

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

GUARANI TEKOÁ PYAU
A ALIMENTAÇÃO E ESTADO NUTRICIONAL
DAS CRIANÇAS INDÍGENAS

Ana Carolina Almeida
Isabella Lucchesi
Marianne Gonçalves
Natália Mitie Tiuganji
Samara Ferrari

SÃO PAULO
2017

GUARANI TEKOÁ PYAU
A ALIMENTAÇÃO E ESTADO NUTRICIONAL
DAS CRIANÇAS INDÍGENAS

Ana Carolina Almeida
Isabella Lucchesi
Marianne Gonçalves
Natália Mitie Tiuganji
Samara Ferrari

Trabalho para a Disciplina Integradora: Avaliação Nutricional e Alimentar de Populações (0060020) do 5º Semestre do Curso de Graduação em Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, realizado sob a orientação da Docente Dra. Regina Mara Fisberg

São Paulo
2017



Curumim da *Tekoá Pyau*. Autoria: Paulo Liebert

Os *karai* [não indígenas] nunca entenderam porque queremos a mata. Nós fazemos parte dela, precisamos dela para sobreviver. Os animais, tatus [...] são nossos parentes. Com a autorização de *Nhanderu* podemos pegar eles para comer. Aí vieram e destruíram a mata [...]. Como não temos mais diferentes tipos de árvores, diferentes tipos de frutos, hoje não temos mais como ter uma alimentação natural. Hoje somos pobres, não porque os brancos não querem fazer algo por nós ou dar dinheiro. Nós somos pobres porque a natureza foi destruída. Somos pobres física e espiritualmente. Só nossos parentes, natureza, é que garantirão o futuro das nossas gerações. Se esses parentes deixarem de existir não terá futuro da nossa geração.

Sr. Damásio, do *Tekoá Y'Hovy* (PR)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	4
2	OBJETIVO	7
3	MÉTODOS	7
	3.1 O GRUPO DE ESTUDO.....	7
	3.2 A COLETA DE DADOS.....	8
	3.3 MENSURAÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.....	10
	3.4 QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR.....	11
	3.5 QUESTIONÁRIO QUALITATIVO SEMI-ESTRUTURADO.....	12
4	ANÁLISE DOS DADOS	13
5	RESULTADOS	14
	5.1.MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.....	14
	5.2 DADOS DE CONSUMO ALIMENTAR.....	16
6	DISCUSSÃO	19
7	PERCEPÇÕES DE SAÚDE SEGUNDO A VISÃO GUARANI	21
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	8.1 QUESTIONAMENTOS E REFLEXÕES.....	22
	8.2 LIMITAÇÕES E VIESES DA PESQUISA.....	23
9	REFERÊNCIAS	25
 ANEXOS		
	Anexo 1 - Modelo de questionário.....	29
	Anexo 2 - Autorização do coordenador.....	30

1 INTRODUÇÃO

Desde 1500, as populações indígenas do Brasil vem decrescendo exponencialmente. Apesar de muitos povos terem sido extintos durante esse período de exploração, escravidão e genocídio, segundo o IBGE, em 2010, o Brasil contava com 817.963 indígenas no território nacional, caracterizando 305 diferentes etnias e 274 línguas faladas. Ao contrário das crenças populares, todos os estados da federação possuem indígenas, especialmente as da Região Norte. Embora exista um predomínio das aldeias em zonas rurais, 315.180 indivíduos residem em áreas urbanas. Especificamente no Sudeste, a população indígena chegava a quase 10 mil habitantes em 2010, no qual a maioria se concentrava no Estado de São Paulo. A dinâmica do índio próximo a grandes centros urbanos apresenta uma interface entre as tradições milenares e a agregação dos saberes, comportamentos e tecnologias contemporâneos. A capital paulista conta com aldeias indígenas em duas Regiões: Jaraguá e Parelheiros (FUNAI, 2017; IBGE, 2010; Prefeitura de São Paulo, 2017; Faria CS, 2016).

Os povos Guarani possuem hábitos migratórios, compreendendo como território herdado pelos ancestrais grandes extensões de terra (*Yvy rupa*), e não apenas a área onde se localiza a aldeia (*Tekoá*). Este modo de viver é conhecido como *nhandereko*, e possui significado político, social e espiritual para esses povos. A Tekoá Pyau possui uma área extremamente delimitada e comprimida pelo entorno urbano e processos de favelização. Os Guarani constituem um grupo heterogêneo que se reconhece na terra, e se compreende como dependente da mesma. A falta de acesso à terra não só priva os hábitos de plantio de roças, coleta de frutas e raízes silvestres, caça e pesca; como está diretamente ligado à saúde e bem estar destas sociedades (Faria CS, 2016 ; Silva FON, 2008; Ribas DLP et al., 2001; Mainard C, 2015).

A alimentação tradicional indígena é proveniente da coleta de alimentos silvestres e sua sazonalidade, assim como da pesca e caça de pequenos e grandes animais da fauna local. Alguns povos são tradicionalmente agricultores, como os Guarani e Tupinambás; estes plantam em roças familiares⁽¹⁾ e roças comunitárias. Os pomares são de uso da comunidade, assim como alguns alimentos e locais de preparo. A mandioca é indispensável à alimentação cotidiana dos índios brasileiros. Em 1584, Gandavo já descrevia a alimentação indígena como: “o que lá se come em lugar de pão é farinha de pau. Esta se faz da raiz duma planta que se chama mandioca, a qual é como inhame”. Da mandioca (*mãdi'og / mani'iwa*) se fazia os beijus (*mbeiyu*) e farinhas (*uí-puba*), que acompanhavam desde carnes até frutas; além de bebidas fermentadas. Os indígenas brasileiros sempre tiveram conhecimento do fogo, e usavam-no não apenas para o preparo de alimentos e defesa, como também para fins mágicos, segundo os registros dos primeiros colonos. Nas roças indígenas se plantava mandioca, batatas, milho, feijões, inhames, abóboras. Na caça, destaca-se a paca, capivara, tatu, porco do mato, nambu (Ribas et al., 2001; Faria CS, 2016 ; Cascudo LC, 2011; Dicionário Ilustrado Tupi Guarani, 2017).

¹ A concepção de família nessas sociedades é discordante da concepção ocidental judaico-cristã. Entende-se por família agregados consanguíneos entre duas e três gerações residindo com a sua prole em uma mesma moradia.

A Aldeia Guarani Tekoá Pyau (“*Aldeia que renasce*”) localiza-se na região noroeste do Município de São Paulo, no distrito de Jaraguá. Atualmente, residem 240 famílias indígenas na comunidade. A Aldeia ocupa uma área de 12.151,00 m², sendo o menor território indígena demarcado do Brasil. Apesar da proximidade geográfica com o Pico do Jaraguá, os Guarani não podem utilizar a mata atlântica da reserva ambiental do Parque Estadual como meio de subsistência para a caça, pesca, coleta e plantio. O entorno urbanizado da região, com áreas de risco e processos de favelização, aumentam à exposição dos índios ao meio urbano e processos culturais distintos (Prefeitura de São Paulo, 2017; Cabral MP, 2008; Silva FON, 2008; Faria CS, 2016).

Imagem 1. Habitações da Aldeia Tekoá Pyau com o Pico do Jaraguá ao fundo.



Fonte: Cabral MP (2007)

A Terra Indígena do Jaraguá é classificada, pela FUNAI, como Tradicionalmente Ocupada e Regularizada (1987) para uma área de superfície de 1,7566 hectares. A Aldeia Guarani Tekoá Pyau conta com serviços comunitários comuns, sendo estes: um posto de saúde da FUNASA, uma escola estadual e um centro cultural municipal (CECI - Centro de Cultura e Educação Indígena), no qual as crianças das Aldeias são alfabetizadas em Língua Portuguesa e Língua Guarani. Equipes voluntárias construíram uma cozinha comunitária na Tekoá para que se possam fazer eventos para reunir os jovens da comunidade para práticas de conscientização social, cultural e ambiental. Ademais, o território conta ainda com um campo de futebol, como espaço de lazer. Um dos aspectos críticos é a falta de saneamento adequado, pois a Aldeia conta com aproximadamente 15 banheiros públicos para todas as famílias residentes, nos quais os dejetos são despejados em fossas sépticas que geram vazamentos frequentes (FUNAI, 2017; Silva FON, 2008; Cabral MP, 2008).

