

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

LARISSA MANDARANO DA SILVA

**O ALEITAMENTO MATERNO E A ALIMENTAÇÃO INFANTIL ENTRE OS
INDÍGENAS DA REGIÃO OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO: UM
MOVIMENTO ENTRE A TRADIÇÃO E INTERCULTURALIDADE**

SÃO PAULO

2013

LARISSA MANDARANO DA SILVA

**O ALEITAMENTO MATERNO E A ALIMENTAÇÃO INFANTIL ENTRE OS
INDÍGENAS DA REGIÃO OESTE DO ESTADO DE SÃO PAULO: UM
MOVIMENTO ENTRE A TRADIÇÃO E INTERCULTURALIDADE**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Sociedade, Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Isília Aparecida Silva

SÃO PAULO

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA SUA FONTE.

Catálogo da Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta" da EEUSP
Escola de Enfermagem
Universidade de São Paulo

Silva, Larissa Mandarano da

O aleitamento materno e a alimentação infantil entre os indígenas da Região Oeste do estado de São Paulo: um movimento entre a tradição e interculturalidade./ Larissa Mandarano da Silva.-- São Paulo, 2013.

p.313 : il.

Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva

Área de Concentração: Enfermagem

1. Aleitamento Materno. 2. Nutrição Infantil. 3. Estado Nutricional. 4. População Indígena. I. Título.

NOME: LARISSA MANDARANO DA SILVA

TÍTULO: O aleitamento materno e a alimentação infantil entre os indígenas da Região Oeste do estado de São Paulo: um movimento entre a tradição e interculturalidade.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Banca Examinadora

Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva – Presidente/Orientadora

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha mãe (*in memoriam*) e a todos que acreditaram em mim e possuem elevação espiritual o suficiente para compreender a grandeza das minorias populacionais, sem preconceitos raciais, socioeconômicos e etnocêntricos.

Aos indígenas, legítimos brasileiros, que me fizeram compreender o quanto os conteúdos acadêmicos na área da saúde ainda são tecnicistas e padronizados para a população urbana não indígena.

A todas as outras populações tradicionais (caiçaras, ribeirinhas, quilombolas, caipiras, ciganos e povos de terreiros) e aos imigrantes africanos, bolivianos, egípcios, islâmicos, chineses e tailandeses, dentre outros.

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença constante que norteia o meu caminhar.

Aos meus familiares: meu pai Arnaldo, minha irmã Emiliana e tia Tereza, principalmente minha mãe Vera (*in memorian*), ao Rodrigo, Antônio e Belinha

À minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Isilia Aparecida Silva, pela sua sabedoria, competência e exemplo profissional e docente. Pelo seu olhar voltado às diferenças culturais e minorias.

Ao Prof. Edimilson Campos pela disponibilidade e valiosas contribuições antropológicas.

À equipe de profissionais do Posto Médico da Aldeia Vanuíre, principalmente à Silvia e Ademir, pela colaboração e acolhimento na aldeia.

Aos moradores da Aldeia Vanuíre pelos ensinamentos indígenas, paciência e colaboração.

À FUNAI, pelos esclarecimentos, aprovação do estudo e por ter autorizado minha permanência na Aldeia Vanuíre

A todos os colegas e funcionários da Escola de Enfermagem.

À Universidade de São Paulo presente em minha formação, desde o ano de 1996, por todas as oportunidades e auxílios.

Silva, LM. O aleitamento materno e a alimentação infantil entre os indígenas da Região Oeste do estado de São Paulo: um movimento entre a tradição e interculturalidade. [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2013.

RESUMO

A população indígena brasileira sofre um acelerado e complexo processo de mudanças nos diversos aspectos de sua vida, inclusive quanto à prática de amamentação, à alimentação e ao reflexo no estado nutricional infantil, decorrentes do contato com não indígenas. Diante disso, buscou-se conhecer a prática da amamentação, da alimentação e o estado nutricional de crianças indígenas com até cinco anos de idade, em uma aldeia localizada na região oeste do estado de São Paulo. Realizou-se um estudo etnográfico, segundo os pressupostos teórico e metodológicos de Clifford Geertz ¹, com a associação estatística para a descrição do estado nutricional das 24 crianças que atendiam aos critérios do estudo e 31 mulheres, mães e familiares das crianças do estudo, que auxiliavam nos cuidados alimentares das crianças. Os dados objetivos, sobre o estado nutricional infantil, foram coletados em prontuários, por medidas antropométricas das crianças e entrevistas estruturadas com as mães; os qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas em profundidade com as mães, avós e bisavós. A análise das narrativas obtidas resultou em um conjunto de categorias antropológicas agrupadas em dois temas: “Aleitamento: tradições e crenças indígenas” e “As comidas indígenas: reflexo da interculturalidade”, dos quais emergiu o tema central: “A alimentação infantil, o movimento entre a tradição e a interculturalidade”. A alimentação infantil, considerando a prática da amamentação e da oferta de alimentos para as crianças, neste estudo, aparece em um movimento entre a tradição e a interculturalidade, em que inexistente o aleitamento exclusivo, mas há manutenção de aleitamento materno para crianças até aos cinco anos. O leite de vaca *in natura* é considerado o que sustenta, mas amamentar é um costume mantido pelas mulheres, para nutrir também a dimensão emocional da criança. Os chás são oferecidos, precocemente, para a cura de doenças. Os leites industrializados e os aditivos lácteos são inseridos na comunidade em situações específicas pelos não indígenas. Os alimentos sólidos são introduzidos às crianças com idade entre os quatro e seis meses, sendo escolhidos conforme a sua disponibilidade no cultivo doméstico e possibilidade de aquisição. A principal comida consumida é o caldo de feijão misturado com arroz ou batata cozida amassada. As tradições se misturam aos novos hábitos decorrentes do contato com a cultura não indígena. Isso já é refletido no estado nutricional das crianças com o surgimento de casos de sobrepeso infantil.

