



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS  
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO - NUT  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

*Perfil Epidemiológico e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia*

*Atikum, Pernambuco, Brasil.*

Por

Edneide Maria da Silva

Brasília, Maio 2014.



*Perfil Epidemiológico e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia*

*Atikum, Pernambuco, Brasil.*

Por

Edneide Maria da Silva

Orientador: Dr Edgar Merchan-Hamann

---

Dr. Edgar Merchan-Hamann

## **AGRADECIMENTOS**

A Jeová, o Soberano do universo, pela dádiva da vida e por me conferir paciência e sabedoria.

Aos meus amados pais e irmãos, minha fortaleza para suportar a distancia.

Aos meus amigos pelo carinho, incentivo e encorajamento.

Ao meu orientador Dr. Edgar Merchan-Hamann pela paciência, incentivo e dedicação.

Ao povo indígena Atikum, especialmente, das aldeias Casa de Telha, Jatobá, Lagoa Cercada e Sede, pelo apoio e colaboração fundamentais para realização da pesquisa.

A equipe de saúde local pelos equipamentos utilizados na antropometria.

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

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	01
OBJETIVOS.....	04
METODOLOGIA.....	05
RESULTADOS.....	08
DISCUSSÃO.....	19
CONCLUSÃO.....	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31
ANEXOS.....	35

## RESUMO

O objetivo desse trabalho foi traçar o perfil epidemiológico e nutricional de crianças indígenas pertencentes a cinco aldeias da etnia Atikum, município de Carnaubeira da Penha, Pernambuco. A amostra compõe-se por 47 crianças com idade entre 0 meses a 05 anos de idade. A fim de classificar o estado nutricional dessas crianças coletou-se dados como peso, estatura, idade e sexo. Para classificar o estado nutricional das crianças foram utilizados os critérios definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006). Os índices antropométricos foram analisados utilizando o programa Antro e as Curvas de Crescimento ambos da OMS. Participaram da pesquisa também 33 mães, as quais responderam ao Questionário de Frequência Alimentar (QFA) para verificar os hábitos alimentares frequentes das crianças do estudo. Dados referentes aos aspectos socioeconômicos e de segurança alimentar das famílias estavam contidos nesse questionário. A análise dos dados foi realizado por meio de uma planilha construída no programa Excel e regra de três.

Os resultados destacam que 70,2% da população estudada estão com peso e estatura adequados para idade, por outro lado, 25% estão com baixa estatura e 6,3% com peso elevado para a idade. O índice antropométrico peso por estatura apresentou sobrepeso ou obesidade em praticamente uma terceira parte das crianças (29,8%) e magreza em 4,2% dessas. Destaca-se ainda a introdução precoce de alimentos industrializados, antes ou a partir dos 6 meses. A predominância de aleitamento materno foi de 57,6% contra 42,5% que recebiam leite artificial, porém o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês teve um percentual de apenas 6,8. A média da renda familiar está em torno de \$ 485,87 centavos, tendo 75,4% das famílias renda mensal abaixo de 1 salário mínimo. 33,3% das famílias residem em casas de taipa e 36,4% dessas moram em casas sem reboco e piso de barro/chão, além disso, mais da metade (67,1%) estão em insegurança alimentar. Conclui-se que a introdução precoce de alimentos calóricos pode estar influenciando o sobrepeso e obesidade nas crianças. As condições socioeconômicas como renda familiar, escolaridade dos pais e tipo de moradia também são fatores relevantes para os casos de baixa estatura e magreza nas crianças. Faz-se realmente necessário desenvolver ações de promoção à saúde, incluindo reeducação alimentar e nutricional, com a finalidade de garantir melhores condições de saúde e alimentação.

Palavras-chave: indígenas, Atikum, criança, antropometria, nutrição

## INTRODUÇÃO

Com a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, de 31 de Janeiro de 2002, adotou-se um modelo de serviço restituído para garantir a proteção, promoção e recuperação da saúde. Para a execução dessa política foi implantado uma rede de serviços nas comunidades indígenas, visando garantir ao índio o exercício de sua cidadania, ao que se relaciona a saúde, bem como suplantando as dificuldades de cobertura apresentados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao acesso e aceitabilidade dessa população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

De acordo com essa política a efetivação dos princípios e diretrizes do SUS como universalidade, equidade, descentralização, controle social e participação comunitária, depende da atenção à saúde de maneira diferenciada, visto que os povos indígenas possuem suas particularidades culturais, ritualísticas e epidemiológicas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Caldas *et al* (2012) destaca que o subsistema de saúde criado em 1999, específico para atender os povos indígenas, ligado ao Sistema Único de Saúde (SUS) não atende de maneira satisfatória as suas metas, pois dados sobre o perfil epidemiológico, isto é, situação de saúde e doença estão ainda num espaço vazio.

Quando se trata da situação nutricional em populações indígenas a sistematização das informações por parte dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) ocorre mais lentamente. As pesquisas realizadas em comunidades indígenas, normalmente são de cunho acadêmico e indicam frequentemente elevados déficits nutricionais (CALDAS *et al*, 2012).

Castro e colaboradores (2010) destacam que tem se tornado cada vez mais necessários estudos sobre o estado alimentar e nutricional de populações indígenas

brasileiras a fim de detectar os fatores ambientais que exercem influencia nas condições de vida, saúde e nutrição desses povos. Considerando a velocidade das mudanças socioculturais e econômicas, Coimbra e Santos (1991) pontuam que as comunidades indígenas sofreram drásticas modificações nos hábitos alimentares e no estado nutricional. Entretanto, em termos de saúde pública, observa-se que existem poucos trabalhos sobre o estado nutricional de grupos indígenas (COIMBRA & SANTOS, 1991).

As especificidades étnicas e regionais são relevantes para saber o perfil epidemiológico dessa população, no intuito de ajudar a planejar e organizar as atividades que direcionam aos serviços e programas que assistem à saúde desses grupos (CASTRO *et al.*, 2010). Em consonância com isso Capelli & Coifman (2011) confirmam, a partir da década de noventa, um notável fortalecimento nas pesquisas relacionadas ao perfil epidemiológico e nutricional de populações indígenas no Brasil.

Esse achado aponta para uma associação existente a partir dos resultados encontrados por meio de inquéritos antropométricos e meios de subsistência com os padrões de morbimortalidade (CAPELLI *et KOIFMAN*, 2011).

De acordo com Coimbra e Santos (1991), o contato das populações indígenas com populações não indígenas, como também a inserção de alimentos industrializados, levou as comunidades de origem indígena a abandonar suas práticas alimentares tradicionais, constituindo-se grupos altamente vulneráveis na ocorrência de carências nutricionais e desnutrição energética proteica.

As medidas de intervenção são ações de saúde que devem começar desde a idade materno-infantil, partindo da assistência primária à saúde, com a finalidade de favorecer o crescimento e desenvolvimento infantil adequado. Nesse sentido, as políticas públicas de saúde desempenham importante papel desde os processos curativos e preventivos. Assim, o acompanhamento do estado nutricional é fundamental para recuperação ou manutenção do estado de saúde e nutrição, visando reduzir os riscos de comprometimento, por parte das crianças, do seu potencial genético e de crescimento (MARTINS & MENEZES, 1994).

A pesquisa busca revelar aspectos da alimentação, nutrição e dados epidemiológicos de crianças menores de 5 anos na comunidade indígena Atikum, localizada em Pernambuco, a qual a aluna assistente pertence. Trata-se de pesquisa para trabalho de conclusão de curso, em que a aplicabilidade do conhecimento adquirido durante a graduação em nutrição se faz necessária nessa população como uma forma de retorno ou gratidão ao ensejo concedido a partir do convênio firmado em 16 de fevereiro de 2004 pela Fundação Universidade de Brasília (FUB) e a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Espera-se contribuir com os estudos na área de saúde indígena, especialmente sobre alimentação e nutrição, além de expor os fatores relacionados à situação epidemiológica e nutricional a fim de estabelecer as devidas medidas de prevenção e cuidados para melhoria da qualidade de vida desses povos.

