

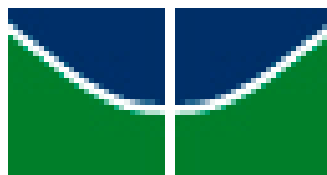
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

*Perfil Alimentar e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia Pataxó,  
Cumuruxatiba, Bahia, Brasil*

por

Leonarda Ferreira Costa

Brasília, Março de 2013.



*Perfil Alimentar e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia Pataxó,  
Cumuruxatiba, Bahia, Brasil*

por

Leonarda Ferreira Costa

Orientadora: Regina Coeli de Carvalho Alves

---

Regina Coeli de Carvalho Alves

## **AGRADECIMENTOS**

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

Aos meus pais e irmãos pelo amor e pelas orações constantes.

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

Aos indígenas Pataxós das aldeias Tibá e Pequi pela colaboração e apoio, sem os quais seria impossível a realização dessa pesquisa.

Ao Laboratório de Avaliação Nutricional (UnB) pelos equipamentos utilizados na antropometria.

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

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	01
OBJETIVOS	04
METODOLOGIA	05
RESULTADOS E DISCUSSÃO	07
CONCLUSÃO	24
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25
APÊNDICES	29

## RESUMO

O objetivo dessa pesquisa foi traçar o perfil alimentar e nutricional de crianças indígenas de duas aldeias da etnia Pataxó, em Cumuruxatiba, Bahia. A amostra incluiu 38 crianças com até 05 anos 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 da Dieta Habitual, sendo respondido pelos responsáveis, no caso, 24 mães. 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 95% das crianças apresentaram estatura adequada para idade e apenas 5% apresentaram estatura baixa para idade. Para o índice peso por idade 3% apresentaram peso elevado para idade e 7% com baixo peso. A introdução de alimentos industrializados ocorre a partir do sexto mês. A renda per capita de 54,2 % das famílias está na faixa de ¼ a 0,5 salário mínimo. A maioria, 96% das famílias está em insegurança alimentar. Conclui-se que a introdução precoce de alimentos industrializados e a baixa renda podem ser fatores determinantes para os casos de aumento e déficit de peso nas crianças avaliadas. Os fatores socioeconômicos como renda e escolaridade são elementos fundamentais para formação dos hábitos alimentares das crianças e contribuem para garantir a segurança alimentar. Recomenda-se a implementação de ações primárias e contínuas de promoção à saúde, incluindo a vigilância nutricional, visando a melhoria na qualidade de vida e alimentar.

Palavras-chave: indígenas, Pataxó, criança, alimentação, nutrição.

## INTRODUÇÃO

Com a Constituição de 1988, os povos indígenas passaram a ser considerados como povos sujeitos a direitos especiais; são reconhecidas suas organizações sociais, econômicas e políticas; e fica estipulado que o Estado deve respeitá-los enquanto povos distintos. (AZEVEDO, 2008).

Hoje, no Brasil, vivem mais de 800 mil índios, cerca de 0,4% da população brasileira. Eles estão distribuídos entre 683 Terras Indígenas e algumas áreas urbanas; são cerca de 220 povos indígenas, que falam pelo menos 180 línguas diferentes, existindo mais de 70 grupos de índios isolados dos quais ainda não há informações objetivas (BRASIL, 2012).

Entre os 220 povos indígenas existentes, o povo Pataxó, sob o olhar antropológico, pertence ao tronco lingüístico Macro-jê e à grande família Maxakali, e está distribuído em 29 aldeias no Estado de Minas Gerais e as outras no Extremo Sul da Bahia, sendo que 10 aldeias estão no município do Prado, entre Cumuruxatiba e a Foz do Rio Corumbau (BATISTA, 2000).

Os povos indígenas do Nordeste foram considerados como empecilhos diante da expansão agrícola sobre o Extremo Sul baiano. Darcy Ribeiro (1986, pp. 232- 236), em seu livro “Os Índios e a Civilização”, relata em dois quadros a situação em que se encontravam os Pataxós em 1900, como índios isolados, e a matança provocada pelas frentes de expansão e pelo velamento estatal que em 1957 já eram considerados como povo extinto.

O “Fogo de 1951”, considerado uma verdadeira chacina causada pela polícia militar e capangas das fazendas próximas, exterminou os índios que viviam na aldeia Barra Velha, tida como a “Aldeia Mãe”, e levou muitos dos sobreviventes a se esconderem em casas de parentes nas cidades vizinhas como Prado, Alcobaça,

Itamarajú, Teixeira de Freitas, Cumuruxatiba e até em outros estados. Esconder sua identidade étnica tornou-se um meio de sobrevivência, aceitando a denominação genérica de “caboclos”. Em 2000, com o retorno da antiga vila índia de Cumuruxatiba e as construções das aldeias Tibá, Pequi, Alegria Nova, Matwrembá e Kaí, os Pataxós de Cumuruxatiba começam a orgulhar em serem nativos e expressarem sua ancestralidade (SILVA, 2007).

Quando se fala dos povos indígenas, é preciso enfatizar que se trata de uma miríade de povos, cada qual com suas particularidades, com imensa diversidade sociocultural e com um conjunto de ideias igualmente diverso sobre vários assuntos, inclusive sua alimentação e saúde (LEITE, 2012).

