UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

Bianca da Silva Alcantara Pereira

Prevalência do aleitamento materno entre povos Indígenas da Tríplice Fronteira

RIBEIRÃO PRETO
2020

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM EM SAÚDE PÚBLICA

Bianca da Silva Alcantara Pereira

Prevalência do aleitamento materno entre povos Indígenas da Tríplice Fronteira

Tese apesentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.
Linha de pesquisa: Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital

Orientadora: Profa. Dra. Flávia Azevedo Gomes-Sponholz

RIBEIRÃO PRETO

2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Pereira, Bianca da Silva Alcantara

Prevalência do aleitamento materno entre povos Indígenas da Tríplice Fronteira. Ribeirão Preto, 2020.

83 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Gomes-Sponholz, Flávia.

1. Aleitamento materno. 2. Indígena. 3. Desmame. 4. Saúde Pública.

Pereira, Bianca da Silva Alcantara

Prevalência do aleitamento materno entre povos Indígenas da Tríplice Fronteira

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ___/___/___.

Banca Examinadora

Profa. Dra. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Profa. Dra. _____

Instituição: _____Assinatura: _____

Dedico a esta tese à todas as pessoas que acreditaram em mim...especialmente à Professora Dra. Flávia Gomes-Sponholz.

Aos meus avós *in memoriam*, que foram a base de minha família.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram a buscar meus sonhos!

A minhas irmãs por serem sempre tão carinhosas, presentes e preocupadas nessa trajetória tão solitária.

Aos meus amigos antigos...e os novos que Ribeirão Preto e São Carlos me presenteou e possibilitou recomeçar minha vida aqui.

Adriana Zilly, que despertou a paixão pela pesquisa em mim!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me possibilitar meu crescimento pessoal e profissional na minha vida.

À minha orientadora Profa. Dra. Flávia Gomes-Sponholz, pela confiança depositada em mim. Agradeço infinitamente por fazer parte desta etapa tão importante da minha vida pessoal e profissional.

Ao André Luís Martins, Chefe da Divisão de Atenção à Saúde Indígena Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul, que teve toda paciência para me auxiliar no trâmite da minha pesquisa no CONEP, bem como, Secretaria Especial de Saúde Indígena e Ministério da Saúde.

Ao Cacique Celso Japoty e a Enfa. Lilian Rodrigues da Reserva Ocoí em são Miguel do Iguaçu, que permitiram conhecer tão de perto a sua vida na aldeia.

Aos meus amigos do “Clube do Domingo”, meus amigos fiéis que me apoiaram por toda essa trajetória *online*. Sempre disponíveis e motivando a realização do meu sonho.

À Adriana Zilly, por ser sempre tão companheira, atenciosa.

Obrigada pelo carinho!

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, docentes, funcionários, ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, à Shirley, pela receptividade e atenção.

Ao Centro de Apoio à Pesquisa, Jonas Alonso, pela orientação estatística.

À Itaipu Binacional, que incentivou a parceria da turma DINTER em parceria com USP.

À Fundação Araucária, pelo apoio financeiro no estágio doutoral.

À CAPES, pelo apoio recebido.

À banca examinadora desta tese, pela gentileza e disponibilidade em avaliar este trabalho!

A todos que permitiram vivenciar essa etapa da vida tão vitoriosa.

A todos, meu muito obrigada!

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (**CAPES**) – Código de Financiamento 001”

RESUMO

PEREIRA, B. S. A. **Prevalência do aleitamento materno entre povos Indígenas da Tríplice Fronteira.** (Tese de Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

O aleitamento materno é o modo mais adequado de fornecer alimento para o crescimento e o desenvolvimento saudável de lactentes, devendo ser a única fonte de hidratação e alimentação, nos primeiros seis meses de vida. Em decorrência do acelerado processo de mudanças socioculturais e econômicas, do abandono das atividades de subsistência, da redução da variabilidade alimentar e da dependência de produtos industrializados, coloca-se a população de crianças Indígenas em alta vulnerabilidade para desnutrição proteico-energética, bem como outras carências nutricionais, especialmente em crianças, com o agravante da prevalência das doenças infecto parasitárias. O objetivo da pesquisa é verificar a situação do aleitamento materno e o estado nutricional de crianças de origem indígena, em municípios da Tríplice Fronteira. Trata-se de uma pesquisa analítica, descritiva e transversal, também denominada estudo de prevalência ou inquérito. As informações sobre o tipo de aleitamento materno foram coletadas na base de dados do Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar Indígena. O estudo foi realizado na região oeste do Paraná, também conhecida por Tríplice Fronteira, por ser limites de território do Brasil, Paraguai e Argentina. A população estudada fora de crianças Indígenas, com idade inferior a 2 anos, de ambos os sexos. O instrumento utilizado para a coleta de dados é o mapa de acompanhamento diário de crianças menores de dois anos com data do atendimento, casa, primeira visita ou retorno, nome da criança, nome da mãe, sexo, data de nascimento, idade, peso e estatura, benefícios sociais, estado nutricional peso/idade segundo a Organização Mundial de Saúde, situação do aleitamento materno, tipo de acompanhamento e suplementação de micronutrientes. Os dados foram analisados no programa R Core Team, 2018, versão 3.5.3. Em todos os ajustes e testes realizados foi adotado o nível de significância ou variância de 5% (alfa = 0.05) Acerca dos aspectos éticos a pesquisa teve aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CONEP). O estudo identificou uma prevalência de aleitamento materno exclusivo de 95.48% nos seis primeiros meses de vida e um aleitamento materno complementado que dura 24 meses em 92.03% das crianças Indígenas na região da tríplice fronteira. A avaliação antropométrica de acordo com peso/idade manteve peso adequado em maioria representado por 79% nos seis primeiros meses de vida e 80.9% até os 24 meses de vida. Concluiu-se que o aleitamento materno exclusivo está ligado ao peso adequado para idade, mesmo quando continuado após o sexto mês de vida e que os benefícios sociais não influenciaram na introdução de novos alimentos na dieta da criança.

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Indígena; Desmame; Saúde Pública.

ABSTRACT

PEREIRA, B. S. A. **Prevalence of breastfeeding among indigenous peoples of the Triple Frontier.** Thesis (Doctorate) – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Breastfeeding is the most appropriate way of providing food for the healthy growth and development of infants and should be a single source of hydration and nutrition in the first six months of life. Due to the accelerated process of socio-cultural and economic changes, the abandonment of subsistence activities, the reduction of food variability and the dependence on industrialized products, shows the population of indigenous children at high vulnerability to protein-economic malnutrition, as well as other nutritional deficiencies. , especially in children, with an aggravating prevalence of parasitic infectious diseases. The objective of the research is to verify the breastfeeding situation and the nutritional status of children of indigenous origin, in the municipalities of Triplo Fronteira. It is an analytical, descriptive and cross-sectional research, also called prevalence study or research. Information on the type of breastfeeding was collected in the database of the System of Nutritional Surveillance and Indigenous Food. The study was carried out in the western region of Paraná, also known as Triplo Fronteira, within the territory of Brazil, Paraguay and Argentina. The population studied in indigenous children, under the age of 2 years, of both sexes. The instrument used to collect data is the daily follow-up map of children under two years old with attendance data, home, first visit or return, child's name, mother's name, sex, birth data, age, weight and height, next, social benefits are filled, nutritional Status weight / age according to the World Health Organization, breastfeeding situation, type of follow-up, implementation of micronutrients. The data were not analyzed in the program R Core Team, 2018, version 3.5.3, all tests and tests performed were adopted at the level of significance or variation of 5% (alpha = 0.05) About the ethical aspects in the strategy methodological used, it does not involve physical, psychological, moral, intellectual, social or cultural risks, due to the use of secondary data available at SISVAN-I, a research initiated after the National Committee for Ethics in Research on Human Beings (CONEP). The study identified a prevalence of exclusive breastfeeding of 95.48% in the first six months of life and a complementary breastfeeding that lasted 24 months in 92.03% of children in the indigenous region of the triple region. An anthropometric assessment according to weight / age maintained the appropriate weight in most cases represented by 79% in the first six months of life and 80.9% up to 24 months of life. It was concluded that exclusive breastfeeding is linked to the appropriate weight for the age, even when continued after the sixth month of life and that the social benefits do not influence the introduction of new foods in the child's diet.

Keywords: Breastfeeding; Indigenous; Weaning; Public health.

RESUMEN

PEREIRA, B. S. A. **Prevalencia de la lactancia materna entre los pueblos indígenas de la Triple Frontera**. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

La lactancia materna es la forma más adecuada de proporcionar alimentos para el crecimiento y desarrollo saludables de los bebes, y debe ser una fuente única de hidratación y nutrición en los primeros seis meses de vida. Debido al proceso acelerado de cambios socioculturales y económicos, el abandono de las actividades de subsistencia, la reducción de la variabilidad de los alimentos y la dependencia de los productos industrializados, muestra a la población de niños indígenas en alta vulnerabilidad a la desnutrición proteica económica, así como a otras deficiencias nutricionales , especialmente en niños, con una prevalencia agravante de enfermedades infecciosas parasitarias. El objetivo de la investigación es verificar la situación de la lactancia materna y el estado nutricional de los niños de origen indígena, en los municipios de Triple Frontera. Es una investigación analítica, descriptiva y transversal, también llamada estudio o investigación de prevalencia. La información sobre el tipo de lactancia materna se recopiló en la base de datos del Sistema de Vigilancia Indígena de Alimentos y Nutrición. El estudio se llevó a cabo en la región occidental de Paraná, también conocida como Triple Frontera, por los límites territoriales de Brasil, Paraguay y Argentina. La población estudiada en niños indígenas, menores de 2 años, de ambos los sexos. El instrumento utilizado para recopilar datos es el mapa de seguimiento diario de niños menores de dos años con datos de asistencia, hogar, primera visita o regreso, nombre del niño, nombre de la madre, sexo, datos de nacimiento, edad, peso y altura, a continuación, se cubren los beneficios sociales, estado nutricional peso / edad según la Organización Mundial de la Salud, situación de lactancia materna, tipo de seguimiento, implementación de micronutrientes. Los datos no se analizaron en el programa R Core Team, 2018, versión 3.5.3, todas las pruebas y pruebas realizadas se adoptaron al nivel de significancia o variación del 5% (alfa = 0.05) Acerca de los aspectos éticos en la estrategia metodológicamente utilizado, no implica riesgos físicos, psicológicos, morales, intelectuales, sociales o culturales, debido al uso de datos secundarios disponibles en SISVAN-I, una investigación iniciada después del Comité Nacional de Ética en Investigación en Seres Humanos (CONEP). El estudio identificó una prevalencia de lactancia materna exclusiva del 95,48% en los primeros seis meses de vida y una lactancia materna complementaria que duró 24 meses en el 92,03% de los niños en la región indígena de la triple región. Una evaluación antropométrica según el peso / edad mantuvo el peso apropiado en la mayoría de los casos representados por el 79% en los primeros seis meses de vida y el 80,9% hasta los 24 meses de vida. Se concluyó que la lactancia materna exclusiva está relacionada con el peso apropiado para la edad, incluso cuando se sigue después del sexto mes de vida y que los beneficios sociales no influyen en la introducción de nuevos alimentos en la dieta del niño.

Palabras-clave: Lactancia Materna; indígena; destete; Salud pública.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das crianças indígenas segundo sexo e aldeia ou reserva na Região da Tríplice Fronteira, 2017. 44

Tabela 2 - Distribuição das crianças de acordo com alerta de peso segundo OMS na Região da Tríplice Fronteira, 2017. 45

Tabela 3 - Distribuição das crianças de acordo com benefícios sociais na Região da Tríplice Fronteira, 2017. 45

Tabela 4 - Distribuição das crianças de acordo com classificação de peso segundo Organização Mundial de Saúde na Região da Tríplice Fronteira, 2017. 46

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição das crianças indígenas na região da Tríplice Fronteira, de acordo com o tipo do Aleitamento materno durante os primeiros 6 meses de vida, 2017 46

Gráfico 2 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com o tipo de Aleitamento materno após 6 meses de vida, na região da Tríplice Fronteira, 2017..47

Gráfico 3 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com a prevalência do aleitamento materno e avaliação P/I até os 6 meses de vida, segundo a OMS, na região da Tríplice Fronteira, 2017 47

Gráfico 4 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com a prevalência do aleitamento materno e avaliação P/I após dos 6 meses de vida, segundo a OMS, na região da Tríplice Fronteira, 2017 48

Gráfico 5 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com o alerta de peso até os 6 meses de vida, na região da Tríplice Fronteira, 2017.....48

Gráfico 6 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com o alerta de peso após dos 6 meses de vida, na região da Tríplice Fronteira,2017.....49

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2017 26

Figura 2 - Organograma do Distrito Sanitário Especial Indígena, 2017.....27

LISTA DE SIGLAS

ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa
AM	Aleitamento Materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CASAI	Casas de Saúde Indígena
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde do Índio
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COSAI	Coordenação de Saúde do Índio
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DGESI	Departamento de Gestão da Saúde Indígena
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EVS	Equipes Volantes de Saúde
FAO	Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura
FSESP	Fundação de Serviços de Saúde Pública
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SASI	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena
SESAI	Secretaria de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação a Atenção à Saúde Indígena
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 15

1 INTRODUÇÃO 17

2 OBJETIVOS 22
2.1 Objetivo geral 22
2.2 Objetivos específicos 22

3 REVISÃO DA LITERATURA 23
3.1 Saúde indígena no Brasil 23
3.2 Indicadores epidemiológicos da saúde indígena no Brasil 28
3.2.1 Sistema de vigilância nutricional indígena 31
3.3 Cenário nutricional da criança indígena 36

4 MATERIAL E MÉTODOS 40
4.1 Tipo de estudo 40
4.2 População de estudo 40
4.3 Local do estudo 40
4.4 Coleta de dados 41
4.5 Fases do estudo 42
4.6 Análise dos dados 43
4.7 Considerações éticas 43

5 RESULTADOS 44

6 DISCUSSÃO 50
6.1 Caracterização dos participantes do estudo 50
6.2 Características de alerta de peso 52
6.3 Características dos benefícios sociais 53
6.4 Classificação do estado nutricional 55
6.5 Prevalência do Aleitamento Materno 57
6.5.1 Prevalência do Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida 57

6.5.2 Tipo de Aleitamento materno dos 7 aos 24 meses de vida.....58
6.6 Estado Nutricional 60
6.6.1 Estado Nutricional até os 6 meses de vida.....60
6.6.2 Estado Nutricional dos 7 aos 24 meses de vida.....61

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 63

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 65

REFERÊNCIAS.....66

ANEXOS 82

APRESENTAÇÃO

Durante a graduação em Enfermagem na Universidade Estadual do Paraná, no ano de 2011 iniciei atividades no projeto de pesquisa intitulado “Prevalência do Aleitamento Materno e Práticas Alimentares no primeiro ano de vida no município de Foz do Iguaçu/PR”. Posteriormente alguns participantes da pesquisa foram excluídos por serem de nacionalidade Paraguaia e a partir daí dei início na minha iniciação científica com os participantes excluídos no projeto “Incidência do Aleitamento Materno em Mães paraguaias que utilizam o Sistema Único de Saúde numa cidade fronteiriça”.

Em 2013, após a conclusão do Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem, na Universidade Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, com maior aproximação com o tema, decidi investir na pesquisa do aleitamento materno dentro das creches no município de Foz do Iguaçu, e desenvolvi a Dissertação de Mestrado com o projeto de pesquisa intitulado: “Práticas e percepções das educadoras infantis sobre o aleitamento materno nos CMEIS de Foz do Iguaçu/PR”.

Ainda na UNIOESTE, prestes a defender a Dissertação de Mestrado no segundo semestre de 2015 e trabalhando no Centro Cirúrgico do Hospital Municipal Padre Germano Lauck em Foz do Iguaçu, recebi a notícia do Doutorado Interinstitucional (DINTER), parceria entre a Universidade Estadual do Oeste do Paraná e o Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo- USP) e Itaipu Binacional.

Ao avaliar uma ideia de projeto para candidatura no DINTER que mantivesse a linha de pesquisa do Aleitamento Materno, o *insight* e curiosidade em investigar a prática do aleitamento entre os índios na região de fronteira foi instantâneo, devido sucessivos encontros com a etnia na região fronteiriça entre Brasil, Paraguai e Argentina.

Buscando pesquisas acerca do tema, fiquei ainda mais intrigada, pois foram escassos os achados. A partir daí fui entender as resoluções éticas que envolvem a pesquisa neste campo e foi quando percebi o desafio de ter uma população considerada vulnerável, e aceitei a ideia de contribuir com uma pequena parcela nesta lacuna de conhecimento.

Para que pudesse cumprir com o requisito do Estágio Doutoral, em junho de 2017 optei por mudar para a cidade de Ribeirão Preto - SP, ficando mais próxima

para as orientações, me inserindo no mercado de trabalho da cidade, iniciando então minha jornada pessoal: conciliar o sonho do doutorado e a carreira profissional na assistência.

Atuando em áreas onde nunca havia antes, como clínica médica no Hospital Unimed de Ribeirão Preto, Grupo São Francisco em Auditoria de Órteses, Próteses e Materiais Especiais e Centro Cirúrgico no Hospital São Lucas, área que já atuava, atualmente trabalho Promoção da Saúde na Serasa Experian na cidade de São Carlos – SP, atividade que trouxe plenitude e satisfação profissional.

1 INTRODUÇÃO

O leite materno, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018), é o alimento adequado para o crescimento e o desenvolvimento saudável de lactentes, o que também é corroborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância e Adolescência (UNICEF).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne a mortalidade infantil, além de promover a saúde física, mental e psíquica da mãe e do bebê amamentado, devendo ser a única fonte de hidratação e alimentação nos primeiros seis meses de vida (ORTELAN et al., 2019; SILVA et al., 2020).

A recomendação do MS e da OMS é que a mãe amamente por dois anos ou mais, sendo esta prática exclusiva nos primeiros seis meses de vida (SILVA et al., 2020). Não são verificados benefícios em introduzir alimentos antes dos seis meses; ao contrário, há prejuízos importantes à saúde da criança, como maior número de diarreias, desidratação, deixando-a susceptível a doenças respiratórias (PASSANHA; BENICIO; VENANCIO, 2020).

Assim, a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno é uma preocupação mundial, e estratégias vêm sendo criadas para o sucesso dessa prática (RIMES et al., 2019).

Há variações significativas na prevalência do aleitamento materno redor do mundo. A UNICEF destaca que a recomendação para a prática da amamentação é mundial, independente da origem étnica, sendo ímpar na saúde das crianças em países em desenvolvimento (GARCIA, 2016).

Assim como as demais crianças do mundo, as crianças indígenas são acometidas por agravos resultantes do desmame precoce (MARINHO et al., 2019). Especificamente no Brasil, devido aos determinantes sociais da saúde desfavoráveis, a população indígena tem ficado exposta a riscos para sua saúde. O acelerado processo de mudanças socioculturais e econômicas e o contato com a sociedade repercutem diretamente nos hábitos alimentares e na condição nutricional da etnia indígena (COIMBRA-JUNIOR, 1987). Decorrente do abandono das atividades de subsistência, da redução da variabilidade alimentar e da dependência de produtos industrializados, essa população encontra-se em alta vulnerabilidade para desnutrição proteico-energética, bem como outras carências nutricionais,

especialmente em crianças, com o agravante da prevalência das doenças infectoparasitárias (GONÇALVES et al., 2019).

