

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO – NUT

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS DA
ETNIA TUPINIKIM. ARACRUZ – E.S. BRASIL, 2015.**

POR

TÂNIA PINTO PEREIRA

ORIENTADORA: REGINA COELI DE CARVALHO ALVES

REGINA COELI DE CARVALHO ALVES

BRASILIA, JULHO DE 2015.

TÂNIA PINTO PEREIRA

**PERFIL ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS DA
ETNIA TUPINIKIM. ARACRUZ – E.S. BRASIL, 2015.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Nutricionista, à Comissão Examinadora da Faculdade de Ciência da Saúde da Universidade de Brasília. Orientadora: Prof.^a Regina Coeli de Carvalho Alves.

BRASÍLIA, JULHO DE 2015.

Perfil Alimentar e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia Tupinikim. Aracruz - E. S.,
Brasil, 2015.

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO APRESENTADO A UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA. REQUISITO PARCIAL, PARA CONCLUSÃO DO CURSO DE
NUTRIÇÃO.**

Aprovado em 03/07/2015

Prof^ª. Regina Coeli de Carvalho Alves
Universidade de Brasília
Orientadora

AGRADECIMENTOS

A Deus, sobre todas as coisas, sem ele nada teria começo.

Aos meus familiares, pelo amor e pelas orações constantes.

Ao meu filho Davi, pela compreensão, a minha ausência, ao seu convívio, ao logo da duração do curso.

À minha orientadora Regina Coeli de Carvalho Alves, pelo incentivo, paciência, dedicação e pelas considerações construtivas.

Aos indígenas pertencentes ao povo Tupinikim da minha comunidade, Caieiras Velhas, aos agentes de saúde, pela colaboração e apoio, sem os quais seria impossível a realização dessa pesquisa.

À Unidade básica de saúde da minha comunidade pelos equipamentos utilizados na antropometria.

À Fundação Nacional do Índio (FUNAI) pelo apoio financeiro durante a graduação.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
OBJETIVOS	02
METODOLOGIA	03
RESULTADOS E DISCUSSÃO	06
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
APÊNDICES	22

RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi caracterizar o perfil alimentar e nutricional de crianças indígenas de aldeia da etnia Tupinikim, Aracruz – E.S., Brasil. A amostra incluiu 45 crianças de 3 a 60 meses de idade. Foram coletados dados referentes ao peso, estatura, idade e sexo para determinação do diagnóstico do estado nutricional. Para identificar o perfil alimentar foi aplicado um Questionário de Frequência Alimentar (QFA) e Recordatório (24h), com intuito de verificar os hábitos alimentares frequentes das crianças do estudo. sendo respondido pelos responsáveis, sendo, 44 mães e 1 pai. O questionário também foi utilizado para coletar dados socioeconômicos e de segurança alimentar e nutricional das famílias. Os dados da antropometria foram analisados utilizando as Curvas de Crescimento da OMS, 2006. Para a análise dos dados foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel, utilizando a frequência estatística simples. Os resultados demonstram que (80%) das crianças apresentaram estatura adequada para idade e apenas (20%) apresentaram estatura baixa para idade. Para o índice peso por idade (86,7%) apresentaram peso adequado, e (11%) peso elevado para idade e apenas (2,2%) com baixo peso. A introdução de alimentos complementares na dieta da criança, ocorre a partir dos 6 meses de idade, ou antes, caso a mãe trabalhe fora de casa. A média de renda da família é de 1,5 salários mínimos. No quesito insegurança alimentar (62,2%) das crianças do estudo estava em insegurança alimentar, segunda classificação da versão curta da EBIA. (15,5%) com insegurança alimentar com fome e (46,7) com insegurança alimentar sem fome. Conclui-se que a introdução precoce de alimentos não saudável/industrializados pode estar contribuindo com índice de peso elevado nas crianças. As condições socioeconômicas como renda familiar, escolaridade também são fatores relevantes para os casos de baixa estatura e peso baixo. Os dados que avaliaram a insegurança alimentar são preocupantes, necessitando de estudos mais específicos. Faz-se necessário desenvolver ações de promoção à saúde, incluindo reeducação alimentar e nutricional, com a finalidade de garantir melhores condições de saúde e alimentação as crianças indígenas.

Palavras-chave: Indígenas, Tupinikim, Criança, Alimentação, Nutrição.

INTRODUÇÃO

A população Tupiniquim é constituída com aproximadamente 2630 habitantes (FUNASA, 2010) distribuída em três comunidades (Caeiras Velhas, Comboios e Pau Brasil), habitam no município de Aracruz Norte do Espírito Santo. As TI Tupiniquim (Caieira Velhas) estão localizadas às margens do rio Piraquê-Açu, tem sua área composta por capoeiras, macegas, mata atlântica, o mangue do referido rio e áreas de cultivo.

Cabe destacar que determinantes dos agravos nutricionais nos indígenas estão relacionados a varias mudanças, que vem passando ao logo dos anos. Nesse sentido é possível perceber que as transformações econômicas e territoriais, os levam a modificar hábitos do seu cotidiano, principalmente o consumo alimentar, pois incorporam produtos industrializados pobres em nutrientes, em seu habito alimentar e adotaram estilo de vida mais sedentário (FAVARO, 2011).

O Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas foi o primeiro grande estudo nacional envolvendo os povos indígenas do Brasil, realizado em (2008-2009), com plano amostral representativas de crianças e mulheres das grandes macrorregiões, sendo possível verificar o perfil nutricional dos povos indígenas existente no Brasil. Tais resultados apontaram mulheres indígenas com idade reprodutiva, com peso elevado e alta prevalência de anemia. O inquérito Nacional também aponta elevada proporção de crianças com déficit de crescimento, moderada prevalência de baixo peso para a idade e quase inexistência de déficits nutricionais pelo índice peso para estatura (ABRASCO, 2009).

Morais, 2005 ressalta a importância da avaliação periódica do estado nutricional dos grupos indígenas, principalmente na população infantil, pois acredita que

modificações culturais desenvolvidas ao longo do tempo, podem se associar aos padrões antropométricos do indivíduo. Por ser de fácil manejo e baixo custo, é comum o uso da antropometria, para avaliar o estado nutricional de grupos indígenas, sendo este o principal indicador das condições de saúde da população.

Diante do contexto, a finalidade da pesquisa é retribuir para comunidade indígena a qual a aluna assistente pertence, o conhecimento adquirido durante a graduação em nutrição, oportunidade essa, concedida por meio do convênio firmado em 16 de Fevereiro de 2004 pela Fundação Universidade de Brasília (FUB) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Com isso, acredito que essa pesquisa de conclusão de curso irá revelar dados de alimentação, nutrição e saúde da população infantil na aldeia e no povo indígena em questão. Além de fomentar mais estudos na área de saúde indígena para que possa ser conhecida a real situação e com isso poder instituir medidas preventivas e curativas proporcionando o bem estar desses povos.