São poucos os trabalhos na área de saúde pública que incluem informações sobre o estado nutricional de populações indígenas brasileiras. O conhecimento sobre a situação nutricional dos povos indígenas advinha, em particular, de estudos acadêmicos, em geral realizados a partir da década de 90 (COIMBRA et SANTOS, 1991).

Segundo Coimbra, historicamente, as sociedades indígenas brasileiras passam por acelerado processo de mudanças sócio-culturais e econômicas, uma vez em contato permanente com a sociedade nacional. Desde os primeiros contatos com não índios estas populações passam por importantes transformações em seus modos de vida, as quais podem afetar suas práticas alimentares, condições de vida e de saúde. Para alguns autores a inserção de produtos industrializados, por meio do contato com as populações não índias e o abandono de práticas tradicionais, faz com que as populações indígenas constituam grupos de alta vulnerabilidade, expostos a maiores riscos de desenvolvimento de problemas nutricionais, especialmente em crianças.

O crescimento e o desenvolvimento infantil são o núcleo integrador das ações de saúde materno-infantil e a base para as atividades de assistência primária de saúde; reconhecidos como indicadores essenciais na área da saúde pública para monitorar o estado de saúde e nutrição de populações, em razão de sua estreita dependência de fatores ambientais. É fundamental que as políticas públicas de saúde por meio das medidas de intervenção, com ênfase no acompanhamento nutricional, sejam instituídas nessas populações, antes, se faz necessário o conhecimento prévio do quadro situacional do grupo ou da comunidade na qual a criança está inserida (MARTINS et MENEZES, 1994; SILVA et MOURA, 2010).

Por mais que nos últimos anos tenha-se intensificado os estudos que determinam o estado nutricional de populações indígenas através de dados antropométricos, é imprescindível que os estudos nessa área se intensifiquem cada vez mais (SCHUCH, 2001).



## **OBJETIVOS**

Objetivo Geral: Traçar o perfil alimentar e nutricional de crianças indígenas da etnia Pataxó, em Cumuruxatiba, Bahia, Brasil.

Objetivos específicos:

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

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de delineamento descritivo transversal e de abordagem quantitativa, realizado em duas aldeias indígenas Tibá e Pequi, ambas da etnia Pataxó, localizadas no distrito de Cumuruxatiba, Bahia, no ano de 2013. Para obter informações a respeito da amostra pretendida foi aplicado um *check-list* em dezembro de 2011, e validado o questionário em 10% das mães, buscando 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 das aldeias e do órgão responsável pelos indígenas no país, a Fundação Nacional Do Índio (FUNAI), localizada em Itamaraju, Bahia. A avaliação nutricional foi realizada no universo populacional, crianças de até 5 anos de idade moradoras das duas aldeias (n=38), pertencentes a 24 famílias.

### Avaliação Nutricional

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.

### Perfil Alimentar

Para determinação do perfil alimentar das crianças, foi utilizado um questionário (APÊNDICE 1) em que as mães (n=24) relatavam a dieta habitual e a frequência com que ofertavam alguns alimentos para as crianças.

### Dados Socioeconômicos

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.

### Dados de Segurança Alimentar

O questionário de coleta de dados continha questões direcionadas a membros da família menores de 18 anos, derivadas da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA). Único instrumento validado no país, composto por 08 perguntas centrais fechadas com respostas sim ou não referentes aos últimos três meses que refletem a preocupação de a comida acabar antes de se poder comprar mais até a ausência total, podendo afetar todos ou algum membro da família. Classificam os distintos graus de insegurança alimentar (IA) na família nas categorias: situação de segurança alimentar (SAN); insegurança alimentar leve (IA leve) – receio ou medo de sofrer insegurança alimentar no futuro próximo; insegurança alimentar moderada (IA moderada) – restrição na quantidade de alimentos na família; e insegurança alimentar grave (IA grave) – fome entre pessoas adultas e/ou crianças da família (PIMENTEL et al, 2009) (BRASIL, 2008).

### Análise dos dados

Para a análise dos dados foi construída uma planilha eletrônica no programa Excel.

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.

### Comitê de Ética

A pesquisa foi submetida às lideranças indígenas das aldeias do estudo e aprovada mediante assinaturas dos mesmos e ao Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

Os pais responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 2).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### Dados Socioeconômicos

#### *- Caracterização das famílias*

No que diz respeito às ocupações paternas, observa-se que mais da metade 58,3% possui um trabalho formal, destacando-se as do setor público, principalmente na área de saúde, possibilitando para algumas famílias uma fonte de renda através do salário mensal. No entanto a média desses salários gira em torno de um salário mínimo. Em relação à escolaridade, 66,7% possui o ensino fundamental incompleto.

A maioria dos domicílios é composta por casais e seus filhos, 79,19% possuem 1 a 2 adultos. As famílias constituídas por 3, 4 e 5 membros apresentaram percentuais similares (respectivamente 21%; 29% e 21%).

Cerca de 75% das famílias recebem algum benefício do governo. O programa Bolsa Família foi o único citado 100%.