O aleitamento materno, enquanto uma prática social, tem sofrido modificações através dos tempos. Devido à sua complexidade e importância para a saúde materno-infantil, constantemente exige novas abordagens sobre o tema afim de compreender os impactos de diferentes contextos sociais e educacionais na prática (FONSECA-MACHADO et al., 2012).

A partir do princípio de que o desmame precoce está inserido num cenário social, onde os serviços de saúde são responsáveis pela educação em prol da saúde materno-infantil, enfatiza-se a necessidade de desenvolvimento de ações pró-amamentação, com objetivo de aumentar a adesão ao aleitamento materno exclusivo por seis meses e complementado até os vinte e quatro meses de vida (LIMA et al., 2019).

A mulher indígena tradicionalmente é descrita e ilustrada por diversas vezes como uma mulher nua, com uma criança no seio sendo aleitada. Considerando que a prática do aleitamento materno é comum nos costumes indígenas (BOSI; MACHADO, 2005), e o fator cultural é uma forte influência (BAPTISTA et al., 2019), as ações educativas sobre aleitamento materno e valorização da cultura indígena, associadas (LIMA et al., 2019) tem probabilidade de sucesso maior, na prática da amamentação.

Apesar da importância dos inquéritos nutricionais e estudos de prevalência na saúde pública, a preocupação com a alimentação e o estado nutricional dos povos indígenas ainda é incipiente, sendo que a grande maioria dos dados são ultrapassados pelo tempo e provém de estudos no Parque Indígena do Xingu, na região do Mato Grosso (COIMBRA-JUNIOR; SANTOS, 1991).

Ao realizar uma revisão de escopo acerca da prevalência do aleitamento materno indígena no Brasil, utilizando terminologia Decs e MeSH nas bases de dados PubMed, Lilacs, SciELO, Medline e BDEnf, foram obtidos trinta artigos. Seis artigos foram mantidos para revisão, utilizando como critérios de exclusão as palavras chave: (*breastfeeding*), ‘‘indígena’’ (*indigenous*) e ‘‘Brasil’’ (*Brazil)*. Destes, dois tinham enfoque na prática do aleitamento materno indígena no Brasil. O primeiro versava sobre aleitamento materno entre indígenas do estado de Minas Gerais, na região Sudeste do Brasil, e encontrou a média de aleitamento materno exclusivo de 7,27 dias e desmame total aos 12 meses de vida (SÍRIO et al., 2015). O

segundo artigo, realizado no estado do Acre localizado na Região Norte do país, mostrou que o aleitamento materno exclusivo findou aos cinco meses de vida e o aleitamento materno complementado aos 11 meses de vida (MACIEL et al., 2016). Há, entre os autores, a concordância de que são necessários mais estudos para compreender as influências que levaram ao desmame, e a compreensão dos fatores socioculturais que se relacionaram com o tempo de amamentação. Ambos mostram a necessidade de implementação de programas de incentivo ao aleitamento materno entre os indígenas (MACIEL et al., 2016; SÍRIO et al., 2015).

Coimbra-Junior e Santos (2000, p. 131) chamam a atenção para a falta de estudos e dados oficiais a respeito de populações indígenas brasileiras, conferindo-lhes "[...] uma danosa invisibilidade demográfica e epidemiológica". De maneira geral, os registros existentes no que tange às condições de saúde dos índios se referem aos grupos que vivem nas regiões Amazônica e Centro-Oeste, relegando as comunidades das regiões Sul, Sudeste e Nordeste.

Nos indicadores de risco para doenças pediátricas, também se identificam o desmame precoce, o fraco vínculo mãe-filho e o consumo de água não tratada. Tais condições das crianças em situação de risco determinam, desde o seu nascimento, maior probabilidade de morrer ou adoecer, quando comparadas a outras comunidades. Por essa razão, a classificação e a identificação desses fatores são tão importantes para a redução da mortalidade infantil e a sinalização de agravos à saúde da criança (FUNASA, 2004).

A vulnerabilidade da população indígena brasileira traz à luz a importância dos antigos hábitos alimentares indígenas, quando as índias amamentavam seus filhos a qualquer hora, sem preocupação em alternar o seio, e a criança apenas o largava quando saciada. Somente quando pudesse andar sozinha começava a comer o mesmo alimento que os adultos, mas sem abandonar o seio da mãe; prática essa que se estendia por dois anos ou mais. O desmame precoce só ocorria em caso de morte ou adoecimento da mãe (SANTOS; COIMBRA-JUNIOR, 2003).

Em 2018, o Ministério da Saúde definiu a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa (ANPPS), presente em duas edições da agenda consecutivamente. A saúde dos povos indígenas é o primeiro tópico abordado na subagenda de pesquisa em saúde. Dentro deste tema o primeiro assunto abordado são inquéritos nutricionais e alimentares: identificação de hábitos alimentares, desnutrição, obesidade, anemia e hipovitaminose A. Além do tema a respeito do aleitamento

materno ser pouco conhecido, o assunto é prioridade definida pelo Ministério da Saúde, citada nas duas edições do documento (BRASIL, 2018).

Na Agenda 2030 com 17 Objetivos para Desenvolvimento Sustentável (ODS), o objetivo número 2 Fome zero e agricultura sustentável, tem a finalidade de erradicar a fome, alcançar a segurança alimentar e melhoria da nutrição e promover a agricultura sustentável (ONU, 2015). O documento não cita diretamente a criança indígena, mas sim "acabar com a fome e garantir o acesso de todas as pessoas, em particular os pobres e pessoas em situações vulneráveis, incluindo crianças, a alimentos seguros, nutritivos e suficientes durante todo o ano". Contudo, ela traz um novo objetivo, que é dobrar a produção agrícola indígena até 2030 (ONU, 2015).

Apesar do alerta da ONU para a tentativa frequente de criminalização do indígena e militarização de áreas próximas a Reservas e Aldeias (AGÊNCIA BRASIL, 2018), a Agenda 2030 foca na pessoa vulnerável, sem explicitar a condição indígena e suas principais fragilidades como nas três versões da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa (ANPPS) consecutivamente (BRASIL, 2018).

A indefinição acerca da situação de aleitamento materno é preocupante, e considerando a relevância do tema, as condições de alimentação e nutrição das populações indígenas no Brasil ainda são pouco conhecidas. O crescimento e desenvolvimento infantil são núcleo integrador das ações de saúde materno-infantil e base para as atividades de assistência primária à saúde. Em última análise, revela, em uma população, a eficácia das intervenções em saúde, tanto curativas quanto preventivas. Consequentemente, o acompanhamento nutricional e a instituição de medidas de intervenção, que melhorem o estado de saúde e a nutrição, reduzem a influência de fatores ambientais que dificultam o alcance por parte das crianças de seu potencial genético de crescimento. Tais medidas permitem que as crianças cresçam e se desenvolvam o mais próximo da forma que crescem e se desenvolvem as crianças saudáveis e que possuem condições adequadas de saúde e de alimentação (CAMPOS et al., 2017).

Diante dos conhecidos benefícios da amamentação, justifica-se a necessidade de conhecer o aleitamento materno na população indígena na região da Tríplice Fronteira. Principalmente porque os estudos do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2011) apontam que, comparadas a outras crianças, estas estão em maior número abaixo da linha da pobreza e que somente o pertencimento ao povo indígena já as coloca em situação de maior vulnerabilidade.

Na pesquisa “I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas” (BRASIL, 2017), apresentado no Rio de Janeiro, a pesquisa abrangeu indígenas das quatro macrorregiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste e Sul/Sudeste, foi dado destaque às deficientes condições de saneamento verificadas nas aldeias, à elevada prevalência de desnutrição crônica, anemia, diarreia e infecções respiratórias agudas na criança, e à emergência de doenças crônicas não transmissíveis na mulher. Tudo isso corrobora os estudos do Fundo das Nações Unidas para Infância (BRASIL, 2017).

O cenário delineado a partir do Inquérito impõe urgente revisão crítica da política de saúde indígena, com vistas a melhor atender às necessidades de saúde do segmento indígena da população brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Verificar a prevalência do aleitamento materno e estado nutricional de crianças de origem indígena até dois anos de idade na região de tríplice fronteira: Brasil, Argentina e Paraguai.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a prevalência do aleitamento materno das crianças menores de dois anos de idade de origem indígena na região de tríplice fronteira: Brasil, Argentina e Paraguai;
- Avaliar o estado nutricional das crianças com base nos registros do SISVAN I na região de tríplice fronteira: Brasil, Argentina e Paraguai;
- Verificar em crianças até dois anos de idade de origem indígena se a classificação do estado nutricional está dentro dos padrões recomendados pela OMS na região de tríplice fronteira: Brasil, Argentina e Paraguai.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Saúde indígena no Brasil

Em 1910 foi criado o Serviço de Proteção ao Índio com o objetivo de oferecer atendimento médico aos indígenas do Brasil e integrá-los à sociedade nacional. A partir deste marco todos os assuntos referentes à população indígena, antes de responsabilidade da igreja, passaram a ser geridos pelo Estado. Quanto às atribuições e estratégias, o SPI oferecia aos indígenas assistência voltada a situações de surtos epidêmicos, como os causados pela varíola, gripe, tuberculose, pneumonia, sarampo e outras viroses.

Na década de 1950 foi criado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA) com o objetivo de levar ações básicas de saúde, às populações indígena e população rural, em áreas de difícil acesso. Essas ações eram essencialmente voltadas para a vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis. O SUSA ampliou o espectro das ações para a saúde indígena desenvolvidas até então (COSTA, 1987).

Em 1967 o serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi extinto, sendo criada a Fundação Nacional do Índio (FUNAI). A FUNAI, nos mesmos moldes do SUSA, preparava Equipes Volantes de Saúde (EVS) para realizar atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área, levando assistência médica, atualizando calendário vacinal e supervisionando equipes locais de saúde (BRASIL, 2002a).

As EVS foram fixadas distantes das aldeias, tornando o contato com os indígenas esporádico e desvinculado das pessoas. Ao longo do tempo, poucas equipes mantiveram a assistência, atuando em ações curativas e emergenciais (COSTA, 1987).

Em 1986, aconteceu a primeira Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, no mesmo contexto da VIII Conferência Nacional de Saúde que definiu as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste evento um pequeno grupo de lideranças Indígenas e organizações de apoio propuseram, em caráter oficial, um modelo de atendimento específico e diferenciado aos povos indígenas no Brasil (BRASIL, 2002a; ALTINI et al., 2013).

Estes grandes eventos foram marcantes para as questões da saúde indígena, pois propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciado, baseado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), sob a organização da Coordenação

de Saúde do Índio (COSAI). O modelo proposto buscava garantir a equidade de direito à saúde aos povos indígenas, com acesso universal e integral (BRASIL, 2002a). Esta responsabilidade também foi transferida para o Ministério da Saúde; anteriormente estava atrelada ao Ministério da Agricultura.

Em 1988, a Constituição Federal reconheceu as organizações socioculturais dos povos Indígenas, assegurando capacidade civil plena. Estabeleceu a competência da União para legislar e tratar sobre a questão indígena, definiu também os princípios gerais do SUS, regulamentado pela Lei 8.080/90, estabelecendo a responsabilidade da gestão federal do Sistema pelo Ministério da Saúde.

Em 1991, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), para assessoria do CNS na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais na saúde indígena.

Em 1994 o Decreto Presidencial n 1.141/94 devolveu a coordenação das ações à FUNAI, com a aprovação ao "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio", responsabilizando-a pela recuperação da saúde dos índios, oferecimento de ações de imunização, de saneamento, controle de endemias e formação de recursos humanos com capacitação específica para a população indígena (BRASIL, 2002a).

Em 1999, a Lei Arouca definiu a saúde indígena como responsabilidade única do Ministério da Saúde, através da Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999, configurou a recusa das instituições ligadas ao SUS em prestar esta assistência ao indígena, um ato ilícito passível de ser confrontado nas vias competentes (BRASIL, 1999). Determinou a instituição do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), tendo por base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). Foram então criados os 34 DSEIs através da Portaria 852/1999.

Um grupo de trabalho formado pela Secretaria de Políticas do Ministério da Saúde iniciou a elaboração da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, com uma ampla participação social, constituída por representantes do governo, de universidades, do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) e organizações Indígenas. A política foi deliberada em caráter preliminar pelo Conselho Nacional de Saúde em dezembro de 2000, e oficializada pelo Ministério da Saúde através da Portaria nº. 254 em 31 de janeiro de 2002 (BRASIL, 2002b). O objetivo da política era garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a sua diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política.

Com a criação do SASI-SUS e dos DSEIs, grande parte dos serviços de saúde passou a ser executada através de convênios firmados com organizações da sociedade civil − organizações indígenas e indigenistas − e com alguns municípios. A perspectiva, no âmbito do Ministério da Saúde, era de que a União deveria transferir as responsabilidade e execução das ações em saúde indígena para terceiros (ALTINI et al., 2013). Com o apoio da terceirização, rapidamente entre 1999 e 2000, ocorreu a implantação da FUNASA com 34 Distritos Sanitários, em todas as regiões do país. Os convênios firmados concentraram-se com entidades indígenas na Amazônia, onde o movimento indígena estava organizado (ONU, 2007).

Nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste e em pequena parte da Amazônia as ações e contratações de serviços foram realizadas por entidades indigenistas. Embora reservasse para si as funções de coordenação, monitoramento e supervisão do processo de distritalização, e de se propor a executar as atividades de capacitação de recursos humanos contratados, a FUNASA não conseguiu equacionar sua carência de pessoal (ALTINI et al., 2013).

Uma dificuldade para o sucesso das ações de saúde para a população indígena voltou-se para os recursos humanos – a carência de profissionais qualificados para atuar com a população indígena foi um empecilho à viabilização do subsistema de saúde indígena. A rotatividade dos profissionais, o número insuficiente e as condições de trabalho precárias comprometeram a qualidade do serviço prestado, resultando em um sistema de saúde moroso, com uso inadequado dos investimentos, gastos excessivos com administração e menores incentivos à qualificação dos profissionais.

Em 2002 foi criada e implantada, a Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas (PNASPI), vigente até os dias atuais, tem com o propósito de garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde. A PNASPI está de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável: os agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (BRASIL, 2010).

Em 2004, novas diretrizes para saúde indígena através das Portarias n° 69 e 70 foram estabelecidas, com o objetivo de recuperar a execução direta e reduzir o papel das entidades não governamentais conveniadas, limitando-se à contratação

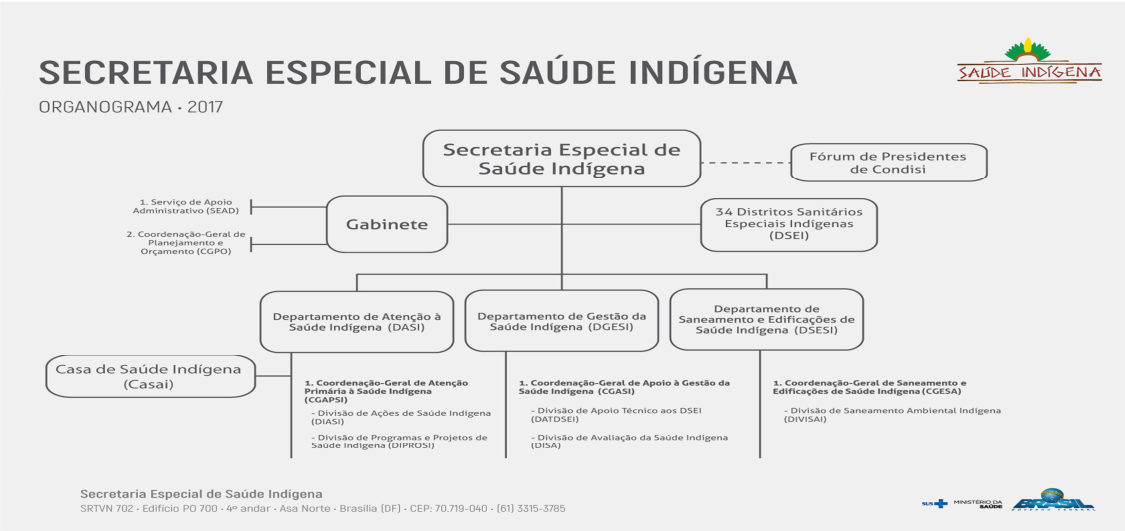
de pessoas, à atenção nas aldeias com insumos, ao deslocamento e à compra de combustível (BRASIL, 2004).

Em 2008 o Ministério da Saúde reassumiu a responsabilidade de gestor da política de saúde indígena denominando a terceirização ilegal pelo Projeto de Lei nº. 3.958 que alterou a Lei nº. 10.683/2003 que dispõe sobre a criação da Secretaria de Atenção Primária e Promoção da Saúde, a qual ficou abrigada a saúde indígena (BRASIL, 2008).

Em 2005 constituiu-se um grupo de trabalho com a participação de lideranças indígenas, com o objetivo de discutir e apresentar propostas a serem implantadas no âmbito do Ministério da Saúde, e em 2007 o governo oficializou a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) (BRASIL, 2010).

De 2010 a 2011, houve a transição da FUNASA para a SESAI, que é a área do Ministério da Saúde responsável pela coordenação das atividades da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e pelo processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (BRASIL, 2010). O sistema é descentralizado e a gestão é feita por unidades de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), o modelo organiza o serviço a partir do espaço étnico-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, para medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência (BRASIL, 2010).

Figura 1 - Organograma da Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2017



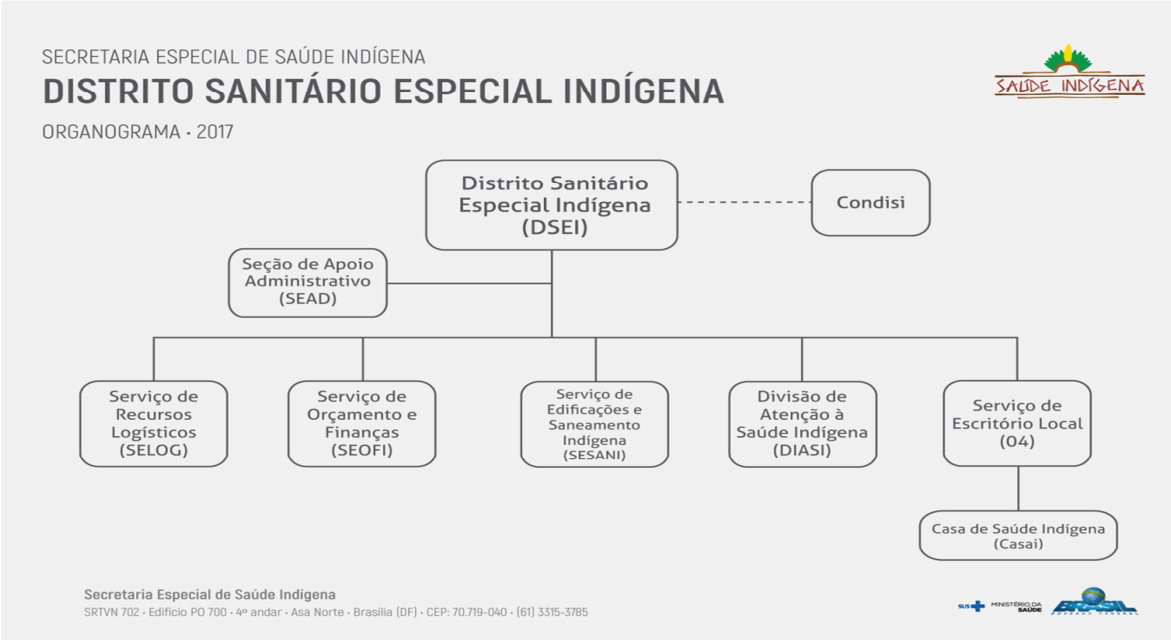
Fonte: BRASIL (2017).