PALAVRAS-CHAVE: Aleitamento Materno. Nutrição Infantil. Estado Nutricional. População Indígena.

Silva, LM. Breastfeeding and infant feeding among indigenous people of the Western Region of the state of São Paulo : a movement between tradition and interculturality. [Dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo, 2013.

ABSTRACT

Brazilian indigenous people suffers a rapid and complex process of changes in many aspects of your life, even regarding breastfeeding practices, nutrition and the effects on infant nutritional status resulting from contact with non-indigenous people. Therefore, it was aimed to investigate the practice of breastfeeding, feeding and nutritional status of indigenous children younger than five years old in a village located in the western region of the State of São Paulo. Was conducted an ethnographic study according to the theoretical and methodological assumptions of Clifford Geertz, with statistical association to describe the nutritional status of 24 children who met the study criteria and 31 women, mothers and families of the children in the study, who assisted in nutritional care of children. Objective data on child nutritional status were collected from medical records by anthropometric measures and structured interviews with mothers; qualitative data were obtained through in-depth interviews with mothers, grandmothers and great-grandmothers. The analysis of the narratives obtained resulted in a set of anthropological categories grouped into two themes: "Breastfeeding: traditions and indigenous beliefs" e "Indigenous meals: the interculturality reflection", from which emerged the central theme: "Infant feeding, movement between tradition and interculturality". Infant feeding, considering breastfeeding and children provision of food, in this study, appears in a movement between tradition and interculturality, in which exclusive breastfeeding does not exist, but there is maintenance of maternal food for children up to five years old. Cow's milk "*in natura*" is considered what "sustains", but breastfeeding is a custom maintained by women to also nurture the emotional dimension of the child. Teas are offered routinely to cure diseases. The Industrialized milk and the milk additives are inserted in specific situations in the community by non-indigenous people. Solid food are introduced to children aged between four and six months, chosen according to their availability in the domestic cultivation and possibility of acquisition. The main food consumed is the bean soup mixed with rice or mashed baked potato. Traditions mingle with new habits resulting from contact with non-indigenous culture. This is already reflected in the nutritional status of children with the emergence of cases of childhood overweight.

KEYWORDS : Breastfeeding. Child Nutrition. Nutritional Status. Indigenous Population.

Silva, LM. La lactancia materna y la alimentación infantil entre los indígenas de la Región Oeste del estado de São Paulo: un movimiento entre la tradición y la interculturalidad. [Tesis]. São Paulo: Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo; 2013.

RESUMEN

El población indígena brasileño sufre acelerado y complejo proceso de câmbios en los diversos aspectos de su vida, incluyendo cuanto a la práctica de amamantamiento, a la alimentación y al reflejo en el estado de nutrición infantil, decurrentes del contacto con los no indígenas. Así, se busco conocer la práctica del amamantamiento, de la alimentación y el estado de nutrición de los niños con hasta cinco años de edad, en una aldea situada en la región oeste del estado de São Paulo. Se realizó un estudio etnográfico, segundo las presuposiciones teóricas y metodológicas de Clifford Geertz ¹, con la asociación estadística para la descripción del estado de nutrición de los 24 niños que atendían a los critérios del estudio y 31 mujeres, madres y la familia de los niños del estudio, que ayudaban en los cuidados alimentares de los niños. Los datos objetivos sobre el estado de nutrición infantil fueran coletados en prontuários, por medidas antropométricas de los niños y entrevistas estructuradas con las madres, los cualitativos fueran conseguidos por medio de entrevistas en profundidad con las madres, abuelas y bisabuelas. El análisis de las narrativas obtenidas he resultado en un conjunto de categorías antropológicas agrupadas en dos temas: “Amamantamiento : tradiciones y creencias indígenas” y “Los alimentos indígenas: reflejo de la interculturalidad”, de los quais he surgido el tema central: “La alimentación infantil, el movimiento entre la tradición y la interculturalidad”. La alimentación infantil, en vista de la práctica de amamantamiento y de la oferta de alimentos para los niños en este estudio, aparece en un movimiento entre la tradición y la interculturalidad, en que no existe el amamantamiento exclusivo, pero hay mantenimiento de amamantamiento materno para niños hasta cinco años. El leche de vaca *in natura* es considerado el que se sustenta, pero amamentar es un costumbre mantenido por las mujeres, para nutrirse también la dimensión emocional del niño. Los tés son ofrecidos, más temprano, para la curación de enfermedades. Los fleches industrializados y los productos lácteos son introducidos en la comunidade en condiciones específicas por los no indígenas. Los alimentos sólidos son introducidos a los niños con edad entre los quatro y seis meses, eses son elegidos de acuerdo con su disponibilidad en el cultivo doméstico y posibilidad de obtención. La comida principal consumida es el caldo de frijol mesclado com arroz o batata cocida amassada. Las tradiciones se mesclam a los nuevos costumbres decurrentes del contacto con la cultura no indígena. Eso ya es reflejado en el estado de nutrición de los niños con el surgimiento de casos de sobrepeso infantil.