Em relação à renda familiar sem benefícios, a maioria 66,7% possui entre 1 e 2 salários mínimos, apenas 4,15% possui mais de 2 salários mínimos. As famílias que possuem renda maior que um salário mínimo são aquelas que têm mais de uma pessoa recebendo salário ou então algumas ocupações com um salário um pouco mais alto, como é o caso dos agentes de saúde e professores. A distribuição de renda apresenta concentração de famílias 54,2% nos estratos de renda per capita mensal entre  $\frac{1}{4}$  (um quarto) a 0,5 (meio) salário mínimo e apenas 4,2% está na faixa com mais de 0,5 salário mínimo. Esses resultados revelam o baixo poder aquisitivo das famílias. Para esses resultados utilizou-se o salário mínimo vigente em janeiro de 2013, no valor de 678,00 reais. Essas famílias são consideradas de baixa renda, de acordo com o Decreto 6.135/2007 do Governo Federal que define família de baixa renda aquelas que possuem renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo ou possuam renda familiar mensal de até três salários mínimos.

Na tabela 1 abaixo, encontra-se os resultados das características das famílias do estudo.

**TABELA 1:** CARACTERÍSTICAS SÓCIO ECONÔMICAS DAS FAMÍLIAS. ETNIA PATAXÓ, CUMURUXATIBA, BAHIA, BRASIL, 2013.

<b>Características</b>	<b>N (24)</b>	<b>%</b>
<b>Situação ocupacional paterna</b>		
Emprego formal	14	58,3
Informal	10	41,7
<b>Situação de escolaridade paterna:</b>		
Ensino fundamental incompleto	16	66,7
Ensino médio incompleto	07	29,2
Ensino superior incompleto	01	4,1
<b>Nº de pessoas/domicílio</b>		
3	05	21
4	07	29
5	05	21
6	04	17
7	03	12
<b>Nº adultos/domicílio</b>		
1 -  2	19	79,17
3 -  4	05	20,83
<b>Nº de crianças/domicílio</b>		
1 -  2	14	58
3 -  5	10	42
<b>Bolsa Família</b>		
Sim	06	25
Não	18	75
<b>Faixa de SMPC (SM = R\$ 678,00*)</b>		
< 1/4 SM	10	41,6
1/4 -  0,5 SM	13	54,2
>0,5 SM	01	4,2
<b>Faixa de SMF (SM = R\$ 678,00*)</b>		
< 1	07	29,15
1 -  2	16	66,7
> 2	01	4,15

\*Salário mínimo vigente – janeiro/2013

Fonte: Pesquisa de campo

*- Características Maternas*

Participaram da pesquisa 24 mães, com média de idade de 26,7 anos, caracterizando uma amostra de mães jovens. Em relação à escolaridade 45,8% possui o ensino fundamental incompleto e 37,5% cursaram o ensino médio completo, importante destacar que 4,2% possui o ensino superior. Esses resultados são relevantes, pois influenciam positivamente no grau de entendimento de informações acerca da saúde infantil. Segundo a pesquisa da PNDS (2006-2007) à medida que aumenta os anos de escolaridade materna, se diminui a desnutrição infantil. Assim, a prevalência de desnutrição variou de 16% em crianças cujas mães eram analfabetas a 2% em crianças cujas mães tinham 12 ou mais anos de estudo. Porém, à medida que se aumenta os anos de escolaridade da mãe se aumenta a exposição à obesidade (LÍCIO, 2009).

Nota-se também que as mães possuem maior grau de instrução em relação aos pais. De grande relevância também são os dados que tratam da realização do trabalho fora de casa, apenas 37,5%, contra 62,5% que trabalham em casa, aumentando assim, o vínculo mãe e filho. Em relação ao estado civil, a maioria 71% vive em união livre. As características maternas estão resumidas na tabela 2 abaixo.

**TABELA 2: CARACTERÍSTICAS MATERNAS. ETNIA PATAXÓ, CUMURUXATIBA, BAHIA, BRASIL, 2013.**

<b>Características</b>	<b>N (24)</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
< 20	02	8
20 – 24	07	29
25 – 29	08	33
30 – 34	06	26
≥ 35	01	04
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	11	45,83
Ensino médio completo	09	37,5
Ensino médio incompleto	03	12,5
Superior completo	01	4,2
<b>Ocupação</b>		
Em casa	15	62,5
Fora de casa	09	37,5
<b>Estado civil</b>		
Casada	05	21
Solteira	02	8
União livre	17	71