A secretaria tem a missão de gerir a saúde indígena no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo por base a Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas (PNASPI), articulado com o SUS (SASI-SUS), descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 DSEIs distribuídos pelo país (BRASIL, 2012). Entre as atribuições da SESAI, de acordo com Decreto Nº 7.797, de 30 de agosto de 2012, destacam-se:

> Desenvolver ações de atenção integral à saúde indígena e educação em saúde, em consonância com as políticas e os programas do SUS e observando as práticas de saúde tradicionais indígenas; planejar e coordenar as ações de saneamento e edificações de saúde indígena; articular com estados e municípios e organizações não-governamentais ações de atenção à saúde indígena, respeitando as especificidades culturais e o perfil epidemiológico de cada povo; promover o fortalecimento do Controle Social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.

A execução das ações conta com uma estrutura administrativa que se divide em três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI); os Distritos Sanitários Especiais Indígenas são em 34 DSEIs; além dos DSEIs, há, ainda, os Polos Base, Casas de Saúde Indígena (Casais) e postos de saúde (BRASIL, 2012).

Figura 2 - Organograma do Distrito Sanitário Especial Indígena, 2017



Fonte: BRASIL (2017).

3.2 Indicadores epidemiológicos da saúde indígena no Brasil

Conhecer os indicadores epidemiológicos da saúde indígena é primordial, frente a diversidade sociocultural existente entre os povos indígenas do Brasil e dos diferentes processos de contato que cada aldeia vem estabelecendo com os não-indígenas, os diversificados processos de adoecimento e seus determinantes sociais específicos, resultando em um quadro epidemiológico complexo (FUNASA, 2010).

Ao longo dos últimos anos ocorreram importantes mudanças no cenário nacional, incluindo a ampliação das investigações científicas e a criação do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), que é alimentado com informações específicas da situação de saúde dos indígenas (FUNASA, 2010).

O estudo originado de 67 artigos de revisão registra que metade dos novos casos de tuberculose são entre indígenas na infância e adolescência e expressam uma necessidade de elaboração de políticas e ações de saúde que atendam a especificidades da etnia indígena (SQUINCA et al., 2015).

De modo geral, as doenças infecciosas e parasitárias são importantes causa de morbimortalidade. Simultaneamente, vem ocorrendo um processo de transição epidemiológica, no qual novos agravos estão se manifestando, acrescendo-se ao perfil de adoecimento e morte pré-existente. É o caso das doenças crônicas não transmissíveis, dos transtornos mentais e comportamentais e das causas externas de adoecimento e morte (FUNASA, 2010).

Numa avaliação Mortalidade infantil em microrregiões do Brasil e classificação de sua evitabilidade por raça, fora encontrado um predomínio do grupo de causas reduzíveis por ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde (42,9%, 38,5%, respectivamente) para as crianças indígenas quando comparado às demais raças do Estado (PICOLI; CAZOLA; NASCIMENTO, 2019).

Segundo os capítulos da CID-10, de acordo com o conjunto de microrregiões onde os indígenas representavam pelo menos 10,0% do total de habitantes, a mortalidade de Mortalidade crianças indígenas fora de em 29,7 problemas originados no período pré-natal, 17,1% doenças infecciosas e parasitárias, 17,1 doenças respiratórias, 8,9% doenças endócrinas nutricionais e metabólicas (MARINHO et al., 2019).

Para os povos indígenas a mortalidade infantil é um marcador que evidencia a disparidade em saúde entre crianças indígenas com crianças não indígenas, trata-se de um dos aspectos mais importantes para caracterizar as condições de vida e saúde de uma população (MARINHO et al., 2019). Na região Sul e Sudeste do Brasil buscando conhecer as iniquidades em saúde foi encontrado uma taxa de mortalidade infantil em <5 anos de 44,5/1.000 e uma taxa de mortalidade infantil 29.6/1.000, que são duas vezes maiores que as taxa de mortalidade infantil para crianças não indígenas da mesma região. As causas de óbitos predominantes foram as respiratórias (40,6%) e as infecciosas e parasitárias (18,8%), sugerindo precárias condições de vida e de organização dos serviços de saúde (CARDOSO et al., 2011).

Neste contexto, a morbidade infantil entre indígenas é alta, uma grande incidência de infecções respiratórias, gastrointestinais agudas, malária, tuberculose, desnutrição e doenças preveníveis por vacinas, delineando um panorama sanitário com agravos que poderiam ser facilmente reduzidos com ações sistemáticas e continuadas de atenção básica à saúde em áreas indígenas (CONFALONIERI; FIOCRUZ, 1989; BRASIL, 2002a; CARLOS JR et al., 2014). Mundialmente a etnia indígena apresenta elevada carga de doença, expressa por profundas iniquidades em saúde na comparação com os não indígenas (CARDOSO et al., 2011).

Estudos na região Amazônica apontam o crescimento na transmissão das hepatites entre os indígenas (NUNES; SOARES; SILVA, 2004; COSTA et al., 2012; DIAS et al., 2012), ainda há a predominância da hepatite “A” com taxa de infecção de 60%, a forma virulenta mais severa o tipo “D” também alcança 35% e o tipo “F” 5%; entre as crianças de 0 a 5 anos, 96.2% tiveram um Anti-HAV total positivo e 65,8% Anti-HAV IgM positivo (NUNES; SOARES; SILVA, 2004).

Santos e Coimbra Júnior (2004), sustentam a hipótese de que os indígenas estão passando por um complexo processo de transição epidemiológica no qual, ainda que as doenças infecciosas e parasitárias persistam como importantes causas de óbito, nota-se também um peso expressivo de doenças crônicas não transmissíveis e de lesões, envenenamentos e causas externas.

A mortalidade infantil é considerada um indicador importante na construção do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), para isso o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) é um dos mais tradicionais indicadores de saúde e indiretamente reflete os níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico de uma determinada população, em uma determinada área ou região. No Brasil, não há

séries históricas sobre o CMI para crianças indígenas, apenas estudos realizados ao longo das últimas décadas (FUNASA, 2010).

As diferenças entre os CMI denotam a heterogeneidade de condições de vida entre diferentes grupos indígenas. Para alguns povos indígenas o CMI pode assumir valores relativamente baixos como os observados nos Waúra do Xingu, 18,3 por mil nascidos vivos, mas também pode alcançar valores muito elevados, chegando a 100 por mil nascidos vivos, como os registrados entre os Guarani de Dourados-MS (FUNASA, 2010).

É importante destacar que no período de 2003 a 2006, as principais causas de mortalidade infantil entre crianças indígenas, em ordem decrescente foram: as doenças do aparelho respiratório, as causas mal definidas, as doenças infecciosas e parasitárias e as afecções originadas no período perinatal. Nesse mesmo período, as causas de mortalidade infantil no período neonatal e pós-neonatal foram de 30% e 70%, respectivamente. A elevada concentração de mortes infantis no período pós-neonatal é sugestiva das más condições de vida, do baixo alcance das ações básicas de suporte para a saúde da criança e da relação das mortes infantis com fatores ambientais desfavoráveis (FUNASA, 2010).

Baggio et al. (2015) afirmam que o cenário em que a criança indígena se encontra é de vulnerabilidade social e que condição social e história é marcada por transformações que levaram a desigualdade étnica e racial. Numa revisão de literatura a respeito do processo de adoecimento da criança indígena brasileira e suas implicações para a mortalidade infantil, o apontamento foi para um adoecimento notado por condições precárias de infraestrutura e acesso a informações de saúde, prevalecendo as doenças infecciosas, parasitárias, e as carências nutricionais, a desnutrição e a anemia, resultado que contribuem para que a taxa de mortalidade entre crianças indígenas permaneça superior à das demais crianças. Segundo o IBGE (2009) a mortalidade infantil estimada para os brasileiros autodeclarados indígenas na área rural dos municípios com Terras Indígenas, foi de 45,9 óbitos por mil nascidos vivos.

Apesar das modificações no perfil de saúde e adoecimento dos povos indígenas no Brasil, as doenças infecto parasitárias continuam sendo umas principais causas de adoecimento e morte (IBGE, 2009).

Neste concerne, ao analisar as causas de hospitalização de indígenas Xavante, Estado de Mato Grosso, mais da metade eram crianças com idade inferior

a cinco anos de idade e as principais de hospitalização foram: doenças do aparelho respiratório (47,7%); doenças infecciosas e parasitárias (19,9%); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (11,2%); e lesões, envenenamentos e consequências de causas externas (4,3%) (LUNARDI; SANTOS; COIMBRA, 2007). Proporcionalmente as crianças Xavante foram proporcionalmente mais hospitalizadas por doenças infecciosas e parasitárias, respiratórias e desnutrição que as não-indígenas de Mato Grosso, um perfil coeso com a precariedade sanitária e nutricional predominante das aldeias (LUNARDI; SANTOS; COIMBRA, 2007).

Em todo mundo 40% das causas de morte entre crianças menores de cinco anos são de causas diarreicas e pneumonias, sobretudo em regiões menos favorecidas do ponto de vista socioeconômico. Como de se esperar, no Brasil as crianças indígenas costumam ser acometidas por doenças relacionadas ao trato respiratório e as doenças diarreicas, sendo das principais causas de morbidade e adoecimento de crianças indígenas menos de cinco anos de idade (IBGE, 2009).

Ressaltasse que essa condição é sustentada por condições de saneamento precário, degradação do meio ambiente, restrição no espaço territorial, inadequações ou baixa efetividade dos programas de controle do parasitismo intestinal e das diarreias em áreas indígenas (COIMBRA JR, 2003; IBGE, 2009).

O quadro de indicadores até aqui delineado permanece indicando as doenças infecciosas e parasitárias como as principais causas de morbidade e mortalidade infantil indígena no Brasil. Somam-se aos problemas nutricionais de obesidade e sobrepeso os já conhecidos e por vezes alarmantes problemas de desnutrição e anemia (ORELLANA et al., 2009).

Há uma redução nos indicadores de desnutrição infantil nos últimos anos, entretanto, não se pode deixar de considerá-la como um dos principais componentes do perfil de morbimortalidade das crianças indígenas do Brasil. A desnutrição infantil entre os indígenas está acima das médias nacionais, incluindo regiões de reconhecida vulnerabilidade como o Norte e Nordeste rural (GARNELO, 2012).

3.2.1 Sistema de vigilância nutricional indígena

Tem se observado nos últimos anos uma vasta mudança na alimentação dos povos indígenas, de maneira que a alimentação tem se tornado cada dia mais semelhante a alimentação dos povos urbanos. Antes do contato com o homem, o

indígena vivia da agricultura e coleta de produtos silvestres como mel, frutas e raízes. Após este contato foram inseridos alimentos que eram desconhecidos na sua dieta, tais como açúcar, pão, bolacha, enlatados entre outros. Tais transformações implicam em mudanças no modo como obter, produzir e adquirir seu alimento, levando a circulação dos indígenas para além de suas terras. A composição atual da dieta indígena caracteriza-se pelo aumento no consumo de carboidratos, gorduras e sódio, concomitante a diminuição na ingesta de vitaminas, minerais e fibras, resultado do alto consumo de alimentos industrializados e processados (LEITE, 2007).

Referente ao perfil nutricional, o diagnóstico de desnutrição não pode ser realizado, pois os dados são conflitantes e existe uma confluência numa revisão descritiva que demonstram uma baixa estatura que coexiste com uma proporcionalidade peso/estatura. Neste contexto é importante considerar que a etnia e a nutrição atrelada influenciam em pequenos déficits de estatura, associados a origem étnica e altos índices indicam desnutrição em nível populacional (SQUINCA et al., 2015).

No concerne das crianças, não há um consenso nas implicações alimentares; houve situações que se percebeu melhora no perfil nutricional (BARUZZI et al., 2001; MORAIS et al., 2005; ORELLANA, 2006), enquanto em outras, crianças não foram beneficiadas por um padrão alimentar urbano (MORAIS et al., 2003).

Variações no impacto de uma alimentação urbana no perfil nutricional da criança indígena brasileira, corroboram a dimensão da variedade alimentar e nutricional indígena, deste modo não permite generalizações ou uma tendência dominante, mesmo num indicador específico, devido a diversidade alimentar e dispersão e amplitude geográfica dos indígenas no país.

O Sistema de Vigilância Nutricional e Alimentar - SISVAN foi preconizado na Conferência Mundial de Alimentação na década de 1970, sob recomendação do MS, OPAS, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e UNICEF, com o objetivo de monitorar as condições dos grupos desfavorecidos da população de risco, proporcionar um método de avaliação rápida e permanente de todos os fatores que influenciam os padrões de consumo alimentar e o estado nutricional" (FAO/OMS, 1974), sendo implementado em diversas partes do mundo.

Este monitoramento alimentar e nutricional faz parte das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAM, criado em 1999 no Brasil, centrado no SISVAN (BRASIL, 2004).

O SISVAN compactua com os Objetivos para Desenvolvimento do Sustentável (ODS), firmado em 2015 entre os Membros da Organização das Nações Unidas para melhoria da qualidade de vida, saúde e educação em todo mundo. São eles: erradicar a pobreza extrema e a fome; atingir o ensino básico universal; promover igualdade entre os sexo e autonomia entre as mulheres; reduzir a mortalidade materna e infantil; combater o HIV/aids, malárias e outra doenças; garantir a saúde ambiental e estabelecer uma pareceria mundial para o Desenvolvimento (ONU, 2015).

A proposta iniciou no Brasil em 1977, para organização de um sistema de informação para vigilância do estado nutricional e da situação alimentar da população brasileira.

Na década de 1990 foi considerado pré-requisito para repasse de recursos federais para as ações de combate à desnutrição, foi instituído pela Lei orgânica (nº 8080/90) no âmbito do SUS, com objetivo de planejar, acompanhar e avaliar as políticas e programas de alimentação e nutrição (BRASIL, 1990).

Deste modo a Portaria 2246/GM de 2004, define como responsabilidade das Secretarias de Saúde, nos âmbitos estadual e municipal, a implantação e a supervisão das ações do SISVAN, sendo recomendada para essas atividades, preferencialmente, a coordenação do nutricionista. As ações podem ser executadas pelas equipes de Saúde da Família, nos domicílios ou nas Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2004).

Para o funcionamento do SISVAN a equipamentos e insumos são necessários para sua implantação, tais são: computador com acesso à internet; equipamentos antropométricos como balança pediátrica e plataforma; estadiômetro horizontal e vertical; calculadora ou disco para a identificação do Índice de Massa Corporal (IMC), gráficos ou tabelas de crescimento infantil; formulários de cadastro individual e mapas de acompanhamento do SISVAN para criança; formulários de marcadores de consumo alimentar do SISVAN (NASCIMENTO et al., 2019).

Além de insumos é necessário também recursos humanos para registro das informações, sendo estes os profissionais das unidades básicas de saúde, das equipes de Saúde da Família ou Núcleos de Apoio à Saúde da Família e digitador,

todos capacitados para que desempenhem seu papel com a qualidade necessária (NASCIMENTO et al., 2019).

Em 2008 foi criado o SISVAN *Web*, um sistema com o objetivo de registrar os dados da Vigilância Alimentar e Nutricional através de um sistema informatizado, que foi disponibilizado através da *internet*, para acesso de todos os Estados e Municípios (BRASIL, 2010b). O novo sistema veio para superar as dificuldades do SISVAN Módulo Municipal, relacionadas ao registro e fluxo de informações que levavam a uma baixa cobertura do quadro nutricional no país (BRASIL, 2010b).

Sua implementação foi satisfatória e houve o aumento no uso do sistema, alcançando mais de 9 milhões de acompanhamentos nos primeiros 18 meses de utilização, porém a cobertura Nacional manteve-se baixa, revelando que ainda haviam recursos materiais insuficientes para a alimentação do sistema, apenas metade dos municípios brasileiros registrava as informações no SISVAN, perfazendo uma cobertura de 4,69% da população brasileira (FERREIRA et al., 2018).

No SISVAN *Web*, os dados são transformados em informações sobre o crescimento nutricional; consumo alimentar; representação em relação ao município; baixo peso; baixa estatura e excesso de peso para idade; tendências ao longo do tempo sobre o estado nutricional: obesidade ou desnutrição; número de crianças que estão sob aleitamento materno exclusivo no município, a duração; como ocorre a introdução alimentar entre as crianças e as práticas alimentares que representam risco à saúde da criança (NASCIMENTO; SILVA; JAIME, 2019). Mediante estes dados é possível manter a vigilância alimentar e traçar as devidas ações para o enfrentamento dos principais problemas que afetam o público infantil (NASCIMENTO; SILVA; JAIME 2019).

Neste sistema o monitoramento é realizado através do apoio as ações de promoção a saúde, com o objetivo de aumentar a qualidade da assistência a população, com atividades de contínuas de coleta e análise de dados e informações que permitem o diagnóstico descritivo e analítico da situação alimentar e nutricional da população brasileira, o mesmo deve ser a base para o planejamento de ações para estimulo da alimentação saudável, controle, prevenção e reorientação das carências nutricionais, que denomina-se Ciclo de Vigilância Alimentar e Nutricional (BRASIL, 2010a; 2010b).

Reconhecendo a relevância e a magnitude dos problemas nutricionais que afetam também os povos indígenas no Brasil, publicou-se a Portaria ministerial nº

984 em 2006, regulamentando o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) no âmbito do subsistema de atenção à saúde indígena (CALDAS et al., 2012).

Essa estratégia tem como objetivo descrever e acompanhar as tendências nutricionais e alimentares e seus fatores determinantes, contribuindo com o planejamento, execução e avaliação de políticas, programas e ações voltados para a promoção e adequação da situação alimentar e nutricional dos povos indígenas (CALDAS et al., 2012).

O SISVAN *Web* - Indígena é alimentado com dados sobre o Estado nutricional por meio da antropometria (peso e altura), prática de aleitamento materno, introdução da alimentação complementar, indicadores de consumo alimentar em diferentes fases da vida (CALDAS et al., 2012). Além disso o gestor é responsável por realizar suplementação preventiva de vitamina A entre crianças de 6 a 59 meses em regiões endêmicas; suplementação preventiva de ferro para crianças de 6 a 18 meses (SILVA et al., 2014).