Ressalta-se que a pesquisa em questão fundamenta-se na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos e na Resolução 304/00, do Conselho Nacional de Saúde, que contempla norma complementar para a área de Pesquisas em Povos Indígenas.

## **OBJETIVOS**

**Objetivo Geral:** Traçar o perfil epidemiológico e nutricional, descrever a prática de aleitamento materno e realizar ações de orientação alimentar e nutricional em cinco aldeias indígenas da etnia Atikum, Pernambuco, Brasil.

### **Objetivos específicos:**

- Mensurar o perfil nutricional de crianças menores de cinco anos de idade;
- Determinar o exercício do aleitamento materno, bem como a introdução da alimentação complementar entre as crianças menores de um ano de idade;
- Orientar as mães, por meio de palestras, quanto à importância do aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar saudável de acordo com a realidade local;
- Auxiliar as famílias quanto aos procedimentos necessários e recorrência a equipamentos sociais que possam influenciar para melhoria das condições nutricionais das crianças do estudo.

## **METODOLOGIA**

### Tipo de estudo

Para cumprir os objetivos 1 e 2, realizou-se um Estudo Epidemiológico do tipo transversal. Para cumprir os objetivos 3 e 4 foi realizada uma intervenção de educação em saúde.

### Seleção de participantes

O plano amostral da pesquisa visava 100 crianças indígenas pertencentes a 5 aldeias do povo Atikum de Pernambuco de até 5 anos de idade, entretanto, conseguiu-se uma amostra de 51 crianças das quais 4 foram excluídas da pesquisa por falta de informações indispensáveis para a análise, como peso e estatura. Foi realizada reunião em local previamente marcado conclamando as mães e seus filhos de até cinco anos de idade, residentes nas aldeias indígenas: Casa de Telha, Sede, Lagoa Cercada, Jatobá e Samambaia. Tais aldeias estão localizadas na Serra Umã (Município de Carnaubeira da Penha – PE) e pertencem ao povo Atikum, Pernambuco.

### Coleta de dados

Foram realizados a aferição das medidas antropométricas (peso, e comprimento / estatura das crianças) e a aplicação de um questionário (APENDICE 1) às mães a fim de caracterizar dados de saúde, hábito alimentar das crianças e segurança alimentar das famílias. Para aferir o peso utilizou-se uma balança cegonha. Para medir o comprimento de crianças menores de um ano utilizou-se um infantômetro e a aferição da estatura de crianças maiores de um ano foi realizada com um estadiômetro. Para classificar o estado nutricional das crianças foram utilizados os critérios definidos pela Organização Mundial

da Saúde (OMS, 2006). Realizou-se palestras com as mães no momento da coleta dos dados.

#### Variáveis coletadas

Sexo, idade, data de nascimento, antropometria: estatura / comprimento, peso, estatura/idade, peso/idade, peso/estatura, frequência alimentar das crianças, aldeia, tipo de moradia, renda familiar, tipo de aleitamento, segurança alimentar das famílias, hábitos alimentares, grau de escolaridade e ocupação dos pais.

#### Categorização das variáveis coletadas

A variável idade foi pós-categorizada em quatro classes: 0-6 m; 6-12 m; 12- 24 meses; 24-60 meses. A variável Renda Familiar, baseada no salário mínimo (SM) vigente em janeiro de 2014 \$ 724,00, foi categorizada em 0-R\$ 241,00 ( $\leq 1/3$  SM); R\$ 362,00 ( $\leq 1/2$  SM); R\$ 365,00-699,00 ( $< SM$ ); R\$ 700,00-1.000 e mais ( $\geq SM$ ). As principais variáveis de desfecho foram construídas com base nos dados antropométricos: Estado Nutricional, categorizado em Eutrofia, Sobrepeso, Obesidade, e Desnutrição. A categorização do estado nutricional a partir da antropometria foi realizada mediante o uso do programa Antro para crianças menores de cinco anos, da Organização Mundial da Saúde (OMS), além das Curvas de Crescimento da OMS, 2006/2007, sendo classificados de acordo com referências das Normas Técnicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Os dados obtidos através dos questionários foram digitalizados e analisados em planilhas do programa Excel.

### Variáveis de aleitamento

As variáveis que foram pré-categorizados de aleitamento foram categorizadas em quatro: aleitamento materno exclusivo; aleitamento materno predominante; aleitamento materno complementado e leite artificial.

### Frequência de consumo alimentar das crianças

Foram pré-categorizados alimentos específicos que inclui 37 alimentos agregados em grupos alimentares (frutas, hortaliças, tubérculos, leguminosas, cereais, carnes, leite e derivados) e alimentos altamente energéticos e/ou pouco nutritivos (café, açúcar, salgados, salgadinhos, refrigerante, macarrão instantâneo, biscoitos recheados, doces e bombons, iogurte, suco artificial em pó, suco de caixinha e embutidos). A frequência foi classificada em 7 categorias que vai desde nunca a 2 ou mais vezes por dia.

### Aspectos éticos

A anuência para a realização da pesquisa foi feita pela representação da comunidade mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas mães das crianças participantes da pesquisa e por cinco lideranças representantes das cinco aldeias envolvidas na pesquisa: Casa de Telha, Jatobá, Lagoa Cercada, Samambaia e Sede. Inicialmente foi explicado às mães das crianças os procedimentos que seriam desenvolvidos. As mesmas, em concordância, assinaram o TCLE, deu-se início a coleta de dados, sendo impreterivelmente, omitidos os nomes dos participantes. Todo caso de patologia nutricional, distúrbio alimentar ou inadequação da dieta será orientado e encaminhado à equipe de saúde local, sendo informado ao DSEI.

### Análise dos dados

Foi calculada a prevalência de distúrbio nutricional e de inadequação do aleitamento materno (Variáveis de desfecho). Realizou-se uma análise da associação de variáveis independentes (tais como renda familiar, escolaridade materna ou paterna, tipo de moradia, segurança alimentar das famílias dentre outros), com as variáveis de desfecho.

## **RESULTADOS**

### Dados socioeconômicos

Em relação às condições de trabalho das famílias, nota-se que de um total de 26 pais e 33 mães, 88,5% dos pais e 63,6% das mães trabalham na agricultura, apenas 11,5% dos pais trabalham em outras profissões dentre as quais professor (1), motorista (1) e provedor de internet (1). 21% das mães são professoras e 15,5% estão em outras profissões, como por exemplo, técnica em enfermagem (1), auxiliar de limpeza (1), estudante (1), apenas em casa (2). Além das atividades extradomiciliares todas as mães cumprem suas funções domésticas.

Referente ao tipo de moradia 97% das famílias reside em casas cobertas com telha, paredes de tijolo e com reboco interno (respectivamente 42,4% e 63,6%), a parte externa das casas de uma terceira parte das famílias não tem reboco, o piso normalmente é de cimento (57,6%). No que diz respeito à escolaridade dos pais praticamente metade possui o ensino fundamental incompleto e 15,8% não alfabetizados.