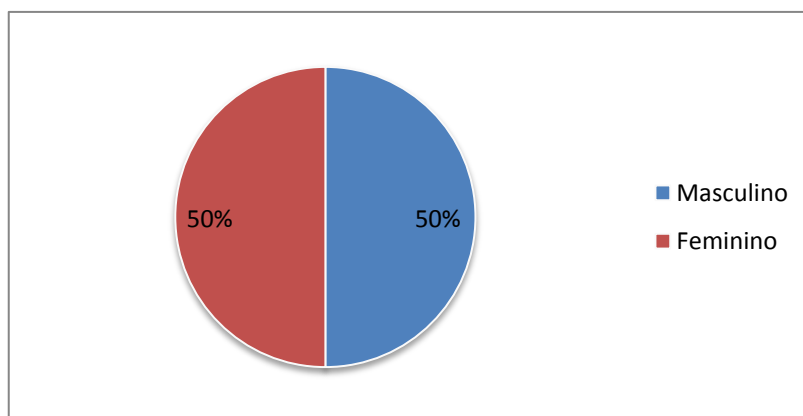
Fonte: Pesquisa de campo



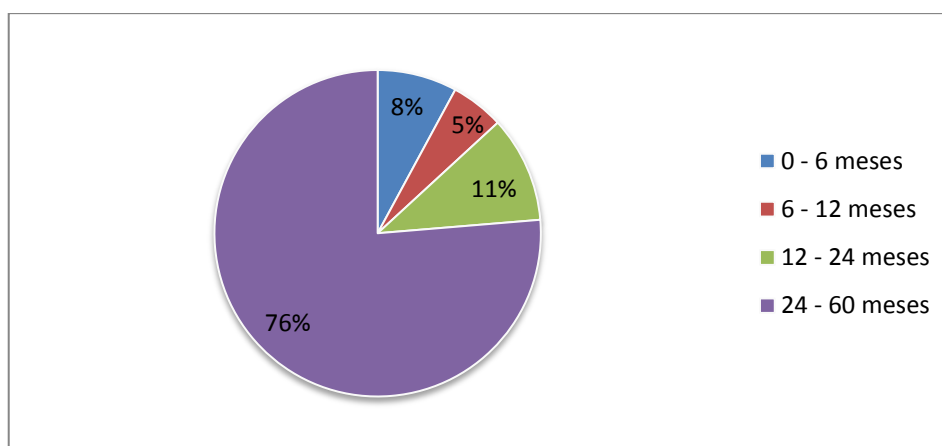
### Caracterização das crianças

A população de estudo foi constituída por 38 crianças, sendo 50% do sexo masculino e 50% do feminino, como mostra o Gráfico 1 abaixo.

No Gráfico 2 encontra-se os resultados da faixa etária das crianças que variou entre 1 a 60 meses, sendo que a maioria, 76% se encontrava entre 24 a 60 meses de idade.



**Gráfico 1.** Sexo das crianças indígenas participantes da pesquisa da etnia Pataxó de Cumuruxatiba, Bahia, 2013.



**Gráfico 2.** Faixa etária das crianças indígenas participantes da pesquisa da etnia Pataxó de Cumuruxatiba, Bahia, 2013.

### Perfil Nutricional das Crianças

A classificação do estado nutricional, usando-se os critérios recentemente propostos pela OMS 2006, registrou baixa prevalência de déficit de (EI), com apenas 7% apresentando este diagnóstico. O déficit de (PI) também foi diagnosticado em apenas 7% 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 na faixa etária de 12 a 24 meses 25% e 24 a 60 meses 3%. Na Tabela 3, são apresentadas as porcentagens de estatura para idade e peso para idade, por faixa etária, das crianças do estudo.

**TABELA 3:** DISTRIBUIÇÃO (%) DO DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS ESTUDADAS SEGUNDO ESTADO NUTRICIONAL. ETNIA PATAXÓ DE CUMURUXATIBA-BAHIA, 2013.

	6- 12 (n=5)	12-  24 (n=4)	24-  60 (n=29)
<b>Estatura por idade</b>			
Estatura muito baixa para idade	0	0	0
Estatura baixa	0	0	7
Estatura adequada	100	100	93
<b>Peso por idade</b>			
Peso muito baixo para idade	0	0	0
Peso baixo	0	0	7
Eutrofia	100	75	90
Peso elevado para idade	0	25	3

Fonte: Pesquisa de campo

Os resultados para o índice peso/idade assemelham-se aos da maioria dos estudos com crianças indígenas em que os valores de baixo PI vão de 5% a mais de 50% (LEITE, 2007). Também devem ser ressaltados os casos de peso elevado para idade, em algumas etnias, como Suruí e Xavante, há estudos que indicam aumento na prevalência de sobrepeso nas crianças, o que pode estar associado às mudanças nas práticas alimentares nas populações investigadas (Orellana *apud* LICIO). Por isso, é necessário que sobrepeso infantil também seja monitorado. O resultado para o índice estatura/idade difere de outros estudos nos quais peso e estatura foram relacionados à idade, em que se observa a ocorrência de déficit de estatura por idade em proporção expressiva das crianças estudadas, não raro superiores a 30% (Coimbra Jr. & Santos, 1991; Leite 1998; Weiss, 1998). A título de exemplo, e considerando-se a mesma faixa etária, as prevalências de baixa estatura já registradas entre outros povos indígenas ficam entre 10% e 61,7% (LEITE, 2007).

#### Perfil Alimentar das Crianças

Com relação ao tipo de leite ofertado à criança paralelamente à alimentação complementar, 8% só recebiam leite materno, 74% recebiam apenas leite integral e 11% recebiam ambos os tipos. A média de duração do aleitamento exclusivo foi de 4 meses, o que aponta o desmame antes do período recomendado de 6 meses (BRASIL, 2002). Na tabela 4 abaixo, encontra-se o tipo de aleitamento atual das crianças do estudo.

**TABELA 4:** TIPO DE ALEITAMENTO DAS CRIANÇAS INDÍGENAS PERTENCENTES À ETNIA PATAXÓ DE CUMURUXATIBA, BAHIA, 2013, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.