Contudo a baixa cobertura e a escassez de dados sobre o tema continuam ainda sendo um desafio para formulação de políticas públicas (LEITE et al., 2012), principalmente quando comparadas a população não indígena e análises que avaliem a tendência dos padrões nutricionais ao longo do tempo, um instrumento importante para monitoramento do estado de saúde, porém após mais de uma década de sua criação ainda pouco se sabe sobre sua estrutura, desempenho e cobertura (PANTOJA et al., 2014).

As publicações a respeito do tema vêm crescendo e destacam-se o primeiro Inquérito Nacional sobre Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, quando mais de cinco mil crianças de 0 a 5 anos de 123 aldeias representando as cinco macrorregiões brasileiras (COIMBRA et al., 2013).

Silva et al. e Pantoja et al. (2014) corroboram que após ampliação da cobertura do SISVAN Indígena, correlacionou-se uma significativa diminuição da desnutrição infantil em crianças menores de cinco anos de idade, impactou na expansão da assistência à Saúde da Família Indígena com forte ênfase na nutrição infantil e subsídio a intervenções precoces, algumas medidas paliativas com a inserção de famílias indígenas em programas de transferência de renda ou doação de alimentos, concorreram com a redução dos índices de desnutrição e mortalidade infantil nessa população.

Tais mudanças mesmo que pequenas, justificam a importância de um subsistema, que mesmo com um pequeno aumento da cobertura, consegue impactar positivamente na vigilância nutricional como estratégia da atenção à saúde, considerando as particularidades da etnia (PANTOJA et al., 2014).

3.3 Cenário nutricional da criança indígena

A desnutrição infantil permanece como grave problema de saúde pública, com amplitude ainda maior entre indígenas, a prevalência de desnutrição chega a 59,4%, algumas variáveis se associam a este panorama, como a baixa renda, a baixa escolaridade e a introdução do leite de vaca antes dos 30 dias de vida, a cobertura vacinal é inversamente proporcional à desnutrição (ARAÚJO et al., 2016). É importante ressaltar a baixa cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, embora esta baixa cobertura venha aumentando gradativamente o movimento não é linear em todo o país e há lacunas acerca da nutrição infantil indígena em todos os DSEIs (PANTOJA et al., 2014).

No Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, na região Amazônica, 80.5% das crianças apresentaram baixa E/I; 57.5% baixo P/I; 8.4% magreza, a região do Distrito possui um território acidentado, o solo é extremamente pobre e inadequado à agricultura intensiva (PANTOJA et al., 2014); no Alto Xingu, região central do país, a anemia grave esteve presente em 15% das crianças e um terço das crianças apresenta déficits de crescimento (MONDINI et al., 2007).

O quadro sanitário desenhado por essas afirmativas está em consonância com o perfil de saúde indígena até aqui exposto, pois as terras indígenas, embora correspondam somente a 12% do território nacional, não estão aptas para a sobrevivência com qualidade e as mais produtivas e férteis são alvo de posseiros, garimpeiros e produtores rurais, o que os levam a conflitos pela sobrevivência, consequentemente viver sem conflitos pela terra, para esta população traz uma baixa qualidade alimentar, com restrição calórica e nutricional (MAGGI, 2014).

Ao analisar as taxas de natalidade e mortalidade no Parque Indígena do Xingu de 1970 a 2004, verificou-se que as maiores proporções de óbitos se concentram entre crianças com idade menor ou igual a um ano de vida (PAGLIARO et al., 2007).

No Paraná, Estado da pesquisa, o Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil afirma que 84.2% dos óbitos infantis são considerados reduzíveis (MATHIAS; ASSUNCAO; SILVA, 2008). No Sul do país o estudo de Cardoso et al., 2011, descreve a mortalidade com foco nas iniquidades em saúde, nesta região é evidenciado uma elevada natalidade e taxa de mortalidade, entre menores de cinco anos de idade (44,5/100), duas vezes maior que as taxas da mesma região na população geral, a proporção de óbito infantil neonatal foi de 83.3%, uma predominância de 51.6% de causas evitáveis pelos serviços de saúde, como doenças respiratórias (40.6%), infecciosas e parasitárias (18.8%), o que sugere precárias condições de vida.

Na região Amazônica no Estado de Rondônia, ficou evidenciada entre as crianças indígenas a baixa estatura (45.8%) e baixo índice de massa corporal para idade (26%), dessa forma delineia-se para os Pakaanóva uma preocupante situação nutricional, resultante de exposição contínua a fatores adversos de ordem socioeconômica e ambiental. As poucas informações epidemiológicas disponíveis para os Pakaanóva sinalizam para um quadro caracterizado por elevada morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, sobretudo diarreias, pneumonia, malária e tuberculose. Para o período 1995-1997, as principais causas de óbito na população Pakaanóva foram doenças infecciosas e parasitárias (50% dos óbitos), com 30% do total tendo sido verificado em crianças menores de cinco anos (ESCOBAR et al., 2003).

Moura, Batista e Moreira (2010) descrevem que uma minoria da sociedade indígena mantém o modo de vida tradicional, com alimentação adequada em quantidade e qualidade na caça e agricultura local, porém a maioria dos indígenas sofrem com a aculturação no contato com a civilização urbana, devido à escassez de terras e à perda da floresta que garantiam sua subsistência. Picoli, Carandina e Ribas (2006); Maggi (2014) corroboram e associam o acentuado quadro de desnutrição as mudanças no modo de vida tradicional indígena. Importante frisar que a aculturação dos indígenas com a alimentação e vida urbana não acompanham o nível social e econômico em que eles vivem, deste modo a comunidade indígena acaba sofrendo consequências no seu estado de saúde (MOURA; BATISTA; MOREIRA, 2010).

O baixo peso ao nascer ou peso menor que 2500 gramas, configurou-se outro problema potencial e ocorreu em 30.4% entre crianças Kaiowá e Guarani no Mato

Grosso do Sul, podendo ser ainda superior, já que 64.4% não tinham o registro de peso ao nascer (PICOLI; CARANDINA; RIBAS, 2006). Outra preocupação do mesmo estudo são os nascimentos domiciliares e sem acompanhamento pré-natal, que resultam na falta de registros antropométricos para análise de crescimento; a partir dos seis meses de vida todas as faixas etárias apresentaram déficits nutricionais, e o estudo associa o meio ambiente degradado com a redução nos valores dos índices antropométricos com o aumento da idade (PICOLI; CARANDINA; RIBAS, 2006).

No Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste, a desnutrição e o baixo peso entre crianças indígenas são superiores quando comparados à população rural e urbana da mesma região, sob influência de uma baixa renda *per capita*, o sexo masculino na faixa etária de 6 a 23 meses de vida, em famílias de alta densidade foi colaborativo para condições familiares insalubres (RIBAS et al., 2001). Na mesma região, Centro-Oeste, o estudo de Souza et al. (2001) registrou dados semelhantes, uma população infantil indígena predominantemente com idade inferior a 15 anos (56%), uma alta natalidade e mortalidade infantil, decorrentes das precárias condições de vida.

A pesquisa “Cultura dos povos originários da floresta amazônica na gestação e no puerpério: uma revisão de escopo sob o ponto de vista da segurança alimentar e nutricional“ traz hábitos alimentares infantis, nesta região metade do bebês indígenas foram amamentados até o sexto mês de vida exclusivamente, até o terceiro mês de vida o AME teve um fator protetor para diarreias, posteriormente com a introdução alimentar precoce e alimentos mau higienizados resultam num quadro diarreico (SILVA et al., 2020).

Quando adoecem é comum que busquem inicialmente o Pajé (20% dos casos), agente de saúde indígena (46% dos casos) e polo-base na aldeia (69% dos casos). Acerca do crescimento para a idade foi observado uma baixa estatura para idade de 33.8% o que corrobora o registro de anemia em 66% das crianças no período do desmame e introdução alimentar, fase importante do desenvolvimento infantil (SILVA et al., 2020).

A alimentação tradicional indígena foi considerada completa e rica em nutrientes, especialmente quando comparada a industrializada, adequada para o desenvolvimento infantil. Contudo observa-se um declínio no estado nutricional infantil nos dois primeiros anos de vida, pois sua alimentação tradicional necessita

ser enaltecida em detrimento aos alimentos industrializados, atraentes visualmente e que estão mais disponíveis em suas aldeias (SILVA et al., 2020).

Todos os estudos encontrados acerca do estado nutricional da criança indígena enfatizam a desnutrição, as precárias condições de vida e o abandono do Estado nessa condição em que eles vivem, por isso os números encontrados podem ser subestimados, devido ao reduzido número de estudos com populações indígenas, a dificuldade em chegar ao local onde habitam e os próprios entraves da pesquisa com esta população que inibem os pesquisadores a iniciar estudos a respeito dessa etnia.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, realizada com dados secundários das crianças indígenas de zero a dois anos de idade cadastradas e acompanhadas pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) do Distrito Sanitário de Saúde Especial Indígena (DSEI) litoral sul.

4.2 População de estudo

A população estudada é composta por crianças indígenas de zero a dois anos de idade de ambos os sexos, cadastradas no SISVAN-I dos municípios São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Guaíra, Terra Roxa, Santa Helena e Diamante do Oeste, no ano de 2017.

4.3 Local do estudo

O presente estudo foi realizado com dados secundários referentes ao aleitamento materno e estado nutricional de crianças que vivem na região da Tríplice Fronteira no período de 2011 a 2017 e selecionado o recorte temporal de janeiro a dezembro de 2017, por ser o único ano com registro completo de todas as variáveis das crianças acompanhadas.

Inclui os municípios São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Guaíra, Terra Roxa, Santa Helena e Diamante do Oeste, que estão no estado do Paraná e possuem aldeias indígenas. As aldeias que estão na área definida para a presente pesquisa são *Ocoy, Tekohá Añetete, Vy'a Renda*, *Aty-Miri*, *Tekoha Itamara*, *Marangatu*, *Jehy*, *Y'hovy, Araguajy*, *Porã*, *Miri*, *Yvyraty Porã*, *Guarani*, *Taturi*, *Poha Renda*, *Karumbei*, *Nhamboete.*

As aldeias *Ocoy e Tekohá Añetete são* reservas indígenas atendidas por uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família dentro da aldeia. As aldeias *Vy'a Renda*, *Aty-Miri*, *Tekoha Itamara*, são atendidas por Equipes de Estratégias Saúde da Família do próprio município e as demais *Marangatu*, *Jehy*, *Y'hovy, Araguajy*, *Porã*, *Miri*, *Yvyraty Porã*, *Guarani*, *Taturi*, *Poha Renda*, *Karumbei*, *Nhamboete* pelo Pólo Base de Guaíra (SECRETARIA DA CULTURA, 2019).

4.4 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena na rotina das ações de saúde, nas aldeias *Ocoy, Tekohá Añetete, Vy'a Renda*, *Aty-Miri*, *Tekoha Itamara*, *Marangatu*, *Jehy*, *Y'hovy, Araguajy*, *Porã*, *Miri*, *Yvyraty Porã*, *Guarani*, *Taturi*, *Poha Renda*, *Karumbei*, *Nhamboete*.

O mapa de acompanhamento traz dados descritivos com as variáveis data do atendimento, casa, primeira visita ou retorno, nome da criança, nome da mãe, sexo, data de nascimento e idade. As variáveis relativas ao estado nutricional e fatores associados são:

- Peso: medida da massa corporal de um indivíduo;
- Estatura: medida de altura;
- Benefícios sociais: são algumas facilidades oferecidas pelas empresas ou governo, agregando conceitos diversificados de remuneração indireta, são eles Bolsa família, Programa leite e Cesta básica;
- Classificação de P/I (OMS): medida encontrada através da razão peso e idade definido pela Organização Mundial de Saúde, definido como peso adequado, baixo peso, baixo peso e peso elevado;
- Alerta de peso: analisa peso para idade e indica se na curva de crescimento para a faixa etária a criança ganhou, perdeu ou manteve o peso adequado;
- Situação do aleitamento materno: aleitamento materno exclusivo, quando a criança recebe somente leite materno, diretamente da mama ou extraído, e nenhum outro líquido ou sólido, com exceção de gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e/ou medicamentos, aleitamento materno predominante: o lactente recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água, como sucos de frutas e chás, alimentação complementar: a criança recebe o leite materno, mas também recebe alimentos sólidos e semissólidos, incluindo o leite não-humano, não recebe leite materno: a criança já mantém uma alimentação com alimentos sólidos e semissólidos, sem o aleitamento materno;
- Suplementação de micronutrientes: vitamina A pelo Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o Ferro pelo Programa Nacional de Suplementação de Ferro (BRASIL, 2007; 2008).

O acompanhamento segue a orientação de periodicidade do SISVAN, isto é, deve ser realizado o registro aos 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses. A visita foi realizada por um dos membros da equipe multidisciplinar, e na presença de um responsável foi realizada a aferição das medidas antropométricas (peso e estatura) e feitos os questionamentos acerca do recebimento benefícios sociais, situação do aleitamento materno, registrado tipo de acompanhamento, administrada a suplementação de micronutrientes (Vitamina A, Ferro e Iodo de acordo com o Caderno da Atenção Básica número 20, que orienta a suplementação de micronutrientes por faixa etária de zero a 59 meses) (BRASIL, 2007).

Essa sistemática faz parte da rotina do serviço que segue as orientações básicas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional que define o acompanhamento das crianças nos dois primeiros anos de vida (BRASIL, 2007; 2008), posteriormente o mapa de acompanhamento foi encaminhado para o DSEI responsável que inseriu as informações no banco de dados do SISVAN - I (ANEXO 1).

4.5 Fases do estudo

O estudo foi dividido em quatro fases. A primeira consistiu na solicitação dos dados ao Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul sobre as crianças indígenas de zero a dois anos de idade de ambos os sexos mapeadas e acompanhadas pelo SISVAN - I nos municípios São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Guaíra, Terra Roxa, Santa Helena e Diamante do Oeste.

A segunda fase foi caracterizada pela análise do banco de dados fornecido pelo Distrito Sanitário Especial Indígena Litoral Sul. Foram analisados os registros das crianças avaliadas, identificados nome da criança, nome da mãe, data de nascimento, sexo, peso ao nascer, aldeia.

A terceira fase consistiu na análise dos registros no mapa de acompanhamento. Utilizamos todas as variáveis registradas: benefícios sociais, estado nutricional P/I (OMS), tipo de aleitamento materno, a variável suplementação de micronutrientes foi excluída por não haver registro durante todo recorte temporal.

A quarta fase consistiu na organização e análise bivariada centrado nos benefícios sociais, estado nutricional P/I (OMS), tipo de aleitamento materno, buscando associações entre as variáveis de interesse, após esta etapa, foi realizada a redação final da tese.

4.6 Análise dos dados

Foi construído um banco de dados a partir das informações recebidas pela DSEI no programa Windows Office Excel sob orientação do especialista em análise estatística. Os dados passaram por tratamento estatístico, foram analisados o preenchimento de todos os anos de acompanhamento, foi excluído o período de 2011 a 2016 por haver lacunas no mapa de acompanhamento e selecionado o ano de 2017.

A análise estatística iniciou-se pelas frequências relativas, absolutas e percentuais das variáveis descritivas independentes estudadas, foram: Sexo (Masculino/Feminino), Idade (até 6 meses/ acima 6 meses), Benefícios sociais (Bolsa família/ Programa leite/ Cesta Básica/não), Alerta de peso (Ganhou peso/ Perdeu peso/Manteve peso), Classificação de peso segundo OMS (Peso adequado/ Baixo peso/Muito baixo peso/Peso elevado). A variável Aldeia foi tratada como efeito aleatório.

A variável resposta do estudo é a ocorrência de Aleitamento Materno Exclusivo (sim/não), para essa variável foi assumida que ela segue uma distribuição Binomial. Em todos os ajustes e testes realizados foi adotado o nível de significância ou variância de 5% (alfa = 0.05) e o programa utilizado foi o R (R Core Team, 2018) versão 3.5.3.

4.7 Considerações éticas

Esta pesquisa respeitou as normas e diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012a) e a Resolução CNS 304/2000. O projeto foi autorizado pela SESAI e Distrito Sanitário Interior Sul e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP e pelo Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (ANEXO 2).

Os resultados encontrados serão colocados à disposição da FUNASA e Distrito Sanitário de Saúde Especial Indígena Litoral Sul buscando contribuir com a atenção à saúde dos povos indígenas. Serão divulgação entre equipes de saúde que atendem as aldeias e Grupo de Trabalho – Itaipu Saúde, para planejamento da assistência à saúde.

5 RESULTADOS

Considerando os objetivos propostos e as informações obtidas, apresentam-se a seguir os resultados do estudo. O estudo foi constituído por 1766 registros referentes a 435 crianças.

Na Tabela 1, apresentamos as características das 435 crianças, segundo as variáveis sexo e aldeia ou reserva.

Tabela 1 - Distribuição das crianças indígenas segundo sexo e aldeia ou reserva na Região da Tríplice Fronteira, 2017.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	224	51.4
Masculino	211	48.5
Aldeia/Reserva		
Reserva Ocoí	87	20.0
Marangatú	46	10.5
Jehy	40	9.2
Reserva Tekoha Añedete	39	8.9
Y'hovy	31	7.1
Araguajy	30	6.9
Porã	22	5.0
Aty-miri	20	4.6
Miri	20	4.6
Yvyraty Porã	20	4.6
Vy'areda	19	4.3
Tekoha Itimara	18	4.1
Guaraní	17	3.9
Taturí	9	2.0
Poha Renda	8	1.8
Karumbeí	7	1.6
Nhamboete	2	0.4
Total	435	100

Participaram do estudo crianças de zero a dois anos de idade, 224 (51.49%) eram do sexo feminino e 211 (48.51%) do sexo masculino. Todas pertenciam à etnia Guaraní e a Reserva Ocoí detém o maior número de crianças (87 - 20%).

Tabela 2 - Distribuição das crianças de acordo com alerta de peso segundo OMS na Região da Tríplice Fronteira, 2017.

Variável	n	%
Alerta		
Ganhou peso	1265	71.6
Manteve peso	180	10.1
Perdeu peso	321	18.1
Total	1766	100

Em sua maioria, 1265 (71.6%) registros de análise de acompanhamento o estado de alerta foi de ganho de peso, 180 (10.1%) registros mantiveram o peso e 321 (18.1%) registros perderam peso.

Tabela 3 - Distribuição das crianças de acordo com benefícios sociais na Região da Tríplice Fronteira, 2017.

Variável	n	%
Benefícios sociais		
Bolsa família	197	11.1
Cesta básica	465	26.3
Programa leite	4	0.2
Cesta básica e Programa leite	4	0.2
Bolsa família e Cesta básica	536	30.3
Bolsa família e Programa leite	19	1.0
Bolsa família, Programa leite e Cesta básica	82	4.6
Não recebe	57	3.2
Sem informação	402	22.7
Total	1766	100

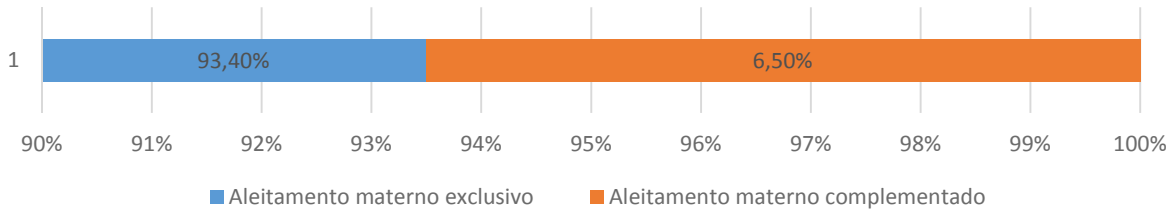
Sobre os Benefícios sociais, a maioria das famílias recebeu Bolsa Família e Cesta Básica são 536 (30.3%) registros com os dois benefícios.