O perfil epidemiológico das populações indígenas apresenta diferenças desfavoráveis em comparação ao perfil vivenciado pelo país. Em 2001, aproximadamente 46% do indígenas morriam antes dos 15 anos, dentre esses, 31% não atingiam o primeiro ano de vida. Apesar da queda da mortalidade infantil nesses grupos, os números permanecem alarmantes. Ao se observar a distribuição do perfil de morbidades notificadas, têm-se que 35% correspondem a casos de parasitoses intestinais, 34% infecções intestinais e 23% de micoses. As gastroenterites, diarreias e

desidratação estão fortemente associadas a altas taxas de mortalidade infantil em populações vulneráveis. Especificamente, os Guarani ainda apresentam altas taxas de hospitalização e óbitos de crianças por parasitoses intestinais e doenças respiratórias agudas, devido às precárias condições sociais, de saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. Estudos em populações indígenas demonstram taxas ainda altas de baixo peso ao nascer, desnutrição infantil crônica, déficit de estatura, retardo severo do crescimento e anemia moderada; com prevalências superiores à média da população brasileira. Nos últimos anos, observa-se o aumento da prevalência de obesidade em crianças indígenas, sobretudo das que residem no meio urbano (Ribas et al., 2001; Garnelo L et al., 2003; Barreto CTG et al., 2014, Cabral MP, 2008).

Com a falta de terra para as roças e criação de animais domésticos, como galinhas e porcos, percebe-se um aumento da presença de alimentos ultraprocessados na alimentação dos índios brasileiros. A redução territorial associada à precariedade dessas comunidades levam a aquisição de gêneros alimentícios de baixo custo como arroz, macarrão, óleo de soja, açúcar, embutidos, carnes de cortes gordos, pães, biscoitos, refrescos em pó e refrigerantes. O consumo de alimentos ricos em carboidratos simples associados com o excesso de gorduras de origem animal acaba por modificar o consumo alimentar cultural desses povos e refletindo no seu estado nutricional e de saúde em geral. Focando na Tekoá Pyau, no Jaraguá, a área reduzida da Aldeia, a proibição de caça e coleta no Parque Estadual do Jaraguá, a poluição das nascentes ao entorno e a proximidade de centros urbanos; vem aumentando a presença de alimentos industrializados em detrimento dos alimentos tradicionais Guarani. Um exemplo bem caricato desta situação é o campeonato de futebol entre os jovens indígenas desta Aldeia, onde o prêmio ao time vencedor são refrigerantes (Ribas DLB, 2001; Barreto CTG, 2014; Faria CS, 2016, Cabral MP, 2008).

Em termos de Saúde Pública, a questão indígena vem sendo negligenciada historicamente. O estigma do indígena ainda é muito presente na sociedade brasileira, onde estes são marginalizados e acabam se tornando grupos de extrema vulnerabilidade socioeconômica. A baixa renda per capita, a luta pelo acesso e demarcação de terras, as condições ambientais insalubres, a alta densidade familiar e o acesso precário à atenção à saúde levam à necessidade de construção de políticas públicas de saúde, acesso à alimentação e apoios de repasse financeiro a esses grupos populacionais. A distribuição desigual, as determinações históricas e culturais e a exclusão social afetam a saúde do indivíduo e do coletivo, logo, estudar essas condições e compreender os determinantes que conduzem a esse desfecho faz parte do que se espera de um profissional de saúde íntegro e com um olhar empático. Partindo-se dessa percepção ampliada e holística de saúde social, justifica-se a escolha deste tema de trabalho por conciliar as perspectivas da Nutrição com toda as considerações que envolvem o consumo e hábito alimentar (Sena RR, Silva KL, 2007; Faria CS, 2016; Ribas DLB, 2001; Garnelo L et al., 2003; Cabral MP, 2008).

2 OBJETIVOS

Avaliar o estado nutricional, adequação às necessidades e determinantes do consumo alimentar de crianças indígenas de 5 a 10 anos de idade da Guarani Tekoá Pyau.

3 MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal observacional, contando com um único levantamento de dados antropométricos, as quais foram transformadas em dados globais. O estudo foi delineado permitindo maior conhecimento da comunidade local, seus hábitos e costumes. Tal logística favoreceu uma compreensão mais ampla das características intrínsecas ao grupo de estudo.

3.1 O GRUPO DE ESTUDO

A amostra é composta por 24 crianças indígenas de ambos os sexos, entre 2 e 10 anos de idade, residentes na Aldeia Guarani Tekoá Pyau (São Paulo). As crianças foram selecionadas de acordo com a presença e participação voluntária no local de coleta de dados, o CECI Jaraguá.

A amostra foi subdividida em dois grupos distintos: crianças menores de 5 anos e crianças com 5 a 10 anos, para sua comparação posterior às populações de referência infantis sugeridas pela Organização Mundial de Saúde (2006, 2007). Ainda em relação a seleção das crianças, utilizou-se como critério de exclusão crianças com aparentes deficiências, doenças limitantes ou síndromes que pudessem comprometer o resultado final da análise. Os critérios de inclusão para compor o grupo amostral foram: ser criança autodenominada indígena Guarani, residir na aldeia Tekoá Pyau, possuir idade declarada entre 2 e 10 anos de idade, aceitar participar da coleta de medidas antropométricas de livre e espontânea vontade e ser associada ao CECI Jaraguá.

Imagem 2. Grupo populacional estudado: crianças indígenas entre 5 e 10 anos de idade.



Fonte: Daia Oliver (R7)

3.2 A COLETA DE DADOS

Os dados presentes neste trabalho foram obtidos mediante 4 visitas, realizadas nos dias: 17/04/17, 27/04/17, 30/05/17 e 15/06/17 às instituições e entidades compreendidas no território indígena da Aldeia Tekoá Pyau, localizada no subdistrito do Jaraguá na zona noroeste da capital paulistana, que incluem: Centro de Educação e Cultura Indígena (CECI); Unidade Básica de Saúde Aldeia Jaraguá Kwaray Djekupe; centro espiritual da aldeia e demais locais ao redor destes. Os locais visitados variaram conforme o dia da visita, sendo subdivididos por natureza dos dados, devidamente representados na **Imagem 3**.

Imagem 3. Fonte de coleta segundo a natureza dos dados.

Natureza dos dados	Fonte de coleta
Sociodemográficos	Órgãos governamentais, Literatura Científica, Liderança Jovem da Aldeia, Coordenador do CECI Jaraguá
Ambientais	Órgãos governamentais, Literatura Científica, Liderança Jovem da Aldeia, Coordenador do CECI Jaraguá, observação armada
Histórico e culturais	Literatura Científica, Liderança Jovem da Aldeia, Coordenador do CECI Jaraguá, observação armada, observação etnográfica (oficina de alimentação tradicional Guarani)
Saúde infantil	Órgãos governamentais, Literatura Científica, Liderança Jovem da Aldeia, Coordenador do CECI Jaraguá, nutricionista da Equipe de Saúde Indígena, familiares
Antropométricos	Mensuração (CECI Jaraguá)
Consumo alimentar	Literatura Científica, Liderança Jovem da Aldeia, Coordenador do CECI Jaraguá, observação armada, Oficina de alimentação tradicional Guarani, responsáveis das crianças e crianças da amostra

Fonte: própria

A primeira visita efetuada no dia 17/04/17, destinou-se ao recolhimento de informações à respeito da organização e funcionamento do local, dialeto utilizado pelos pais, dados demográficos, aquisição de alimentos, existência de saneamento básico e outras informações que contribuíssem para o conhecimento da população estudada e para o delineamento do projeto. Para tanto, realizou-se uma entrevista aberta com o coordenador do Centro de Educação e Cultura Indígena, onde informou-se ao mesmo os objetivos do projeto e obteve-se a autorização para coleta de dados e trabalho com as crianças, presente em anexo. Na ocasião foi perguntado a melhor abordagem para coleta de dados e entrevista com os familiares, a existência de termos que

fossem considerados inadequados e/ou desrespeitosos para sua cultura e iniciou-se o recolhimento das primeiras informações à respeito do consumo alimentar e cultura Guarani.

A segunda visita realizada no dia 27/04/17 foi motivada pelo evento do Dia da Alimentação Tradicional Guarani, no qual o grupo observou as atividades realizadas, que incluíram a preparação do biju com mel e peixe assado envolto em folhas de bananeiras no espaço comunitário. Após isso, seguiu-se uma entrevista aberta com um dos membros da Liderança Jovem Guarani, Thiago. A entrevista aconteceu dentro da Casa Sagrada da Aldeia, um lugar de meditação, rezas e rituais espirituais. Durante a entrevista, diversas informações foram reunidas, tais quais: a história milenar do povo Guarani, as questões sociopolíticas da Tekoá Pyau, tradições e costumes alimentares, a concepção de criança na cultura Guarani, a situação epidemiológica de doenças infecciosas nas crianças da aldeia, além do contraponto atual entre a alimentação tradicional ancestral e a alimentação possível de ser realizada no contexto urbano e de vulnerabilidade social.

As medidas antropométricas foram aferidas no dia 30/04/17, e ocorreram em um “anfiteatro” concedido por um dos líderes da aldeia, no qual foi fixado o estadiômetro e a balança digital.