PALABRAS CLAVES: Lactancia Materna. Nutrición del Niño. Estado Nutricional. Población Indígena.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa de apresentação da parentela 1	103 ; 142
Figura 2	Mapa de apresentação da parentela 2	104 ; 150
Figura 3	Mapa de apresentação da parentela 3	104 ; 159
Figura 4	Mapa de apresentação da parentela 4	104 ; 161
Figura 5	Mapa de apresentação da parentela 5	105 ; 167
Figura 6	Mapa de apresentação da parentela 6	105 ; 176
Figura 7	Mapa de apresentação da parentela 7.....	106 ; 183
Figura 8	Mapa de apresentação da parentela 8	106 ; 189
Figura 9	Apresentando o tema central, os temas e suas respectivas categorias antropológicas	196

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Porcentagem de crianças, segundo seus scores z pelo índice P/E, divididas quanto ao sexo. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	138
-----------	---	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estatura ao nascer, segundo o sexo das crianças menores de cinco anos. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.	117
Quadro 2	Distribuição do número de crianças com até 60 meses segundo os primeiros alimentos sólidos introduzidos na alimentação. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	233
Quadro 3	Distribuição do número de crianças segundo os alimentos sólidos consumidos de acordo com a preferência materna. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	236
Quadro 4	Distribuição do número de crianças de até 60 meses segundo os alimentos preferidos por elas que compõe sua alimentação. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	239
Quadro 5	Distribuição do número de crianças segundo os alimentos consumidos pelas crianças no período da manhã. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	243
Quadro 6:	Distribuição do número de crianças segundo os alimentos geralmente consumidos pelas crianças na segunda refeição diária (almoço). Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	244
Quadro 7	Distribuição do número de crianças segundo os alimentos geralmente consumidos pelas crianças no jantar. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.	245

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Estatísticas descritivas: média (M), variância (V) desvio-padrão (Dp) da estatura por faixa etária em meses segundo o sexo. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	136
Tabela 2	Estatísticas descritivas: média (M), desvio-padrão (Dp) e a variância (V) do peso por faixa etária e sexo. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	137
Tabela 3	Proporção de crianças classificadas ou diagnosticadas quanto ao estado nutricional, conforme a referência da OMS (2006), segundo os índices de antropométricos P/I, E/I, IMC e P/E e a faixa etária. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	140
Tabela 4	Número de crianças segundo o tempo em aleitamento materno predominante em meses. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	199
Tabela 5	Frequência de crianças eutróficas, em risco de sobrepeso e obesas (OMS), segundo o tempo em aleitamento materno predominante (AMP) em meses. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.....	201
Tabela 6	Tipos de leites não humanos introduzidos na alimentação infantil, de acordo com a faixa etária de crianças menores de 5 anos. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	202
Tabela 7	Distribuição do número de crianças menores de 5 anos de acordo com a introdução de alimentos sólidos em sua alimentação e faixa etária. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013	230

SUMÁRIO

1. Introdução	19
1.1. Panorama da população indígena brasileira e políticas indigenistas.....	22
1.2. Sistema de saúde indígena	28
2. Estado nutricional infantil indígena	36
2.1. Panorama do estado nutricional e da alimentação infantil indígena	36
2.2. Amamentação e alimentação infantil indígenas: história e costumes.....	48
3. Objetivos.....	56
3.1. Objetivo geral.....	56
3.2. Objetivos específicos	56
4. Bases teórico-metodológicas.....	57
4.1. O referencial teórico-metodológico de Clifford Geertz.....	58
4.2. Os referenciais antropométricos: OMS 2006.....	64
5. Descrição da pesquisa	71
5.1. Considerações éticas	72
5.2. Cenário do Estudo: a Aldeia Vanuíre.....	73
5.2.1. Formação da aldeia Vanuíre.....	79
5.3. A inserção da pesquisadora no campo de estudo	85
5.4. Participantes do estudo.....	87
5.5. Coleta dos dados	89
5.5.1. Os dados qualitativos: observação participante e entrevista	89
5.5.2. A captação dos dados objetivos da pesquisa	93
5.5.3. A entrevista para captação dos dados subjetivos	95
5.6. Análise dos dados.....	95
5.6.1. Análise etnográfica	95

5.6.2. Os dados antropométricos e suas variáveis.....	98
6. Apresentação e análise dos dados.....	101
6.1. Conhecendo as mulheres e seus filhos menores de cinco anos.....	101
6.1.1. Os espaços domésticos matrilocais dos sujeitos da pesquisa.....	101
6.1.2. As mães das crianças menores de cinco anos: características e subsistência.....	106
6.1.3. O nascimento das crianças estudadas.....	112
6.2. Sistemas econômico e socioculturais das parentelas.....	122
6.2.1. As fontes de subsistência das parentelas.....	122
6.2.2. O acesso às zonas urbanas: meios para interculturalização.....	128
6.2.3. A religião praticada e os rituais proibidos.....	131
6.2.4. O ensino das tradições indígenas para as crianças: a escola local.....	133
7. O estado nutricional das crianças.....	135
8. Apresentando as narrativas das mulheres.....	142
8.1. As famílias Kaingang das Sr. ^{as} Nadi, Niara e Naara: parentela 1.....	142
8.2. As famílias das Sr. ^{as} Cândia, Candira, Caeté, Catira e Cairu: parentela 2.....	150
8.3. A família da Sr. ^a Jandira, sua filha Janari e sua neta: parentela 3.....	159
8.4. A família da Sr. ^a Tabajara, Sr. ^a Tupã e Sr. ^a Tainá: parentela 4.....	161
8.5. As famílias das Sr. ^{as} Ubandara, Upira, Ubá e Uiara: parentela 5.....	167
8.6. As famílias das Sr. ^{as} Inaiê, Ierê, Ibiara e Iúna: parentela 6.....	176
8.7. As famílias das Sras. Aimoré e Açucena : parentela 7.....	183
8.8. As famílias das Sr. ^{as} Marana, Miracema e Majuí.....	188
9. O aleitamento materno e a alimentação infantil indígena.....	196
9.1. Aleitamento: tradições e crenças indígenas.....	197
9.1.1. Tipos de aleitamento e o estado nutricional.....	197
9.1.2. A tradição dos chás e da água.....	203
9.1.3. O leite de vaca sustenta.....	204
9.1.4. Os tipos de leites e o processo saúde-doença: mitos e crenças.....	207