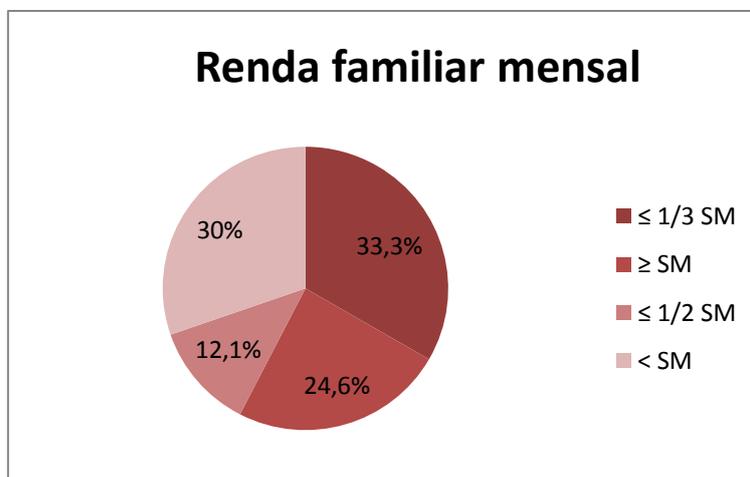
Aproximadamente 91% das famílias são beneficiadas com algum programa do governo. O único mencionado foi o Programa Bolsa Família (PBF). (veja tabela abaixo).

**TABELA 1. CARACTERÍSTICAS SÓCIOECONÔMICAS DAS FAMÍLIAS. ETNIA ATIKUM, SERRA UMÃ, PERNAMBUCO, BRASIL, 2014.**

<b>Características</b>	<b>Famílias (n=33)</b>	<b>%</b>
<b>Ocupação dos pais*</b>		
Agricultor	23	88,5
Outras	3	11,5
<b>Ocupação das mães</b>		
Agricultora	21	63,6
Professora	7	21
Outras	5	15,5
<b>Tipo de moradia*</b>		
Bloco cerâmico	8	24,4
Tijolo	14	42,4
Taipa	11	33,3
Cimento	19	57,6
Chão/barro	12	36,4
Telha	32	97
Estucado	1	3
Com reboco	21	63,6
Sem reboco	12	36,4
<b>Escolaridade dos pais</b>		
Fundamental completo ou incompleto	13	50
Médio completo ou incompleto	8	30,6
Superior completo	1	3,8
Não alfabetizado	4	15,8
<b>PBF</b>		
Sim	30	91
Não	3	9

**Fonte:** pesquisa de campo \*26 pais; itens: paredes; piso; cobertura; acabamento (ver discussão).

Referente à renda familiar esta variou entre renda mínima R\$ 80,00 e máxima R\$ 1200,00, cuja média foi R\$ 485,87 reais e, mediana R\$ 450,00. Para compilar os dados utilizou-se o salário mínimo vigente em 2014, R\$ 724,00, apresentados no gráfico 1 abaixo.



**Gráfico 1:** Situação de renda familiar mensal das famílias da Etnia Atikum, Serra Umã, Pernambuco, Brasil, 2014.

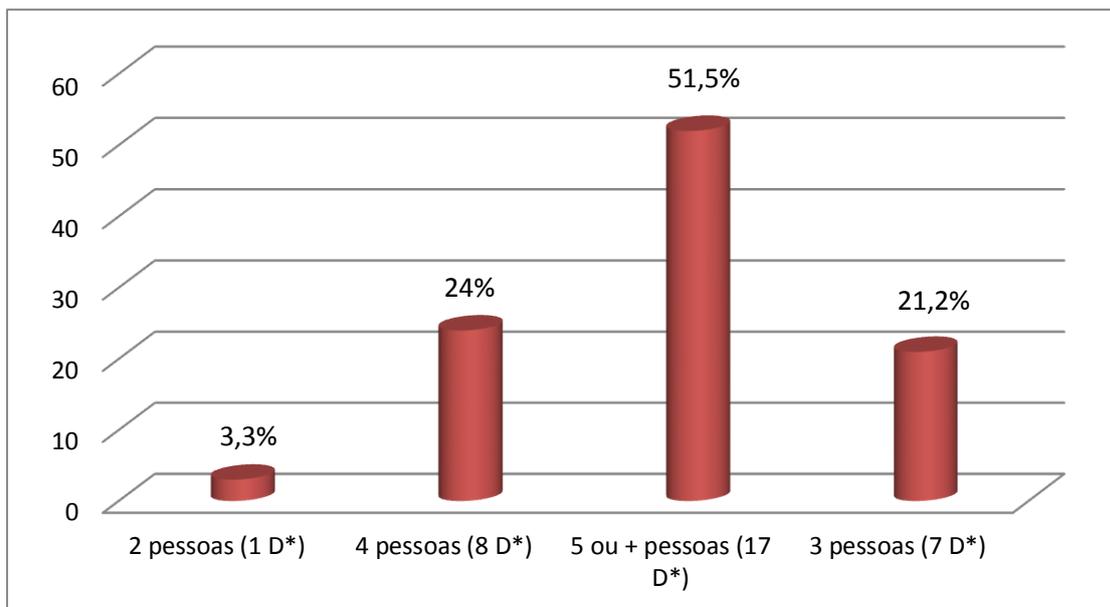
A tabela 2 apresenta as informações a cerca das características maternas, observa-se que 42% tem idade entre 25-29 anos, sendo a idade mediana 27 anos e média de idade 26,9 anos, determinando uma amostra de mães jovens. A faixa etária das mães variou entre idade mínima 18 anos e idade máxima 40 anos. Concernente ao grau de escolaridade das mães variou entre não alfabetizadas e ensino superior completo, os quais tiveram resultados iguais, 6,6% e 6,6% respectivamente.

**TABELA 2. APRESENTA OS RESULTADOS DAS CARACTERÍSTICAS MATERNAS. ETNIA ATIKUM. PERNANBUCO, BRASIL, 2014.**

<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Idade (anos)</b>		
< 20	3	9,9
20-24	6	18
25-29	14	42
30-34	6	18,1
≥ 35	4	12
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental completo ou incompleto	11	33
Médio completo ou incompleto	16	48,3
Superior completo ou incompleto	4	12,1
Não alfabetizada	2	6,6
<b>Estado civil</b>		
Casada	9	27,7
Solteira	7	21,2
União livre	17	51,1

**Fonte:** pesquisa de campo

Conforme veremos no gráfico 2 abaixo, 17 domicílios possuíam 5 ou mais pessoas, correspondente a pouco mais da metade das famílias; 8 domicílios com 4 pessoas; apenas 1 domicílio com 2 pessoas e 7 domicílios com 3 pessoas.



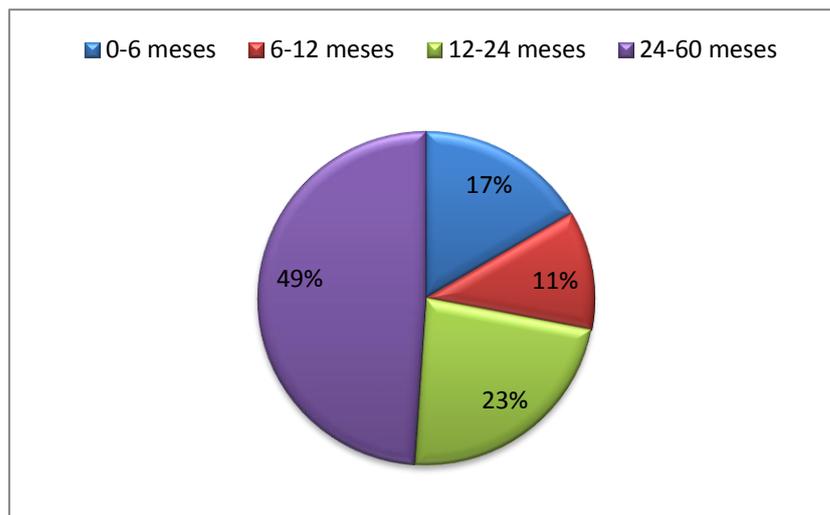
\*domicílios.

**Gráfico 2:** Quantidade de pessoas por domicílios . Etnia Atikum, Serra Umã. Pernambuco, Brasil, 2014.

#### Características da população estudada

Em relação às características da população estudada, essa constitui-se por 47 crianças, sendo 51% do sexo masculino e 49% do sexo feminino.