Objetivo

Objetivo Geral:

- ✓ Traçar o perfil alimentar e nutricional de crianças indígenas do povo Tupinikim.
Aracruz - Espírito Santo, Brasil.

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar as condições socioeconômicas das famílias
- ✓ Avaliar segurança alimentar nas famílias visitadas;
- ✓ Avaliar a prática de aleitamento materno e a introdução de alimentação complementar entre as crianças;
- ✓ Caracterizar perfil alimentar das crianças menores de cinco anos de idade;

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo transversal, realizado com 45 crianças indígenas, da etnia Tupinikim, moradoras da aldeia Caieiras Velhas, situadas no município de Aracruz, Espírito Santo, Brasil. A população amostral foram crianças de até 5 anos de idade. A coleta de dados foi realizada no período entre 2014/2015.

Inicialmente, buscou-se identificar os equipamentos necessários para a coleta de dados, comunicar aos responsáveis sobre a pesquisa e solicitar uma autorização das partes envolvidas: pais ou responsáveis pelas crianças, representantes e lideranças da aldeia e do órgão responsável pelos indígenas no país, a Fundação Nacional Do Índio (FUNAI).

Posteriormente no período de Janeiro a abril de 2015, foi aplicado um questionário aos pais ou responsável pela criança. A entrevista foi realizada com apenas, pais ou responsável pela criança, e como critério ou conveniência somente uma criança por domicílios. Antes do início da entrevista era lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que fosse assinado pelo participante. Só foram entrevistados aqueles que cumpriram a formalidade.

Para a determinação do diagnóstico do estado nutricional, as medidas aferidas foram: peso e estatura/comprimento. O peso em crianças maiores de 2 anos, foi aferido utilizando uma balança eletrônica digital, marca Plenna, com capacidade para 110 kg, e em crianças menores de 2 anos utilizou uma balança do tipo pediátrica. Para aferição do comprimento das crianças menores de 2 anos, utilizou-se uma régua antropométrica de madeira com escala, com capacidade de até 1 metro e um estadiômetro compacto, marca Sanny, com capacidade de 210 cm, para medir crianças maiores de 2 anos.

Para determinar o perfil alimentar das crianças, foram utilizado os dados coletados no questionário/entrevista, em que as mães relatavam a dieta habitual e a frequência com que ofertavam alguns alimentos para as crianças, duração do aleitamento materno exclusivo, até que idade (em meses) a criança manteve-se em aleitamento materno exclusivo. O questionário também foi utilizado para caracterizar as condições socioeconômicas das crianças, com perguntas sobre a quantidade de pessoas nas residências, escolaridade, estado civil, renda familiar e ocupação dos pais, além de questões sobre a procedência da água utilizada, condições de armazenamento das refeições, dentre outras.

O instrumento de coleta de dados utilizado para a avaliação de segurança alimentar e nutricional foi obtida através de versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), que inclui 6 questões aplicadas ao responsável pela alimentação no domicílio referente aos doze meses anteriores à entrevista . Essa escala gera um escore que varia de 0 a 6. Em quatro questões cada resposta positiva corresponde a um ponto, enquanto em uma das questões o ponto foi dado na resposta negativa e em outra, a pontuação corresponde ao tempo de exposição em que houve diminuição na quantidade de comida por falta de dinheiro. O escore é calculado pela soma desses pontos. Considera-se como segurança para aquelas famílias que atingem de zero a um ponto, insegurança sem fome para aquelas que somam entre dois e quatro pontos e com fome quando o escore atinge cinco ou seis pontos (SANTOS et al,2010).

Para a análise dos dados foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel, 2010. Os dados da antropometria foram analisados utilizando as Curvas de Crescimento da OMS, 2006, e classificados segundo as Normas Técnicas do SISVAN, 2008. Para os dados obtidos dos questionários utilizou-se a frequência estatística simples.

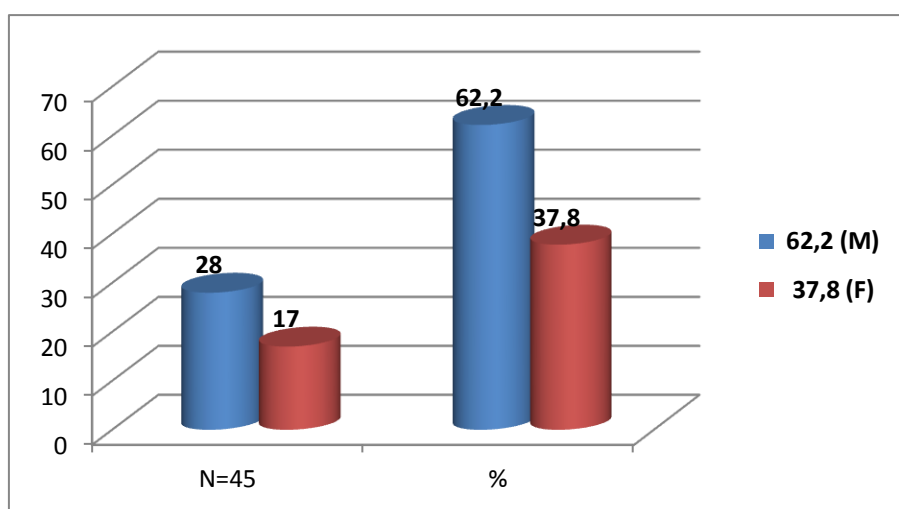
O estudo Foi submetido às lideranças indígenas da aldeia do estudo e aprovada mediante assinaturas dos mesmos. Todos os entrevistados assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo-se, as formalidades necessárias para realização da pesquisa.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Característica da população estudada

Foram visitados 45 domicílios, com crianças de até 5 anos de idade, no entanto, o estudo foi realizado, com apenas uma criança por domicílio, sendo (62,2%) do sexo masculino e (37,8 %) do sexo feminino. Conforme organizado no gráfico -1, abaixo.