Tabela 4 - Distribuição das crianças de acordo com classificação de peso segundo Organização Mundial de Saúde na Região da Tríplice Fronteira, 2017.

Variável	n	%
Classificação de peso segundo Organização Mundial da Saúde		
Peso adequado	1423	80.5
Baixo peso	38	2.1
Muito baixo peso	8	0.4
Peso elevado	9	05
Mudou-se	7	0.4
Ausente no momento da pesagem	34	1.9
Não pesou	137	7.7
Sem acompanhamento	110	6.2
Total	1766	100

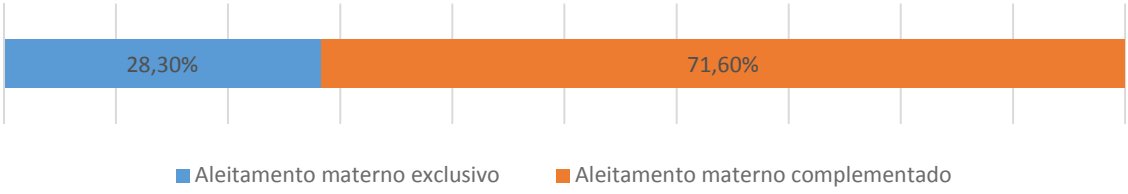
Segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (2006) 1423 (80.5%) registros estão com peso adequado para a idade, 38 (2.1%) registros estão com baixo peso, oito (0.4%) registros com muito baixo peso, nove (0.5%) registros com peso elevado. Ainda, 41 (2.3%) registros de crianças que mudaram de domicílio ou estava ausente no momento da pesagem e 247 (13.9%) registros de crianças que não foram pesadas ou estavam sem acompanhamento, estes últimos são desconhecidos os motivos para não realização da aferição do peso.

Gráfico 1 - Distribuição das crianças indígenas na região da Tríplice Fronteira, de acordo com o tipo do Aleitamento materno durante os primeiros 6 meses de vida, 2017



Nos primeiros seis meses de vida a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 93.4% e o aleitamento materno complementado de 6.5%.

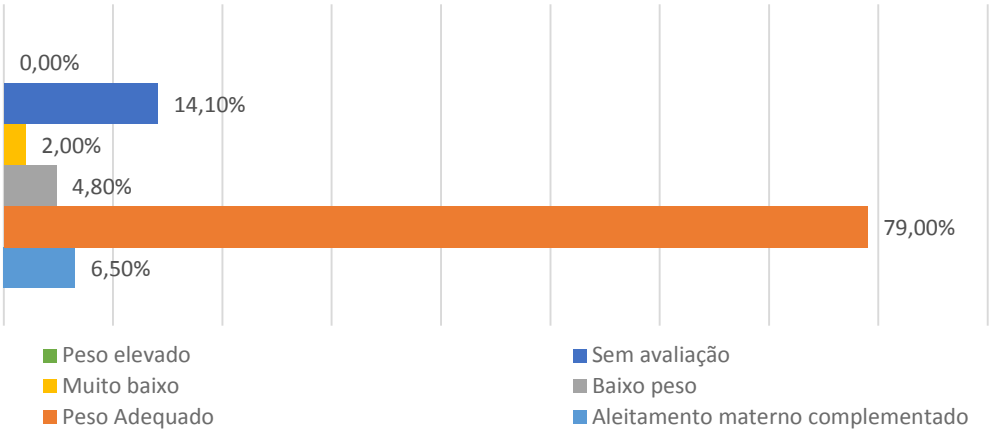
Gráfico 2 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com o tipo de Aleitamento materno após 6 meses de vida, na região da Tríplice Fronteira, 2017



A prevalência do aleitamento materno complementado no período foi de 71.6% e o aleitamento materno exclusivo 28.3%. É importante salientar que foi verificado a continuidade do aleitamento materno exclusivo após os seis meses da criança, esta prática foi registrada até o vigésimo segundo mês de vida.

Após os 6 meses de vida ainda foi verificado a prática do aleitamento materno exclusivo. No sétimo mês de vida houve 25 (53.2%) registros de crianças em AME, no oitavo mês 12 registros (27.3%), no nono mês de vida 9 registros (16.1%), no décimo mês de vida 9 (15.8%), décimo primeiro mês 6 (12.5%), no décimo segundo 3 (5.6%), no décimo terceiro 2 (3.4%), no décimo quarto 1 (1.9%), décimo quinto 1 (1.6%), décimo sexto 3 (4.9%), décimo sétimo 1 (1.5%), décimo oitavo 2 (3%), décimo nono 1 (1.5%), vigésimo não houve crianças em AME, porém no vigésimo primeiro mês novamente ocorre registro no valor de 1 (1.7%) e vigésimo segundo 1 (1.4%), por fim nos dois últimos mês de análise o aleitamento materno exclusivo fica totalmente ausente.

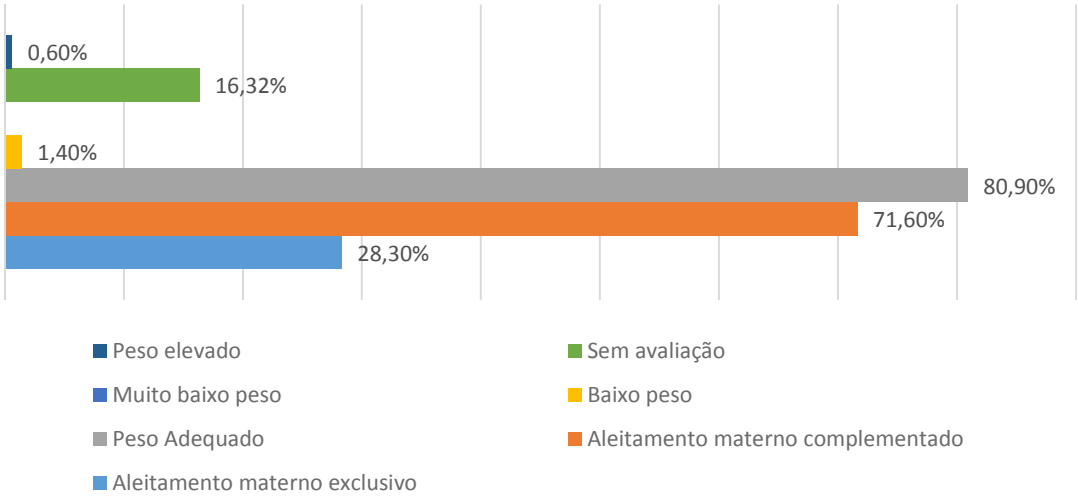
Gráfico 3 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com a prevalência do aleitamento materno e avaliação P/I até os 6 meses de vida, segundo a OMS, na região da Tríplice Fronteira, 2017



A prevalência do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida foi de 93.4% e 6.5% crianças indígenas estavam em aleitamento materno complementado. Acerca da avaliação nutricional, de acordo com o peso para a idade, em 297 (79%)

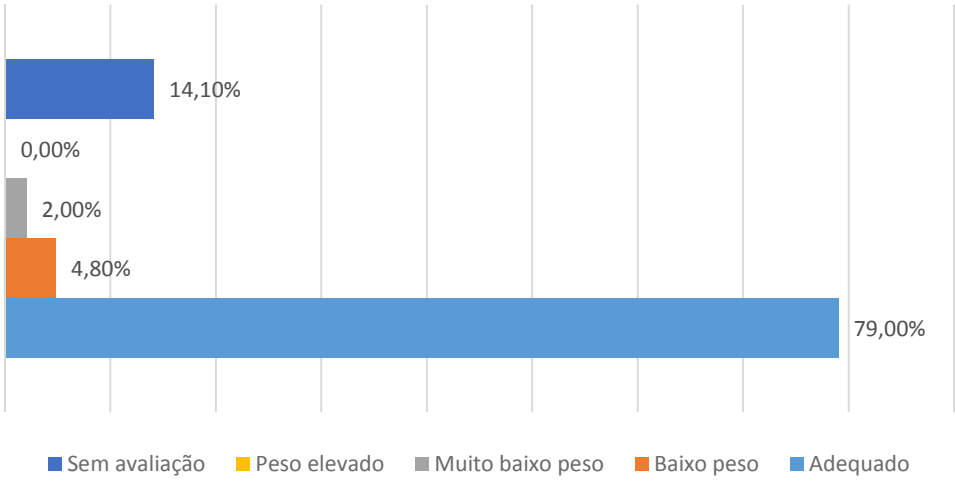
registros antropométricos foram encontrados peso adequado, 18 (4,8%) baixo peso, 7 (2%) muito baixo peso, não houve registro de peso elevado e 53 (14,1%) crianças não foram avaliadas.

Gráfico 4 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com a prevalência do aleitamento materno e avaliação P/I após dos 6 meses de vida, segundo a OMS, na região da Tríplice Fronteira, 2017



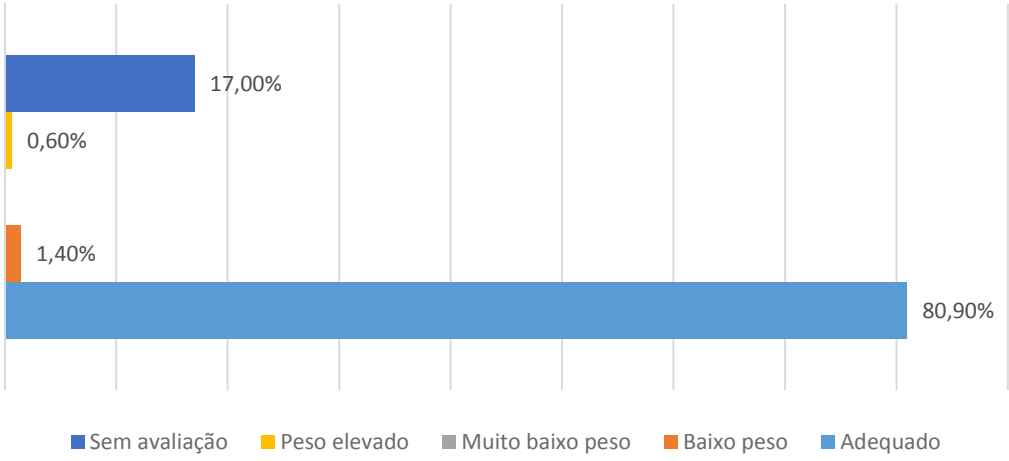
A prevalência do aleitamento materno complementado a partir do sexto mês de vida foi de 71.3% e cerca de 28.3% crianças indígenas estavam em aleitamento materno exclusivo. Acerca da avaliação nutricional de acordo com o peso para a idade em 1425 (80%) registros antropométricos foram encontrados peso adequado, 20 (1,4%) baixo peso, não houve registro de muito baixo peso, 8 (0,6%) em peso elevado e 236 (17%) não foram avaliadas.

Gráfico 5 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com o alerta de peso até os 6 meses de vida, na região da Tríplice Fronteira, 2017



Acerca da avaliação nutricional de acordo com o peso para a idade até os 6 meses de vida, em 297 (79%) registros das análises antropométricas foram encontrados peso adequado, 18 (4,8%) baixo peso, 7 (2%) muito baixo peso, não houve registro de peso elevado e 53 (14,1%) crianças não foram avaliadas.

Gráfico 6 - Distribuição das crianças indígenas de acordo com o alerta de peso após dos 6 meses de vida, na região da Tríplice Fronteira,2017



Acerca da avaliação nutricional de acordo com o peso para a idade acima os 6 meses de vida, em 1125 (80%) registros das análises antropométricas foi encontrado peso adequado, 20(1,4%) baixo peso, não houve registro de muito baixo peso, 8 (0,6%) em peso elevado e 236 (17%) não foram avaliadas.

6 DISCUSSÃO

6.1 Caracterização dos participantes do estudo

O grupo em estudo constituiu-se de 435 crianças de zero a dois anos de idade e de 1755 registros de avaliações provenientes do banco de dados SISVAN I. Do total de crianças 51.49% eram do sexo feminino e todas pertenciam a uma única etnia, a Guaraní. Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal verificou-se a maioria das crianças do sexo masculino, contudo houve uma maior frequência do AME no sexo feminino (GIESTA et al., 2019). A variável gênero não é um preditor para o aleitamento materno, já que é uma variável pertinente somente a criança, preditores estão associados a variáveis maternas e não do lactente.

Já referente a área, é preciso inicialmente compreender que reservas indígenas são áreas que a União destinou aos índios, cabia à FUNAI até o final de 2018 promover estudos de identificação e delimitação, demarcação, regularização fundiária e registro das terras tradicionalmente ocupadas pelos povos indígenas, além de monitorar e fiscalizar as terras indígenas. A FUNAI também coordena e implementa as políticas de proteção aos povos isolados (FUNAI, 2019).

A demarcação de terras está orientada por diversos princípios, dentre os quais se destaca o reconhecimento da organização social, costumes, línguas, crenças e tradições dos povos indígenas, buscando o alcance da plena autonomia e autodeterminação dos povos indígenas no Brasil, contribuindo para a consolidação do Estado democrático e pluriétnico (FUNAI, 2019).

Neste contexto se dá a importância de um território para as sociedades indígenas, como suporte da vida social, diretamente ligado ao sistema de crenças e conhecimento, sendo, portanto, o território não apenas um recurso natural, mas também um recurso sociocultural (RAMOS, 1995).

Esta definição pode ser apoiada em Seeger e Castro (apud TOMMASINO, 1995, p. 58), que enfatizam:

> [...] é preciso sublinhar a diferença entre um conceito de terra como meio de produção, lugar de trabalho agrícola ou solo aonde se distribuem recursos animais e de coleta, e o conceito de território, de dimensões sócio-político-cosmológicas mais amplas. Vários grupos indígenas dependem na construção de sua identidade tribal

> distintiva, de uma relação mitológica com um território, sítio da criação do mundo, memória tribal, mapa do cosmos [...].

Desta forma, a concepção de território passa a ser um espaço, habitado por seres humanos, espíritos de mortos e seres sobrenaturais, abrangendo uma dimensão sócio-político-cosmológica indispensável para a identidade tribal (TOMMASINO, 2001).

O território é um espaço físico e simbólico de reprodução das sociedades indígenas, patrimônio cultural, crença, simbolismo. De fronteiras flexíveis, sem limites rigidamente estabelecidos, havendo uma mobilidade entre áreas. Os "[...] limites territoriais não são estranhos a tradições das sociedades indígenas. O que é estranho é o sentido de exclusividade e de policiamento" (RAMOS, 1995, p.14).

A dinâmica de ocupação do território vinculava-se as condições físicas do terreno e de subsistência, a partir dos recursos naturais e da dinâmica da floresta subtropical, os deslocamentos eram praticados no interior deste grande território. Construíam-se abrigos provisórios, rústicos, mas suficientes para atendê-los nos meses de permanência. Quando os recursos para a sobrevivência do grupo escasseavam, os indígenas queimavam ou abandonavam os ranchos e partiam para novo local (TOMMASINO, 1995). A permanência temporária permitia ao ambiente iniciar um processo de reconstituição, evitando a utilização intensiva dos recursos naturais, respeitando o ciclo de produtividade da floresta. O imenso território utilizado anteriormente pelos Guaranis foi gradativamente invadido e expropriado ao longo dos últimos cento e cinquenta anos, produzindo uma drástica diminuição populacional e territorial, pois "as terras delimitadas pelo governo imperial foram reduzidas ainda mais no governo republicano, em nome do progresso, que significava ampliação de estradas e áreas de plantio e sob a argumentação de que os indígenas já estariam 'integrados' a sociedade nacional" (TOMMASINO, 2002, p.82).

A demarcação do território pelo governo, não respeitou o modelo de subsistência indígena, baseado principalmente, na caça, coleta, pesca e pequena produção agrícola de milho e mandioca, bem como resultou na colonização do território pela sociedade e o desmatamento de quase todo o Estado do Paraná, restando apenas 9% das florestas, em áreas protegidas pelo poder público, como o Parque Nacional do Iguaçu, Parque Estadual Mata dos Godoy, o Parque Estadual

de Vila Velha e algumas reservas em propriedades particulares (SOARES; MEDRI, 2002).

Com a alteração do meio físico e a política de integração indígena, foi praticamente impossível os Guaranis conservarem seu modo de ser, sofrendo alterações no modelo econômico de subsistência, patrimônio cultural e simbólico ancestral; transformando-se em pequenos agricultores, à margem do contexto socioeconômico e de formas dignas de vivência da cidadania (SOARES; MEDRI, 2002).

Se estudos apontam que fatores psicossociais envolvendo aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos e políticos estão entre os determinantes para abandono do aleitamento materno (ARAÚJO et al., 2018). A partir desta realidade é possível correlacionar os impactos da delimitação do território na vida de mulher indígena e suas repercussões no comportamento e cuidado com seus filhos (ARAÚJO et al., 2018).

6.2 Características de alerta de peso

Sobre o alerta de peso em sua maioria, 1265 (71.6%) registros de análise de acompanhamento o estado de alerta foi de ganho de peso, 180 (10.1%) registros mantiveram o peso e 321 (18.1%) registros perderam peso.

Num estudo acerca do conhecimento materno sobre alimentação infantil nos primeiros anos de vida, foi indicado que as práticas alimentares de crianças entre quatro e vinte e quatro meses estão inadequadas frente às recomendações atuais da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde, preocupante, pois os primeiros mil dias de vida são considerados decisivos na saúde do indivíduo, e vêm sendo marcada por uma alimentação de alta densidade energética (GIESTA et al., 2019).

Ao estudar o perfil nutricional de crianças no Maranhão, pesquisadores alertam para o ganho de peso rápido, devido o alerta de sobrepeso em 20.2% das crianças e estado de insegurança alimentar em 70.4% das famílias (LOPES et al., 2019), o que salienta a importância de se observar a qualidade e não somente a quantidade de alimento ofertado a criança.

Num estudo acerca do estado nutricional de crianças em amamentação prolongada os resultados vão na contramão do esperado, ao invés de se ter um

déficit proteico-calórico pela insuficiência no aporte de energia e proteínas do leite humano, 28.9% das crianças estavam com aumento de peso (AZEVEDO et al., 2019).

Excluindo assim a necessidade de alimentos ultra processados da alimentação, que quando comparada com o leite materno possui 400% a mais de carboidratos e proteínas o que pode levar a uma obesidade na idade escolar e adulta, este excesso tem ainda repercussão renal, já que cálcio e sódio tem concentrações vinte vezes maiores que o leite materno, impactando negativamente sobre o crescimento ósseo infantil (GIESTA et al., 2019).

Neste mesmo sentido Camargos et al. (2019) salientam o relevante aumento na prevalência de excesso de peso em crianças de todos os níveis sociais e econômicos, até mesmo nas famílias de baixo poder aquisitivo. Sendo os dias atuais marcantes na transição econômica, nutricional, política e epidemiológica de desnutrição para um crescente aumento de sobrepeso e obesidade.