A última visita à aldeia, realizada no dia 12/07/17, destinou-se à coleta de informações adicionais e entrevista aberta com a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), responsável pela avaliação do estado nutricional e condução de atividades na Unidade Básica de Saúde, que atende os moradores da região. Dentre as informações obtidas, cita-se o histórico epidemiológico de doenças infantis, consumo alimentar, tipo de parto, presença e duração do aleitamento materno, atividades de educação nutricional desenvolvidas entre os moradores da aldeia, utilização de suplementos nutricionais para crianças com diagnóstico de baixo peso, compra de alimentos pelo Centro de Educação e Cultura Indígena, prevalência de baixo peso ao nascer e durante a infância e demais dados sobre estilo de vida, como consumo de alimentos ultraprocessados, refeições servidas no CECI e obtenção de renda.

Imagem 4. Local da coleta de dados (Aldeia Tekoá Pyau, Jaraguá, São Paulo -SP)



Fonte: Tv Globo

3.3 MENSURAÇÃO DAS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

A adoção de medidas antropométricas como instrumento de averiguação do estado nutricional e de saúde do indivíduo, baseia-se na premissa de que o desalinhamento entre consumo alimentar e necessidades fisiológicas produz alterações físicas, tanto no caso de desnutrição, quanto de obesidade (Ministério da Saúde, 2011).

As medidas mais utilizadas são peso e altura, sendo associadas entre si ou com outras, na construção dos índices antropométricos como peso/estatura, peso/idade, estatura/idade e imc/idade, adotados na verificação do estado de saúde infantil (Sperandio et al., 2011).

O potencial genético de crescimento individual é fortemente afetado por fatores ambientais, que podem impedir sua máxima expressão (Aquino, 2011). Habicht (1974), demonstrou que a exposição a fatores ambientais desfavoráveis em menores de 5 anos, como baixa condição socioeconômica, refletia-se em diferenças de crescimento entre crianças da mesma nacionalidade, o que não acontecia entre aquelas sob boas condições de saúde de nacionalidades diferentes. Deste modo, o crescimento em menores de 5 anos é principalmente influenciado por fatores ambientais, em detrimento dos genéticos (Brasília, 2002).

Utiliza-se o estadiômetro como instrumento de aferição, devendo o indivíduo estar posicionado de acordo com o plano de Frankfurt, encostado com postura ereta à parede sem rodapé, com os braços estendidos ao lado do corpo, joelhos esticados e pés juntos (Ferreira; Sichieri, 2007). Para a mensuração da altura das crianças da amostra foi utilizado um estadiômetro concedido ao grupo pelo Laboratório de Avaliação Nutricional de Populações do Departamento de Nutrição da Universidade de São Paulo (LANPOP), devidamente fixado à parede segundo as normas do SISVAN. As crianças foram medidas individualmente, descalças e com roupas leves, posicionadas de acordo com as recomendações supracitadas.

Imagem 5. Criança indígena tendo sua altura mensurada com estadiômetro, durante a visita do dia 30 de maio de 2017.



Fonte própria

Por sua vez, o peso é o indicador de melhor sensibilidade às variações agudas do estado nutricional, sendo o primeiro indicativo de adversidade à saúde (Sassá et al., 2011). Seu acompanhamento periódico permite a identificação dos riscos de comorbidades e sinais precoces de desnutrição infantil (Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde, 2010). Utilizou-se para a mensuração do mesmo, uma balança antropométrica digital calibrada, também concedida ao grupo pelo LANPOP. As crianças da amostra foram pesadas individualmente, descalças e usando apenas roupas leves, após orientação para permanecerem imóveis durante o procedimento.

3.4 QUESTIONÁRIO DE FREQUÊNCIA ALIMENTAR

Foi utilizado o bloco do Questionário de Frequência Alimentar Marcadores do Consumo Alimentar para crianças com 2 anos ou mais, adolescentes, adultos, idosos e gestantes, proposto pelo SISVAN . Esse questionário foi elaborado com o principal objetivo de identificar o consumo e padrão de alimentação saudável e não saudável, baseando-se em perguntas fechadas com respostas afirmativas ou negativas e sem maior nível de detalhamento. A frequência do consumo alimentar não é mensurada nesse questionário, apenas se o indivíduo consome ou não um determinado grupo de alimentos, por exemplo “frutas frescas” ou um alimento mais específico, como “fórmula láctea”.

Optou-se por essa abordagem, considerando-se a limitação linguística apresentada pelos responsáveis. O uso de um vocabulário simples e de fácil entendimento, bem como o número reduzido de perguntas, com conteúdo aplicável à cultura alimentar das crianças, foi pensado como

melhor alternativa aos desafios encontrados. O método possui validade atestada pelo Ministério da Saúde e é recomendado como um indicador do consumo alimentar e amparo para a classificação de um padrão alimentar saudável ou não saudável (Ministério da Saúde, 2015).

Imagem 6. Marcadores de Consumo Alimentar Para Crianças com 2 ou mais anos (SISVAN)

Fonte: SISVAN Web (2017)

CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo TV, mexendo no computador e/ou celular?	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Quais refeições você faz ao longo do dia?	<input type="checkbox"/> Café da manhã	<input type="checkbox"/> Lanche da manhã	<input type="checkbox"/> Almoço	<input type="checkbox"/> Lanche da tarde	<input type="checkbox"/> Jantar	<input type="checkbox"/> Ceia
	<i>Ontem você consumiu:</i>						
	Feijão	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas Frescas (não considerar suco de frutas)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina)	<input type="radio"/> Sim	<input type="radio"/> Não	<input type="radio"/> Não Sabe			

Legenda: Opção Múltipla de Escolha Opção Única de Escolha (Marcar X na opção desejada)

* Campo Obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde) 08 - Instituição / Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa

3.5 QUESTIONÁRIO QUALITATIVO SEMI-ESTRUTURADO

Com a finalidade de completar o questionário do SISVAN, elaborou-se um Questionário Qualitativo Semi-Estruturado para a obtenção de mais dados relevantes ao grupo estudado. Tendo em vista a falta de questionários e consumo alimentar destinados às populações indígenas e que atendam às especificidades da alimentação desse grupo étnico, as questões foram elaboradas com embasamento em trabalhos de consumo alimentar de grupos indígenas verificados na Literatura Brasileira e nas informações coletadas nas visitas iniciais à Aldeia Guarani Tekoá Pyau (Ribas et al., 2001).

O questionário contou com questões sobre aleitamento materno exclusivo e misto, idade de desmame da criança, consumo de fórmulas lácteas ou derivados, local de preparo e consumo de refeições, quantidade e distribuição de refeições em um dia cotidiano, e comportamento como alimentação sozinha ou acompanhada. Ademais, perguntas sobre a saúde global da criança foram propostas como vacinação, histórico recente de doenças e tipo de parto.

O Questionário Semi-Estruturado foi aplicado a um responsável da criança presente no momento da entrevista com a finalidade de compreender aspectos intrínsecos à alimentação indígena, como o consumo de alimentos regionais e tradicionais, a questão do compartilhamento de alimentos, preparos comunitários dentro da Aldeia e a percepção da alimentação no contexto urbanizado. Essas informações foram usadas para uma análise mais aprofundada das relações das crianças indígenas com o alimento e o seu modo de comer. O Questionário aplicado encontra-se na íntegra no **Anexo**.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram compilados em planilhas no programa Excel, valendo-se da criação de bancos de dados e codificações numéricas primárias para as variáveis de interesse. As medidas antropométricas mensuradas foram tratadas no programa gratuito disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde, o Anthro Plus, na sua versão para web. Os gráficos foram plotados para serem comparados com as curvas de crescimento de referência para meninos e meninas como idade até 5 anos e com idade de 5 a 10 anos em relação às curvas das crianças indígenas.

Os dados de consumo alimentar foram baseados na estimativa da média do grupo de crianças divididos novamente em um subgrupo com idade abaixo de 5 e outro com idade entre 5 e 10 anos. Estimou-se o valor da necessidade energética pelas fórmulas de Estimated Energy Requirement (EER), das diretrizes norte-americanas (DRIs), para crianças de ambas os grupos etários em questão. Para calcular o consumo atual da amostra, partiu-se do pressuposto que todas as refeições das crianças foram realizadas no CECI Jaraguá, de acordo com o porcionamento proposto pela prefeitura de São Paulo, para as faixas etárias em questão. Calculou-se a média aritmética de três dias alternados (segunda, quarta e sexta-feira) para todas as refeições nos 3 porcionamentos incluídos nas faixas etárias em questão para total energético, percentual de macronutrientes e consumo de fibras total, ferro absorvível e Vitamina C, estimados através do software Virtual Nutri.