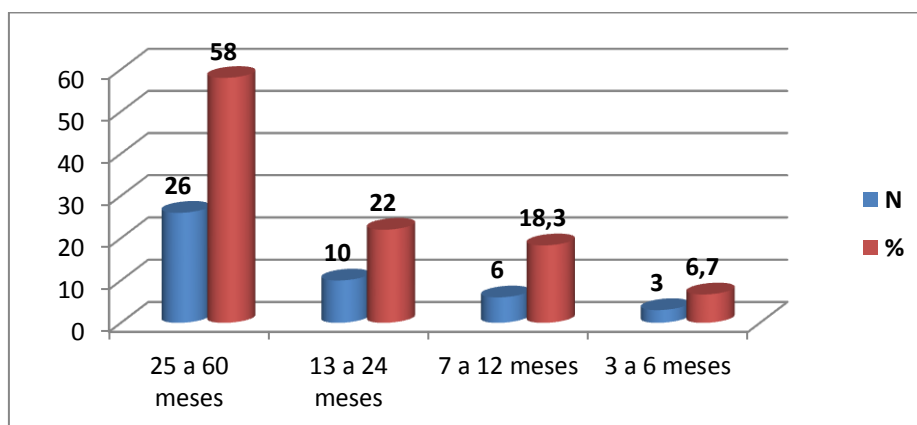
Gráfico-1. Sexo das crianças indígenas participantes da pesquisa, pertencente ao povo Tupinikim. Aldeia Caieiras Velhas, Aracruz, Espírito Santo, 2015.



Fonte: pesquisa de campo

Quanto às variações da faixa etária foi de 3 a 60 meses. Houve maior predominância na faixa etária entre 25 a 60 meses, totalizando em (58,0%) da amostra, seguido de (22%) na faixa etária de 13 a 24 meses, (18,3%) entre 7 a 12 meses e apenas (6,7%) de 3 a 6 meses, de acordo com dados organizados no gráfico- 2, abaixo.

Gráfico -2. Faixa etária das crianças indígenas participantes da pesquisa, pertencentes ao povo Tupinikim. Aldeia Caieiras Velhas, Aracruz, Espírito Santo, 2015.



Fonte: pesquisa de campo

Hábitos da família

Em relação ao hábito alimentar da família, observou-se, que a média de consumo de óleo foi de (4,0 litros) do açúcar (9,6quilos) e do sal (1000 gramas) ao mês. Quanto à adição de sal cerca de (66,7%) responderam que raramente adicionam sal na comida pronta e (33,3%) adiciona às vezes. Quanto à água para ingestão, (68,9%) respondeu que filtra para consumo. No entanto (28,9%) declaram que não praticam nenhum tipo tratamento, e que bebem água da torneira, e apenas (2,2%) respondeu que compra água mineral para ingestão.

Apesar da existência de saneamento básico na aldeia, não é aconselhável o consumo de água de torneira. Em estudos realizados, com análise de amostra de água de reservatório de residência e de instituição de ensino, detectou-se que a água não estava apropriada para consumo, conforme padrões microbiológicos, e não se encontrava dentro do critério que estabelece ausência de microrganismo. Em ambos os estudos, foram encontrados coliformes, termo tolerantes e E. Coli. A contaminação de água pode ser resultado, da má higienização e manutenção precária dos reservatórios, favorecendo presença e sobrevivência de microrganismo patogênico ao homem (ROCHA, S. et

al,(2011). A higienização das frutas e hortaliças, são realizadas somente com água, foi o que relatam a maioria das famílias, e apenas (2,2%) utilizam água ou vinagre. Segundo o ministério da saúde, é aconselhável lavar frutas e hortaliças em água corrente, em sequencia, deixar por 10 minutos em água clorada (BRASIL, 2005).

Quanto o armazenamento de alimentos prontos, (60%) das mães prepara a comida de modo que fique para outra refeição, ficando assim a distribuição: (55,6%) guardam a refeição dentro da geladeira, (2,2%) guardam fora da geladeira e (6,7%) guardam dentro do forno. E (35,6%) respondeu que preparam a refeição o suficiente para não haver desperdícios, e que as sobras preferem jogar para os animais. Deixar alimentos em temperatura ambiente oferece sérios riscos à saúde em virtude do rápido crescimento das bactérias e, conseqüentemente da contaminação microbológica. O correto é manter em temperatura abaixo de 5°C se fria e quando quente acima 60°C(ANVISA, 2007).

Perfil Nutricional das Crianças

O diagnostico do estado nutricional das crianças foi classificação de acordo com os critérios propostos pela OMS 2006, registrou baixa prevalência de déficit de estatura por idade (E/I), sendo de 20% de representação do diagnóstico. O déficit de peso por idade (PI) também foi diagnosticado em apenas (2,2%) das crianças avaliadas. A maioria das crianças do estudo está dentro da faixa de normalidade para os dois índices, ainda que tenha sido detectados casos de peso elevado para idade, que foi de (11,1%). Na Tabela 1, são apresentadas as porcentagens de estatura para idade e peso para idade, de uma amostra do estudo nas crianças indígenas tupiniquins. Estudo realizado no povo indígena Suruí de Rondônia detectou sobrepeso em crianças utilizando o indicador (P/E) e baixa estatura para idade com o mesmo indicador (E/I) (ORELLANA et al., 2006). Esses achados apontam para mudanças nos hábitos alimentares das populações indígenas (SAMPEI et al., 2007).

Tabela – 1:Distribuição (%) do diagnóstico nutricional das crianças estudadas, segundo Estado Nutricional. Etnia tupinikim, Aracruz, Espírito Santo, Brasil, 2015.

Diagnostico	(N=45)	(%)
E/I		
Estatura muito baixa	--	--
Estatura baixa	09	20,0
Estatura adequada	36	80,0
P/I		
Peso muito baixo para idade	--	--
Peso baixo	01	2,2
Eutrofia	39	86,7
Peso elevado para a idade	05	11,1

Fonte: Pesquisa de campo

Perfil alimentar das crianças

Com relação ao tipo de leite ofertado à criança paralelamente à alimentação, (53,3%) recebiam apenas leite integral faixa etária de 24 a 60 meses, (40,0%) das crianças na faixa etária de 7 a 23 meses recebiam ambos os tipos de leite, e somente (6,7%) que eram faixa etária de 3 a 6 meses, estavam em aleitamento exclusivo, recebiam só o leite materno. Quanto a duração do aleitamento exclusivo (82,2%) das mães responderam que amamentaram seus filhos, exclusivamente até os 6 meses de idade, (11%) relataram que complementaram o leite materno antes dos 6 meses devido à necessidade de voltar ao trabalho, leite materno não era suficiente, pois o bebe sentia fome. Na tabela 2 abaixo, encontra-se o tipo de aleitamento atual das crianças do estudo.

Tabela-2: Tipo de aleitamento das crianças indígenas pertencentes à etnia Tupinikim. Aldeia Caieiras Velhas, Aracruz, Espírito Santo, Brasil, 2015.