<b>Tipo de Aleitamento</b>	<b>0 - 6</b>	<b>6 - 12</b>	<b>12 - 24</b>	<b>24 - 60</b>
Aleitamento Exclusivo	1	0	0	0
Aleitamento Complementar	2	2	3	1
Leite artificial	0	1	3	27
Total	3	3	6	28

Fonte: Pesquisa de campo

A maioria das crianças 97% receberam leite materno direto da mãe, a única que não recebeu, a mãe relata que a criança “não gostava de mamar”. Esse fato pode ser explicado pela realização incorreta da pega ou pela introdução precoce do uso da mamadeira, provocando a confusão de bicos, deixando a criança inquieta, irritada, por dificuldades na sucção, o que pode diminuir a autoconfiança da mãe, por acreditar que o bebê não gosta do seu leite e que rejeita o peito (BARROS et al, 2008) (BRASIL, 2002). Entre as crianças do estudo nenhuma fazia uso do leite artificial no primeiro mês de vida, contrastando com o resultado da PNDS de 2006 que demonstrou que, entre o nascimento e o primeiro mês de vida, cerca de 15% dos lactentes que eram amamentados já recebiam leite artificial sob a forma de mingaus (DINIZ, 2010).

A introdução de alimentos supérfluos em idades precoces ficou evidenciada entre as crianças do estudo. A partir do 6<sup>o</sup> mês já observa-se o consumo de iogurtes, salgados e café com açúcar, pelo menos 1 vez ao dia em 50% das crianças. Os alimentos que se destacam principalmente na faixa etária de 24-60 são: café com açúcar 93%, sendo que 59% o consumo é feito 1 vez ao dia e o refrigerante que é

consumido por todas as crianças 100%, sendo que 55% o consumo é semanalmente.

Os outros alimentos relatados estão organizados na Tabela 5 abaixo.

**TABELA 5:** DISTRIBUIÇÃO (%) DOS TIPOS DE ALIMENTOS SUPÉRFLUOS CONSUMIDOS POR CRIANÇAS INDÍGENAS DA ETNIA PATAXÓ, EM CUMURUXATIBA, BAHIA, 2013 SEGUNDO FAIXA ETÁRIA.

Alimentos Supérfluos	6-12 meses		12-24 meses		24-60 meses	
	(n=2)		(n=4)		(n=29)	
	N	%	N	%	N	%
Iogurte	1	50	2	50	21	72
Salgados (pastel, coxinha)	1	50	0	0	16	55
Café	1	50	1	25	27	93
Macarrão instantâneo	0	0	2	50	69	20
Refrigerante	0	0	1	25	29	100
Biscoito recheado	0	0	0	0	23	79
Embutidos	0	0	0	0	24	83
Doces, bombons	0	0	0	0	27	93
Salgadinhos, chips	0	0	0	0	26	89
Suco artificial em pó	0	0	0	0	26	89
Suco de fruta em caixa	0	0	0	0	14	48

Fonte: Pesquisa de campo

Alimentos supérfluos segundo Heitor, 2011 são aqueles cujas composições apresentam quantidades excessivas de lipídios e/ou açúcares, ou que contém substâncias indesejáveis para o consumo, como corantes e conservantes químicos e ainda os de baixo valor nutricional. Esses alimentos podem predispor ao desenvolvimento de doenças crônicas e/ou induzir a carência nutricional,

representada pela desnutrição, doenças infecciosas e carências específicas de micronutrientes, provocando efeitos na saúde e bem-estar da criança podendo estender-se até a vida adulta.

A introdução de alimentos industrializados supérfluos já no primeiro ano de vida leva à formação de hábitos alimentares inadequados, que com o passar do tempo ficam incorporados. Portanto, é fundamental priorizar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, o qual depois deve ser complementado preferencialmente com alimentos naturais, ricos em vitaminas e sais minerais, até os dois anos ou mais.

Importante salientar que no primeiro ano de vida a escolha do alimento depende exclusivamente da pessoa que alimenta a criança, influenciando nos seus hábitos alimentares, por isso a necessidade de evitá-los como recomendado pelo Ministério da Saúde, 2005.

Menos da metade das crianças consomem vegetais diariamente 42%, o mesmo acontece em relação às frutas, onde apenas 18% recebem frutas diariamente. Fato preocupante, pois o Ministério da Saúde em suas diretrizes preconiza que as frutas, legumes e verduras são ricos em vitaminas, minerais e fibras e devem estar presentes diariamente nas refeições, pois contribuem para a proteção à saúde e diminuição do risco de ocorrência de várias doenças. Recomenda-se o consumo de 3 porções diárias e que seja incentivado o consumo para crianças menores de 2 anos. A maioria das crianças recebe algum tipo de carne 74% e leguminosa 84% todos os dias, estando de acordo com a orientação do Ministério da Saúde, 2005. Os dados do consumo e da frequência alimentar das crianças na faixa etária de 5 a 24 e 24 a 60 meses de idade estão representadas na tabela 6.