Os valores diários de consumo energético e percentual de macronutrientes foram então, comparados com os valores de EER para verificação da adequação às necessidades. Realizou-se também a análise da adequação do consumo de vitamina C e ferro absorvível, através do cálculo de escore z para grupos e estimativa da probabilidade de inadequação. O valor de fibras totais foi comparado a recomendação de Adequate Intake (AI), proposta pela DRIs.

5 RESULTADOS

As crianças avaliadas apresentaram a seguinte distribuição em relação a sexo e idade (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de crianças segundo sexo e faixa etária

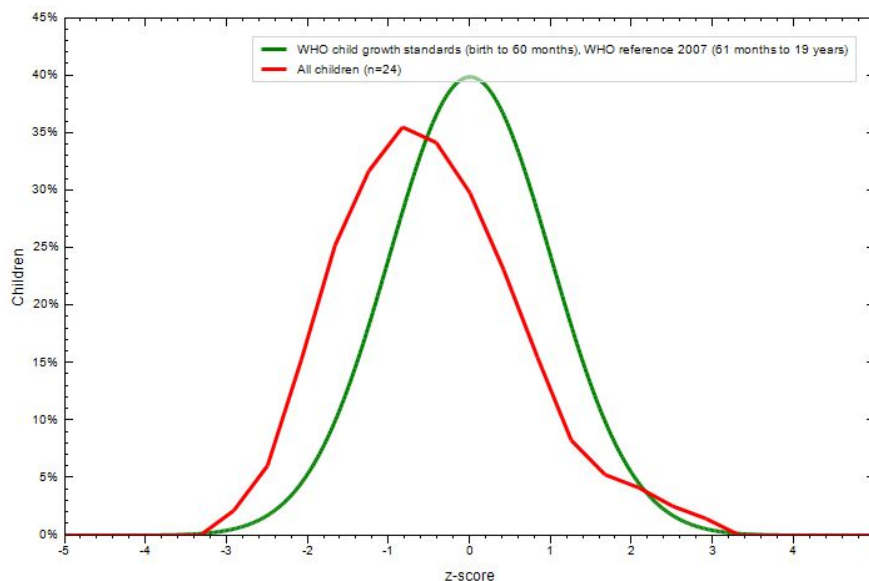
	Feminino	Masculino	%
<5 anos	9	14	52
≥5 anos	13	8	48
Total	22	22	44

Fonte própria

5.1.MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

As medidas antropométricas coletadas foram analisadas para os seguintes indicadores antropométricos: altura por idade (**Gráfico 1**), peso por idade (**Gráfico 2**) e Índice de Massa Corporal (IMC) por idade (**Gráfico 3**). Todos os indicadores anteriormente citados possuem uma curva de referência proposta para crianças pela Organização Mundial de Saúde em 2006-2007.

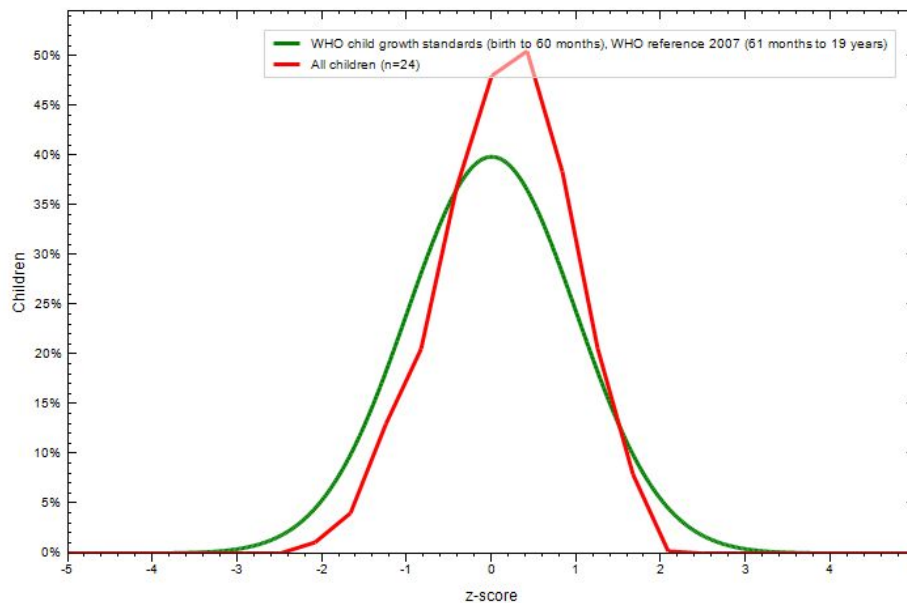
Gráfico 1. Distribuição de crianças segundo altura por idade e comparação com a distribuição de referência da Organização Mundial da Saúde (2006,2007). Guarani Tekoá Pyau, 2017.



Fonte: própria

A partir das curvas, observa-se que as crianças indígenas analisadas (curva vermelha) apresentam déficit de altura acentuado em relação à população de referência proposta pela OMS em 2006-2007 (curva verde). A mediana das crianças da Tekoá se encontra próxima ao z-score -1. Há ainda uma concentração considerável de crianças nos valores de z-score < -2.

Gráfico 2. Distribuição de crianças segundo peso por idade e comparação com a distribuição de referência da Organização Mundial da Saúde (2006,2007). Guarani Tekoá Pyau, 2017.

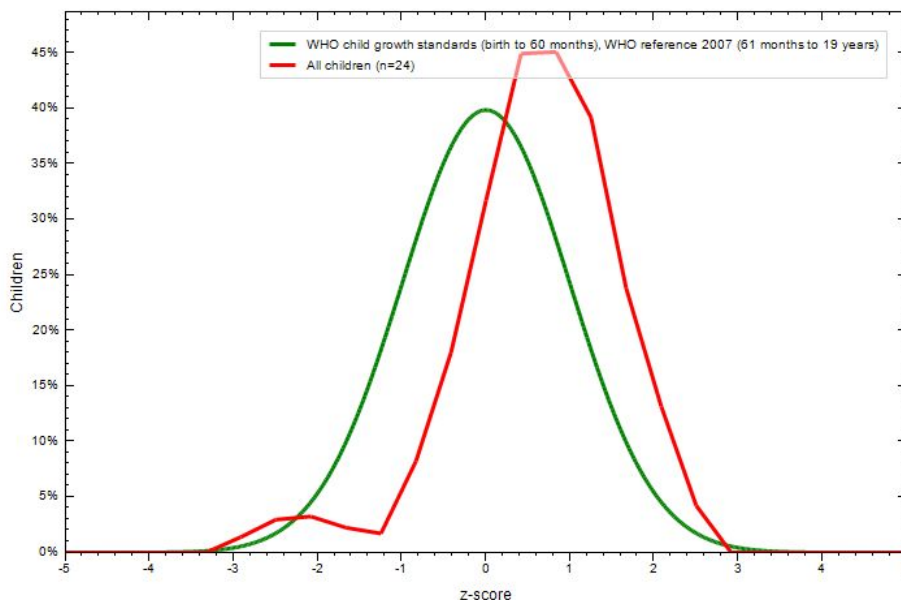


Fonte: própria

A partir do gráfico, nota-se que a distribuição das crianças indígenas (curva vermelha) apresenta uma grande concentração nos valores médios de peso por altura recomendados pela OMS 2006-2007. Entretanto, pode-se observar uma tendência ao excesso de peso e risco relativo de obesidade infantil quando se atenta à altura da curva de distribuição e uma aproximação para os valores à direita de z-score > +1.

O excesso de peso não é uma característica homogênea verificada entre a população infantil da aldeia, visto que, segundo dados obtidos com a nutricionista do NASF, ainda existem 26 casos de baixo peso infantil (localizados abaixo do escore z -2). Esse grupo recebe um atendimento diferenciado visando à adequação ao peso preconizado, através do emprego de suplementos 2 vezes ao dia, fornecidos pelo governo estadual.

Gráfico 3. Distribuição de crianças segundo Índice de Massa Corporal por idade e comparação com a distribuição de referência da Organização Mundial da Saúde (2006,2007). Guarani Tekoá Pyau, 2017.



Fonte: própria

O **Gráfico 3**, de IMC por altura, apresenta uma tendência recente para a população infantil indígena brasileira: a transição do estado de desnutrição para um padrão de excesso de peso e obesidade infantil. Ao se comparar a curva de distribuição das crianças da Tekoá Pyau (curva vermelha) com à curva de referência proposta pela OMS (curva verde), observa-se a existência de baixo peso nas crianças indígenas da população estudada representada pela pequena parábola com valores atingindo $z\text{-score} < -3$. Entretanto, o ponto de maior destaque é a alta concentração de crianças com valores de IMC acima de $z\text{-score} +1$. Esse padrão de distribuição é resultado da compilação das curvas dos **Gráficos 1 e 2**, onde se observa uma baixa estatura por idade e um peso por idade dentro da normalidade tendendo ao excesso, levando conseqüentemente a um IMC aumentado com tendência de normalização aparente se houver uma melhoria no déficit de altura que atenuará, temporariamente, o excesso de peso já observado no **Gráfico 2**.