Tipo de aleitamento	Faixa etária	N	%
Aleitamento Exclusivo	3 a 6 meses	3	6,7
Aleitamento Complementar	7 a 23 meses	18	40,0
Leite integral	24 a 60 meses	24	53,3

Fonte: pesquisa de campo

Segundo Diniz, 2010 estudos demonstrado pelo PNDS de 2006 revelaram que, entre o nascimento e o primeiro mês de vida, cerca de 20% dos lactentes que eram amamentados já recebiam leite artificial sob a forma de Míngaus. Contrariamente a esse resultado (6,7%) das crianças do estudo entre a faixa etária de 3 a 6 estavam em aleitamento materno exclusivo. Entende-se por aleitamento materno exclusivo aquele oferecido a criança sem o uso de outros líquidos ou sólidos, mesmo água ou chá, exceto a administração de gotas ou xaropes contendo vitaminas e minerais ou medicamentos, preconizado pela OMS até o 6º mês de vida. Já o aleitamento materno complementado inclui além do leite materno alimentos líquidos, sólidos ou semissólidos (GIUGLIANI, 2012; TEIXEIRA et al, 2010).

Tabela-3. Frequência (%) de consumo de alimentos, não saudáveis de crianças indígenas da Etnia Tupinikim, segundo Questionário de frequência alimentar (QFA). Aracruz, Espírito Santo, Brasil, 2015.

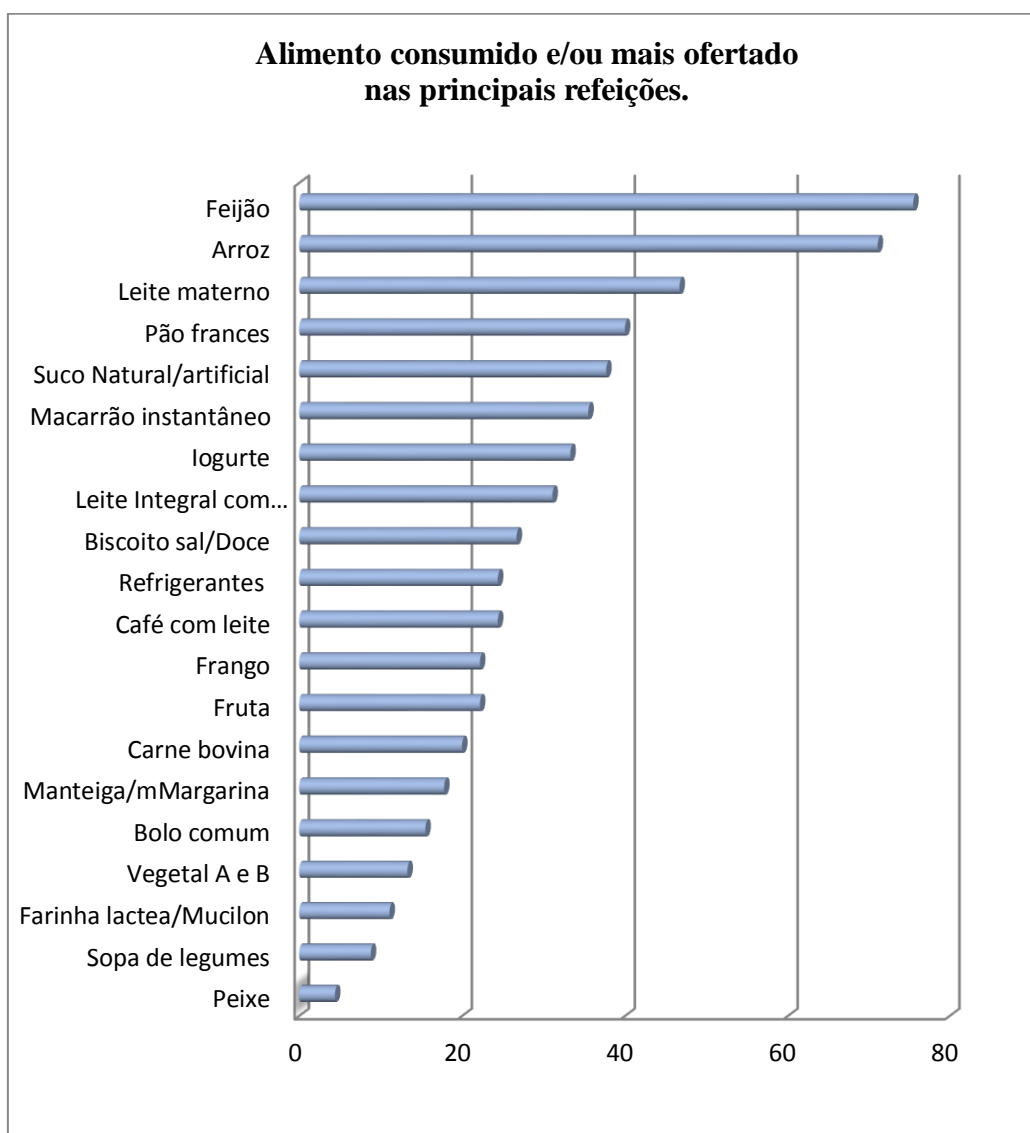
Alimentos	Frequência* (%)				
	Diário	Semanal	Mensal	Raramente	Nunca
Macarrão instantâneo	--	27,0	7,0	55,0	11,0
Margarina/manteiga	32,6	14,0	11,7	--	42,0
Biscoito recheado	---	28,0	7,0	42	23,0
Bolo	16,3	28,0	7,0	26,0	23,0
Embutidos	---	11,0	13,6	22,7	52,3
Iogurte	13,7	56,8	22,7	--	6,8
Bombos, pirulito	---	7,6	---	42,4	50,0
Salgadinhos, batata chips,	2,3	15,9	29,5	15,9	36,4
Suco artificial em pó	4,7	31,1	22,2	26,7	15,6
Suco de fruta em caixa	---	35,7	14,3	31,0	19,0
Refrigerantes	----	37,8	2,2	8,9	51,1

* Nunca: 0; Diário:1-2x/dia; Semanal: 1-4x/semana; Mensal: 1-3x/mês;Raro:<1x/mês

Fonte: pesquisa de campo

A introdução de alimentos não saudáveis na dieta de crianças menores de 5 anos de idades ficou evidenciada entre as crianças do estudo. Vale destacar os percentuais elevados de frequência de consumo *diário* de (32,6%) manteiga/margarina, *Semanalmente* (56,8%) iogurte, (37,8%) refrigerante, (35,7%) suco de caixinha e (31%) suco artificial em pó, e (27%) macarrão instantâneo. *Mensalmente* foram evidenciados os salgadinhos/batata chips (29,5%). Os demais alimentos com percentuais menores de frequência de consumo, também podem ser verificados na tabela 3. A introdução de alimentos industrializados já no primeiro ano de vida leva à formação de hábitos alimentares inadequados, por isso a necessidade de orientar evitá-los como recomendado pelo Ministério da Saúde, 2005.