9.1.5. Os leites industrializados e a mamadeira	210
9.1.6. Mitos ou motivos para desmamar	215
9.1.7. Dificuldades na amamentação: os traumas mamilares e a ausência no lar	217
9.1.8. As mães de leite: um costume presente.....	219
9.1.9. Alimentos lactogogos: mitos e rituais.....	223
9.1.10. Amamentar é símbolo de vínculo.....	225
9.1.11. Amamentar com naturalidade por costume.....	227
9.2. Sistema alimentar indígena: reflexo da interculturalidade	230
9.2.1. A introdução e escolha das comidas complementares	230
9.2.2. O ritual das refeições triviais: o costume dos não índios	241
9.2.3. Sistemas culinários tradicionais indígenas.....	245
9.2.4. Comidas que desequilibram o organismo.....	251
9.2.5. O simbolismo da alimentação: o saudável, o que sustenta e o que alimenta	254
9.3. A alimentação infantil, o movimento entre a tradição e a interculturalidade	257
10. Discussões.....	266
11. Considerações Finais	284
11.1. Implicações do estudo	288
Referências	291
Anexo 1	301
Anexo 2	302
Apêndice 1.....	303
Apêndice 2.....	305
Apêndice 3.....	307
Apêndice 4.....	308
Apêndice 5.....	313

Apresentação

Nasci e morei na cidade de Tupã ou Estância Turística de Tupã, localizada na região oeste do estado de São Paulo ou Alta Paulista, até iniciar o curso de Bacharelado em Enfermagem, quando passei a residir na cidade de Ribeirão Preto, situada no mesmo estado.

Ainda na infância, conheci a Aldeia Vanuíre, denominada pelos brancos como “Aldeia dos Índios”, localizada no município de Arco-Íris, cerca de 20 km de Tupã. Entre os não índios, as histórias sobre os indígenas dessa aldeia sempre foram presentes, tanto empiricamente quanto na história da fundação da cidade de Tupã e da construção do Tronco Oeste da Estrada de Ferro Noroeste do Brasil, entre a cidade de São Paulo e a Bolívia, para transporte cafeeiro.

A presença dessa população também é marcada pelo “Museu Indígena Vanuíre”, localizado na região central da cidade de Tupã, e está nos nomes das principais ruas e avenidas, que representam nomes de etnias indígenas.

No ano de 1996, iniciei o Curso de Graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, período em que realizei iniciação científica na área de Saúde da Criança e me interessei pela área de enfermagem materno-infantil.

Segui minha formação acadêmica, realizando o Curso de Residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal, também na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, período em que surgiram reflexões e inquietações acerca do aleitamento materno, mais especificamente, pelo primeiro contato mãe e filho em sala de parto, do qual resultou a monografia: “Compreendendo a vivência

materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto” (Silva, Clapis, 2004).

No ano de 2003, ingressei no Mestrado na Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, continuando meus estudos na área materno-infantil, mais precisamente, na assistência ao parto. Busquei questionar a forma como a mulher vivenciava o processo da parturição em instituições que adotavam como modelo assistencial a humanização do parto e nascimento, sendo desenvolvida a dissertação: “Vivenciando a parturição em um modelo humanizado” (Silva *et al.*, 2011), que evidenciou a importância da autonomia da mulher e a necessidade de ter uma atenção centrada em suas conveniências individuais, medos e demais sentimentos.

O título de mestre me proporcionou a oportunidade de retornar para minha cidade natal e viver a experiência de docente na área materno-infantil de um Curso de Bacharelado em Enfermagem na Faculdade ESEFAP (Escola Superior de Educação Física da Alta Paulista), onde atuei como orientadora de monografias voltadas à temática do aleitamento materno.

Também, trabalhei como enfermeira obstétrica em um Hospital Amigo da Criança, realizando atendimento ambulatorial às puérperas após alta hospitalar, para apoio ao Aleitamento Materno, no qual me deparei com a complexidade do tema, que envolve toda a família e sociedade.

O trabalho desenvolvido como enfermeira e docente em uma cidade próxima de um Posto Indígena e referência para atendimento hospitalar de um, me reaproximou e trouxe o interesse pelas questões da saúde materno-infantil e da cultura da população indígena da “Aldeia Vanuíre”, composta por moradores das etnias Kaingang, Krenack, Atikun, Fulniô, Caiuá, Pankararu e

Terena. Assim, procurei saber mais sobre o aleitamento materno e alimentação infantil entre os indígenas, considerando práticas influenciadas culturalmente que envolvem os aspectos socioeconômicos e biológicos, portanto, complexas e regidas por hábitos e costumes.

No ano de 2009, visitei algumas vezes a Aldeia Vanuíre e conversei com a equipe de saúde sobre o desejo de realizar uma pesquisa abrangendo o aleitamento materno entre os indígenas, que enfatizaram a importância e necessidade de ações de saúde nessas populações em geral, que muitas vezes são esquecidas pela sociedade, principalmente os que vivem no estado de São Paulo, ainda desconhecidos para muitas pessoas.

Esse interesse foi à motivação para a realização desta pesquisa, assim como para vincular-me ao Núcleo de Ensino e Pesquisa em Aleitamento Materno (NEPAL) e ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem.

1.Introdução

Atualmente, parte dos indígenas brasileiros é atingida pela miscigenação e influências socioculturais da população não indígena. Isso ocorre dependentemente da localização das aldeias, pois algumas são próximas a cidades ou áreas urbanas industrializadas, e ainda há a urbanização das próprias aldeias, que possuem rede elétrica, permitindo, assim, a aquisição de aparelhos eletrônicos como o televisor, que é um meio de demonstração de outros estilos de vida.

Este processo de mudanças ocorre de forma acelerada e complexa, atingindo diversos aspectos da vida indígena, inclusive sobre o estado nutricional. Para alguns povos indígenas essas mudanças se iniciaram há séculos; para outros, a partir da década de 1960, e ainda há os mais recentes, visto que existem populações com diferentes graus de contato com não indígenas no Brasil (Abrasco, 2009).