**TABELA 6. FREQUÊNCIA (%) DO CONSUMO DOS DIFERENTES GRUPOS ALIMENTARES, DE CRIANÇAS INDÍGENAS DA ETNIA PATAXÓ SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA (n=37), CUMURUXATIBA, BAHIA, 2013.**

Faixa etária	Alimentos	Frequência*				
		Diário	Semanal	Mensal	Raramente	Nunca
5-24 (n=8)	Cereais e massas	62,5	-	-	-	37,5
	Leguminosas	75	-	-	-	25
	Frutas	50	12,5	25	12,5	-
	Hortaliças	62,5	-	12,5	-	-
	Raízes e tubérculos	50	12,5	-	12,5	25
	Leite e derivados	25	12,5	12,5	-	50
	Carnes e ovos	25	37,5	-	-	37,5
	Açúcares e gorduras	12,5	37,5	-	-	50
24-60 (n=29)	Cereais e massas	90	10	-	-	-
	Leguminosas	79	17	-	-	04
	Frutas	10,3	69	07	14	-
	Hortaliças	3,4	41,3	17	10,3	28
	Raízes e tubérculos	17,2	41,3	3,4	31	07
	Leite e derivados	24	17	28	24	07
	Carnes e ovos	45	41	07	-	07
	Açúcares e gorduras	79	21	-	-	-

Fonte: Pesquisa de campo

\*Diário: 1-2x/dia Semanal: 1-2x/semana Mensal: 1-3x/mês Raramente:<1x/mês  
Nunca: 0

Nota-se que o consumo de cereais representado pelo arroz é o alimento mais consumido em todas as duas faixas etárias 62,5 e 90%. No grupo das carnes, o peixe é o alimento mais consumido, visto que as aldeias ficam localizadas na vila à beira mar.

O açúcar é o mais consumido do grupo dos açúcares, sendo que 79% na faixa etária de 24-60 meses consomem diariamente no café e em sucos em pó.

Quanto ao número de refeições ofertadas, 45% recebem 5 refeições ao dia, omitindo alguma refeição, geralmente a ceia 39%, seguida do lanche da manhã ou lanche da tarde. Apenas 5% realizam 6 refeições diárias, 37% realizam 4 refeições, excluindo lanche da manhã ou tarde e a ceia e 13% realizam apenas 3 refeições, com omissão do lanche da manhã, da tarde e a ceia.

Praticamente todas as mães 97% só utilizam temperos naturais para o preparo dos alimentos das crianças, resultado positivo, já que uma das diretrizes do Ministério da Saúde para promoção da alimentação saudável é a redução do consumo de alimentos processados com alta concentração de sal, como os temperos industrializados (BRASIL, 2005).

Todas as mães entrevistadas, exceto a que estava ofertando aleitamento exclusivo 3% disseram utilizar óleo de adição no preparo dos alimentos das crianças. Esse resultado é satisfatório, pois as gorduras insaturadas, naturalmente presentes nos óleos vegetais, são fontes de ácidos graxos essenciais e devem compor a alimentação em todas as fases do curso da vida, em quantidades moderadas (BRASIL, 2005). Além disso, não houve relato sobre o uso de fontes de ácidos graxos trans, como as margarinas, no preparo dos alimentos.

A maioria das mães 87% relatou oferecer comida na forma inteira e misturada 97% para as crianças, esse fato compromete o processo de aprendizagem de



distinguir cores e sabores dos alimentos, principalmente para as crianças menores de 2 anos, sendo mais correto oferecer separadamente os alimentos (BRASIL, 2002).

O utensílio utilizado para a oferta de líquidos geralmente é o copo 76% contra 8% que utilizam chucas ou mamadeiras e 13% que utilizam ambos os tipos. Já para a oferta de sólidos 87% das mães utilizam a colher de metal e 10% utilizavam colher de plástico e 3% não utiliza utensílio. Nota-se que é positivo o consumo de pelo menos 5 refeições diárias e o uso dos utensílios adequados (copo e colher) para oferta de líquidos e alimentos na alimentação das crianças.

#### *- Hábitos da família*

Em relação aos hábitos de consumo de alguns alimentos pela família, a quantidade de óleo utilizada pelas famílias teve como média 2,7 litros, o açúcar teve a média de 3,8 quilos e em relação ao sal a média foi de 854,5 gramas. Cerca de 92% não adiciona sal na comida pronta e 8% adiciona às vezes.