Gráfico - 3. Alimentos consumido diariamente nas principais refeições, pelas crianças indígenas de etnia Tupinikim, entre faixa etaria de 7 a 60 meses, segundo recordatório 24h. Aldeia Caeiras Velhas, Aracruz, Espírito Santo, Brasil, 2015.



Fonte: pesquisa de campo

Ainda no intuito de investigar a frequência alimentar da população em questão. Foi aplicado um recordatório de 24h, com objetivo de visualizar a frequência de alimentos consumido e/ou ofertado, principalmente nas refeições diárias da criança, além de contribuir para reforçar os resultados encontrados na aplicação do (QFA) conforme demonstrado na tabela – 3 acima. Também foi pertinente investigar, tipo de óleo e temperos, modo de preparo de vegetais e carne, utensílios para oferta de sólidos e líquidos, e consistência dos alimentos. Exceto as mães em aleitamento materno

exclusivo (90,3%) usa óleo de adição, (77,8%) tempero natural e (33,3%) industrializado. Maiorias das mães usam temperos naturais no preparo dos alimentos, resultado positivos, pois o ministério da saúde preconiza redução do consumo de alimentos processados com alta concentração de sal, principalmente nos temperos Industrializados (BRASIL, 2005).

No preparo de vegetais (64,4%) refogado e (28,9%) na água. Mais metade das mães ofertam alimentos inteiro (62,2%), contra (37,8%) que oferecem amassada. Quanto utensílio para a oferta de líquidos (53,3%) copo, contra (7%) chucha ou mamadeira, (31,1%) utilizam ambos, copo e mamadeira. Já para a oferta de sólido (51%) colher de metal e (49%) colher de plástico. Em relação ao número de refeições diária, (62,2%) fazem 6 a 5 refeições, e (31,1%) fazem 4 refeições diárias e (6,7%) aleitamento materno exclusivo, em livre demanda.

Posteriormente ao recordatório de 24h, segundo resultado demonstrado no gráfico-3, foi possível listar 20 preparações de habito comum, dentre as principais refeições da criança do estudo. E novamente conforme já citado na Tabela-3, podemos verificar o consumo frequente de alimentos não saudável para a faixa etária: *macarrão instantâneo, suco artificial, refrigerantes, margarina/manteiga, biscoito sal/doce dentre outros*. Contudo podemos evidenciar que as crianças também têm em comum, consumos de vários grupos de alimentos que é indispensável no consumo principalmente de criança, que nesta fase da vida necessita de aporte de nutriente que favoreça um crescimento saudável. Nota-se que o consumo de leguminosas representado pelo *feijão* é o alimento mais consumido, dentre as crianças do estudo (75,5%) consome feijão, em seguida o *arroz* que pertence ao grupo dos cereais (46,7%). Posteriormente o leite materno, visto que quase a metade das crianças está aleitamento complementar e (6,7%) em aleitamento exclusivo.

No grupo das carnes (*frango, carne e peixe*), no entanto o peixe é o alimento menos consumido (4,4%), apesar da existência de mar e rios próximos a localização da aldeia. No grupo dos açúcares, o consumo está no *café, sucos em pó, biscoito doce, leite com açúcar* e principalmente nos *refrigerante*. Outro destaque é o grupo das *frutas* (22,2%) e os *vegetais* (13,3%). Em relação às *frutas e vegetais*, somente a minoria possui habito de comer fruta, fato preocupante, pois o Ministério da Saúde, 2005, recomenda o consumo de 3 porções diárias e que seja incentivado o consumo para crianças menores de 2 anos, pois contribuem para a proteção à saúde e diminuição do risco de ocorrência de várias doenças, além de conter em sua composição, vitaminas, minerais e fibras. Entre os dez principais fatores de risco para doenças está o baixo consumo de frutas e vegetais, Muniz et al,(2013), por tanto é recomendável esta presente também nas refeições das crianças.

Caracterização do estudo sócio econômico

Em relação à renda familiar, (60%) recebem entre 1 e 1,5 salários mínimos, (33,3%) recebem entre 2 e 2,5 salários mínimos. Apenas (6,7%) das famílias entrevistadas possuem renda igual ou maior que 3 salários mínimos, sendo aquelas onde mais de um membro da família trabalha ou que ocupem cargos de professores, agente de saúde ou agente administrativo que favorece salários mais elevados. Destacando-se do setor público, principalmente na área de saúde e educação possibilitando para algumas famílias uma fonte de renda através do salário mensal.

No entanto a média desses salários gira em torno de 1,5 salários mínimo. Quanto à situação trabalhista paterna, observa-se que mais de (50%) trabalham de carteira assinada. Em relação à escolaridade, (48,9%) possui o ensino médio completo, ressaltando que apenas (2,2%) possui ensino superior incompleto. A maioria dos

domicílios é composta de 4 a 5 pessoas, sendo a maioria casais (84,4%) com número de filho entre 1 a 2 filhos por família. As demais famílias são constituídas de 2 a 3 membros (28,8%) e (15,6%) com 6 ou mais membros na família. Bolsa família é o um benefício governamental que (53,3%) das famílias da aldeia são beneficiada. Demais dados referentes socioeconômico estão organizados na Tabela 4, abaixo.

Tabela-4. Distribuição (%) de frequência de características demográficas e Socioeconômicas, de famílias das que participaram do estudo, da etnia Tupinikim. Aldeia Caieiras Velhas, Aracruz, Espírito Santo, Brasil, 2015.