5.2 DADOS DE CONSUMO ALIMENTAR

Na Tekoá Pyau não há espaço suficiente para o cultivo de gêneros alimentícios do modo tradicional. Porém, há uma pequena horta, pertencente à escola, utilizada para fins educacionais, onde as crianças da aldeia têm a oportunidade de aprender o cultivo ao modo Guarani e ter contato com alimentos culturais. A falta de acesso à terra é também referida como um obstáculo para o consumo tradicional dos alimentos, como acesso a locais de pesca, caça, plantio e também

o cultivo de frutos nativos e mel. Algumas plantas da cultura foram extintas e outros alimentos da natureza estão em falta no local. Um exemplo citado é uma variedade de abacaxi silvestre chamado de *nana*, presente nas matas da região Sul e não mais encontrada na aldeia.

Há a tentativa de manter a tradição alimentar alimentar desde a escolha dos alimentos que são solicitados para a prefeitura do município, como no preparo de alguns pratos tradicionais, quando possível. É referido que a comunidade tem duas alimentações: a brasileira (arroz, feijão, macarrão) e a Guarani (milho verde, mandioca, batata doce, biju [fubá]). Como bebidas foi relatado o uso de sucos de frutas, em especial alguns tradicionais elaborados a partir do milho verde, batata-doce e polpa de coco. Quando adoçados, tradicionalmente, utiliza-se o mel e não o açúcar refinado. Toma-se bastante mate, gelado (tereré) durante o calor e quente no frio, realizando-se, desde gerações passadas, o batismo dessa planta. Entretanto, atualmente há um consumo crescente de refrigerantes e bebidas adoçadas, como refrescos em pó e achocolatados.

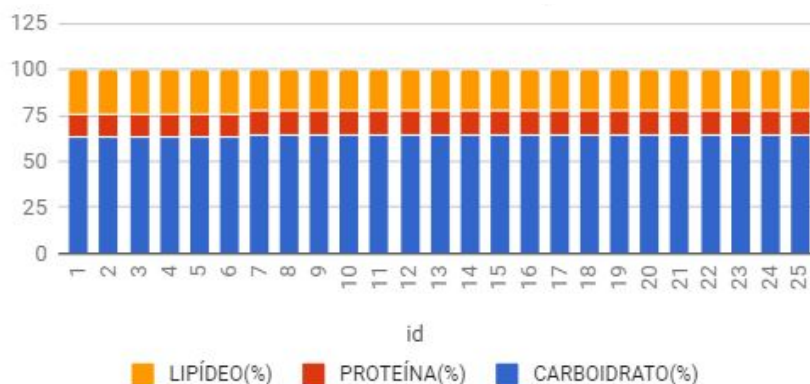
O CECI fornece 4 refeições aos moradores da comunidade de segundas às sextas-feiras, sendo estas distribuídas entre café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Os alimentos e os respectivos cardápios são fornecidos por meio da Prefeitura de São Paulo. A aquisição é feita através de licitações de compras, que previamente são estabelecidas com os membros da liderança da aldeia, os quais priorizam alimentos tradicionais à cultura Guarani. Industrializados e enlatados são evitados, uma vez que são priorizados os alimentos *in natura*, conhecidos como “alimentos vivos” pelos Guarani. Por sua vez, os cardápios enviados são analisados e adaptados para as receitas e paladar Guarani.

Um total de 480 pessoas da comunidade são beneficiadas pela alimentação preparada no local. O CECI conta com 103 crianças matriculadas para as atividades regulares, as quais costumam fazer as 4 refeições oferecidas no local. Todas as crianças matriculadas, no CECI ou na Escola Indígena, são beneficiadas pelo programa estadual Viva Leite. Embora não seja cultural o consumo de leite de vaca pelos povos indígenas, foi uma adaptação pela qual passaram frente à impossibilidade de caça e cultivo de seus alimentos tradicionais.

Segundo a nutricionista do NASF, a prática do aleitamento materno exclusivo é fortemente presente entre todas as crianças até os seis meses de idade e orientações à respeito da pega correta são fornecidas pelos profissionais de saúde da UBS da região.

Levando em consideração que durante a semana letiva basicamente todas as refeições das crianças maiores de 2 anos matriculadas no CECI são realizadas no Centro, calculou-se uma média estimada de consumo energético de 3 dias não consecutivos (segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira), valendo-se do porcionamento recomendado pela Prefeitura do Município de São Paulo para as três faixas etárias compreendidas dentro do grupo de estudo. A partir dessas estimações, obteve-se a distribuição energética segundo percentual de ingestão de macronutrientes (**Gráfico 4**), que se encontra dentro das proporções recomendadas pela OMS, mas com um teor protéico baixo se comparada às recomendações das DRIs.

Gráfico 4. Distribuição de crianças indígenas segundo percentual de ingestão de macronutrientes. Guarani Tekoá Pyau, 2017.



Fonte: Própria

A partir desses resultados, também se verificou um total de 100% de inadequação do consumo energético, considerando que o total calórico diário ingerido seja equivalente à média calculada a partir das refeições ofertadas pelo CECI. Fez-se então o cálculo para inadequação de ferro total e Vitamina C, de acordo com as DRIs. Os níveis de inadequação possuem diferentes distribuições ao longo das faixas etárias e para cada um dos sexos, como demonstrado pelos Gráficos 5 e 6.

Gráfico 5. Distribuição de inadequação de Ferro segundo sexo e idade. Guarani Tekoa Pyau, 2017.

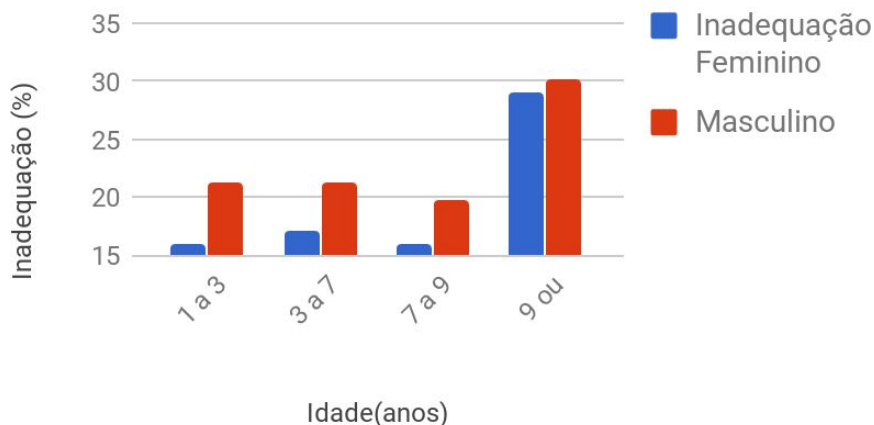


Fonte: própria

Pode-se observar um aumento da inadequação de Ferro expressivo nas idades de 9 anos ou mais. Outro ponto de destaque é a distribuição da inadequação desse micronutriente em relação ao sexo. Até os 9 anos, a maior prevalência de inadequação de ferro se dá para as crianças do sexo feminino (barra azul), porém, a partir dos 9 anos ocorre uma inversão nessa proporção, e os

meninos (barra vermelha) apresentam uma prevalência de inadequação relativamente maior que as meninas da mesma faixa etária.

Gráfico 6. Distribuição de inadequação de Vitamina C segundo sexo e idade. Guarani Tekoá Pyau, 2017.



Fonte: própria

Assim como o padrão visto para a inadequação de Ferro total no grupo de estudo, a inadequação da Vitamina C no grupo de estudo apresenta uma tendência de aumento nas crianças mais velhas, para ambos os sexos. A inadequação desta vitamina apresenta uma distribuição muito desigual entre as idades de 1 a 9 anos, sendo notoriamente mais prevalente nos meninos. A partir dos 9 anos, diminui a variação de inadequação entre os sexos, porém, ocorre um aumento da ocorrência de inadequação de modo global.

6 DISCUSSÃO

A análise do consumo alimentar de um grupo costuma se basear apenas na ingestão e distribuição dos macronutrientes e micronutrientes da dieta atual e, mais raramente, da dieta habitual. Entretanto, neste trabalho visamos uma análise qualitativa e quantitativa do consumo alimentar, valendo-se dos determinantes da alimentação, desde a aquisição dos alimentos ao consumo final, assim como o consumo de nutrientes, especificamente do consumo dos macronutrientes, ferro total e Vitamina C (Andrade, Pereira e Sichieri, 2003).