No gráfico 3 encontram-se os resultados referentes a faixa etária das crianças cuja alternância de idade foi de 0 a 60 meses, sendo a média 25,9 meses e mediana 23 meses.



**Gráfico 3.** Discriminação da faixa etária das crianças indígenas participantes da pesquisa.

Etnia Atikum, Serra Umã, Pernambuco, 2014.

#### Perfil epidemiológico e nutricional das crianças

Em relação ao índice estatura para idade (E/I) foi observado alta prevalência de déficit de estatura, 21% nas faixas etárias de 12-24 e 24-60 meses, apenas 4% entre 0-6 e 6-12 meses. No que concerne a análise do peso para estatura (P/E), 17% estavam com risco de sobrepeso e 13% com sobrepeso, os demais estavam na faixa de normalidade (70%). O índice peso para idade (P/I) mostrou que 6,3% estavam com o peso elevado para a idade e 2% baixo peso para a idade, conforme observado na tabela 3.

**TABELA 3. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (%) DA POPULAÇÃO ESTUDADA. ETNIA ATIKUM, SERRA UMÃ - PERNAMBUCO, 2014.**

	<b>0-6 meses (n=8)</b>	<b>6-12 meses (n=5)</b>	<b>12-24 meses (n=11)</b>	<b>24-60 meses (n=23)</b>
<b>Estatura/idade</b>				
Muito baixa estatura para idade	12,5%	20%	9%	9%
Baixa estatura para a idade	0	20%	27%	13%
Estatura adequada	87,5%	60%	64%	78%
<b>Peso/estatura</b>				
Magreza	25%	0	0	0
Eutrofia	38%	0	73%	87%
Risco de sobrepeso	12%	40%	18%	9%
Sobrepeso	25%	60%	9%	4%
<b>Peso/idade</b>				
Peso muito baixo para a idade	0	0	0	0
Peso baixo para a idade	12,5%	0	0	0
Peso adequado	75%	80%	91%	100%
Peso elevado para a idade	12,5%	20%	9%	0

Fonte: pesquisa de campo

#### Perfil alimentar das crianças

Concernente ao tipo de leite ofertado notou-se que 6,3% das crianças do estudo estavam em aleitamento materno exclusivo, 12,6% em aleitamento materno predominante, 40,4% uso apenas do leite integral e 31,8% ambos os leites, isto é, tanto o materno quanto o integral. Sendo que 81% delas fazem uma alimentação complementar.

**TABELA 4.** TIPO DE LEITE OFERTADO ÀS CRIANÇAS PERTENCENTES À ETNIA ATIKUM, SERRA UMÃ - PERNAMBUCO, 2014, SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA.

Tipo de leite	0 - 6 meses		6-12 meses		12-24 meses		24-60 meses	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aleitamento materno exclusivo	3	6,3	0	0	0	0	0	0
Aleitamento materno predominante	6	12,6	0	0	0	0	0	0
Leite materno e artificial	0	0	5	10,6	10	21,2	3	6,8
Leite artificial	0	0	0	0	1	2,1	19	40,4
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>18,9</b>	<b>5</b>	<b>10,6</b>	<b>11</b>	<b>23,3</b>	<b>22</b>	<b>47,2</b>

Fonte: pesquisa de campo

O consumo de alimentos altamente energéticos e pouco nutritivos, por exemplo, suco artificial em pó apareceu em 100% das crianças na faixa etária entre 06-24 meses; o café com açúcar, salgadinhos, doces, bombons e pirulitos tiveram grande repercussão, 90% a 100%, na faixa etária de 12-60 meses. É bastante significativo também o consumo de refrigerante, biscoitos recheados e macarrão instantâneo, especialmente na idade entre 12-24 meses. Podemos observar esses resultados na tabela 5, abaixo.

**TABELA 5. DISTRIBUIÇÃO (%) DOS ALIMENTOS DISPENSÁVEIS CONSUMIDOS COM MAIOR FREQUÊNCIA PELAS CRIANÇAS DA ETNIA ATIKUM, SERRA UMÃ - PERNAMBUCO, 2014.**

Alimentos dispensáveis	6-12 meses (n=3)		12-24 meses (n=11)		24-60 meses (n=22)	
	N	%	N	%	N	%
Café com açúcar	1	33	10	91	22	100
Salgados (pastel, coxinha)	0	0	3	27	11	50
Iogurte	1	33	8	73	18	82
Refrigerante	0	0	10	91	19	86
Doces, pirulitos, bombons	0	0	11	100	22	100
Macarrão instantâneo	2	67	9	82	11	50
Suco artificial em pó	3	100	11	100	20	91
Suco de caixinha	0	0	2	18	5	23
Embutidos	0	0	9	82	14	64
Salgadinhos, chips	2	67	11	100	21	95
Biscoitos recheados	1	33	10	91	18	82

Fonte: pesquisa de campo

As tabelas 6 e 7 apresentam a frequência do consumo alimentar das crianças, classificados em: consumo diário (2 ou mais vezes/dia), semanal (1-2 ou 2-4 vezes), mensal (2-3 vezes mês), raramente (menos de 1 vez/mês) ou nunca, de acordo com os grupos alimentares: cereais e massas, leguminosas, frutas, hortaliças, raízes e tubérculos, leite e derivados, carnes e ovos, açúcares e gorduras.

**TABELA 6.** FREQUENCIA DOS DIFERENTES GRUPOS ALIMENTARES POR CRIANÇAS DA ETNIA ATIKUM, FAIXA ETÁRIA DE 05-24 MESES (16 CRIANÇAS), SERRA UMÃ - PERNAMBUCO, 2014.

<b>Alimentos</b>	<b>Frequência *</b>				
	Nunca (%)	Diário (%)	Semanal (%)	Mensal (%)	Raramente (%)
Cereais e massas	6	94	–	–	–
Leguminosas	25	63	12	–	–
Frutas	6	31	50	7	6
Hortaliças	19	25	37	19	–
Raízes e tubérculos	25	19	50	6	–
Leite e derivados	–	100	–	–	–
Carnes e ovos	25	19	44	6	6
Açúcares	13	75	6	6	–
Gorduras	12	19	69	–	–

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

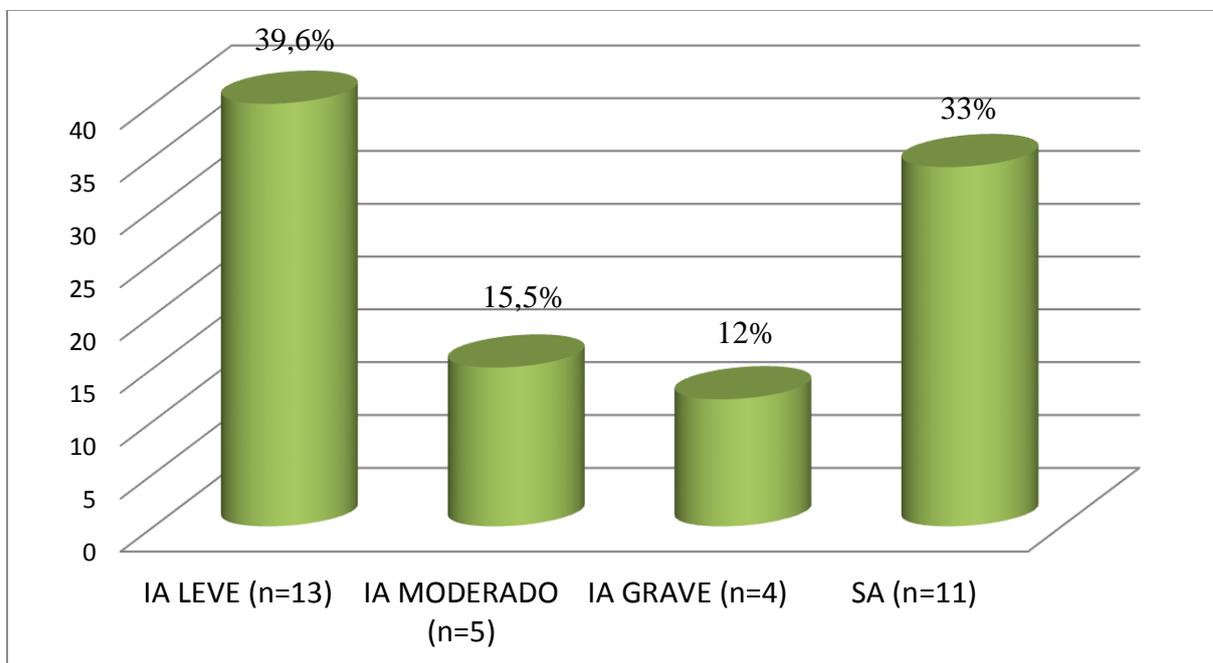
**TABELA 7.** FREQUENCIA DOS DIFERENTES GRUPOS ALIMENTARES POR CRIANÇAS DA ETNIA ATIKUM, FAIXA ETÁRIA DE 24-60 MESES (23 CRIANÇAS), SERRA UMÃ - PERNAMBUCO, 2014.