Variáveis	N=45	%
Situação trabalhista paterna		
Empregado	24	53,3
Emprego Informal	17	37,8
Desempregado	03	6,7
Aposentado	01	2,2
Escolaridade Paterna		
Ensino F.C.	2	4,4
Ensino F.I.	8	17,7
Ensino M.C	22	48,9
Ensino M. I.	12	26,7
Ensino Superior C.	0	0
Ensino Superior I.	1	2,2
Situação Trabalhista Materna		
Empregada	19	42,2
Emprego informal	10	22,2
Do lar	16	35,6
Escolaridade Materna		
Ensino F.C	5	11,1
Ensino F.I	8	17,8
Ensino M.C.	15	33,3
Ensino M.I.	13	28,9
Ensino Superior C.	03	6,7
Ensino Superior I.	01	2,2
Estado civil		
Solteira	2	4,4
Casada	23	51,1
União Livre	20	44,4

Viúva	0	0
Faixa Estaria materna		
Menor de 20 anos	08	17,7
De 21 a 35 anos	29	64,4
De 37 a 45	07	15,5
≥ 70 anos	01	2,2
Nº de pessoas no domicílio		
2 a 3 pessoas	13	28,9
4 a 5 pessoas	15	55,5
6 ou mais pessoas	07	15,6
Nº de crianças no domicilio		
1 a 2 crianças	38	84,4
3 ou mais	7	15,6
Bolsa família		
Sim	24	53,3
Não	21	46,7
Renda em Salario Mínimo =R\$788,00*		
1,0 a 1,5	27	60,0
2,0 a 2,5	15	33,3
3,0 ou mais	3	6,7

***Salario Mínimo vigente, R\$788,00 (1/01/215)**

Fonte: pesquisa de campo

Participaram do estudo 44 mães, com média de idade de 28,7 anos, caracterizando uma amostra de mães jovens com exceção de um único pai, que por ausência da mãe da criança, participou da pesquisa, trata-se de um idoso de 70 anos. Em relação à escolaridade materna (33,3%) possui o ensino médio completo e (28,9%) ensino médio incompleto, e (6,7%) possui o ensino superior. Em comparação a escolaridade paterna, percebe-se que as mães possuem maior grau de instrução em relação aos pais. Destacando que (42,2%) trabalham de carteira assinada, (22,2%)

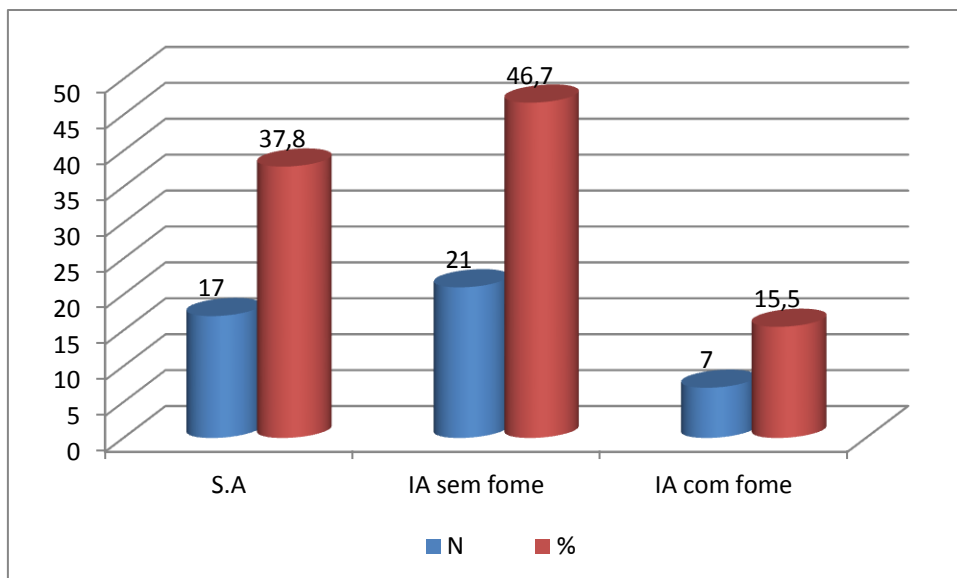
trabalho informal e (35,6%) são do lar. Em relação ao estado civil, a maioria é casada. Vivem em união livre (44,4%), e solteira (4,4%) da amostra.

Segundo França et al,(2009), a inserção da mulher no mercado de trabalho trouxe grandes avanços como, por exemplo, independência própria. Outro fator relevante que leva a mulher ao trabalho é a necessidade de suprir ou complementar a renda familiar. Concomitante a essa conquista, foi atribuído sobre o ponto de vista da sociedade, que a ausência no cuidado dos filhos tende a gerar uma situação de abandono e descuido dos mesmos, causando insuficiência na educação. De forma que a mulher coloca sobre si toda responsabilidade no cuidado com os filhos, e quando sente que não está cumprindo adequadamente com a sua função, ela passa a se cobrar, os filhos cobram e a sociedade também cobra.

No quesito escolaridade, segundo a pesquisa da PNDS (2006-2007), Quanto maior o grau de escolaridade da mãe, menor a prevalência da desnutrição infantil. Em contrapartida, a exposição à obesidade esta associada ao elevado grau de escolaridade materna (LÍCIO, 2009).

Segurança alimentar

Gráfico 4. Níveis de insegurança alimentar das famílias com crianças < de 18 anos. Aldeia Caieiras Velhas Etnia Tupiniquim Espírito Santo, Brasil, 2015.



Fonte: pesquisa de campo

Conforme critérios da versão curta da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), (62,2%) das crianças se encontram em insegurança alimentar, sendo que (46,7%) com IA sem fome e (15,5%) em IA com fome. De fato justifica a resposta das (77,8%) das mães que relataram ter diminuído a quantidade de refeições, comeram menos e sentiram fome por falta de dinheiro para alimentos.

Segundo a LOSAN, (Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional, art. 3º, 2006) o conceito de insegurança alimentar, se refere ao direito de acesso regular permanente a alimentos de qualidade e em quantidade suficiente, sem prejudicar outras necessidades do indivíduo tendo como base as práticas alimentares promotoras de saúde (NASCIMENTO et al,(2010) entretanto ZUÑIGA,(2003) refere à insegurança alimentar como a negação desse direito, e destaca a desnutrição, como consequência de níveis mais avançados de insegurança alimentar. Não é o caso do presente estudo, até porque a maioria das crianças do estudo está com peso e estatura adequados para idade.