Os padrões de dietas vem sendo amplamente usados para avaliar a adequação do consumo alimentar e determinar possíveis associações com doenças e comorbidades, como a obesidade e o risco de desenvolvimento de diabetes. Tendo como base o padrão alimentar e suas repercussões nas populações indígenas brasileiras, focamos o presente trabalho no consumo alimentar associado ao crescimento, déficit de estatura, déficit calórico-protéico, prevalência de baixo peso e tendência do aumento de peso excessivo nas crianças indígenas de 2 a 10 anos da Tekoá Pyau (SP) (Andrade, Pereira e Sichieri, 2003).

No grupo de crianças investigado, a prevalência de déficit de altura por idade e o excesso de IMC por idade refletem direta e indiretamente o cenário alimentar em que essas crianças estão inseridas. A insalubridade das moradias, a falta de saneamento, o perfil epidemiológico das doenças na primeira infância e a insegurança alimentar repercutem diretamente no déficit de altura para essa população. O indicador de altura por idade é o mais sensível para identificar as condições de vida do indivíduo, servindo como parâmetro para acompanhar as melhorias sociais e do sistema e programas de saúde em uma determinada comunidade. No caso da Tekoá Pyau, percebe-se que a desigualdade social, a falta de acesso a uma alimentação saudável assegurada é verificada na baixa estatura das crianças da aldeia (Ribas et al., 2001; Aquino, 2011; Habicht, 1974; Ministério da Saúde, 2002).

O consumo alimentar pobre em diversidade e a compensação por alimentos a base de carboidratos e amidos refinados com o crescente acesso e ingestão de alimentos ultraprocessados com alta densidade energética e baixa quantidade de micronutrientes, contribui não apenas para a tendência do aumento de excesso de peso e obesidade infantil, como também para o índice de IMC por idade elevado e taxas de inadequação de Ferro total e Vitamina C (Andrade, Pereira e Sichieri, 2003; Ribas et al., 2001).

A carência de ferro em pré-escolares acarreta em menor desenvolvimento cognitivo, problemas imunológicos, maior propensão à infecções e déficits de crescimento e resultam da interação de fatores culturais, ambientais, socioeconômicos e problemas nutricionais (Araújo; Oliveira; Cunha, 2016). Dietas nutricionalmente inadequadas, com baixa densidade de ferro, como as observadas no presente estudo, aliadas ao déficit de altura por idade, alta incidência de diarreia e condições socioeconômicas desfavoráveis estão associadas ao risco de desenvolvimento de anemia, caso de alta prevalência em crianças indígenas, como observado em estudos anteriores (Vieira; Ferreira, 2010; Lício; Fávoro; Chaves, 2016). Esse quadro torna-se de maior importância, quando considera-se a inadequação de vitamina C verificada, posto que este nutriente contribui para o aumento da biodisponibilidade do ferro advindo de fontes vegetais, que seria a principal fonte de ferro na dieta analisada, considerando-se o pequeno consumo de carnes (Barbosa; et al. 2014).

A limitação do consumo de ultraprocessados, no entanto, torna-se uma questão complexa, quando considerada as crenças e ideologias dos povos indígenas à respeito do ser criança e da forma de aprender. Diferente da cultura não-indígena, o aprender não centra-se na escola, mas na experiência e liberdade de vivenciar e interagir com o mundo (Munarim, 2011). Portanto, a não existência de proibições, inclusive sobre o consumo alimentar, torna as crianças particularmente vulneráveis sobre o consumo de doces e salgadinhos, frequentemente ofertados aos mesmos durante visitas de entidades de caridade.

O padrão alimentar das crianças Guarani da Aldeia, rico em fórmulas lácteas com alto teor de açúcares livres, a baixa ingestão de vegetais e leguminosas e a falta de acesso a produtos de origem animal com proteína de alto valor biológico não apenas se associam à deficiência de ferro e risco aumentado de anemia, como ao próprio déficit de altura observado neste grupo (Aquino,

2011; Habicht, 1974; Ministério da Saúde, 2002; Sichieri et al., 1997; Monteiro et al., 2000; SMS/SME, 2000; Ribas et al., 2001).

Os obstáculos referentes à promoção de suas tradições, acesso à saúde, altos níveis de pobreza e escassez de recursos para sua sobrevivência, tradicionais à cultura indígena, como pesca e caça, influenciam a verificação de taxas de mortalidade infantil divergentes das obtidas para população brasileira geral, demonstrando as desigualdades referentes às melhorias em saúde pública entre as etnias. Segundo dados do IBGE/Pnad de 2009, as taxas de mortalidade infantil indígena eram de 41,9 por mil habitantes em comparação aos 19,0 por mil habitantes verificados entre a população brasileira geral (UNICEF BRASIL, 2014).

O perfil epidemiológico verificado na aldeia Tekoá Pyau foi essencialmente caracterizado pelo quadro de desnutrição e acometimento por doenças infecto-contagiosas, em especial, os casos de diarreia e infecções respiratórias. Esse quadro perpetua-se, sobretudo, devido ao aglomeramento de pessoas, que não caracteriza-se como uma prática cultural indígena, mas fomenta-se pela escassez de terras. Ademais, as condições higiênico-sanitárias precárias, como a falta de saneamento básico e excesso de animais abandonados no local, estão essencialmente ligados à disseminação das patologias (UNESCO; Ministério da Educação, 2006; Paz, Almeida, Gunther, 2012). Esse quadro é agravado, como citado por Borghi e Carreira (2015), devido a exposição à fumaça produzida por fogueiras e cachimbos dentro de ambientes fechados, como foi observado durante a coleta de dados do presente estudo, o que contribui para o desenvolvimento de doenças respiratórias.

7 PERCEPÇÕES DE SAÚDE SEGUNDO A VISÃO GUARANI

Na terapêutica em saúde indígena percebe-se uma visão distinta da preconizada na sociedade não indígena, entre eles o pajé é considerado como o que detém o conhecimento para cura das enfermidades e quaisquer problemas que o povo da aldeia esteja passando. Principalmente quando se trata de alguma queixa de saúde, historicamente procura-se o pajé, e pelas experiências que tivemos ao realizar este trabalho, na aldeia Guarani Tekoá Pyau, essa realidade não é diferente. Para os indígenas, a cura se dá pelo mágico-religioso, que pela visão do não indígena, pode ser um processo inviável, porém não sabe-se até que ponto dizer que é certo ou errado, se é viável ou inviável, já que faz parte de uma cultura milenar e muito diferente de tudo o que se está acostumado a vivenciar na sociedade não indígena. Toda essa visão de saúde-doença pode ser um viés para as altas prevalências de doenças entre a população da aldeia, além de explicar o fato da procura tardia por profissionais de saúde quando apresentam alguma doença que não vêm melhora pelo método de tratamento que eles acreditam culturalmente (Zwetsch, 2003).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8.1 QUESTIONAMENTOS E REFLEXÕES

A experiência de adentrar um ambiente novo repleto de diversos saberes, concepções de vida diferentes e oportunidades de se conectar ao outro, trouxeram reflexões profundas acerca da amplitude do consumo alimentar e de todos os determinantes distais e proximais que o mantém. Praticar a escuta ativa revelou-se muito eficaz para compreender as nuances da alimentação de um conjunto de indivíduos, bem mais do que apenas levantar questões previamente estabelecidas viciadas nas percepções tecnicistas que a Academia nos induz.

Todas as visitas à Tekoá Pyau nos propiciaram momentos de reflexão de como a alimentação não se volta exclusivamente à questão quantitativa dos nutrientes. Compreender como todo o contexto social e cultural determina a estrutura da alimentação dos residentes da Aldeia, levou o grupo a questionar o papel do Nutricionista dentro de espaços onde a alimentação vai muito além da quantidade de calorias ingeridas diariamente.

Ao nos posicionarmos como observadores, pudemos enxergar que o consumo alimentar das crianças indígenas estava muito mais associado ao seu modo de viver e às condições em que elas estão inseridas do que apenas se nos voltássemos às inadequações de macro e micronutrientes. Embora, tenhamos calculado os valores de aporte energético diário, a distribuição percentual dos macronutrientes na dieta atual e a inadequação de alguns micronutrientes de interesse, os aspectos que norteiam a alimentação são também os que levam às alterações como a deficiência de ferro e vitamina C, baixo consumo de proteínas de alto valor biológico e às prevalências altas de déficit de altura e IMC por idade elevado. Em vista disso, todo o levantamento sobre condições sociodemográficas, moradia, saneamento básico, histórico epidemiológico, cultura alimentar *versus* alimentação habitual, tornou-se imprescindível para a compreensão do consumo alimentar e do estado nutricional das crianças indígenas do Jaraguá.