<b>Alimentos</b>	<b>Frequência*</b>				
	Nunca (%)	Diário (%)	Semanal (%)	Mensal (%)	Raramente (%)
Cereais e massas	-	100%	-	-	-
Leguminosas	-	100%	-	-	-
Frutas	13%	26%	43%	9%	9%
Hortaliças	26%	26%	39%	5%	4%
Raízes e tubérculos	26%	4%	61%	9%	-
Leite e derivados	9%	74%	17%	-	-
Carnes e ovos	-	35%	48%	4%	13%
Açúcares	-	100%	-	-	-
Gorduras	-	35%	56%	9%	-

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

## Segurança Alimentar - SA

As condições de segurança ou insegurança alimentar estão apresentadas no gráfico 4 abaixo, onde 39,6% representa as famílias com insegurança alimentar (IA) leve, 15,5% IA moderado e 12% IA grave. Sendo que 33% declararam estar em segurança alimentar (SA).



**Gráfico 3.** Apresenta os níveis de insegurança/segurança alimentar (IA/SA) das famílias com crianças menores de 18 anos. Etnia Atikum, Serra Umã. Pernambuco, Brasil, 2014.

## DISCUSSÃO

### Dados socioeconômicos

Em relação às condições de trabalho das famílias, nota-se que de um total de 26 pais e 33 mães, 88,5% dos pais e 63,6% das mães trabalham na agricultura, apenas 11,5% dos pais trabalham em outras profissões dentre as quais professor (1), motorista (1) e provedor de internet (1). 21% das mães são professoras e 15,5% estão em outras profissões, como por exemplo, técnica em enfermagem (1), auxiliar de limpeza (1), estudante (1), apenas em casa (2). Além das atividades extradomiciliares todas as mães cumprem suas funções domésticas.

Concernente ao tipo de moradia 97% das famílias reside em casas cobertas com telha, paredes de tijolo e com reboco interno (respectivamente 42,4% e 63,6%), a parte externa das casas de uma terceira parte das famílias (33,3%) não tem reboco, o piso normalmente é de cimento (57,6%), entretanto, em algumas residências a cozinha é de barro/chão (21,2%). Vale ressaltar que uma parte significativa mora em casas as quais não possuem reboco nem por dentro nem por fora e o piso de todos os compartimentos é de chão/barro (36,4%). Apenas 2 pessoas relataram ter cobertura de palha em um compartimento da casa, geralmente a área externa, local onde as pessoas sentam para conversar. Também uma relatou ter cobertura de estuque em sua habitação. O gráfico 2 mostrou que boa parte dos domicílios (51,5%) são constituídos por 5 membros ou mais, revelando o aglomerado nas residências e, provavelmente privação de recursos suficientes para atender as demandas da família. No que diz respeito à escolaridade dos pais praticamente metade possui o ensino fundamental incompleto e 15,8% não alfabetizados.

Aproximadamente 91% das famílias são beneficiadas com algum programa do governo. O único mencionado foi o Programa Bolsa Família (PBF).

Referente à renda familiar pouco mais de uma terceira parte possui renda mensal abaixo de 1/3 do salário mínimo (SM); 12,1% abaixo de 1/2 SM; 30% tem renda mensal abaixo de 1 SM; apenas 6,6% das famílias possui renda no valor aproximado de um salário mínimo e renda mensal acima de um SM menos de ¼ ( um quarto ) das famílias. Quando existe mais de um membro recebendo salário ou quando a profissão possui salario pouco mais elevado à renda financeira da família é normalmente maior, por exemplo, professores e agentes de saúde.

Os achados relativos às condições socioeconômicas das famílias revelam a sua baixa condição financeira e seu grau de vulnerabilidade tanto no quesito alimentação quanto de saúde como um todo.

#### Caracteres maternos

Dentre as 33 mães que participaram da pesquisa, 9,9% tem idade abaixo de 20 anos, 18% estão na faixa etária de 20 - 24 anos, 42% tem idade entre 25-29 anos, 18,1% estão entre 30-34 anos e 12% possui idade acima de 35 anos, sendo a idade mediana 27 anos, determinando uma amostra de mães jovens. Concernente ao grau de escolaridade das mães variou entre não alfabetizadas e superior completo, os quais tiveram resultados iguais, 6,6% e 6,6% respectivamente. O ensino médio completo foi relatado por um terço (33,3%) das mães. Esses resultados são relevantes para a pesquisa, porque um maior grau de instrução escolar das mães favorece o entendimento a cerca da alimentação e saúde infantil. Em consonância com isso, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS, 2008) do Ministério da Saúde indica que quanto mais anos de estudo possui a mãe menor será a prevalência de déficits de crescimento dos filhos. Desse modo, a prevalência de déficits de crescimento variou de 17% em crianças cujas mães possuem baixa ou nenhuma escolaridade e 8,5% em crianças cujas mães possuem maior grau de escolaridade, 12 ou mais anos de estudo.

Estudos demonstraram a predominância do risco de sobrepeso ou sobrepeso nas crianças cuja escolaridade materna era baixa ou nenhuma (até 8 séries cursadas) correspondendo a 8,5% para as crianças cuja escolaridade materna foi menor e 17% para os filhos de mães com maior escolaridade (ENGSTROM *et al*, 1996; LÍCIO, 2009).

Observa-se ainda que as mães apresentam maior nível de estudo em comparação com os pais. Os resultados referentes ao estado civil demonstram que boa parte 51,5%, vive em união livre.

#### Perfil epidemiológico e nutricional das crianças

De acordo com Fagundes *et al* (2002) o estado nutricional compõe relevante marcador qualitativo de saúde de uma determinada população, na qual uma adequada avaliação torna-se precioso instrumento para assinalar o estágio de agravo nutricional.

A antropometria representa, até então, o melhor indicador na avaliação do estado nutricional, contudo não existe um método isolado que quantifique e qualifique a condição nutricional de maneira definitiva (FAGUNDES *et al*, 2002). A fim de que as políticas públicas de saúde sejam eficazes é de extrema importância avaliar o estado nutricional desde a infância, visto que a desnutrição e a obesidade afetam o processo de crescimento e desenvolvimento cognitivo, podendo gerar na fase adulta grandes consequências (SQUINCA *et al*, 2014).