FÁVARO et al(2007) e SANTOS et al(2010) associam fatores como baixa renda, baixa escolaridade, aglomeração de indivíduos no mesmo domicílio e sobrepeso ao resultado de insegurança alimentar em seus respectivos estudos.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados no estudo indicam em sua maioria, para um estado nutricional das crianças, com peso e estatura adequados para a idade. Contudo a introdução precoce de alimentos não saudável/industrializados pode estar contribuindo com índice de peso elevado nas crianças. Visto que o diagnóstico nutricional das crianças avaliadas, mesmo que em percentual inferior ao diagnóstico adequado, também, caracterizou-se por estatura baixa e peso elevado para a idade. As condições socioeconômicas como renda familiar, escolaridade também são fatores relevantes para os casos de baixa estatura e peso baixo. É importante atentar quanto à introdução precoce de alimentos e também o consumo excessivo de alimentos não saudável/industrializado e pouco nutritivo, pela maioria das crianças, esse tipo de hábito alimentar, poderá trazer sérias complicações à saúde desses indivíduos ao longo da vida, caso não ocorra nenhuma orientação de educação alimentar e nutricional. Os dados que avaliaram a insegurança alimentar são preocupantes, necessitando de estudos mais específicos. Faz-se necessário desenvolver ações de promoção à saúde, incluindo reeducação alimentar e nutricional, com a finalidade de garantir melhores condições de saúde e alimentação as crianças indígenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANVISA. Guia Didático: **Alimentos, Medicamentos, Serviços e Produtos de interesse à Saúde**. pg, 13-34. Brasília – DF, 2007.
2. ABRASCO, Associação Brasileira de Saúde Coletiva. **I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: 2009.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira - Promovendo uma Alimentação Saudável**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.
4. DINIZ, R. L. P. **Crescimento e desenvolvimento da criança indígena: um estudo da etnia Pataguary, Ceará**. Dissertação. São Paulo, 2010.
5. FAVARO R.T. **Perfil nutricional da população indígena Xokuru de Ororubá, Pernambuco, Brasil**. Rio de Janeiro, 2011.
6. FÁVARO, T. et al. **Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4): 785-79, 2007.
7. MARTINS, Elisa Justo; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo. **Quem são as mulheres que amamentam por 2 anos ou mais?**. J. Pediatr. (Rio J.) Porto Alegre, v. 88, n. 1, Feb. 2012.
8. LICIO, J. L. A. **Estado nutricional de crianças indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da literatura científica**. Dissertação. Rio de Janeiro, 2009.
9. MUNIZ, Ludmila Correa et al . **Prevalência e fatores associados ao consumo de frutas, legumes e verduras entre adolescentes de escolas públicas de Caruaru, PE**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, Feb. 2013.
10. NASCIMENTO, Amália Leonel and ANDRADE, Sonia Lúcia L. Sousa de. **Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania?**. 2010, vol.62, n.4, pp. 34-38. ISSN 2317-6660.

11. SANTO ROCHA, E. et al. **Análise microbiológica da água de cozinha e/ou cantinas das instituições de ensino do município de Teixeira de Freitas(BA),2011.**
12. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Norma técnica–Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Material preliminar. Fevereiro, 2008.**
13. ORELLANA, Jesem D. Y. et al . **Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. J. Pediatr. (Rio J.)** Porto Alegre, v. 82, n. 5, Oct. 2006.
14. SAMPEI, Miriam A. et al. **Avaliação antropométrica de adolescentes Kamayurá, povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central (2000-2001).** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, June 2007.
15. TEIXEIRA, Maria de Lourdes P. D. et al . **Influência do tipo de aleitamento materno e da presença de anemia na mãe na concentração de hemoglobina aos 6 meses de idade.** J. Pediatr. (Rio J.) Porto Alegre, v. 86, n. 1, Feb. 2010 .
16. ZÜÑIGA,M.C.C.; FRITSCH,H.M.; VILLA,A.R.; SOTO,N.G.; **Alta prevalencia de desnutrición en La Población Infantil Indígena Mexicana.** Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Rev. Esp. Salud. Publica. Nº2 vol.77: 245-255- marzo-abril. 2003.

APÊNDICES

Apêndice 1



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Departamento de Nutrição

Pesquisa: Perfil Alimentar e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia Tupinikim, Aracruz-Espírito Santo, Brasil.

Data da visita: ____/____/____

Entrevistador: _____

A)- Entrevistado:

Nome: _____ Parentesco: _____

Idade: ____ anos Data de nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____

B)- Entrevista sobre as crianças (0 a 5 anos):

Nome da criança: _____

Data de nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: () Fem. () Masc.

Cidade onde mora/UF: _____

Pessoa que cuida da criança: Mãe () Outros () Quem? _____ Idade ____ Escolaridade: _____

Se outros, porque a mãe não cuida da criança: _____.

C)- Dados Sócio-Econômicos da Família:

Nº Pessoas: _____, ____ crianças ____ adolescentes ____ adultos ____ idosos

Renda familiar média: () em reais: R\$ _____ () em SM: _____ salários mínimos

Idade da Mãe: _____ Estado Civil: () solteira () casada () união livre () separada () viúva

Escolaridade: mãe _____ pai: _____

Ocupação: mãe _____ pai: _____

D)- Antropometria da criança:

Peso: _____ Kg Comprimento: _____ cm IMC: _____ Kg/m²

Diagnóstico: IMC/ idade: () magreza acentuada () magreza () eutrofia () risco de sobrepeso () sobrepeso () obesidade

Estatura/ idade: () estatura muito baixa () estatura baixa () estatura adequada

Peso/idade: () peso muito baixo () peso baixo () eutrofia () peso elevado para idade

E)- Aleitamento materno:

A criança recebeu leite materno alguma vez? Sim () Não ()

Se sim: Direto da mãe () Doadora – BLH () Outra ()

Se não, porque? _____

Exclusivo: Sim () até quando? _____ Não () _____ Quem orientou? _____

F)- Classificação da situação atual do aleitamento materno:

() Aleitamento Materno Exclusivo - AME () Aleitamento Materno Predominante – AMP

() Aleitamento Materno-AM () Aleitamento Materno Complementado -AMC

() Aleitamento Materno Misto ou Parcial- AMMP

(Ministério da Saúde, 2009).

G)- Consumo atual:

Consistência da comida de sal: liquidificada () amassada () inteira ()

A criança faz uso de: mamadeira () copo () colher () chupeta ()

Funcionamento intestinal:

Fezes: () líquidas () pastosas (normais) () endurecidas

Ingestão Hídrica (ml)/dia: _____

A criança faz uso de algum “complemento alimentar”? (óleo, farináceo, multimistura,..)

Não () Sim () Qual (is) ? _____

A criança faz uso de algum suplemento alimentar?