Conhecer pessoalmente alguns membros de autoridade da Aldeia, caminhar por entre as casas e ambientes sociais, como o CECI e a Casa de Reza, fez-nos reconhecer algumas premissas que pautam a alimentação das crianças. A observação armada foi um método fundamental para a realização deste trabalho, inclusive pelo insucesso da aplicação dos questionário de consumo alimentar. A aferição das medidas antropométricas confirmaram a tendência citada na Literatura do aumento de peso e da continuidade dos problemas de déficit de estatura por idade e má nutrição, especialmente deficiência energética-protéica nas crianças indígenas. O consumo de ultraprocessados foi observado na prática e muito relatado pela Liderança Guarani e pela Nutricionista do NASF. Esse consumo foi associado ao contexto urbano em que a Aldeia está inserida, como também à precaridade e à visão de coitadismo de grupos voluntários que visitam a Aldeia em períodos de comemorações não-Guarani, e levam alimentos industrializados com altas densidades energéticas, como a Páscoa, Dia das Crianças e o Natal.

Ao longo dessa experiência enriquecedora e singular, pudemos enxergar que uma criança com baixa estatura e sobrepeso tem todo um cenário que a levou até esse estado nutricional. Avaliar essa criança apenas a partir de um ponto de corte ou dentro de uma curva de crescimento não poderia nos informar da alta prevalência de diarreia na primeira infância, do hábito das crianças de andarem descalças em solos contaminados, da dependência da financeira ao programa Bolsa Família, das dificuldades enfrentadas para as licitações de alimentos tradicionais pelo CECI e nem sobre o entrave entre o comer Guarani e alta oferta de alimentos ultraprocessados voltados a esse público infantil. Essa interação complexa de fatores e determinantes resultam nas inadequações do consumo alimentar e no padrão do estado nutricional analisado. Logo, a compreensão do contexto tornou a análise do consumo alimentar mais sólida, permitindo ao grupo entender que a alimentação desse indivíduo se dá muito mais pelas condições distais do seu contexto do que pelos nutrientes contidos em seu prato.

Em suma, a experiência vivenciada na Guarani Tekoá Pyau ao longo das quatro visitas e durante toda a pesquisa, discussão e reflexão promovida ao longo do desenvolvimento do presente trabalho, nos trouxe o questionamento de uma prática da Nutrição a partir de um modo mais holístico e abrangente, fazendo-nos refletir sobre a complexidade da interface entre corpo e alimento e nos levando a enxergar a alimentação desde seus aspectos biológicos e fisiológicos até as políticas de acesso à terra e renda como fatores que influenciam e determinam o que comemos; além de toda a história, cultura e crenças que tornam o alimento um símbolo e não unicamente um compartimento que armazena energia e nutrientes.

8.2 LIMITAÇÕES E VIESES DA PESQUISA

As diferenças culturais entre o modo de vida Guarani e a socialização brasileira tradicional aumentaram os fatores de confusão durante o levantamento de dados. O primeiro fator limitante foi a própria questão linguística e semântica. A maioria dos moradores falam Guarani e apesar de muitos terem noções de Língua Portuguesa, a compreensão e fluência na mesma são bastante limitadas. A barreira linguística tornou-se clara na aplicação dos questionários aos responsáveis pelas crianças estudadas, pois a maioria não conseguia ter uma compreensão plena do significado das perguntas ou de como expressar as suas respostas.

Outra diferença cultural relevante é a abordagem do próprio conceito de infância. A criança Guarani é vista como indivíduo independente dotado de vontades próprias e livre para vivenciar suas experiências durante esse período de crescimento e desenvolvimento. Logo, coletar informações quanto ao consumo alimentar destas crianças carrega muitos vieses, desde a falta de conhecimento dos pais sobre a alimentação cotidiana do filho, a falta de registro individual das refeições no CECI e na EEI, e o próprio viés de confiabilidade nas informações dadas pela criança acerca do que come, quando e quanto come.

Não obstante, a variável idade também tornou-se problemática ao ser autodeclarada, pois as crianças mostravam-se confusas quanto à própria idade e os responsáveis que compareceram

não sabia informar a data de nascimento das mesmas, já que a data de nascimento para eles não tem a mesma simbologia que tem para nós. Assim como a idade, informações como tipo de parto, amamentação exclusiva e histórico de doenças não apresentaram respostas consistentes.

Entretanto, é cabível expressar a dificuldade de conduta frente ao número de crianças, que chegaram juntas sem o acompanhamento de adultos responsáveis, considerando-se as informações acima descritas, acerca da liberdade de expressão e não limitação das ações praticadas por estas.

Outro limitação que tivemos foi fazer a análise da ingestão alimentar apenas pelo cardápio das refeições oferecidas no CECI, as quais são referente a uma semana e logo, analisamos 4 refeições de 3 dias da semanas, logo não representa a alimentação habitual dessas crianças. Assim como o porcionamento das refeições, o qual optamos por nos referenciar pelo proposto pela Prefeitura, já que acompanhar o momento de servir as refeições e saber por eles as quantidades era inviável.

Além disso, o número limitado de dados sobre a condição de saúde e avaliação do estado nutricional de crianças indígenas, na literatura, constituiu-se em um entrave para a análise dos dados obtidos e comparação com o cenário verificado atualmente e no anos anteriores.

REFERÊNCIAS

1. Aldeia Tekoá Pyau. Escola da Aldeia [website da internet]. Disponível em: <http://tekoapyau.blogspot.com.br/> Acesso em 04 abr 2017.
2. Amoroso M. Descontinuidades indigenistas e espaços vividos do Guarani. v. 58. n. 1. p. 105-42. São Paulo: Rev Antropol, USP, 2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/ra/article/view/102101/100518> Acesso em 06 abr 2017.
3. Aquino LA. Acompanhamento do crescimento normal. Rio de Janeiro: Revista de Pediatria SOPERJ, 2011.
4. Andrade RG, Pereira RA, Sichieri R. Consumo alimentar de adolescentes com e sem sobrepeso do Município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Cad. Saúde Pública, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v19n5/17821.pdf> Acesso em 28 jun 2017.
5. Associação Cantareira. Indígenas. Um dia para pensar nos direitos dos povos indígenas à educação. São Paulo: Associação Cantareira, 2016. Disponível em: <http://www.cantareira.org/tag/indigenas> Acesso em 04 abr 2017.
6. Barbosa, R.M.S. et al. Estudo de prevalência de adequação de ferro e vitamina C em dietas infantis. Rev. bras. epidemiol. 2014,17(2):543-56.
7. Barreto CTG, Cardoso AM, Coimbra Jr. CEA. Estado nutricional de crianças indígenas Guarani nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n3/0102-311X-csp-30-3-0657.pdf> Acesso em 06 abr 2017.
8. Borghi, A.C.; Carreira, L. Condições de saúde e vida do idoso indígena Kaingang. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2015;19(3):511-17.
9. Burrows R, Leiva L, Muzzo S. Perímetro, áreas magra y grasa braquiales, pliegue tricípital y nivel socioeconómico en escolares de la Región Metropolitana de Chile. Chile: Rev Chill Pediatr, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v64n5/art02.pdf> Acesso em 06 abr 2017.
10. Cabral MP. Geotecnologias no Mapeamento da Aldeia Tekoá Pyau - São Paulo/SP e seu Entorno: Experiências de Aplicação de Técnicas Cartográficas e Sistemas Digitais em Ações de Parceria com Jovens Indígenas. Rio Claro: Universidade Estadual Paulista, 2008. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/95688/cabral_mp_me_rcla.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em 06 abr 2017.
11. Campos Junior, D. The growth of native Brazilian indian children. J. Pediatr. 2001;77(1):4-6.
12. Cascudo LC. História da Alimentação No Brasil. São Paulo: Global Editora, 2011.