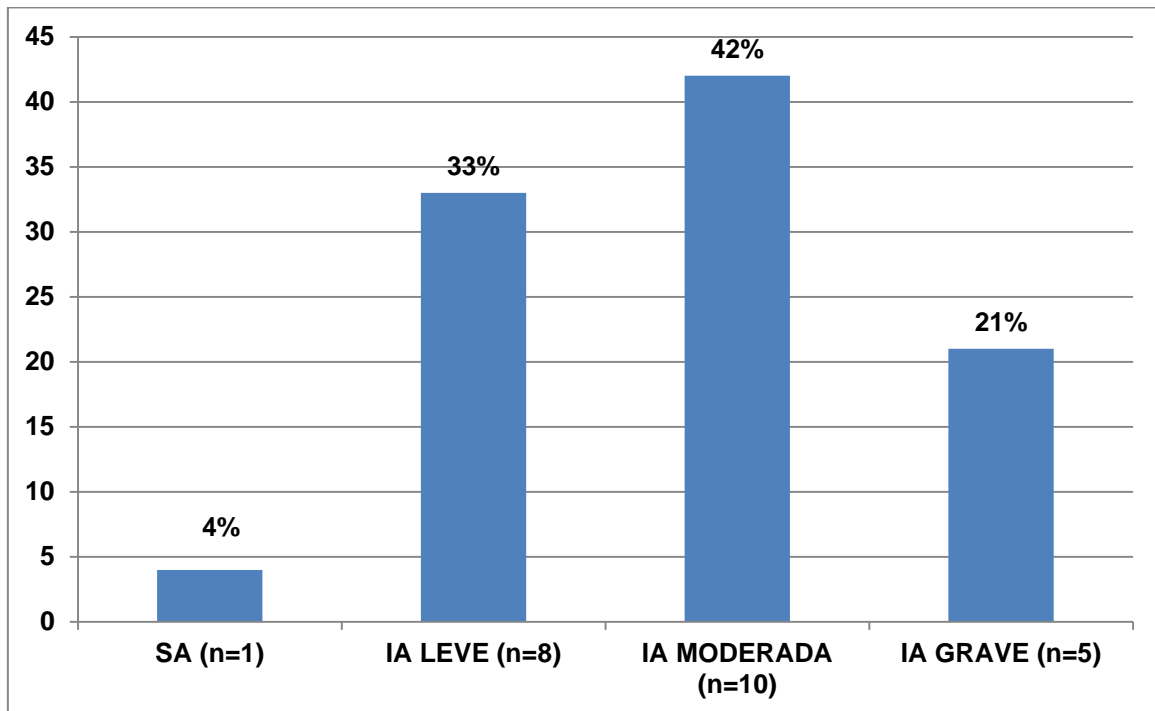
Em relação ao tratamento dado à água antes de sua utilização, a maioria declarou filtrar a água 54%, em seguida há os que declararam não utilizar nenhum tipo de tratamento 42%, essas famílias convivem com a dificuldade do acesso à água, obrigando-as a buscá-la fora de casa, principalmente nos ribeiros mais próximos, muitas vezes transportando-a em recipientes em condições inadequadas de higiene. Segundo Diniz, a influência do meio sob a forma de ausência de abastecimento de água e de esgoto público aumenta em 2,5 vezes o risco de retardo de crescimento nas crianças. Destaca-se que é dever do governo garantir o acesso e a qualidade da água tratada para toda a população brasileira (BRASIL, 2005).

Em relação à limpeza das frutas e hortaliças, 92% utilizam somente água e 8% utilizam água com sabão ou vinagre. Segundo o Ministério da Saúde, 2005, a forma correta de higienização seria lavar em água corrente e colocar de molho, por 10 minutos, em água clorada.

Cerca de 96% das mães preparam a comida de modo que fique para outra refeição, sendo que 66% guardam a refeição dentro da geladeira, 16% guardam fora da geladeira e 13% guardam dentro do forno. Apesar da minoria das famílias não possuírem geladeira, é importante informá-las quanto à forma correta de armazenamento das refeições, destacando que alguns microrganismos podem multiplicar-se rapidamente se o alimento é conservado à temperatura ambiente, sendo fundamental a temperatura abaixo de 5°C e acima de 60°C (BRASIL, 2005).

### Segurança Alimentar - SA

O gráfico 3 abaixo mostra que 42% das famílias com crianças até 60 meses de idade avaliadas apresentaram insegurança alimentar moderada, segundo a classificação da Ebia, sendo 21% consideradas com insegurança alimentar grave.



**Gráfico 3:** Níveis de insegurança alimentar das famílias com crianças < de 18 anos. Etnia Pataxó, Cumuruxatiba, Bahia, Brasil, 2013.

Os resultados são preocupantes, pois a maioria 96% das famílias está em insegurança alimentar - IA. Destacando que 21% está em insegurança grave, ou seja, as crianças estão passando por restrições alimentares, em qualidade e quantidade. Cerca de 62% das mães relataram ter reduzido a quantidade de comida ou não fazê-la por falta de dinheiro. Esses resultados revelam que grande parte das famílias está exposta às privações tanto na qualidade como na quantidade da dieta. Esses dados diferem dos resultados do estado nutricional das crianças, em que a maioria possui peso e estatura adequados para idade, portanto, não se descarta as

possibilidades de ter havido interferências nas respostas das mães ou mesmo erro ao realizar a antropometria.

Um fator importante que se destaca em outros estudos de avaliação da insegurança alimentar é a baixa escolaridade e a renda, que estiveram associadas com a insegurança alimentar em famílias Teréna com crianças menores de sessenta meses (FÁVARO et al, 2007), esse dado é semelhante ao encontrado nas aldeias estudadas, em que a maioria das famílias são de baixa renda e escolaridade. O estudo da PNAD (2004/2009) revelou que a área rural, apresentou prevalências domiciliares de IA superiores aos verificados na área urbana. A Região Nordeste apresentou os mais elevados percentuais de domicílios em situação de IA moderada ou grave, 20,4% na área urbana e 24,0% na área rural, revelando assim, a magnitude da precariedade das famílias nesses locais, devendo o Estado priorizar essa região e os povos indígenas em suas ações, providenciando meios para melhorar as condições de vida dessas famílias.

## CONCLUSÕES

Os resultados do presente estudo indicam que o diagnóstico nutricional das crianças avaliadas caracterizou-se por estatura e peso adequados por idade. A introdução precoce de alimentos industrializados antes do primeiro ano de vida pode ser um dos fatores determinantes do crescimento da obesidade infantil, que já é visto como motivo de preocupação em saúde pública.