Ribeiro (1996) classificou os indígenas em quatro grupos, conforme o grau de contato com a sociedade não indígena: os isolados, os com contato intermitente, os com contato permanente e os integrados.

Diante das influências sofridas, surgem tendências ou correntes culturais, as que defendem a conservação dos indígenas no mesmo estágio cultural em que foram encontrados pela sociedade e as que preconizam a mudança cultural e absorção na sociedade urbana.

Esta corrente que propõe a imersão dos indígenas na sociedade, gera uma ruptura do equilíbrio de tais etnias com seu meio ambiente, levando à

dependência urbana, com consequências negativas devido à deterioração das condições de saúde.

Por isso, os órgãos indígenas competentes buscam a conservação da cultura indígena, demarcando suas terras, investindo na educação das crianças em escolas nas próprias aldeias ou tribos, com professores índios que ensinam as línguas étnicas.

No entanto, observa-se que os indígenas têm acesso a todos os produtos da urbanização e industrialização. Isso se reflete, muitas vezes, na mudança de seus hábitos alimentares, evidente na alimentação infantil, principalmente, na considerada de primeira infância que envolve o aleitamento materno, a introdução de alimentos aos lactentes e, ainda, a nutrição de crianças até cinco anos de idade, sendo esta uma fase de grande importância na infância.

Ribeiro (1962) afirmava a necessidade de assistir os indígenas no processo de aculturação, para evitar mudanças violentas que poderiam traumatizar a vida tribal, pela impossibilidade de exercer os padrões tradicionais, perdendo seu sistema de adaptação ecológica, quando novas motivações ainda não se desenvolveram para substituí-los.

Essas mudanças culturais e o contato com não índios levam a precárias condições de saúde dos indígenas e a problemas, como o alcoolismo e outros hábitos, além da dificuldade para serem atendidos nas unidades de saúde tradicionais pela discriminação e desrespeito à sua cultura (Chaves, Cardoso, Almeida, 2006).

Acredita-se que isso também tenha ocorrido na aldeia dos Kaingang, Pankararu, Krenack, Atikun, Fulniô, Caiuá e Terena, pois se encontram

próximas à cidade de Tupã. No entanto, algumas são etnias migradas de outras regiões.

Essas reflexões fundamentam a possibilidade da ocorrência de possíveis mudanças das práticas e hábitos indígenas em relação à alimentação e conseqüentemente, no estado nutricional infantil, decorrentes do contexto ambiental e estrutura social, enfatizando a importância e necessidade de realização desta pesquisa.

Outro aspecto que deve ser considerado é o de que as condições de alimentação e nutrição das populações indígenas no Brasil, ainda permanecem desconhecidas, com informações superficiais, ou limitadas a determinadas regiões ou etnias, devido à invisibilidade demográfica e epidemiológica de alguns povos que comprometem o planejamento, a execução e a avaliação de ações em saúde mais específicas, conforme as necessidades de cada população.

Este desconhecimento e a superficialidade das informações persistem mesmo após a realização do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, em 2008 e 2009, que teve como objetivo levantar indicadores e determinantes do estado de saúde e nutrição dessa população, no entanto participaram apenas oito comunidades indígenas, entre as 344 existentes nas Regiões Sul e Sudeste (Abrasco, 2009)

A revisão sistemática da literatura de Silva, Silva (2013), sobre o estado nutricional e a alimentação de crianças ameríndias, concluiu que os estudos publicados, realizados com etnias brasileiras, restringem-se ao estado nutricional e ocorreram, em sua maioria, nas Regiões Norte e Centro-Oeste. Pesquisas sobre as práticas alimentares associadas ou não ao estado

nutricional e, em especial, sobre a amamentação, considerando os aspectos culturais, são escassas.

As populações indígenas das demais regiões brasileiras são pouco estudadas no meio acadêmico e pode-se considerar que sejam até mesmo desconhecidas pela sociedade em geral.

O último Censo Demográfico, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado em 2010, apresentou a grande sociodiversidade indígena brasileira, preenchendo uma importante lacuna deixada pelos censos anteriores por não investigarem a etnia e a língua falada desses povos. Constituiu-se em um importante meio para divulgação da presença e das características indígenas para a sociedade, auxiliando também o meio acadêmico no melhor direcionamento de suas pesquisas indígenas (IBGE, 2010).

Considerando estas características das produções científicas e a comprovada sociodiversidade indígena brasileira, pode-se ressaltar a necessidade de se realizar estudos com as populações ainda não pesquisadas, assim como as que englobem os aspectos socioculturais das condições de saúde e nutrição para embasar ações coerentes com as necessidades locais indígenas, sem causar conflitos culturais.

1.1. Panorama da população indígena brasileira e políticas indigenistas

Para Ribeiro (1996): *“Índio é todo indivíduo reconhecido como membro de uma comunidade de origem pré-colombiana que se identifica como*

eticamente diversa da nacional e é considerada indígena pela população brasileira com que está em contato”.

No contexto latino-americano, além da autoidentificação, outros critérios são utilizados por alguns países para a classificação da população indígena, tais como: o idioma ou língua falada e a localização geográfica, entre outras características (IBGE, 2010).

Os povos indígenas apresentam configurações particulares de costumes, crenças e língua, inserção no meio ambiente, de história de interação com os colonizadores e de relação com o estado nacional brasileiro, inserindo-se de diferentes maneiras na sociedade nacional envolvente. O reconhecimento étnico ocorre pela consciência da identidade indígena, pelo pertencimento a um grupo diferenciado dos demais segmentos populacionais brasileiros e reconhecimento pelos membros do próprio grupo (Brasil, 2009).

A população indígena brasileira é estimada em 896,9 mil e distribui-se em 505 terras indígenas, em 305 povos que falam mais de 274 idiomas diferentes e expressam diversamente sua cultura. Essas terras representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), onde residem 517,4 mil indígenas 57,7% do total, sendo que 42,3% residem fora das terras indígenas. No entanto, deve-se considerar que havia terras em processo de demarcação (IBGE, 2010).