Para classificar o estado nutricional das crianças foram utilizados os critérios definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006). Em relação ao índice estatura para idade (E/I) foi observado alta prevalência de déficit de estatura, 21% nas faixas etárias de 12-24 e 24-60 meses, apenas 4% entre 0-6 e 6-12 meses, totalizando 25%. O I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (2009) revelou que 26% das crianças

indígenas do Brasil entre 0 a 60 meses encontram-se com déficit de estatura. É relevante destacar o baixo índice de desnutrição aguda encontrado, 4,2% em crianças na idade entre 0-6 meses. Tais resultados são semelhantes aos encontrados em outros estudos envolvendo comunidades indígenas, por exemplo, o povo Kamayurá do Alto Xingu, no entanto, esse estudo foi feito com adolescentes (SAMPEI *et al.*, 2007; RIBAS *et al.*, 2001). No que concerne a análise do peso para estatura (P/E), 17% estavam com risco de sobrepeso e 13% com sobrepeso, os demais estavam na faixa de normalidade. Estudo realizado no povo indígena Suruí de Rondônia também detectou sobrepeso em crianças utilizando o mesmo indicador (P/E) e baixa estatura para idade com o índice E/I (ORELLANA *et al.*, 2006). Esses achados apontam para mudanças nos hábitos alimentares das populações indígenas (SAMPEI *et al.*, 2007). O índice peso para idade (P/I) mostrou que 6,3% estavam com o peso elevado para a idade e 2% baixo peso para a idade.

#### Perfil alimentar das crianças

Concernente ao tipo de leite ofertado notou-se que 6,3% das crianças do estudo estavam em aleitamento materno exclusivo, 12,6% em aleitamento materno predominante, 40,4% uso apenas do leite integral e 31,8% ambos os leites, isto é, tanto o materno quanto o integral. Sendo que 81% delas fazem uma alimentação complementar. É digno de nota destacar que entre as crianças menores de 6 meses apenas uma terceira parte das crianças estavam em aleitamento exclusivo, o que aponta para introdução precoce da alimentação complementar.

Entende-se por aleitamento materno exclusivo (AME) 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, o qual é preconizado

pela OMS até o 6º mês de vida. Já o AM predominante tem por fonte principal de nutrição o leite humano, contudo, o neném recebe água, chá, sucos e/ou outros líquidos. O AM complementado inclui além do leite materno alimentos líquidos, sólidos ou semi-sólidos (GIUGLIANI, 2000; TEIXEIRA *et al*, 2010).

Referente à oferta de leite materno provindo direto da mãe, 98% das crianças do estudo receberam esse leite. Nenhuma delas foi amamentada por ama de leite ou banco de leite humano. Em contrapartida, uma mãe relatou não ter amamentado seu filho argumentado falta de leite.

Existem casos de mães que não conseguem amamentar seus filhos por insegurança, falta de apoio e incentivo da família, pega incorreta da mama pelo bebê, uso da mamadeira e chupeta, provocando ‘confusão de bicos’ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL 2009). Destaca-se que para o bebê é mais fácil sugar a mamadeira que o peito da mãe, levando-o, em muitos casos a rejeitar o peito.

Várias evidências científicas tem mostrado não somente as desvantagens da substituição do leite materno por outros leites quanto a sua superioridade como fonte de alimento, além de proteger o bebê contra doenças, infecções, ajudar no desempenho cognitivo e aumentar o vínculo afetivo entre mãe e filho (GIUGLIANI, 2000; MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL 2009; MARTINS *et al*, 2012).

Mesmo com o aumento das taxas de amamentação e do conhecimento acerca dos benefícios do AM por dois anos ou mais, tanto para a criança quanto para a mãe, ainda é notável a inclinação ao desmame precoce (MARTINS *et al*, 2012) (GIUGLIANI, 2000). Os resultados encontrados nesse estudo condizem com essa afirmação, visto que apenas 27,6% das crianças entre 12-60 meses recebiam leite materno. Grande parte das crianças estudadas nunca teve aleitamento materno exclusivo (72,3%) e apenas 10,6% delas amamentaram exclusivamente entre cinco e seis meses.

Martins *et al* (2012) destacam alguns fatores determinantes da interrupção precoce do AM: socioeconômicos, culturais, biológicos e demográficos.

Em relação à introdução de alimentos altamente energéticos e pouco nutritivos em idade precoce, notou-se um consumo excessivo pela maioria das crianças do estudo. Por exemplo, suco artificial em pó apareceu em 100% das crianças na faixa etária entre 06-24 meses; o café com açúcar, salgadinhos, doces, bombons e pirulitos tiveram grande repercussão, 90% a 100%, na faixa etária de 12-60 meses. É bastante significativo também o consumo de refrigerante, biscoitos recheados e macarrão instantâneo, especialmente na idade entre 12-24 meses.

De acordo com Toloni *et al* (2011), a introdução de alimentos altamente energéticos e de baixo valor nutricional desde os primeiros anos de vida associado, em muitos casos, ao abandono precoce do aleitamento materno, são aspectos impactantes no crescimento e desenvolvimento do infante, comprometendo a proteção do sistema imunológico, influenciando processos alérgicos e complicações nutricionais.

O consumo excessivo de açúcares simples, gorduras saturadas e *trans*, sódio, refrigerantes e outros, além da redução de alimentos fontes de fibras e carboidratos complexos, são fatores determinantes do aparecimento precoce de Doenças Crônicas Não - Transmissíveis (DCNT). Além disso, os salgadinhos, enlatados, balas, frituras, café e outros alimentos podem causar irritações na mucosa gástrica da criança por ser mais sensível nos primeiros anos de vida, pondo em risco a digestão e absorção de nutrientes (TOLONI *et al*, 2011).

Os hábitos alimentares são formados no início da vida, portanto, uma prática alimentar inadequada logo na infância poderá influenciar negativamente os padrões de alimentação na fase adulta. É essencial que nos primeiros anos de vida o indivíduo seja encorajado a ter uma alimentação saudável, nessa fase a escolha dos alimentos depende de

quem alimenta a criança, portanto, o papel dos pais ou outros cuidadores é indispensável para que se incorpore uma alimentação adequada desde a infância. Os profissionais da saúde com competência para tal são também responsáveis no sentido de dar as orientações necessárias a cerca da alimentação às famílias a fim de que essas possam exercer seu papel com a máxima segurança.

Notou-se que menos da metade das crianças com idade abaixo de 2 anos consomem frutas e vegetais diariamente. O consumo dos vegetais mostrou ser menor ainda em relação às frutas, 25% e 31% respectivamente, fato observado também nas crianças com idade acima de 2 anos; apenas 26% dessas ingeriam diariamente frutas e vegetais.

Segundo Muniz *et al.* (2013) entre os dez principais fatores de risco para a carga global de doenças está o baixo consumo de frutas e vegetais. Esses são componentes indispensáveis numa dieta saudável por serem boas fontes de fibras, minerais, vitaminas e outros componentes. A OMS define como ingestão adequada desses alimentos pelo menos 3 porções diárias, equivalente a 400 gramas/dia. Os indivíduos mais jovens tendem a consumir menos frutas, verduras e legumes, por isso, a atenção nesse aspecto, com esse grupo, deve ser dobrada. Especialmente às crianças que necessitam de maior proteção à sua saúde.

Por outro lado, a ingestão de feijão e de leite e derivados foi 63% e 100% na faixa etária abaixo de 2 anos e de 100% para o grupo dos feijões e 74% para leite e derivados na idade entre 24-60 meses, indo ao encontro com as recomendações do Ministério da Saúde, em seu Guia Alimentar para a População Brasileira (Brasil, 2005, pg 62). A maioria apresentou um consumo semanal (1-2 ou 2-4 vezes) de carnes 44% e 48%, de acordo com suas respectivas faixas etárias (05-24 e 24-60 meses). Recomenda-se uma porção diária, pois esse alimento constitui ótima fonte de ferro prevenindo a anemia, principalmente em crianças. O arroz, cereal mais consumido por ambos os grupos teve um consumo diário em

94% das crianças menores de 2 anos e 100% nas idades a partir de 2 anos. O consumo de açúcar foi também de 100% nesta faixa etária e 95% naquela faixa etária. Esse alimento é comumente usado pelas mães para adoçar o café com leite ou café e leite puros, os sucos artificiais em pó ou suco natural, o mingau e outros alimentos doces, dos filhos.