A qualidade da dieta está condicionada à disponibilidade, ao acesso, e, principalmente ao custo dos alimentos. As famílias do estudo possuem baixo poder aquisitivo, proporcionando às crianças uma dieta composta basicamente de alimentos de menor custo, como o arroz, feijão, carne, pão, café e açúcar, demonstrando a influência da cultura ocidental na dieta das famílias, comprometendo o crescimento e desenvolvimento das crianças devido à ausência de micronutrientes essenciais.

Os fatores socioeconômicos como renda, escolaridade, ocupação dos pais são elementos fundamentais para formação dos hábitos alimentares das crianças e contribuem para garantir a segurança alimentar. A maioria das famílias está em insegurança alimentar de acordo com Ebia. Por isso a necessidade da intervenção do Estado por meio de ações primárias e contínuas de promoção à saúde, incluindo a vigilância nutricional, com intuito de reais melhorias na qualidade alimentar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, M. M. **Diagnóstico da população indígena no Brasil**. Ciênc. cult. São Paulo; 2008.

BARROS, DC. Bases para o Diagnóstico Nutricional. In: **Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena** (D. C. Barros, D. Oliveira e Silva e S. A. Gugelmin, orgs), pp. 445-460. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, vol. 2, 2008.

BATISTA, Maria Geovanda. **Nos rizomas da alegria vamos todos hãmiyá**: as múltiplas relações entre o corpo e o território no imaginário sociocultural Pataxó. Dissertação (Mestrado). Universidade de Quebec, 2000.

BRASIL. **Decreto-Lei nº 135, de 26 de Junho de 2007, dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil] Brasília, 26 de junho de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

BRASIL. **Fundação Nacional do Índio**. [site da Internet] [acessado 2013 fev. 07]. Disponível em: [http:// www.funai.gov.br](http://www.funai.gov.br)

BRASIL. **Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; no. 107. Brasília, 2002.

**BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para a População Brasileira - Promovendo uma Alimentação Saudável. Série A. Normas e Manuais Técnicos.** Brasília, 2005.

**BRASIL. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Segurança Alimentar** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Rio de Janeiro, RJ, 2010.

**BRASIL. Repercussões do Programa Bolsa Família na Segurança Alimentar e Nutricional das famílias beneficiadas: Resultados referentes à situação de Insegurança Alimentar.** Relatório Técnico Preliminar- Junho-2008.

**COIMBRA JR,C.E. A; SANTOS, R.V. Avaliação do Estado Nutricional num Contexto de Mudança Socioeconômica: o Grupo Indígena Suruí do Estado de Rondônia, Brasil.** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro; 1991.

**DINIZ, R. L. P. Crescimento e desenvolvimento da criança indígena: um estudo da etnia Pataguary, Ceará.** Dissertação. São Paulo, 2010.

**FÁVARO, T. et al. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(4): 785-793, abr, 2007.

**HEITOR, S. F. D. et al. Introdução de alimentos supérfluos no primeiro ano de vida e as repercussões nutricionais.** Cienc. Cuid. Saúde 2011 Jul/Set; 10 (3):430-436.

LEITE, M.S. **Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual.** (Coleção Educação para Todos); Brasília: MEC-SECADI, 2012.

LEITE, M.S. **Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

LICIO, J. L. A. **Estado nutricional de crianças indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da literatura científica.** 2009. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2009.

MARTINS, S.J; MENEZES, R.C. **Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da Tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991)\***

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.

PIMENTEL, P. G. et al. **Insegurança alimentar, condições socioeconômicas e indicadores antropométricos em crianças da Região Metropolitana do Rio de**



**Janeiro/Brasil.** R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 283-294, jul./dez. 2009.

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização:** A integração das populações indígenas no Brasil moderno. 5 ed.. Petrópolis: Vozes, 1986.

SCHUCH, I. **Perfil socioeconômico e alimentar das famílias indígenas Kaingang de Guarita-RS.** Campinas, São Paulo, 2001.

SILVA, P.T.B. "A Educação escolar indígena no processo de revitalização cultural Pataxó na Escola Estadual Indígena Kijetxawê Zabelê".

SILVA, S.A; MOURA, E.C. **Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26 (2): 273-285, fev., 2010.

## APÊNDICES

### Apêndice 1



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Nutrição

#### **Pesquisa: Perfil Alimentar e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia Pataxó, Cumuruxatiba, Bahia, 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/m<sup>2</sup>

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	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: _____	<b>Líquidos</b> ( ) copo ( ) mamadeira/chuca  <b>Consistência</b> ( ) amassado ( ) liquidificado ( ) peneirado ( ) inteiro  <b>Cozimento vegetais</b> ( ) água ( ) vapor ( ) refogado  <b>Cozimento carne</b> ( ) 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: _____	<b>Temperos</b> ( ) naturais ( ) cubos ( ) sal e alho industrializado  <b>Gordura</b> ( ) 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: _____	<b>Utensílios para oferta</b> ( ) colher plástico ( ) colher de metal ( ) garfo Outros:  <b>Modo oferta</b> ( ) misturado



**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 pataxó, Cumuruxatiba, Bahia, Brasil.

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

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 \_\_\_\_\_