Ao se considerar as terras não demarcadas são 615, as quais 64,2% estão regularizadas e 18,5% estão em estudo, o que corresponde em 107 milhões hectares, 12,6% do território nacional (IBGE, 2010).

Em 2010, o Brasil tinha seis terras indígenas com mais de 10 mil índios, 107 com mil a 10 mil índios, 291 com cem a mil e 83 terras com até cem indígenas. A terra com maior população indígena é Yanomami, localizada no Amazonas e em Roraima, com 25,7 mil indígenas, 5% do total (IBGE, 2010).

O Censo Demográfico de 2010 investigou pela primeira vez o número de etnias indígenas (comunidades definidas por afinidades linguísticas, culturais e sociais), encontrando 305 etnias, das quais a maior é a Tikuna, com 6,8% da população indígena total. Também foram identificadas 274 línguas indígenas. Dos indígenas com cinco anos ou mais de idade 37,4% falavam uma língua indígena e 76,9%, o português. Com o censo, a partir de 2010, o Brasil deixa de ser um dos poucos países da América Latina que não investigava o pertencimento étnico dos indígenas (IBGE, 2010).

A pirâmide etária indígena tem a base larga e vai se reduzindo com a idade, em um padrão que reflete suas altas taxas de fecundidade e mortalidade, bastante influenciadas pela população rural. Na área rural, a proporção de indígenas na faixa etária de 0 a 14 anos (45,0%) era o dobro da área urbana (22,1%), com o inverso acontecendo na faixa de 65 anos ou mais (4,3% na rural e 7,0% na urbana). A pirâmide etária dos indígenas residentes fora das terras indígenas indica baixa fecundidade e mortalidade (IBGE, 2010).

A população indígena residente nas terras é predominantemente jovem, concentrando grande parte desta população até os 24 anos de idade, portanto, em 93,6% das terras a concentração de pessoas com até 24 anos de idade está acima de 50% (IBGE, 2010).

Na Região Sudeste há 15.904 indígenas residentes em terras demarcadas e 83.233 residentes fora de terras indígenas, totalizando 99.137

indígenas. Nas sete terras indígenas demarcadas no estado de Minas Gerais residem 9.701 indígenas; em quatro no Espírito Santo, 3.011; em três no Rio de Janeiro, 450; e em 13 terras demarcadas no estado de São Paulo, 5.348 indígenas (IBGE, 2010).

Os 5.348 indígenas do estado de São Paulo residem em terras indígenas localizadas na capital (Guarani Barragem, Krukutu e Jaraguá), na Baixada Santista (Rio Branco do Itanhaém, Guarani do Aguapeú e Itaoca em Mongaguá), no litoral norte (Peruíbe, Guarani do Ribeirão Silveira em Bertioga e Boa Vista Sertão do Promirim em Ubatuba), no litoral sul (Serra dos Itatins), no oeste paulista (Araribá em Bauru, Icatu em Braúna e Vanuíre em Arco-Íris) (IBGE, 2010). A existência de povos indígenas vivendo no estado de São Paulo ainda é pouco conhecida por grande parte da população brasileira.

A população indígena brasileira passou por um período de aumento populacional devido ao controle de algumas epidemias de doenças infecciosas, pois antigamente, na época da colonização, castigaram os povos indígenas, além, do fim dos massacres e do trabalho escravo, que na época foram os principais fatores responsáveis pelo decréscimo de índios no Brasil.

Para Ribeiro (1962), as doenças representaram sempre o primeiro fator de diminuição das populações indígenas. Tais doenças afetaram os índios, após seus primeiros contatos com a população civilizada, ou seja, os colonizadores europeus.

A partir do descobrimento do Brasil, a população indígena brasileira foi submetida a quatro grandes massacres, o primeiro com a ocupação europeia que massacrrou, escravizou e propiciou o contato com doenças como varíola, sarampo e malária; o segundo com o tráfico de escravos que trouxe a febre

amarela, a oncocercose e a esquistossomose; o terceiro ocorreu com os ciclos extrativistas da borracha que causaram agressões aos índios da Amazônia, por volta do século XIX, além da disseminação da tuberculose, hanseníase, malária e das viroses da região (Amarante, Costa, 2009); segundo esses autores, o quarto massacre ocorreu a partir da década de 1970, com a Política de Integração Nacional dos governos militares, a qual levou a uma ocupação intensa da Amazônia, com subsídios, incentivos fiscais e projetos viários, agropecuários, de colonização e hidrelétricos, gerando destruição ambiental, migração em massa, exacerbação e dispersão de doenças.

Segundo Coimbra, Santos (2001), historicamente, o perfil de morbimortalidade indígena no Brasil foi dominado pelas doenças infecciosas e parasitárias. Epidemias de viroses, como gripe e sarampo, chegavam a dizimar milhares de indivíduos num curto intervalo de tempo, exterminando aldeias inteiras ou reduzindo drasticamente o número de habitantes, o que comprometia a continuidade cultural e social dos grupos atingidos.

No entanto, as doenças e epidemias não foram às únicas responsáveis pela redução da população indígena brasileira, pois em várias regiões do país, os povos indígenas sofreram com a expansão capitalista, que exterminou populações inteiras pela posse da terra. Por volta de 1908, o governo federal viu-se forçado, por pressões de diferentes ordens, a equacionar um conjunto de alternativas para os problemas que a resistência indígena apresentava. O extermínio etnocida surgiu como solução lógica e mais eficaz para que a prioridade dos interesses nacionais fosse mantida. Massacres e chacinas, neste sentido, tornaram-se prática normal, legalizada e institucionalizada. (Borelli, 1984, p. 74).