13. Dicionário Ilustrado Tupi Guarani. Aipim-mandioca [website da internet], 2017.
Disponível em: <http://www.dicionariotupiguarani.com.br/dicionario/aipim/> Acesso em 06 abr 2017.
14. Engstrom. Mid-Up Arm Circumference. Estados Unidos: Lilacs, 2002.
15. Faria CS. A luta Guarani pela terra na metrópole paulistana: contradições entre a propriedade privada capitalista e a apropriação indígena. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em:
<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwje25Op0JDTAhXCvZAKHW-vAwwQFggmMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F8%2F8136%2Fde-03032016-142809%2Fpt-br.php&usg=AFQjCNHiaU3Ym-HN0sydtENjxKkSDtcj5g&sig2=L9Pu878exYMQCrS7Ko01WQ&bvm=bv.152174688,d.Y2I> Acesso em 06 abr 2017.
16. Ferreira MG.; Sichieri R. Parte I - Antropometria como método de avaliação do estado de nutrição e saúde do adulto. In: Kac, G.;Sichieri, R.; Gigante, D.P. Epidemiologia nutricional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007. p.93-104.
17. Fisberg RM, Slater B, Marchioni DML, Martini LA. Inquéritos alimentares: métodos e bases científicos. São Paulo, 2005.
18. Frainer DES, et al. Padronização e confiabilidade das medidas antropométricas para pesquisa populacional. Organo Oficial de la Sociedad Latinoamericana de Nutrición, 2007.
19. FUNAI. Terras Indígenas. Brasília- DF: FUNAI, 2017. Disponível em:
<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/terras-indigenas> Acesso em 06 abr 2017.
20. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde do Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.
21. Gerhardt TE, Silveira DT. Métodos de Pesquisa. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2009.
22. IBGE. Censo 2010. Brasília - DF: IBGE, 2010. Disponível em:
<http://censo2010.ibge.gov.br/> Acesso em 06 abr 2017.
23. Laraia RB. As Religiões Indígenas: O Caso Tupi-Guarani. n. 67. p. 6-13. São Paulo: Revista USP, 2005.
24. Lício, J.S.A.; Fávoro, T.R.; Chaves, C.R.M.M. Anemia em crianças e mulheres indígenas no Brasil: revisão sistemática. Ciênc. saúde coletiva. 2016;21(8):2571-81.
25. Macchiaverni LML; Barros Filho AA. Perímetro cefálico: por que medir sempre. cefálico: por que medir sempre. Ribeirão Preto: Medicina, 1998.
26. Mainardi C. Desfazer e Refazer Coletivos - O Movimento Tupi Guarani. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2015. Disponível em:
<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjJ36KB1JDTAhXFipAKHSNGABgQFggaMAA&url=http%3A%2>

F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F8%2F8134%2Fde-29062015-154914%2F&usg=AFQjCNGaXHdhrn4H0s3splCfAZWS111k7Q&sig2=NdirS-8Y8VboxCKa6HhB2g&bvm=bv.152174688,d.Y2I Acesso em 06 abr 2017.

27. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN. Brasília (DF): 2004.
28. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviço de saúde. Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília (DF): 2011.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília (DF): 2002.
30. Monteiro, CA, Benício MHA; Iunes RF. Gouveia NA, Cardoso MAA. Evolução da desnutrição infantil. In: Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil – A Evolução do País e de suas Doenças. São Paulo: Editora Hucitec/Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo, 2000.
31. Moraes MB, Fagundes Neto U, Baruzzi RG, Prado MCO, Jamal W, Silvestrini WS. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu e avaliação do uso do perímetro braquial no diagnóstico da desnutrição protéico-calórica. v. 108. n. 6. p. 245-51. São Paulo: Rev Paul Med, 1990. Disponível em:
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=96478&indexSearch=ID>. Acesso em 06 abr 2017.
32. Motta MEFA.; Silva, GAP. Desnutrição e obesidade em crianças: delineamento do perfil de uma comunidade de baixa renda. São Paulo: Jornal de Pediatria. 2001.
33. Munarim, I. O que podemos aprender com as crianças indígenas? Aproximações da antropologia das crianças às noções de infância, cultura e movimento na educação física. Rev. Bras. Ciênc. Esporte. 2011;33(2):375-90.
34. Najas M, Yamatto TH. Avaliação do Estado Nutricional de Idosos. Rio de Janeiro: Nestlé Nutrition, 2014. Disponível em:
http://www.ufjf.br/renato_nunes/files/2014/03/Avallia%C3%A7%C3%A3o-do-estado-Nutricional-de-Idosos.pdf. Acesso em abr 2017.
35. Paz, M.G.A.; Almeida, M.F. Gunther, W.M.R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradias em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(1):188-97.
36. Pedraza, D.F.; et al. Estado nutricional de micronutrientes de crianças segundo características pessoais e das creches. Cad. Saúde Colet.. 2016;24(4):468-77.
37. Prefeitura de São Paulo. Prefeitura Regional Pirituba Jaraguá. Histórico. São Paulo, Portal da Prefeitura de São Paulo, 2017. Disponível em:
http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/regionais/pirituba_jaragua/historico/index.php?p=466. Acesso em 06 abr 2017.

38. Ribas DLB, Sgnzerla A, Zorzatto JR, Philippi ST. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. v. 17. n. 2. p. 323-31. Rio de Janeiro: Cad Saúde Pública, 2001.
39. Sassá AH, et al. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. Acta Paul Enferm. 201.
40. Sena RR, Silva KL. Política e práticas de saúde rumo à equidade. São Paulo: Rev Esc Enf USP, 2007.
41. Sichiari R, Silva NN. Metodologia da pesquisa nutrição e saúde no Município do Rio de Janeiro. In: Epidemiologia da Obesidade. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.
42. Silva FON. Elementos de etnografia Mybá: lideranças e grupos familiares na aldeia Tekoá Pyau (Jaraguá - São Paulo, SP). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008. Disponível em:
https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwj75JH90JDTAhUBDZAKHaghCJwQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F8%2F8134%2Ftde-26052008-150345%2Fpublico%2FDISSERTACAO_FABIO_DE_O_N_DA_SILVA.pdf&usg=AFQjCNGP xXNSyAn25eOiAj1_Aw9jy-PF2g&sig2=P-masrGJvIjnpPgJNrJNxxw&bvm=bv.152174688,d.Y2I Acesso em 06 abr 2017.
43. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Avaliação nutricional da criança e do adolescente: Manual de orientação. Rio de Janeiro: 2009.
44. Sperandio, N.; et al. Comparação do estado nutricional infantil com utilização de diferentes curvas de crescimento. São Paulo: Rev. Nutr. 2011.
45. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Linha de cuidado da atenção integral à saúde da criança. Rio de Janeiro: 2010.
46. UNESCO; Ministério da Educação. O índio brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília; 2006.
47. UNICEF BRASIL. Crianças indígenas são deixadas para trás no progresso de seus países. Disponível em<https://www.unicef.org/brazil/pt/media_27719.html> Acesso em: 30 jun. 2017.
48. Zwetsch Roberto E. Saúde holística e métodos indígenas de cura em perspectiva teológica. Estudos Teológicos, v. 43, n. 2, p. 44-59, 2003.
49. Vieira, R.C.S.; Ferreira, H.S. Prevalência de anemia em crianças brasileiras segundo diferentes cenários epidemiológicos. Rev. Nutri. 2010;23(10):433-44.
50. Willett WC. “Future directions in the development of food-frequency questionnaires”. Estados Unidos: American Journal for Clinical Nutrition, 1994.

Anexo 1 - Modelo de questionário

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____ PESO(Kg): _____ ALTURA(cm): _____ CB (cm): _____
Doenças recentes: _____

PERFIL ECONÔMICO E SOCIODEMOGRÁFICO

nº pessoas na residência: _____
nº crianças na residência: _____
nº pessoas que possuem renda: _____
Recebe bolsa família ou outro benefício: () sim () não. Outros: _____
Recebe cesta básica: () sim () não.

CONSUMO ALIMENTAR

Consome a merenda na escola? () sim () não. Quantas vezes por semana e dia? _____
Consome a merenda no CECI? () sim () não. Quantas vezes por semana e dia? _____
Quantas refeições fazem por dia? _____
Fazem refeições em casa? () sim () não. Quem é o responsável pelo preparo? _____
Qual o tipo de preparo dos alimentos que é mais frequente (Frita, cozida, assada)? _____
Utiliza sal, temperos prontos? () sim () não. Outros tipos de temperos? _____
Tem o hábito compartilhar alimento (amigos, vizinhos, parentes)? () sim () não.
Onde a criança come? _____. Come acompanhada? () sim () não. Com quem? _____
Como e onde obtêm os alimentos? () mercado () feiras () doações () outros: _____
A criança participa das atividades relacionadas à alimentação? () sim () não. Como? _____
Foi amamentada: () sim () não. Tempo: _____. Exclusivamente: () sim () não. Tempo: _____

A CRIANÇA CONSUME:

() doces (bolacha recheada, chocolates, pirulitos)	Frequência: por semana _____ por dia _____ mês _____
() salgadinhos de pacote	Frequência: por semana _____ por dia _____ mês _____
() bebidas adoçadas (refrigerantes, suco em pó)	Frequência: por semana _____ por dia _____ mês _____
() vegetais	Frequência: por semana _____ por dia _____ mês _____
() frutas	Frequência: por semana _____ por dia _____ mês _____
() cereais, raízes (arroz, feijão, milho mandioca)	Frequência: por semana _____ por dia _____ mês _____
() Alimentos e receitas tradicionais	Quais: _____ Frequência: _____

- Como vocês enxergam a alimentação na cultura Guarani?

- Nas condições atuais essa cultura alimentar foi prejudicada? Se sim, como?

Anexo 2 - Autorização do coordenador