### Hábitos alimentares das famílias

Em relação ao consumo de determinados alimentos pelas famílias verificou-se que a média do consumo mensal de óleo é 2,8 litros, enquanto o consumo de açúcar possui média de 8 kg ao mês, já o consumo médio de sal é de 1,6 kg/mês. Alguns 6,6% fazem, às vezes, adição de sal a comida, 18,1% adiciona sal raramente a comida, 3,3% faz isso com frequência e aproximadamente 72% não tem esse hábito.

Aproximadamente 78,8% das mães declararam preparar a comida de modo que fique para outra refeição, sendo na maioria das vezes deixada em cima do fogão de lenha ou de gás, 90,9% realizam cotidianamente essa prática. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2007) preconiza a conservação dos alimentos prontos em temperatura segura, isto é, em temperatura bem fria – abaixo de 5° C – ou bem quente – acima de 60° C. Deixá-los em temperatura ambiente oferece sérios riscos à saúde em virtude do rápido crescimento das bactérias e, conseqüentemente da contaminação microbiológica. Portanto, um aconselhamento quanto ao armazenamento correto das refeições faz-se necessário, visto que os resultados são preocupantes. Destaca-se que boa parte das famílias possui geladeira em casa não sendo esse um empecilho para adesão da orientação.

A higienização das frutas e hortaliças apenas com água foi relatada por mais da metade das mães (51,5%), uma terceira parte relatou usar água e água sanitária na limpeza desses alimentos, 15% referiu usar água e vinagre e 3,3% usa água e sabão. O Ministério

da Saúde (BRASIL 2005) aconselha que após lavar as frutas e hortaliças em água corrente deixar por 10 minutos em água clorada.

Em referencia ao tratamento da água para o consumo 69,9% declarou utilizar água filtrada e clorada e 30,3% apenas água clorada. Não houve relatos de não tratamento da água por nenhuma das famílias participantes. O fato de a comunidade ser localizada em região seca, com escassez de chuvas boa parte do abastecimento de água, em certas épocas do ano, dar-se por meio do caminhão pipa, cuja água transportada provém de poços artesanais ou caixas d'água de cidades vizinhas. Muitas vezes as redes internas de fornecimento (os reservatórios, cisternas ou caixas d'água) como também o meio de transporte não constam de manutenção da higiene causando problemas de saúde à população pelo uso de água contaminada (ALVES *et al*, 2002).

### Segurança Alimentar - SA

A escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) tem sido utilizada para avaliar a condição de insegurança alimentar (IA) em estudos populacionais no Brasil, bem como os indicadores sociais e nutricionais associados (PIMENTEL *et al*, 2009).

As condições de segurança ou insegurança alimentar representadas no gráfico 4 mostram que 39,6% das famílias apresentam IA leve, 15,5% IA moderado, 12% IA grave e 33% declararam estar em segurança alimentar (SA).

Os resultados são relevantes visto que mais da metade das famílias (67,1%) estão em insegurança alimentar. Mesmo aquelas cuja IA é leve, que a título de exemplo é a maioria, sofrem restrições alimentares e logicamente as crianças também estão sendo suprimidas de alimentos e nutrientes em quantidade e qualidade.

Esses achados se contrapõem a classificação do estado nutricional das crianças, onde grande parte está com peso e estatura adequados para a idade, porém não exclui a possibilidade de carências nutricionais, afinal uma alimentação precária em nutrientes essenciais pode afetar a condição nutricional. Os indicadores antropométricos integram medidas diretas do estado nutricional, mas indiretos para medir a segurança ou insegurança alimentar (CORRÊA, 2007).

De acordo com Oliveira *et al* (2010), o acesso regular e permanente a produtos alimentícios adequados para boa condição de saúde e nutrição as famílias de baixa categoria socioeconômicas mostra-se um problema, desempenhando uma condição insegura. A instabilidade de emprego e geração de renda são fatores que expõem essas pessoas a situação de vulnerabilidade e ameaça de não dispor habitualmente de recursos para aquisição de alimentos suficientes para suprir a demanda familiar.

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) mostrou que mesmo com o aumento do acesso a alimentos por beneficiários do PBF uma parcela significativa (21%, representando 2,3 milhões de famílias) encontra-se em situação de IA grave (estado de fome) ainda 34% (3,8 milhões de famílias) encontram-se em IA moderado (redução na quantidade de alimentos) e 28% (ou 3,1 milhões de famílias) apresentam insegurança alimentar leve (não falta alimento, contudo existe preocupação em relação ao consumo no futuro) e 17% (correspondente a 1,9 milhão de famílias) estão em situação de segurança alimentar e nutricional.

Resultados semelhantes são apresentados aqui, pois mesmo 91% das famílias relatando serem beneficiárias do PBF muitas estão em situação de IA (67,1%) valor próximo à média nacional (83%). Esse quadro sugere políticas de governo que assegurem com maior eficácia o direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentação de qualidade e em quantidade suficiente.

Esse estudo apresenta limitações, pois em alguns itens da pesquisa como é o caso da variável renda familiar, não houve veracidade da informação em determinados casos. Algumas famílias rebaixaram o valor real de sua renda mensal. Apesar de se ter usado a máxima discrição ao aplicar perguntas às mães/famílias que pudessem lhe gerar certa insegurança não se pode evitar lacunas.

Outro fator limitante está relacionado com a literatura visto que se encontram poucos trabalhos sobre as condições de nutrição das crianças indígenas, além da dificuldade para comparar os resultados por ocasião do uso de metodologias muito diferenciadas.

## CONCLUSÕES

Os resultados encontrados apontam para um estado nutricional das crianças, em sua maioria, com peso e estatura adequados para a idade. É notável também a prática do aleitamento materno por boa parte das mães, contudo, o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de idade é pouco prevalente, fato que pode estar influenciando o sobrepeso e obesidade em crianças entre 0 e 24 meses, uma vez que as mães costumam usar espessantes como maisena, mucilon, cremogema e outros para preparar as refeições dos filhos, isto é, o mingau, além do uso frequente de açúcar refinado nesse preparo.

É preocupante não somente a introdução precoce de alimentos como também o consumo excessivo de alimentos altamente energéticos e pouco nutritivos pela grande maioria das crianças, esse aspecto poderá trazer sérias complicações à saúde desses indivíduos a médio ou longo prazo, caso não ocorra nenhuma intervenção de educação alimentar e nutricional.

Diante disso, faz-se realmente necessário desenvolver ações de promoção à saúde, incluindo reeducação alimentar, com a finalidade de garantir melhores condições de saúde e alimentação, além de facilitar a compreensão e o entendimento das famílias sobre os benefícios do leite materno para a mãe, o bebê e a família, mesmo porque diminuirá os gastos com a compra do leite artificial e/ou gastos com problemas de saúde na criança, pois o leite humano protege contra infecções e outras doenças. É de suma importância trabalhar com as famílias a alimentação complementar e como a escolha de alimentos ajudará no crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, destacando ainda os benefícios de uma alimentação adequada para todos, sem grandes custos financeiros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALVES, Nilton César; ODORIZZI, Augusto Cesar; GOULART, Flávia Cristina. Análise microbiológica de águas minerais e de água potável de abastecimento, Marília, SP. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 6, Dec. 2002.
2. ANVISA. **Guia Didático: Alimentos, Medicamentos, Serviços e Produtos de interesse à Saúde**. pg, 13-34. Brasília – DF, 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 Anos. Série A. Normas e Manuais Técnicos**; n. 107. Brasília-DF: Secretaria de políticas de Saúde/MS, 2002.
4. BRASIL - Ministério da saúde. **Guia Alimentar para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável**. Brasília-DF: Secretaria de Atenção à Saúde/MS, 2005.
5. BRASIL- Ministério da saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)**. Brasília-DF: Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos/MS, 2008.
6. BRASIL-Ministério da saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília-DF: Fundação Nacional de Saúde/MS, 2002.
7. BRASIL - Ministério da saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar**. Caderno de atenção básica, nº 23. Brasília-DF: Secretaria de saúde 2009.

