Política de Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**: Análise Situacional do Período de 1990 a 2004. Documento de Trabalho no. 9. Universidade Federal de Rondônia. Escola Nacional de Saúde Pública. Centro de Estudos em Saúde do Índio de Rondônia Departamento de Endemias S. Pessoa, Nov. 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa de Orçamento Familiar – POF2008-2009. Despesas, rendimentos e condições de vida**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios 2008**: síntese dos indicadores. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009.

JOAQUIM, D. Kanhgág Jinjén. **Nimuendajú**, Campinas, 2008.

KÜHL, A. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingáng da Terra Indígena de Mangueirinha, Paraná, Brasil, **Caderno de Saúde Pública**, n.2 v.25, p.409-420, 2009.

MABILDE, Pierre F.A.B. **Apontamentos sobre os indígenas selvagens da nação Coroados dos matos da Província do Rio Grande do Sul**. São Paulo: IBRASA, 1983. 232p.

MACIEL, M.E.; MENASCHE, R. Alimentação e cultura, identidade e cidadania. Você tem fome de que? **Democracia viva**: Especial segurança alimentar, p.04-07, 2003.

MACIEL, M. E. Uma cozinha à brasileira. **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, p.25-39, jan-jun. 2004.

MARTINS, SJ; MENEZES, RC. Evolução do estado nutricional e menores de 5 anos em aldeias indígenas da tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991). **Rev Saúde Pública**, 1994.

MENEGOLLA, I. et al. Estado nutricional e fatores associados à estatura de crianças da Terra Indígena Guarita, Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.2, p.2-6, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Menores de Dois Anos**. Brasília (DF): 2002.

OLIVEIRA, Fabiana de Cássia Carvalho et al. Estado nutricional e fatores determinantes do déficit estatural em crianças cadastradas no Programa Bolsa Família. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.20, n.1, p.7-18, jan-mar 2011.

[www.portal.kaingang.org.br](http://www.portal.kaingang.org.br) kaingang. QUEM SÃO OS KAINGANG. Acesso em: 26/12/2012



RIBAS, D. et al. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil, **Caderno de Saúde Pública**, v.17, p.2, p.9, 2001.

SANTOS, R. Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras, **Caderno de Saúde Pública**, v.9,n.2, p2-5, 1993.

SILVA, Augusto Moura da. **Amamentação**: Fardo ou desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento na sociedade brasileira. 1990. Dissertação (mestrado em medicina preventiva) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da U.S.P, São Paulo, 1990.

SILVEIRA, E. da. **Etnobotânica dos índios Kaingang do Rio Grande do Sul Brasil**. Espanha, Universidade de Leon, 1997. Tese (Doutorado). Canoas, Universidade Luterana do Brasil, 1997.

# ANEXOS



**MINISTÉRIO DA SAÚDE**  
**SECRETARIA ESPECIAL DE SAÚDE INDÍGENA**  
**ESCRITÓRIO LOCAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Av. Borges de Medeiros, nº536 – Centro – 7º andar – sala 706

Porto Alegre – RS – CEP: 90020-022

Fone: (51) 32132025 – Fax: (51) 32132025

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS PARA PESQUISA**

Eu, Gilson Antônio Urnau Chefe do Escritório local do Rio Grande do sul/Distrito Sanitário Indígena (DISEI)da Região Interior Sul, autorizo a Sra. Maria Beatriz da Rosa, a utilizar os dados cadastrados no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de Indígena do Interior do estado do Rio Grande do Sul, para fins de análise e elaboração de monografia de conclusão do Curso de Especialização em Saúde Pública cursado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da professora Dra. IlaineSchuch. A mesma se compromete em não identificar nome das crianças indígenas no trabalho.

Porto Alegre, 17 de dezembro de 2012.

---

**Gilson Antônio Urnau**

Chefe do Serviço de Escritório Local do Rio Grande do Sul  
Distrito Sanitário Especial Indígena – Interior Sul da SESAI