O governo criou o Serviço de Proteção aos Índios (SPI), em 1910, órgão que passou a confinar e domesticar os índios em pequenas porções de terras, as reservas para propiciar o prosseguimento, sem interrupções, do progresso brasileiro para a região do oeste paulista, interior de Minas Gerais, regiões amazônicas, entre outras, e demais regiões de interesse para a empresa capitalista (Cruz, 2006).

Estavam em questão a necessidade de centralização do poder e a consolidação do Estado brasileiro pelo controle de toda a extensão territorial por meio de um rígido aparelho administrativo e a homogeneização da sociedade brasileira para a formação de uma nação, fazendo com que todos os seus membros sejam civilizados para servirem como mão de obra, impondo sua língua, o vestuário e a religião.

O discurso ideológico, fundado numa insustentável visão de desenvolvimento econômico, foi e continua sendo utilizado como elemento teórico para justificar a violação de direitos e a prática de outras formas de violências contra os povos indígenas no Brasil. Tal discurso mostra que estamos diante do momento conjuntural mais complexo e perigoso dos últimos 40 anos para os povos indígenas (Cruz, 2006).

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada em 1967, em substituição do "Serviço de Proteção ao Índio" (SPI), é um órgão que estabelece e executa a política indigenista no Brasil, dando cumprimento ao que determina a Constituição Brasileira de 1988.

Compete à FUNAI promover a educação básica aos índios, demarcar, assegurar e proteger as terras por eles tradicionalmente ocupadas, estimular o desenvolvimento de estudos e levantamentos sobre os grupos indígenas, e

ainda tem a responsabilidade de defender as comunidades indígenas; de despertar o interesse da sociedade nacional pelos índios e suas causas; de gerir o seu patrimônio e fiscalizar suas terras, impedindo ações predatórias de garimpeiros, posseiros, madeireiros e quaisquer outras que ocorram dentro de seus limites e que representem um risco à vida e à preservação desses povos.

1.2. Sistema de saúde indígena

A responsabilidade pelas ações de saúde indígena, até então delegadas à Fundação Nacional do Índio (FUNAI), vinculada ao Ministério da Justiça, foi transferida em 1999 para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, em seu Departamento de Saúde Indígena (DESAI), responsável pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), a qual traçou um modelo de assistência para todo o território nacional, dividindo as terras indígenas em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) divididos em 351 Polos Base, os quais contam com uma equipe multidisciplinar de saúde que atua como referência primária para as aldeias, considerando os aspectos geográficos, socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. Além dos DSEIs, existem 966 Postos de Saúde e 75 Casas de Saúde Indígena (CASAIS) (Brasil, 2011a).

Os DSEIs são divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas.

O estado de São Paulo está inserido no DSEI Interior Sul, que compreende o interior dos estados de São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio

Grande do Sul, com 40.486 indígenas, cuja etnia mais populosa é a Kaingang e o DSEI do litoral sul, abrange o litoral dos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. São uma CASAI e oito Polos Base, 297 aldeias, 12.659 famílias, distribuídas em 10 etnias predominantes (Brasil, 2011a).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), área do Ministério da Saúde, substituiu a FUNASA no ano de 2010, com o objetivo de coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no âmbito do Sistema Único de Saúde. A Sesai tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena, visando a uma abordagem diferenciada à saúde indígena, considerando a realidade local de cada tribo, assim como suas especificidades culturais, no entanto, na prática esses objetivos não foram alcançados (Brasil, 2011a).

A diversidade sociocultural, geográfica e política dos povos indígenas brasileiros, suas diferentes formas e grau de contato com os não índios e a heterogeneidade dos serviços de saúde do SUS, em cada região ou estado, contribui para que a implantação do Modelo de Atenção à Saúde Indígena seja uma experiência singular dependente do local das aldeias (Chaves, Cardoso, Almeida, 2006).

Além disso, o perfil epidemiológico da população indígena, ainda, é pouco conhecido, por consequência da escassez de pesquisas, da falta de inquéritos e censos e da precariedade de registros de informações sobre morbidade e mortalidade (Ferraz, Boechs, 2009). Mesmo após a criação do

SIASI (Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena) em 2000, que deveria prover sistematicamente informações sobre a saúde indígena, no entanto, esse sistema apresentou muitas falhas e ainda continua sendo aprimorado.

Ainda que estejam ausentes os elementos qualiquantitativos que nos permitam embasar uma análise epidemiológica mais abrangente e sofisticada, restam poucas dúvidas de que as condições de saúde dos povos indígenas no Brasil são precárias, colocando-as em uma posição de desvantagem em relação a outros segmentos da sociedade nacional. No Brasil, as condições de saúde dos povos indígenas, especialmente das crianças, quando comparadas às não indígenas são de extrema fragilidade (Santos, Coimbra, Escobar, 2005; Leite, 2007).

No final de 2006 foi assinada a Portaria n.º 984, que instituiu o SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional Indígena) nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que tem implementado várias ações para melhorar a cobertura de monitoramento do estado nutricional, para prevenção da má nutrição. Uma das estratégias utilizadas pelo SISVAN é a informatização dos dados da Vigilância Alimentar e Nutricional coletada nas aldeias (Brasil, 2007).

De acordo com esses princípios, a Política de Segurança Alimentar e Nutricional deve garantir o acesso da população indígena aos cuidados básicos em saúde e fortalecer o desenvolvimento de soluções locais, que contribuam para a superação dos fatores de vulnerabilidade que acarretam níveis insatisfatórios de nutrição em diversas comunidades indígenas, com importantes consequências para a morbimortalidade. Por isso, esta política

possui uma característica intersectorial, pois requer a mobilização de uma rede de iniciativas governamentais e comunitárias para a obtenção de resultados e implantação de programas de agricultura familiar, com acompanhamento de técnicas agrícolas sustentáveis e extensão rural, respeitando as práticas tradicionais indígenas, em parceria com os órgãos governamentais e não governamentais do setor (Brasil, 2013).