8. CALDAS, Aline Diniz Rodrigues; SANTOS, Ricardo Ventura. Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, June 2012.
9. CAPELLI, Jane de Carlos Santana; KOIFMAN, Sergio. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Mar. 2001.
10. CASTRO, Teresa Gontijo de et al . Estado nutricional dos indígenas Kaingáng matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, Sept. 2010.
11. COIMBRA JR., Carlos E.A.; SANTOS, Ricardo 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, v. 7, n. 4, Dec. 1991.
12. CORREA, Ana Maria Segall. Insegurança alimentar medida a partir da percepção das pessoas. **Estudos Avançados**, São Paulo , v. 21, n. 60, Aug. 2007 .
13. ENGSTROM, Elyne M.; ANJOS, Luiz A.. Relação entre o estado nutricional materno e sobrepeso nas crianças brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 3, June 1996.

14. FAGUNDES, Ulysses; GARCIA OLIVA, Carlos Alberto and FAGUNDES-NETO, Ulysses. Avaliação do estado nutricional das crianças índias do Alto Xingu. *J. Pediatr. (Rio J.)* [online] vol.78, n.5 [cited 2014-06-07], pp. 383-388, Porto Alegre Sept./Oct. 2002.
15. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas**. Relatório Final. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/grupos/arquivos/2013-01-23%2013:44:23.pdf>.
16. IBASE. **Repercussões do programa bolsa família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas**. Documento Síntese PBF, pg. 8. Rio de Janeiro, junho de 2008.
17. 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.
18. MARTINS, Sandro J.; MENEZES, Raimundo C.. Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da Tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991). *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 28, n. 1, Feb. 1994 .
19. 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 .
20. OLIVEIRA, Juliana Souza et al . Insegurança alimentar e estado nutricional de crianças de Gameleira, zona da mata do Nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife, v. 10, n. 2, June 2010 .
21. 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.

22. PIMENTEL Patricia Gomes 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.
23. RIBAS, Dulce Lopes Barboza et al . Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, Mar. 2001 .
24. 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.
25. SQUINCA, Flávia A.; PALHARES, Dario; GONÇALVES, Joalice. S. Complementação do debate sobre Saúde da Criança e do Adolescente Indígena. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, 8(2), 211-223, jun, 2014.
26. 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 .
27. TOLONI, Maysa Helena de Aguiar et al . Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 24, n. 1, Feb. 2011 .

## ANEXOS

### Anexo 1



Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Departamento de Nutrição

#### **Pesquisa: Perfil Epidemiológico e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia Atikum, Pernambuco, Brasil.**

Data da visita: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

##### **A) – Entrevistado (a):**

Nome: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

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

Nome da criança/adolescente: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Fem. ( ) Masc.

Aldeia onde mora: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_

##### **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) - Tipo de moradia:**

Paredes: ( ) alvenaria ( ) taipa ( ) tijolo Piso: ( ) cimento ( ) cerâmica ( ) barro/chão

Acabamento: ( ) com reboco ( ) sem reboco Cobertura: ( ) telha ( ) palha ( ) estucado

##### **E) - 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

##### **F)- 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)

( ) sim ( ) não

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  <b>Temperos</b> ( ) naturais ( ) cubos ( ) sal e alho industrializado  <b>Gordura</b> ( ) óleo de adição ( ) óleo para refogar ( ) azeite ( ) margarina/manteiga ( ) banha ( ) pertences porco  <b>Utensílios para oferta</b> ( ) colher plástico ( ) colher de metal ( ) garfo Outros: _____
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>Gordura</b> ( ) óleo de adição ( ) óleo para refogar ( ) azeite ( ) margarina/manteiga ( ) banha ( ) pertences porco  <b>Utensílios para oferta</b> ( ) colher plástico ( ) colher de metal ( ) garfo Outros: _____
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: _____	<b>Utensílios para oferta</b> ( ) colher plástico ( ) colher de metal ( ) garfo Outros: _____
Jantar	Vegetal A ( ) - Variedade – não ( ) sim ( ) _____ Vegetal B ( ) - Variedade – não ( ) sim ( ) _____ Arroz ( ) _____ Substituto arroz ( ) _____ Feijão ( ) _____ Carnes: Frango ( ) Bovina ( ) Peixe ( ) Ovo ( ) _____ Fruta ( ) _____ Doces ( ) _____	<b>Modo oferta</b> ( ) misturado ( ) separado

_____	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 lavadas 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 ( ) Em cima do fogão ( ) De lenha ( ) a gás ( ).

**Segurança alimentar e nutricional:**

Nos últimos 12 meses: **1.** Alguma vez acabou os alimentos para as refeições da família 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 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, fôrma, caseiro)							
Margarina/manteiga							
Biscoito água e sal							
Biscoito sem recheio							
Biscoito recheado							
Bolo comum							
Hortaliça crua							
Hortaliça cozida							
Feijão							
Frutas							
Carne bovina							
Carne de frango							
Fígado bovino							
Peixe							
Ovo frito, omelete							

Embutidos (salsicha, lingüiçactc)							
Leite em pó integral							
Leite fermentado (Yacult, Chamyto)							
Leite fluído							
Leite materno							
Bebida láctea, iogurte							
Espessantes (farinha láctea, maizena, cremogema, mucilon)							
Chocolate, bombons, pirulitos							
Açúcar refinado							
Achocolatados em pó							
Doce de frutas, doce de leite, outros							
Salgados (pastel, coxinha, pão de queijo)							
Salgadinhos							
Suco de frutas natural							
Suco artificial em pó							
Suco de fruta em caixa							
Café com açúcar							
Refrigerante							

## **Anexo 2**

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE**

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto: Perfil epidemiológico e nutricional de crianças indígenas da etnia Atikum - Serra Umã, Pernambuco, Brasil.

A pesquisa tem como objetivo traçar o perfil epidemiológico e nutricional de crianças indígenas da etnia Atikum. O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos rigoroso sigilo, dando-lhe garantia que seu nome não aparecerá omitindo totalmente quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

Sua participação será mediante Autorização para pesagem e medição de crianças com até 5 (cinco) anos de idade. Serão utilizados equipamentos como balanças e estadiômetro/infantiômetro apropriados para a idade das crianças, sem riscos ou incômodo. A duração desse procedimento será de no máximo 5 minutos. Será aplicado também um questionário no qual será relatada a dieta habitual e a frequência com que os pais e/ou cuidadores ofertam alguns alimentos para as crianças, além de informações que caracterizam as condições socioeconômicas das famílias. A duração desse procedimento será de aproximadamente 10 minutos, e não envolve nenhum risco. O (a) Senhor (a) pode recusar-se a responder (ou participar de qualquer procedimento) ou questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a). Informamos que sua participação é voluntária, ou seja, não envolve pagamento ou cobrança.

Caso seja detectada qualquer anomalia no estado nutricional, o (a) participante será remitido ao profissional da medicina ou da nutrição para se tomarem as medidas corretivas ou preventivas necessárias.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília (UnB) podendo ser publicados posteriormente, e para os moradores das aldeias participantes. Atividades práticas, que irão contribuir para a melhoria das condições nutricionais das crianças e famílias, serão desenvolvidas. Será de responsabilidade do pesquisador a guarda dos dados e materiais utilizados na pesquisa.

Em caso de dúvida no que diz respeito à pesquisa, por gentileza, o (a) Senhor (a) deverá telefonar para: Dr. Edgar Merchan-Hamann, na instituição Universidade de Brasília, telefone: (61) 3107-1944.

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

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

---

Nome / assinatura do participante

---

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.