Corroborando Barbosa Filho et al. (2016) em seu estudo sobre a combinação de fatores antropométricos em crianças e fatores sociodemográficos associados apontam para o combate a obesidade infantil na zona rural.

6.3 Características dos benefícios sociais

Sobre os Benefícios sociais, a maioria das famílias recebeu Bolsa Família e Cesta Básica são 536 (30.3%) registros com os dois benefícios.

Para entrar na esfera dos benefícios sociais é importante salientar que o principal estudo sobre prevalência de AM no Brasil, 66.2% das mães não estavam trabalhando e apenas 11.9% estavam em licença maternidade, demonstrando a importância dos benefícios sociais para segurança alimentar infantil (BRASIL, 2009).

No espaço indígena o único estudo que traz dados específicos desta população é o Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, realizado em 2009, neste foi encontrado uma clara diferença no trabalho remunerado, sendo significativamente menos frequente na região Norte do país e com maior incidência no Nordeste, Sul e Sudeste, nesta respectiva ordem (CARLOS JR, 2014).

O extrativismo e artesanato, atividades intrínsecas na cultura indígena possuem uma contribuição financeira importante nas famílias indígenas da região

Norte, representando 56.1% da sua renda, porém nas outras regiões o dado representa apenas 8.7% (FUNASA; ABRASCO, 2009).

A proporção da renda familiar indígena por região, acompanha a redução do limite geográfico das aldeias, sendo significativamente menor em direção ao sul do país. A redução dos seus recursos naturais reflete na renda familiar, deixando este povo mais dependente de recursos e benefícios sociais do governo, já que a subsistência por meio da terra está cada dia mais, limitada e escarça (CARLOS JR, 2000).

A obtenção dos alimentos através da caça, pesca e coleta coletiva vem sendo gradativamente abandonada e substituída por incentivos de órgãos não governamentais para desenvolvimento comunitário de subsistência, com exceção da região Norte, praticamente 100% das famílias obtêm alimentos por compra e benefícios sociais distribuídos pelo Governo (PIMENTA, 2004).

A exploração das terras antes ocupadas por indígenas afetou direta e indiretamente, mais de ¼ da terra indígena. Além das consequências desastrosas ao meio ambiente, a exploração predatória afeta profundamente a organização social do índio e pôs em risco sua cultura e sobrevivência (PIMENTA, 2004).

A natureza do índio é a coleta e caça, atualmente devido à escassez de terra e seu confinamento em pequenas áreas destinadas as aldeias ou territórios indígenas, eles foram aculturados ao plantio de subsistência e a compra de insumos. A caça é a atividade central dentro da aldeia e tem grande valor cultural, por meio dela desvelam-se algumas dimensões dos laços estreitos que ligam índios ao seu meio ambiente (PIMENTA, 2004).

> "Antigamente, tinha a noção de manejo, tinha os valores, mas não tinha noção que aquilo [recursos naturais] ia se acabar, ia se perder. Quando eu comecei a trabalhar foi muito para fazer as pessoas sentir que aquilo podia se acabar (...). Hoje, nós estamos com um território já limitado, todo demarcado, todo definido já. Não tem para onde correr. Naquela época, ninguém impedia, não tinha limites para cada um, hoje, tem. Então, agora a gente tem que trabalhar para cuidar daquilo que é nosso (...). Nós vimos trabalhando com essa questão [desenvolvimento sustentável) depois que foi definido os limites da nossa Terra. Antes, era assim. Eles [os Ashaninka] chegavam num local como esse (...), usavam a área durante dois ou três anos e se mudavam para outro canto (...). Então, esse lugar aqui, ele começava a se recuperar de novo. Quando eles usavam o outro canto, mudavam de novo para outro lugar (...). Era manejo mesmo do território. Então, quando ele voltava assim, uns dez anos depois, aqui, já estava bom para morar de novo. Sempre teve isso

> (...). Só que com a ocupação de madeireiros, de caçadores, aí foi tirando essa liberdade de andar. Aí, as pessoas não iam por querer, eram obrigadas a sair mesmo. Agora, a gente tem a terra, mas a gente não pode mais usar o território como antigamente e temos que fazer esses trabalhos" (PIMENTA, 2004, p.125).

As relações com a natureza são mediadas por um simbolismo que liga o caçador aos animais caçados, o bom caçador deve matar somente a quantidade necessária à alimentação; a prática do desperdício é considerada um comportamento comum ao homem branco, e isso explica a relação diferente com natureza e a relação índio/animal (PIMENTA, 2004).

O êxito da caça é motivo de orgulho e atributo de prestígio. Vários tabus estão relacionados a caça, por exemplo, uma mulher menstruada não pode tocar no arco ou flechas de um homem. Tal desobediência a regra leva o caçador a perder sua pontaria e tornar-se um "panema", nome pejorativo dado ao índio que não possui habilidade na caça (*Kaitsi*) (PIMENTA, 2004).

Deste modo todo comportamento dos índios com a natureza é concebido pela cosmologia nativa e o conjunto de crenças que a sustenta (PIMENTA, 2004).

Os estudos apontam que famílias beneficiadas pelo programa bolsa família, ou seja, com menor renda *per* capita, apresentaram maior chance de interrupção no AME, o que demonstra a importância na associação entre baixo nível socioeconômico como risco para o desmame precoce (BITTENCOURT et al., 2005; MASCARENHAS et al., 2006; SILVA et al., 2017).

6.4 Classificação do estado nutricional

Segundo a classificação da Organização Mundial da Saúde (2006) 1423 (80.5%) registros estão com peso adequado para a idade, 38 (2.1%) registros estão com baixo peso, oito (0.4%) registros com muito baixo peso, nove (0.5%) registros com peso elevado. Ainda, 41 (2.3%) registros de crianças que mudaram de domicílio ou estava ausente no momento da pesagem e 247 (13.9%) registros de crianças que não foram pesadas ou estavam sem acompanhamento, estes últimos são desconhecidos os motivos para não realização da aferição do peso.

As curvas de crescimento foram criadas em 1977 pela Organização Mundial da Saúde e passaram a ser utilizadas internacionalmente, são um guia para monitorar o crescimento e desenvolvimento de crianças e norteiam condutas

adequadas na orientação nutricional, essencial para implementação precoce da alimentação saudável (PIRES et al., 2010).

A avaliação do estado nutricional é prioritária para definição de estratégias de combate à desnutrição, a medida é um dos métodos utilizados para mensuração da segurança alimentar (PEDRAZA et al., 2013). Por isso os principais órgãos internacionais preconizam o acompanhamento do crescimento como atividade de rotina na atenção à saúde da criança (PIRES et al., 2010).

As curvas de crescimento são instrumentos valiosos para acompanhar o desenvolvimento das infantil, uma vez que precocemente podem identificar o sobrepeso e a obesidade (PIRES et al, 2010).

Sabe-se que, para avaliar e monitorar o crescimento infantil, não basta aplicar um único método; faz-se necessário o acompanhamento do crescimento como um todo. Deve-se observar o crescimento infantil levando em conta seu grau de complexidade e todos os fatores que o envolvem. Portanto, o crescimento é um processo que deve ser monitorado de modo constante e continuo, por ser ininterrupto e veloz e, sempre que possível, devem-se produzir estudos com populações específicas, sobretudo as de maior risco, como os recém-nascidos pré-termo e os de baixa renda, como é caso de parte da população infantil brasileira (PIRES et al., 2010).

Tais afirmações são preocupantes, especialmente porque um alto percentual não foi avaliado, 16.23% das visitas, a identificação da classificação do peso é crucial, pois é o alerta para que intervenções possam acontecer, sendo assim, não é possível intervir onde houver lacuna de informação. Tal panorama agrava ao recordar do período excluído do estudo, pois durante análise dos dados o recorte temporal de 2011 até 2016 não pode ser avaliado por falta de registro completo das crianças cadastradas nos mapas de acompanhamento diário.

Alguns grupos populacionais são vulneráveis, por sua condição biológica, são mais suscetíveis a uma ingesta deficitária de alimentos; neste contexto destacam-se mães em aleitamento materno, idosos e crianças nos primeiros anos de vida, apresentam-se vulneráveis à insegurança alimentar e ao risco déficits nutricionais (PEDRAZA et al., 2013).

Num estudo acerca da percepção materna dos seus filhos em aleitamento materno exclusivo, muitas mães questionam os benefícios do aleitamento materno por não observarem certas características físicas no corpo dos seus filhos, tais como

formas arredondadas e dobrinhas, o padrão de imagem idealizado pela sociedade nos dias atuais. Contudo, não é regra que crianças amamentadas exclusivamente correspondem a tal imagem idealizada e por isso podem influenciar negativamente na duração do aleitamento materno exclusivo. Sendo de extrema importância o esclarecimento da curva de crescimento como parâmetro e ponto de alerta para o crescimento infantil (BEZERRA et al., 2014).

6.5 Prevalência do Aleitamento Materno

6.5.1 Prevalência do Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida

Nos primeiros seis meses de vida a prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 93.4% e o aleitamento materno complementado de 6.5%.

Em nosso estudo a prevalência do AME foi superior às prevalências observadas em três pesquisas de abrangência nacional sobre a mesma temática. Nessas pesquisas, encontrou-se uma prevalência de 36% em 2006, 41% em 2009 e 37.1% em 2013 (BOCCOLINI et al., 2017).

O estudo sobre prevalência do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar em todas as capitais do Brasil e Distrito Federal (DF), registrou 41% de AME em crianças de até seis meses de vida e 58.7% até os quatro meses de vida (BRASIL, 2010). Um perfil inferior com diferença relevante ao encontrado no sexto mês de vida entre os indígenas que foi uma média de 93.4% em AME, 87.3% aos seis meses e 92.6% aos quatro meses de vida.

Quando olhamos os dias de aleitamento materno exclusivo das crianças indígenas a diferença torna-se ainda maior, pois 96.4% das crianças participantes foram amamentadas exclusivamente por 90 dias. E crianças moradoras de área urbana são amamentadas exclusivamente cerca de 54.1dias (BRASIL, 2010).

Ao avaliar o predomínio do AME em dias, um estudo realizado na atenção básica em Recife, encontrou uma prevalência de 60,84 dias em aleitamento materno exclusivo, a partir deste período começa a descender (SANTOS; SERVA; CAMINHA, 2019).

Mesmo em Hospitais Amigos da Criança no Brasil, onde vem sendo relatado um significativo aumento dos índices de aleitamento materno (ORTELAN et al.,

2019), não se aproximam aos índices encontrados entre povos indígenas na região da Tríplice Fronteira.

Em 2015, numa avaliação das crianças até seis meses de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, foi encontrado uma prevalência de 56.1% de aleitamento materno exclusivo. Cabe destacar que houve predominância de baixo peso para idade entre os consumidores de fórmula infantil (GONCALVES et al., 2019).

O estudo mais recente acerca do aleitamento materno exclusivo no país, a Pesquisa Nacional de Saúde – PNS, registrou 80% das crianças até seis meses de vida em AME, e esta é a prevalência mais aproximada a encontrada entre crianças indígenas na região de fronteira (FLORES et al., 2017).

6.5.2 Tipo de Aleitamento materno dos 7 aos 24 meses de vida

A prevalência do aleitamento materno complementado no período foi de 71.6% e o aleitamento materno exclusivo 28.3%. É importante salientar que foi verificado a continuidade do aleitamento materno exclusivo após os seis meses da criança, esta prática foi registrada até o vigésimo segundo mês de vida.

Na II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, a prevalência do aleitamento materno após os 7 meses de vida foi de 58,7% (BRASIL, 2009).

Na Pesquisa Nacional de Saúde foi registrado 62,3% dos seis aos onze meses de vida e 40,1% dos doze aos 24 meses de vida, em todas as faixas etárias a prevalência do leite materno esteve associada ao menor número de alimentos lácteos consumidos (FLORES et al., 2017).

O cenário encontrado entre crianças indígenas na região da Tríplice Fronteira diverge com os demais cenários encontrados em estudos por todo país, preocupante e relevante um índice de aleitamento materno complementar que dura 24 meses em 92.03% das crianças. Uma vez que evidências teóricas e empíricas de que a amamentação exclusiva depois dos seis meses de vida representa um fator de risco da carência de ferro para as crianças podem, de fato, ser mais consistentes em relação à anemia do que em relação a outras deficiências nutricionais.

Já no tocante aos outros problemas aqui questionados, não se poderia recorrer à mesma lógica, ou seja, não se pode atribuir ao AME um fator de risco inquestionável de carências gerais, como a desnutrição energética proteica, ou

específicos, como a anemia, visto que as crianças que se mantiveram em AME após seis meses, apresentaram situação nutricional equivalente àquelas com outras práticas de amamentação (AZEVEDO et al., 2019).

O consumo de uma quantidade de energia aquém ou além daquela recomendada, pode acarretar prejuízos à saúde da criança, com desaceleração do crescimento ou ganho ponderal acima do esperado para estatura e idade, com riscos para o desenvolvimento de obesidade e doenças crônico-degenerativas ao longo da vida (CARRASCOZA et al., 2011).

O estudo de Silva et al. (2017) salienta que crianças que vivem abaixo da linha de pobreza têm risco aumentado de interrupção precoce do AME por introdução de fórmulas lácteas, justificado pela falta absoluta de condições de adquirir o substitutivo ao leite materno.

Diversas variáveis já foram apontadas como determinantes ao desmame precoce em estudos científicos, tais como uso de chupeta, baixa escolaridade materna, menor nível socioeconômico e primiparidade (AUDI; CORREA; LATORRE, 2003; PEDROSO et al., 2004; SANTIAGO et al., 2003). Contudo, o que observamos é o nível econômico tem sido preponderante na população de estudo como determinante para adesão e manutenção do aleitamento materno complementado e exclusivo prolongado.

A influência dessa condição para Carrascoza et al. (2011), têm caráter dicotômico, sabido que as famílias de classe econômica baixa, comumente apresentam menos instrução, que pode influenciar negativamente, na prática do AM. Em contrapartida, famílias de elevada classe econômica apresentam, em grande parte, nível de instrução superior, o que facilita a compreensão dos benefícios da amamentação, concomitantemente têm maior acesso a fórmulas lácteas. É notório que a condição financeira e o acesso às fórmulas lácteas, são um fator de influência para o desmame ou introdução de leite não humano e estes não fazem parte da alimentação das crianças indígenas participantes do estudo.

O que corrobora com a revisão da literatura científica de Faleiros, Trezza e Carandina (2006) que avaliaram que mulheres de países não industrializados, classes menos favorecidas, de baixo e médio poder aquisitivo, amamentam mais que as de nível socioeconômico elevado.

Segundo a OMS (BRASIL, 2008) é considerado muito bom indicador de aleitamento materno exclusivo na faixa de 90 a 100%, bom de 50 a 89% e razoável de 12

a 49% e ruim de 0 a 11%. O que confirma a relevância e importância ao registrar uma prevalência de ame média acima de 90% e divergente da realidade do restante do Brasil.

6.6 Estado Nutricional

6.6.1 Estado Nutricional até os 6 meses de vida

Acerca da avaliação nutricional de acordo com o peso para a idade até os 6 meses de vida, em 297 (79%) registros das análises antropométricas foram encontrados peso adequado, 18 (4,8%) baixo peso, 7 (2%) muito baixo peso, não houve registro de peso elevado e 53 (14,1%) crianças não foram avaliadas.

Os resultados da pesquisa são compatíveis aos dados apresentados pela SESAI na Análise do estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos no Brasil, quando a prevalência do AME esteve associada ao peso adequado para idade (MOURÃO, 2018).

No mesmo cerne Goncalves et al. (2019) corroboram sobre a importância do aleitamento materno exclusivo, no que lhe concerne, também reforçam o mesmo como protetor no ao baixo peso. Nos resultados de sua pesquisa acerca do AME e baixo peso entre crianças acompanhadas pelo SISVAN, salientaram que o consumo de fórmulas infantis elevou em 35% a prevalência de baixo peso para idade.

O aleitamento materno exclusivo foi confirmado em diversos estudos como fator de proteção para o déficit de peso, além de redução da morbidade e da mortalidade de crianças menores de 6 meses (BINNS; LEE; LOW; 2016; MARQUES et al., 2005; VICTORA et al., 2015; WHO, 2017).

O crescimento físico adequado é fundamental nos seis primeiros meses de vida para seu pleno desenvolvimento na vida adulta; de modo igual, o aleitamento materno exclusivo é base para que ele atinja todo seu potencial (FONSECA, 2017; WHO, 2017). Além disso, o aleitamento materno exclusivo possui efeito protetor para o ganho de peso excessivo nessa idade, associado com peso corporal saudável ao longo da vida (GONCALVES et al., 2019; EJLERSKOV et al., 2015).

Apesar da limitação de comparação, o último inquérito nacional válido acerca de dados antropométricos, identificou que a prevalência do déficit ponderal se eleva conforme a diminuição da renda familiar, sendo 2,5 vezes maior no extrato mais baixo (GONCALVES et al., 2019). No estudo de Gonçalves et al. (2019)

encontramos um perfil de renda baixo, contudo a prevalência do aleitamento materno exclusivo manteve o peso/idade adequado segundo a OMS (2006).

Apesar de não haver estudos estabelecendo relação entre a prática do aleitamento materno exclusivo com o acúmulo adipocitário, alguns trabalhos indicam que o aleitamento materno poderá ter efeito protetor a obesidade (SAVARINO; LIGUORI; 2008; PADEZ et al., 2005). Mesmo não havendo um consenso, estudo recente acerca da relação entre práticas alimentares iniciais e sobrepeso na primeira infância identificou crianças com aleitamento materno exclusivo por seis meses com menor sobrepeso, e sobrepeso em 20% das crianças que não foram amamentadas exclusivamente (ROSA et al., 2019).

O estudo reforça a importância do acompanhamento do SISVAN para subsidiar informações para as ações de promoção do aleitamento materno e sua contribuição no crescimento adequado dessa população. A vulnerabilidade social da indígena do estudo corrobora com outras já pesquisadas que tiveram um efeito positivo quando acompanhados o crescimento e desenvolvimento infantil na Atenção Básica pela Vigilância Nutricional - VAN (GONCALVES et al., 2019).

6.6.2 Estado Nutricional dos 7 aos 24 meses de vida

Acerca da avaliação nutricional de acordo com o peso para a idade acima os 6 meses de vida, em 1125 (80%) registros das análises antropométricas foi encontrado peso adequado, 20(1,4%) baixo peso, não houve registro de muito baixo peso, 8 (0,6%) em peso elevado e 236 (17%) não foram avaliadas.

Diante dos resultados expostos no presente estudo é relevante ressaltar que apesar de a maioria em aleitamento materno exclusivo estar com peso adequado para idade, a continuidade da prática só coloca a criança em situação de vulnerabilidade para baixo peso, deficiência energético-proteica, de ferro e vitaminas sem a devida complementação alimentar, aumentando as chances de morbimortalidade (AZEVEDO et al., 2019), que ocorre em aproximadamente 10% das crianças indígenas na primeira infância no Brasil (BRASIL, 2018).