Não (); Sim () Qual (is) ? _____

Está inscrita e recebe algum programa governamental de alimentos/renda? (especificar se é federal, municipal ou distrital)

Não () Sim () Qual (is) ? _____

Refeição e horário	Recordatório 24h Alimentos/Quantidade	Preparo
Café	Leite – Materno () Vaca: copo () mamadeira/chuca () integral () _____ farinha () _____ desnatado () _____ café () _____ fazenda () _____ achocolatado () _____ fórmula infantil () _____ açúcar () _____ adoçante () _____ iogurte () _____ copo () _____ mamadeira/chuca () _____ Chá () _____ café puro () _____ Suco: natural () artificial () garrafa () _____ Pão- francês () integral () forma () caseiro () _____ Biscoitos - doce () sal () recheados () _____ Bolo – caseiro () industrial () _____ Beiju () _____ Margarina /manteiga /requeijão- () Queijo- () _____ Fruta- () _____ Outros: _____	Líquidos () copo () mamadeira/chuca Consistência () amassado () liquidificado () peneirado () inteiro Cozimento vegetais () água () vapor () refogado Cozimento carne () cozido () frito () assado
Lanche da manhã	Fruta- () Variedade – não () sim () _____ Leite – Materno: seio () Vaca: () copo () mamadeira/chuca integral () _____ farinha () _____ desnatado () _____ café () _____ fazenda () _____ achocolatado () _____ fórmula infantil () _____ açúcar () _____ adoçante () _____ iogurte () _____ copo () _____ mamadeira/chuca () _____ Chá () _____ café puro () _____ Suco: natural () artificial () garrafa () _____ Outros: _____	Temperos () naturais () cubos () sal e alho industrializado Gordura () óleo de adição () óleo para refogar () azeite () margarina/manteiga () banha () pertences porco
Almoço	Vegetal A () - Variedade – não () sim () _____ Vegetal B () - Variedade – não () sim () _____ Arroz () _____ Substituto arroz () _____ Feijão () _____ Carnes: Frango () Bovina () Peixe () Ovo () _____ Fruta () _____ Doces () _____ Líquidos – suco natural () artificial () garrafa () refrigerante () água () leite () seio () copo () mamadeira () Outros: _____	Utensílios para oferta () colher plástico () colher de metal () garfo Outros: Modo oferta () misturado

Lanche	Fruta- () Variedade – não () sim () _____ Leite – Materno: seio () _____ Vaca: () copo () mamadeira/chuca integral () _____ farinha () _____ desnatado () _____ café () _____ fazenda () _____ achocolatado () _____ fórmula infantil () _____ açúcar () _____ adoçante () _____ iogurte () _____ copo () _____ mamadeira/chuca () _____ Chá () _____ café puro () _____ Suco: natural () artificial () garrafa () _____ Pão: francês () integral () forma () caseiro () _____ Biscoitos - doce () sal () recheados () _____ Outros: _____ _____	() separado
Jantar	Vegetal A () - Variedade – não () sim () _____ Vegetal B () - Variedade – não () sim () _____ Arroz () _____ Substituto arroz () _____ Feijão () _____ Carnes: Frango () Bovina () Peixe () Ovo () _____ Fruta () _____ Doces () _____ Líquidos – suco natural () artificial () garrafa () refrigerante () água () leite () seio () copo () mamadeira () Outros: _____ _____	
Ceia		

Hábitos da família:

1. Quantas garrafas de óleo são consumidas por mês? _____
2. Quantos quilos de açúcar são consumidos por mês? _____
3. Quantos quilos de sal são consumidos por mês? _____
4. Adicionar sal à comida pronta? () Sim, sempre () Sim, às vezes () Raramente/ não
5. A água utilizada para ingestão é: Filtrada () Fervida () Sem tratamento () outros () _____
6. As frutas e hortaliças são limpas com: Água () água e sabão () água e vinagre () água e água sanitária () Diluição (vinagre ou água sanitária): _____
7. A comida preparada é feita de modo que fique para outra refeição? Sim () Não ()
 Se sim, como são armazenadas? Fora da geladeira () Na geladeira () Dentro do forno ()

Segurança alimentar e nutricional:

Nos últimos 12 meses:

1. Alguma vez terminou a comida da casa e o(a) Sr.(a) não tinha dinheiro para comprar mais? () sim () não
2. O(A) Sr.(a) pode oferecer uma alimentação variada, com feijão, arroz, carne, saladas e frutas para sua família? () sim () não
3. O(A) Sr.(a) ou alguma outra pessoa na sua casa tiveram que diminuir a quantidade de comida ou não fazer alguma refeição por falta de dinheiro para comprar mais? () sim () não Se sim, em quantos meses isso aconteceu? _____
4. O(A) Sr.(a) comeu menos do que gostaria porque não tinha dinheiro para comprar mais? () sim () não
5. O(A) Sr.(a) sentiu fome, mas não comeu porque não tinha dinheiro para comprar mais comida? () sim () não

Com que frequência a criança come esses alimentos?	Questionário de Frequência Alimentar (QFA)						
	Nunca	Menos 1x/mês	1-3 x/mês	1-2 x/semana	2-4 x/semana	1 x/dia	2 ou + x/dia
Arroz branco cozido							
Macarrão Instantâneo							
Fubá, polenta sem molho							
Batata cozida							
Pão (francês, forma, bisnaguinha)							
Margarina/manteiga							
Biscoito sem recheio							
Biscoitos recheados							
Bolo comum							
Feijão							
Hortaliça crua							
Hortaliças cozida							
Frutas							
Carne bovina							
Fígado bovino							
Frango							
Peixe							

Ovo frito, omelete							
Embutidos (linguiça, salsicha, etc)							
Leite em pó integral							
Leite fermentado (Yakult®, Chamyto®)							
Leite fluido							
Leite materno							
Queijo							
Bebida láctea, iogurtes.							
Espessantes (Maizena®, Farinha Láctea®, Mucilon®, Cremogema®)							
Açúcar refinado							
Achocolatados em pó							
Chocolate, bombons, pirulitos							
Doce de frutas, doce de leite, etc							
Salgadinhos, batata chips							
Salgados (pão de queijo, pastel, coxinha, esfiha)							
Café com açúcar							
Suco artificial em pó							
Suco de frutas natural							
Suco de fruta em caixa							
Refrigerante							

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: Perfil alimentar e nutricional de crianças indígenas da etnia Tupinikim, Aracruz - Espírito Santo, Brasil.

O objetivo desta pesquisa é: Traçar o perfil alimentar e nutricional de crianças indígenas da etnia Tupinikim.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação será através de uma Autorização para pesagem e medição de crianças com até 5 (cinco) anos de idade. Serão utilizados equipamentos como balanças e estadiômetros apropriados para a idade das crianças, não havendo incômodo nem riscos. A duração desse procedimento será de 5 minutos. E através de um questionário no qual será relatada a dieta habitual e a frequência com que ofertam alguns alimentos para as crianças, além de caracterizar as condições socioeconômicas das famílias. A duração desse procedimento será de até 10 minutos, não havendo incômodo nem riscos. Informamos que o (a) Senhor (a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília (UnB) podendo ser publicados posteriormente, e para os moradores das aldeias participantes. Serão também realizadas atividades práticas que contribuam para a melhoria das condições nutricionais das crianças e famílias. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dr(a)Regina Coeli de Carvalho Alves, na instituição Universidade de Brasília, telefone: (61) 81157036 e (61) 3107-1832, no horário: 09:00h-11:00h e 15:00h-17:00h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do

TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3107-1947.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____