Identificar o estado nutricional infantil é o primeiro passo para compreensão de fatores socioeconômicos e direcionamento de políticas públicas baseado em intervenções nutricionais (ORTELAN et al., 2019), especialmente quando

verificamos que o perfil diverge do padrão de desmame já conhecido (FLORES et al., 2017).

A recomendação de introdução progressiva de outros alimentos a partir dos seis meses apoia-se na relação deficitária demanda contra suprimento de energia/nutrientes, a partir disto, seria de se esperar a ocorrência de situações carências derivadas do AME prolongado após os seis meses de vida (OMS, 2006).

Contudo, a razão peso/idade adequado já foi já foi registrado em avaliação nutricional de crianças em aleitamento materno exclusivo prolongado, não divergindo do peso de outras crianças com prática do aleitamento materno complementado (AZEVEDO et al., 2019).

O perfil identificado em nossa população alvo alerta para a renda familiar baixa e como tal pode influenciar no acesso aos alimentos e assim associamos o aleitamento materno exclusivo prolongado não como uma opção e sim a única oferta de alimento, havendo significância no percentual de baixo peso para idade, pois já foi identificado sua ocorrência entre crianças indígenas no país (BRASIL, 2018; GONCALVES et al., 2019; MOURÃO, 2018).

Um estudo acerca do estado nutricional de crianças *Yanomamis* identificou prevalências de baixo peso entre 52% das crianças até os 5 anos, além disso, o estudo releva que o déficit cresce a partir dos 12 meses de vida, quando a introdução de novos alimentos já deve estar estabelecida, momento que a variabilidade alimentar e os benefícios sociais, como cesta básica, bolsa família, são de extrema importância para manutenção do peso adequado para idade (PANTOJA, 2014).

Apesar dos participantes estarem dentro do peso adequado para idade segundo OMS (2006) é preocupante a situação nutricional, pois ainda que a maioria das famílias tenham acesso a benefícios sociais, não é verificado a inclusão de novos alimentos na alimentação infantil.

O AME prolongado alerta para necessidade de ações a fim de mitigar os possíveis efeitos do desequilíbrio entre gasto energético e ingestão calórica diária, que embora não estejam sendo verificados nas avaliações registradas, podem se manifestar em qualquer fase do desenvolvimento. A avaliação antropométrica tratar-se de um momento do crescimento infantil (CAMINHA et al., 2017) e sem o devido controle social, já que o SISVAN - I não é de acesso público.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No que se refere ao objetivo principal deste estudo, as prevalências de AME foram altas e superam as pesquisas nacionais em mais de 40% no primeiro semestre de vida, no segundo semestre de vida o AME prolongado ou complementado dominou estatisticamente, não houve lactentes desmamados precocemente. O aleitamento complementado perdurou durante os vinte quatro meses conforme o recomendado pela OMS, o que impactou na expressão de um número pequeno de crianças em baixo peso, mesmo sendo continuado numa faixa etária que não é indicado.

Acerca da avaliação nutricional segundo a OMS, este estudo demostrou associação entre a prevalência do aleitamento materno exclusivo com o peso adequado para idade, a prática prolongada trouxe bons resultados mesmo em faixas etárias não recomendadas.

É controverso e necessário novos estudos para compreender o fenômeno do peso adequado em crianças em AME prolongado, bem como avaliar o risco da alimentação complementar numa população com baixa escolaridade, renda, água e saneamento básicos insuficientes, já que aldeia e reservas indígenas são conhecidas por sua precariedade.

O incentivo e melhoria da renda através de benefícios sociais não foram suficientes para impactar na alimentação das crianças indígenas, o que nos remete a importância da terra para o indígena, como meio de subsistência e fonte para um aporte nutricional adequado, que garanta a variabilidade alimentar e proteção de hábitos tão peculiares a cultura.

Outro ponto importante é entender a percepção da mulher indígena acerca do aleitamento materno e da introdução alimentar, mesmo com o hábito cultural de ingerir chás, ervas, infusões, eles não influenciaram na decisão de amamentar. Neste mesmo sentido as campanhas dedicadas ao aleitamento materno exclusivo vêm sendo amplamente divulgadas em diversos meios de comunicação e por várias instituições de proteção às populações vulneráveis, cabe avaliar o modo como esta informação foi interpretada pelas mães indígenas, especialmente sobre o momento adequado para introdução alimentar, para compreender o porquê do AME prolongado.

Em síntese observa-se que as ações em saúde destinadas a saúde materno infantil indígena, especialmente na meta “Redução do Déficit nutricional peso x idade em crianças menores de 5 anos reduzido em 3% ao ano” são parte do resultado do projeto “Proteção e Promoção dos Povos Indígenas” objeto do 67º Termo de Cooperação e Assistência Técnica (TC), firmados entre o Ministério da Saúde/Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde – OPAS/ OMS. Esse Termo de cooperação foi firmado em 18 de julho de 2011, tendo sido prorrogado até 18 de julho de 2021.

Mediante a divulgação dos dados do SISVAN - I e os estudos recentes acerca da alimentação e estado nutricional indígenas, novos olhares e perspectivas podem ser criados para compreender as necessidades e implementar ações assertivas para este perfil infantil.

As peculiaridades étnicas, geográficas, epidemiológicas requisita um esforço intenso para desenvolver ações minimizar a grande vulnerabilidade social a qual faz desses povos os mais expostos ao adoecimento e à morte, contudo já foi dado os primeiros passos para melhorias importantes na saúde indígena, a fim de mudar o quadro de isolamento, especialmente, dos planejamentos e ações de saúde.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo foi o primeiro a analisar dados de Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena na região na Região da Tríplice Fronteira, por isso a dificuldade em encontrar estudos semelhantes para comparativos. Recentemente a Secretaria Especial de Saúde Indígena publicou dados referente à base de dados do SISVAN I. Este é um ponto importante, pois a divulgação das informações do SISVAN I permite que novas pesquisas possam surgir diminuindo as lacunas acerca do aleitamento materno e nutrição indígena.

O reduzido número de pesquisas na área, mesmo fazendo parte da Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde (2011, 2015) e Objetivo para Desenvolvimento Sustentável 2030, são reflexo das barreiras éticas em pesquisas que dificultam e inibem novas pesquisas. Os dados secundários disponíveis na base de dados do SISVAN I não estão públicos como o SISVAN Web e seu acesso depende de uma permissão do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); para obtenção de dados primários as imposições ética são ainda mais exigentes e para entrada em Terra Indígena é necessária uma avaliação de mérito da pesquisa pelo CNPq favorável, autorização do Cacique da tribo ou Reserva Indígena, aprovação do CONEP.

Tal como em nossa pesquisa, a escassez nos dados imputados é preocupante, visto que em um recorte temporal de seis anos, apenas um ano foi verificado a ausência de lacunas de preenchimento.

A falta de outros estudos acerca do aleitamento materno indígena dificulta as análises que buscam identificar desigualdades na ocorrência deste evento em relação ao grupo de crianças “não indígenas”, o que limita comparações com os demais grupos de cor ou raça (branca, preta, amarela e parda), bem como o estudo de desigualdades entre esses segmentos da população.

O presente estudo teve como limitação o tamanho da amostra e o tempo de seguimento da população, além da confiabilidade dos dados inseridos no SISVAN I, pois para aferição de medidas antropométricas são necessários condições apropriadas para manuseio dos equipamentos antropométricos nas aldeias, as técnicas padronizadas para aferição de peso e comprimento/estatura, recomendadas pela OMS, provavelmente, na maioria das vezes não foram atendidas de maneira satisfatória, principalmente em crianças menores de 2 anos, que necessitam de aferição de comprimento na posição horizontal, em superfície plana, lisa e firme.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA BRASIL. ONU apela para que indígenas tenham mais atenção das autoridades. EBC- Empresa Brasil de Comunicação, Brasília. 2018. Disponível em: http://agenciabrasil.ebc.com.br/internacional/noticia/2018-09/onu-apela-para-que-indigenas-tenham-mais-atencao-das-autoridades. Acesso em: 3 mar. 2020 a.

ALMEIDA, M. R. C. **Índios e mestiços no Rio de Janeiro: significados plurais e cambiantes.** Memoria Americana, Buenos Aires: Instituto de Ciências Antropológicas, n.16, p.19-40, 2008.

ALMEIDA, A. C. de et al. Uso de uma ferramenta de monitoramento para crescimento e desenvolvimento em crianças brasileiras - revisão sistemática. **Revista paulista pediatria.** São Paulo, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2016.

ALTINI, E. et al. **A Política de Atenção à Saúde Indígena no Brasil Breve recuperação histórica sobre a política de assistência à saúde nas comunidades indígenas**. Brasília: Conselho Indigenista Missionário – CIMI**,** 2013. 28 p.

AMOROSO, M. R. Mudança de hábito: Catequese e educação para índios nos aldeamentos capuchinhos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.13, n.37, p. 101-114, 1998.

ARAÚJO, T. S. et al. Child undernutrition in one of the cities with greater nutritional risk in Brazil: population-based study in the Western Brazilian Amazon. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 554-566, 2016.

ARAUJO-MOREIRA, M. et al . Experiências migratórias e intergeracionais sobre a amamentação no espaço familiar: um estudo de representações sociais. **Aquichan**, Bogotá, v. 18, n. 3, p. 287-297, 2018.

AUDI, C. A. F.; CORREA, A.S.; LATORRE, M. R. D. O. Alimentos complementares e fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em lactentes até 12 meses de vida em Itapira, São Paulo, 1999. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v.3, n. 1, pg. 85-93, 2003.

AZEVEDO, P. T. A. C. C. de et al . Estado nutricional de crianças em amamentação exclusiva prolongada no Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, e190007, 2019.

BARBOSA FILHO, V. C. et al . Presença isolada e combinada de indicadores antropométricos elevados em crianças: prevalência e fatores sociodemográficos associados. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 213-224, 2016.

BAGGIO, E. et al. Processo de adoecimento da criança indígena e suas implicações para a mortalidade infantil. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, v. 6, n. 1, p. 134-147, 16 ago. 2016.

BEZERRA, J. L. O. et al . Percepção materna da imagem corporal de seus filhos em aleitamento materno exclusivo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 293-299, 2014 .

BINNS, C.; LEE, M.M.; LOW, W. Y. The long-term public health benefits of breastfeeding. **Asia Pacific Journal of Public Health,** China, v.28, n.1, p. 7-14, 2016.

BITTENCOURT, L. J. et al . Aleitamento materno no estado de Pernambuco: prevalência e possível papel das ações de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.**, Recife, v. 5, n. 4, p. 439-448, 2005.

BOCCOLINI, C. S. et al. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, n. 108, 2017.

BAPTISTA, J. T.; WICHERS, C. A. M.; BOITA, T. W. Mulheres Indígenas nas Missões: patrimônio silenciado. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 27, n. 3, 2019.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Nacional**.** Fundação Nacional do Índio - FUNAI. **Quem somos**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Nacional, 2019. Disponível em: <http://www.funai.gov.br/index.php/a-funai>. Acesso em: 17 mai. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde***.* Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 22p.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ ccivil_03/constituicao/constituição.htm>. Acesso em; 17 mai. 2019.

BRASIL. Portaria nº 2.246, de 18 de outubro de 2004. Institui e divulga orientações básicas para a implementação das Ações de Vigilância Alimentar e Nutricional, no âmbito das ações básicas de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, em todo o território nacional. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 out. 2004. p. 16915. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2246_18_ 10_2004.html>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais da Vigilância em Saúde.** Volume 13, Série Pactos pela Saúde 2026. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: < https://livroaberto.ibict.br/bitstream/1/901/1/diretrizes_nacionais_vigilancia_saude.pdf >. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/marco_referencia_vigilancia_alimentar.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil, 2009**. Brasília, 2009. Disponível em: < https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9336-indicadores-sociodemograficos-e-de-saude-no-brasil.html?=&t=portaria-de-precedencia>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. **Vigilância em saúde indígena: síntese dos Indicadores 2010**. Brasília: FUNASA, 2010. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1187-sintese-dos-indicadores-saude-indigena-7&category_slug=saude-indigena-119&Itemid=965>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Unicef. **Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes.** Número 20, Série A. Normas e Manuais Técnicos. Bethsáida de Abreu Soares Schmitz. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_carencias_micronutrientes.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde.** Brasília : Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_sisvan.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde – FUNASA. Fundação Nacional de Saúde e Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. **Inquérito nacional de saúde e nutrição dos povos indígenas: Relatório final (Análise de dados).** Número 7. Rio de Janeiro: FUNASA, Abrasco; 2009.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde – FUNASA. **Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: < http://www.redeblh.fiocruz.br/media/mnl_criancas.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Decreto n° 7.797, de 30 de agosto 2012. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções Gratificadas do Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 ago, 2012. Disponível em: < https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2012/decreto-7797-30-agosto-2012-774120-norma-pe.html>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Família, Gênero, Curso da Vida. Relatório Técnico: Promoção e proteção dos povos indígenas. v. 67, p. 1-20, 2016.

_____. Lei nº. 9.836, de 23 de setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 set. 1999. Disponível em: < http://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/legislacao/legislacao-docs/saude/docs_leis/lei-no-9-836-de-23-de-setembro-de-1999-2013-tambem-conhecidas-como-lei-arouca/view>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Lei nº 12.314, de 19 de agosto 2010. Conversão da Medida Provisória nº 483, de 2010 Produção de efeito Altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, 8.745, de 9 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público, e 8.029, de 12 de abril de 1990, que dispõe sobre a extinção e dissolução de entidades da administração pública federal; revoga dispositivos da Lei no 10.678, de 23 de maio de 2003; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 ago, 2010. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/internet/InfDoc/novoconteudo/colecoes/informes/mp.asp?cod_legislacao=11620>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a Declaração Universal sobre bioética e Direitos humanos da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciências e Cultura. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 12 dez. 2012a. Disponível em: https://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.** 2. ed. Brasília: Ministério de Saúde, 2002a. 40p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: ,3 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Projeto de Vigilância e Controle de Doenças (VIGISUS III) - Plano dos Povos Indígenas (IPP): Política Operacional do Banco Mundial 4.10**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 45p. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2010/01/BR%20V3%20IPP%20baseada%20no%20MOP%208%20Maio%202010%20REVISION%20JOANA.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 68p. Disponível em: http://www.abenforj.com.br/site/arquivos/manuais/303_bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde**, 2009.** 108 p. Disponível em: < https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4416.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Portal da Saúde – SUS. **Organograma da SESAI**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em < http://u.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/leia-mais-o-ministerio?start=6278 > Acesso em: 10 ago. 2017.

_____. Decreto n°4.799, de 4 de agosto de 2003. Dispõe sobre a comunicação de governo do Poder Executivo Federal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 ago. 2003 Seção 1. Disponível em: http://www.senado.gov.br. Acesso em: 6 nov.2019.

_____. Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a Aprovação da a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 jan, 2002b. Disponível em: < http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_254_2002.pdf>. Acesso: 10 ago. 2017.

_____. PORTARIA nº 70/GM em 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 jan, 2004. Disponível em: < http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/Pm_70_2004.pdf>. Aceso em: 03 mar. 2020.

_____. Projeto de Lei nº 3.958, de 30 de agosto 2008. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, que cria secretaria na estrutura do Ministério da Saúde; e cria cargos em comissão do Grupo-Direção e Assessoramento Superiores – DAS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 30 ago, 2008. Disponível em: < https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=9B784AEB149FB80D6377296C14BB374C.node1?codteor=596418&filename=Avulso+-PL+3958/2008>. Acesso em: 03 mar. 2020.

BOSI, M. L. M.; MACHADO, M. T. Amamentação: um resgate histórico. **Cadernos da Escola de Saúde Pública do Ceará**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p.17-25, 2005.

CALDAS, A. D.R.; SANTOS, R. V. Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 545-565, 2012.

CAMARGOS, A. C. R. et al . Prevalência de sobrepeso e de obesidade no primeiro ano de vida nas Estratégias Saúde da Família. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 32-38, 2019.

CAMPOS, M. B.. et al. Differences in mortality between indigenous and non-indigenous persons in Brazil based on the 2010 Population Census. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, 2017.

CAMINHA, M.F. C. et al. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 102-109, 2017 .

CARDOSO, A.M. et al. Mortality among Guarani Indians in Southeastern and Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.2, 2011.

CARRASCOZA, K. C. et al . Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo em crianças assistidas por programa interdisciplinar de promoção à amamentação**. Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, p. 4139-4146, 2011.

CASTRO, T. G. et al . Características de gestão, funcionamento e cardápios do Programa Nacional de Alimentação Escolar em escolas Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2401-2412, 2014 .

CARLOS, JR., E. A. COIMBRA. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, apr. 2014.

CARLOS JR., E. A. COIMBRA. **From Shifting Cultivation to Coffee Farming**: The Impact of Change on the Health and Ecology of the Suruí in the Brazilian Amazon. 1989. 392 f. Tese (Doutorado em Antropologia) - Indiana University, Bloomington, 1989.

CARLOS JR., E. A. COIMBRA. O sarampo entre sociedades indígenas brasileiras e algumas considerações sobre a prática da saúde pública entre estas populações. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 22-37, 1987.

CARLOS JR., E. A. COIMBRA; SANTOS, R. V. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança socioeconômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 538-562, 1991.

CARLOS JR., E. A. COIMBRA; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125-132, 2000.

CARLOS JR., E. A. COIMBRA et al. The first national survey of indigenous people's health and nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, United Kingdom, v. 13, n 52, p. 1-19, 2013.

CONFALONIERI, U. E. C. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 4, p. 441-450, 1989.

COSTA, C. A. ; KIMURA, L. O. Molecular epidemiology of hepatitis B virus among the indigenous population of the Curuçá and Itaquaí Rivers, Javari Valley, State of Amazonas, Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,** Uberaba v. 45, n. 4, p. 457-462, 2012.

COSTA, D. C. Política indigenista e assitência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 3, n. 4, p. 388-401, 1987.

DIEHL, E. E.. Agravos na saúde Kaingáng (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 439-445, 2001.

DIAS, Á. L. B. et al. Molecular characterization of the hepatitis B virus in autochthonous and endogenous populations in the Western Brazilian Amazon. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,** Uberaba, v. 45, n. 1, p. 9-12, 2012.

ESCOBAR, A. L, E. A.; VENTURA, S. R.; COIMBRA-JUNIOR, C. E. A. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 457-461, 2003.

EJLERSKOV, K. T. et al. The impact of early growth patterns and infant feeding on body composition at 3 years of age. **British Journal of Nutrition**, [online], v. 114, n.2, p- 316-27, 2015.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.;CARANDINA, L. Factors influencing breastfeeding decision and duration. **Revista de Nutrição,** Campinas, v. 19, n. 5, p. 623-630, 2006.

FAVARO, T. R. et al. Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, 2019.

FERREIRA, C. S. et al. Fatores associados à cobertura do Sisvan Web para crianças menores de 5 anos, nos municípios da Superintendência Regional de Saúde de Belo Horizonte, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 3031-3040, 2018.

FLORES, T. R. et al. Consumo de leite materno e fatores associados em crianças menores de dois anos: Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, e00068816, 2017.

FONSECA-MACHADO, M. O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 809-815, 2012.

FONSECA, P. C. A. et al. Determinantes da velocidade média de crescimento de crianças até seis meses de vida: um estudo de coorte. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online], vol.22, n.8, p.2713-2726, 2017.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). UNICEF e OMS lançam relatório sobre diarreia, a segunda maior causa de mortalidade infantil. 2009. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/media_16165.html>. Acesso em: 19 Out 2017.

GARCIA, L. P. The Lancet: série sobre amamentação. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 203-204, 2016.

GARNELO, L. Política de saúde dos povos indígenas no Brasil: Análise situacional do período de 1990 a 2004. **XXVIII Reunião da ANPOCS**, p. 1-28, 2004.

GARNELO, Luiza (Org.). **Saúde Indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC/SECADI, 2012. 280 p. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

GIATTI, L. L. et al. Condições sanitárias e socioambientais em Iauaretê, área indígena em São Gabriel da Cachoeira, AM. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1711-1723, 2007.

GIESTA, J. M. et al. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v. 24, n. 7, p. 2387-2397, 2019.

GONCALVES, V. S. S. et al . Marcadores de consumo alimentar e baixo peso em crianças menores de 6 meses acompanhadas no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, Brasil, 2015. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 28, n. 2, 2019.

HOCHMAN, B. et al . Desenhos de pesquisa. **Acta Cirurgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 2-9, 2005.

IBGE INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão**:** 211 p. 2010.

JALDIN, M. D. G. M. et al. Child growth compared with the NCHS reference and WHO/2006 standard. **Revista de Nutrição,** v. 26, n. 1, p. 17-26, 2013.

LEITE M. S. Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual. In: GARNELO L.; PONTES A.L. (organizadores). Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC/SECADI; 2012. p. 156-83. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

LEVY, R. B. et al. Distribuição regional e socioeconômica da disponibilidade domiciliar de alimentos no Brasil em 2008-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 6-15, 2012.

LIMA, A. P. E. et al. Aleitamento materno exclusivo de prematuros e motivos para sua interrupção no primeiro mês pós-alta hospitalar. **Revista Gaúcha** de **Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, e20180406, 2019.

LUNARDI, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E.A. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 441-452, 2007.

MACIEL, V. B. D. S. et al. Aleitamento materno em crianças indígenas de dois municípios da Amazônia Ocidental Brasileira. **Acta Paulista de Enfermagem,** v. 29, n. 4, p. 469-475, 2016.

MAGGI, R. S. Indigenous health in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.,** Recife, v. 14, n. 1, p. 13-14, 2014.

MARINHO, G. L. et al. Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. 1, p. 57-63, 2019.

MARQUES, R. F. S. V.; LOPEZ, F. A.; BRAGA, J. A. P.. O crescimento de crianças alimentadas com leite materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 45, n. 1, p. 46-53, 2006 .

MARTINS, S. J.; MENEZES, R. C. Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da Tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-8, fev. 1994.

MASCARENHAS, M. L. W. et al . Prevalência de aleitamento materno exclusivo nos 3 primeiros meses de vida e seus determinantes no Sul do Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre , v. 82, n. 4, p. 289-294, 2006.

MATHIAS, T. A. F.; ASSUNCAO, A. N.; SILVA, G. F. Infant deaths investigated by the Prevention Committee of Infant Mortality in region of Paraná state. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 445-453, 2008.

MEDEIROS, A. K. M. **Direitos indígenas entre fronteiras: cidadania, presença e mobilidade ticunas na tríplice fronteira do Brasil, Colômbia e Peru**. 2013. Dissertação (Mestrado em Direito Ambiental) – Universidade do Estado do Amazonas, 2013.

MONDINI, Lenise et al. Nutrition status in Kamaiurá Indian children: Alto Xingu, Central Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [online], v. 10, n. 1, p. 39-47, 2007.

MORAN, E. F. **A Ecologia Humana das Populações da Amazonia**. Petrópolis: Vozes,1990.

MORAIS, M. B. et al. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e quarto anos de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.543-550, mar-abr., 2003

MOURA, P. G.; BATISTA, Luciana R. V.; MOREIRA, E. A. M. Indigenous peoples: reflection about the influence of urban civilization on nutritional status and oral health. **Revista de Nutrição,** [online], v. 23, n. 3, p. 459-465, 2010.

MOURÃO, E. A. V. Análise do estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos Brasil, 2016. In: SEMINÁRIO SAÚDE INDÍGENA EM DEBATE, 1., 2018, Brasília. **Anais** ... Brasília: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Nações Unidas no Brasil. **17 Objetivos para transformar o mundo**. Disponível: https://nacoesunidas.org/pos2015/. Acessado em: 3 mar. 2020 a.

NASCIMENTO, F. A.; SILVA, S. A.; JAIME, P. C. Cobertura da avaliação do consumo alimentar no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Brasileiro: 2008 a 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, e190028, 2019.

NUNES, H. M.; SOARES, M. C. P. ; SILVA, H. M.R. Hepatitis A virus infection in amerindian area in the east brazilian Amazon. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical,** [online], v. 37, p. 52-56, 2004.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Estado nutricional e anemia em crianças Suruí, Amazônia, Brasil. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 82, n. 5, p.383-388, 2006.

ORTELAN, N.; VENANCIO, S. I.; BENICIO, M. H. D. Determinantes do aleitamento materno exclusivo em lactentes menores de seis meses nascidos com baixo peso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 8, e00124618, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão.** Organização Mundial da Saúde. Rio de Janeiro: Organização Mundial da Saúde, 2011. 56 p. Disponível em: < https://www.who.int/sdhconference/discussion_paper/Discussion_Paper_PT.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estratégia global aprimorada para redução adicional da carga da hanseníase: 2011-2015: diretrizes operacionais (atualizadas).** Organização Mundial da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2010. 70 p. Disponível em: < https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=hanseniase-977&alias=1045-estrategia-global-aprimorada-para-reducao-adicional-da-carga-da-hanseniase-2011-2015-diretrizes-operacionais-5&Itemid=965>. Acesso em: 03 mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU); **Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas**. Brasília: Organização das Nações Unidas (ONU), 2007. Disponível em: < http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_pt.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2017.

Organização Mundial da Saúde (OMS), Ministério da Saúde (MS). **Promoção e proteção dos povos indígenas**. Série Texto Técnico, 67. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 7p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&slug=rt-tc-67-c&Itemid=965

PADEZ, C. et al. Prevalence and risk factors for overweight and obesity in portuguese children. **Acta Paediatr.** [online], v. 94, n11, p. 1550-57, 2005.

PAGLIARO, H. et al. Demographic dynamics of the Suyá, a Jê people of the Xingu Indigenous Park, Central Brazil, 1970-2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de janeiro, v. 23, n. 5, p. 1071-1081, 2007.

PANTOJA, L. N. et al. Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena (SISVAN-I) e prevalência de desvios nutricionais em crianças Yanomami menores de 60 meses, Amazônia, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.**, Recife, v. 14, n. 1, p. 53-63, 2014.

PARANÁ. Secretaria de Cultura. Museu Paranaense. **Povos indígenas do Paraná**. 2015. Disponível em: <http://www.museuparanaense.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=68>. Acesso em: 18 jun. 2016.

PASSANHA, A.; BENICIO, M. H. D; VENANCIO, S. I. Caracterização do consumo alimentar de lactentes paulistas com idade entre seis e doze meses. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 375-385, 2020.

PARANÁ. Secretaria de Cultura. Museu Paranaense. **Povos indígenas do Paraná**. 2015. Disponível em: <http://www.museuparanaense.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=68>. Acesso em: 18 jun. 2016.

PEDRAZA D. F.; QUEIROZ, D. de; MENEZES, T. N. de. Segurança alimentar em famílias com crianças matriculadas em creches públicas do Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 26, n. 5, p. 517-527, 2013.

PEDROSO, Glaura César et al. Prevalência de aleitamento materno e introdução precoce de suplementos alimentares em área urbana do sudeste do Brasil, Embu, SP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**., Recife, v. 4, n. 1, p. 45-58, 2004.

PIMENTA, J. **Desenvolvimento sustentável e povos indígenas. Os paradoxos de um exemplo Amazônico**. n. 02/03, Rio de Janeiro: Anuário Antropológico, p. 115-150, 2004.

PICOLI, R. P.; CARANDINA, L.; RIBAS, D.L. B. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 223-227, 2006.

PICOLI, R. P.; CAZOLA, L. H. O.; NASCIMENTO, D. D. G.. Mortalidade infantil e classificação de sua evitabilidade por cor ou raça em Mato Grosso do Sul. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 9, p. 3315-3324, 2019.

PIRES, Bianca Sant'Anna et al. Comparação entre as curvas de crescimento do Centers for Disease Control and Prevention e da Organização Mundial da Saúde para lactentes com idade de seis a 12 meses. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 314-319, 2010.

RIBAS, Dulce Lopes Barboza et al. Child health and nutrition in a Teréna indigenous community, Mato Grosso do Sul, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 323-331, 2001.

RIBAS, D. L. B.; PHILIPPI, S. T. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul. In: COIMBRA-JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 73-88.

RIMES, K. A.; OLIVEIRA, M. I. C.; BOCCOLINI, C. S. Maternity leave and exclusive breastfeeding. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 53, n. 10, 2019.

ROSA, Letícia Cabral Domingos da et al. Relationship between overweight at 6 years of age and socioeconomic conditions at birth, breastfeeding, initial feeding practices and birth weight. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 32, e190033, 2019.

SANTIAGO, Luciano B. et al . Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. **Jornal de Pediatria,** Porto Alegre, v. 79, n. 6, p. 504-512, 2003.

SANTOS, E. M. dos et al . Avaliação do aleitamento materno em crianças até dois anos assistidas na atenção básica do Recife, Pernambuco, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 1211-1222, 2019.

SANTOS, J. A. B.; SERVA, V. M. S. B. D.; CAMINHA, M. F. C. Reasons for human milk donation according to different per capita income. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.,** Recife, v. 17, n. 2, p. 307-315, 2017.

SANTOS, R. V.; COIMBRA-JUNIOR., C. E. A. Cenário e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas do Brasil. In: COIMBRA-JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 13-47.

SAVARINO F, LIGUORI S.A. Update on breast milk hormones: Leptin, ghrelin and adiponectin. **Clinical Nutrition**, [online], v. 27, n 1, p. 42-7, 2008.

SQUINCA, F. A; PALHARES, D.; SANTOS J. G. dos. Complementação do debate sobre Saúde da Criança e do Adolescente Indígena. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 8, n. 2, p. 211-223, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Amamentação: A base da vida. Departamento Científico de Aleitamento Materno, Documento Científico. Rio de Janeiro, RJ: SBP, 2018. Disponível em:< https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_21162c-DC_-_Amamentacao_-_A_base_da_vida.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2019.

SOUCHAUD, S. A visão do Paraguai no Brasil. **Contexto Internacional**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, p. 131-153, 2011.

SILVA, Catarine S. et al. Associação entre depressão pós-parto e a prática do aleitamento materno exclusivo nos primeiros três meses de vida. **Jornal de Pediatria** , Porto Alegre, v. 93, n. 4, p. 356-364, 2017.

SILVA, Angélica Baptista et al. Cultura dos povos originários da floresta amazônica na gestação e no puerpério: uma revisão de escopo sob o ponto de vista da segurança alimentar e nutricional. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 123, p. 1219-1239, 2019.

SILVA, Osvaldinete Lopes de Oliveira et al. Vigilância alimentar e nutricional de crianças Indígenas menores de cinco anos em Mato Grosso do Sul, 2002-2011. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [online], v. 23, n. 3, pp. 541-546, 2014.

SILVA, Mariane Alves et al. Relação entre os tipos de aleitamento materno e o consumo de vitamina A e ferro em crianças de 6 a 12 meses. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v. 24, n. 11, p. 4009-4018, 2019.

SECRETARIA DA CULTURA. **Povos indígenas no Paraná**. Disponível em: http:// http://www.museuparanaense.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=68. Acesso em: 12 de março. 2019.

SIRIO, Marília Alfenas de Oliveira et al . Tempo de aleitamento materno entre indígenas Xakriabá aldeados em Minas Gerais, Sudeste do Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 28, n. 3, p. 241-252, 2015.

SHETTY P. Nutrition transition and its health outcomes. **Indian Journal of Pediatrics**, [online], v.80, n. 1, p. 21-27, 2013.

SOARES, F. S.; MEDRI, M. E. **Alguns aspectos da colonização da bacia do Tibagi**. In: MEDRI, M. E. et al. (Org). A Bacia do Tibagi. Londrina: Ed. Londrina, 2002. Disponível em: < http://www.uel.br/pos/biologicas/pages/arquivos/pdf/Livro-A-Bacia-do-Tibagi.pdf>. Acesso em: 10 out. 2019.

SOUZA, Luciene Gguimarães de et al. Perfil demográfico da população indígena Xavánte de Sangradouro-Volta Grande, Mato Grosso (1993-1997), Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 355-365, 2001.

TOMMASINO, K. **A História dos Kaingang da Bacia do Tibagi: uma sociedade Jê meridional em movimento**. 1995. Tese (Doutorado em Antropologia) - Universidade de São Paulo, 1995.

TOMMASINO, K. Notícia sobre os guarani que reivindicam a terra de araçaí. **Campos - Revista de Antropologia**, Curitiba, v.1, n. i, p. 1-2, 2001.

TOMMASINO, K. Os povos indígenas no sul do Brasil e suas relações interétnicas. **Cadernos CERU**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 37-46, 2002.

VENANCIO, S. I. et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. **Jornal de Pediatria,** Porto Alegre, v. 86, n. 4, p. 317-324, 2010.

VENÂNCIO, S. I. et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. **BEPA. Boletim Epidemiológico Paulista,** [online], v. 7, n. 83, p. 4-15, 2010.

VIELLAS, E. F. et al . Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, n. 1, p. 85-100, 2014.

WALDMAN, E. A.; GOTLIEB, S. L. D. Notas técnicas: Glossário de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 1, n. 7, p. 5-27, dez. 1992.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Complementary feeding:** report of the global consultation and summary of guiding principles for complementary feeding of the breastfed child. Geneva: WHO, 2002.

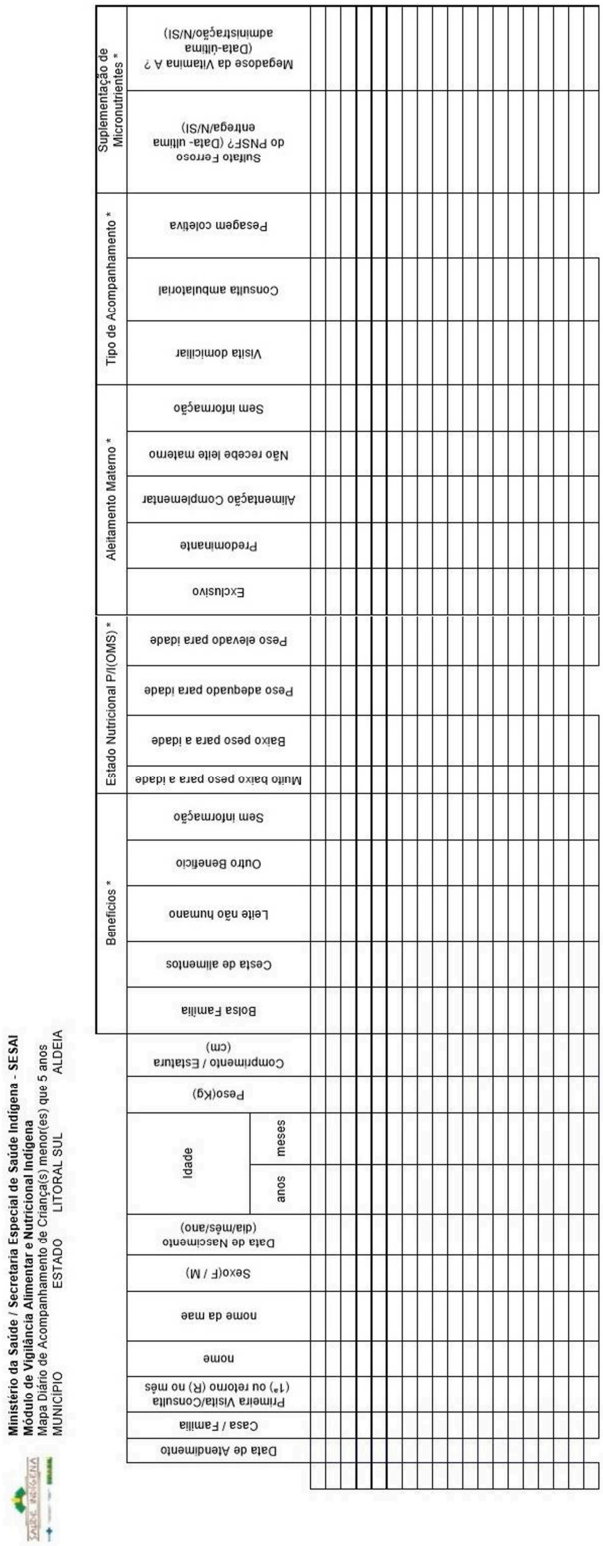
WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **ANTHRO 2006**: Software para avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças no mundo. Genebra: World Health Organization; 2006.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Indicators for assessing infant and young child feeding practices**: conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007. Washington, D. C., 2008.

WORD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Nurturing the health and wealth of nations**: the investment case for breastfeeding global breastfeeding collective - executive summary [Internet]. New York: United Nations Children's Fundation; 2017 [citado 2020 Jan 7]. 11 p. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-collective-investmentcase.pdf?ua=1, Acesso em: 17 ago. 2019.

ANEXOS

ANEXO 1



Ministério da Saúde / Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI
Módulo de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena
Mapa Diário de Acompanhamento de Criança(s) menor(es) que 5 anos
MUNICÍPIO ESTADO LITORAL SUL ALDEIA

Data de Atendimento	Casa / Família	Primeira Visita/Consulta (1ª) ou retorno (R) no mês	nome	nome da mae	Sexo(F / M)	Data de Nascimento (dia/mês/ano)	Idade		Peso(Kg)	Comprimento / Estatura (cm)	Benefícios *							Estado Nutricional P/I(OMS) *			Aleitamento Materno *				Tipo de Acompanhamento *			Suplementação de Micronutrientes *	
							anos	meses			Bolsa Família	Cesta de alimentos	Leite não humano	Outro Benefício	Sem informação	Muito baixo peso para a idade	Baixo peso para a idade	Peso adequado para idade	Peso elevado para idade	Exclusivo	Predominante	Alimentação Complementar	Não recebe leite materno	Sem informação	Visita domiciliar	Consulta ambulatorial	Pesagem coletiva	Sulfato Ferroso do PNSF? (Data- ultima entrega/N/SI)	Megadose da Vitamina A ? (Data-última administração/N/SI)

ANEXO 2

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência do Aleitamento Materno entre Povos Indígenas da Tríplice Fronteira.
Pesquisador: Bianca da Silva Alcantara Pereira
Área Temática: Estudos com populações indígenas;
Versão: 3
CAAE: 91104918.6.0000.5393
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.937.268

Apresentação do Projeto:
As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa ("PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1145012.pdf", de 08/06/2018) e/ou do Projeto Detalhado ("projeto1.pdf", de 08/06/2018).