A saúde indígena tem entre suas principais estratégias a colaboração para a implementação de ações como as de distribuição de alimentos para as famílias em situação de maior vulnerabilidade nutricional e de incentivo ao consumo de alimentos saudáveis, produzidos localmente (Brasil, 2013).

Nas ações específicas de saúde, o avanço que se observa é na implementação do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional) que visa ao acompanhamento do estado nutricional de gestantes, crianças indígenas menores do que cinco anos e do aleitamento materno. A distribuição de balanças e equipamentos para as equipes de saúde, a suplementação de Vitamina A, a suplementação de Ferro, a distribuição de cestas de alimentos, são ações que tem sido implementadas, mas que necessitam de ampliação para todos os DSEIs e isso é um grande desafio (Brasil, 2013).

O estado nutricional das crianças é um dos mais importantes indicadores da qualidade de vida de uma comunidade. Populações consideradas vulneráveis e indivíduos de determinadas faixas etárias, como as crianças menores de cinco anos, estão entre as mais atingidas pelos distúrbios nutricionais. Por isso, frequentemente associa-se o estado nutricional das crianças de um país ou região com seu nível de desenvolvimento econômico e social, constituindo-se a desnutrição infantil em um excelente indicador de

desigualdade social nas populações. Tal relação provém da natureza multicausal da desnutrição, que pode ser determinada não só por fatores biológicos, mas principalmente pela estrutura socioeconômica e pelas condições de vida às quais a criança está submetida (Barros *et al.*, 2010).

O Programa também enfatizou a Promoção e o Fortalecimento do Aleitamento Materno nas áreas indígenas, principalmente, do aleitamento exclusivo conforme é preconizado, considerando as especificidades de cada etnia, além de uma alimentação complementar adequada após os seis meses de idade. Para isso, os DSEIs e a Área Técnica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde articularam a realização de Oficinas de Aleitamento Materno e Alimentação Complementar (Brasil, 2013).

No entanto, o conjunto dos estudos realizados com indígenas aponta para uma tendência acelerada à transição nutricional, apesar da grande sociodiversidade indígena, pode-se considerar que poucos grupos têm sido estudados, concentradamente em algumas regiões, em diferentes graus de profundidade, dos aspectos biológicos, antropológicos e ecológicos associados à ecologia alimentar e epidemiologia nutricional dos povos indígenas (Abrasco, 2009).

Diante disso, foi concluído o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, com recursos do Banco Nacional, por meio da Gerência de Vigilância Alimentar do DSEI, executado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em 2008 e 2009, com o objetivo de levantar indicadores determinantes do estado de saúde e nutrição dessas populações (Abrasco, 2009).

O Inquérito foi o estudo de maior abrangência já realizado, sendo considerado como um importante instrumento de representatividade da situação da população indígena brasileira, em especial, da saúde e do estado nutricional das crianças menores de cinco anos e das mulheres de 14 a 49 anos. Para isso, foram coletadas informações sobre o perfil de saúde, alimentação e nutrição, individuais e coletivas, bem como dados bioquímicos e antropométricos. Também foram coletadas informações da liderança da aldeia, do chefe de família, da mulher e da criança. Foram coletados dados de 6.707 mulheres de 14 a 49 anos e os responsáveis por 6.285 crianças de seis meses a cinco anos incompletos, de 113 aldeias aleatoriamente das macrorregiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, e Sul/Sudeste, contemplando mais de 5.277 domicílios (Abrasco, 2009).

Conforme apresentado pelo relatório final do Inquérito na macrorregião Sul/Sudeste, foram selecionadas apenas oito aldeias indígenas dos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Abrasco, 2009). Portanto, ainda ficaram lacunas em relação às populações não estudadas, principalmente, ao se considerar a sociodiversidade existente entre os indígenas que têm experiências diversas de interação com a sociedade, fazendo-se indispensável a realização de estudos descritivos sobre cada aldeia, para embasar ações de saúde conforme as necessidades locais indígenas.

A diversidade sociocultural, geográfica e política dos povos indígenas brasileiros, suas diferentes formas e grau de contato com os não índios e a heterogeneidade dos serviços de saúde do SUS, em cada região ou estado, contribui para que a implantação do Modelo de Atenção à Saúde Indígena seja

uma experiência singular dependente do local (Chaves, Cardoso, Almeida, 2006).

No passado, a maior parte dos povos indígenas, no Brasil, praticava a agricultura, combinada com a coleta de produtos silvestres e com a caça e ou a pesca. De modo geral, essas atividades hoje incluem novos elementos, como equipamentos, cultivos, técnicas e mesmo objetivos, já que agora em muitos casos incluem a comercialização da produção. No presente, a agropecuária é amplamente praticada por diversos povos, como o são a exploração da madeira, as atividades de mineração, a piscicultura, dentre outras (Abrasco, 2009).

A questão do acesso aos alimentos entre populações indígenas não se pode limitar à discussão das formas pelas quais são produzidos pelas próprias comunidades, pois se estende a outras formas de obtê-los. A aquisição comercial é uma realidade para a maioria desses povos que têm acesso aos recursos monetários, incluindo o comércio com não índios, o trabalho remunerado, o recebimento de benefícios sociais (aposentadorias, Programa Bolsa Família, recebimento de cestas básicas), alimentação nas escolas e, em alguns casos, a venda de madeira ou minérios extraídos nas terras indígenas (Abrasco, 2009).

A saúde e, principalmente, o estado nutricional indígena são determinados pelas condições de vida, sendo resultante direta ou indiretamente da regularização das terras, condições sociais e atenção à saúde, bem como a alimentação com qualidade e em quantidade suficiente, de acordo com os hábitos alimentares e culturais de cada povo, preservação cultural, dos seus costumes e dos seus idiomas; acesso à educação de

qualidade, tanto a escolar quanto a tradicional; acesso à moradia e ao saneamento ambiental.

2. Estado nutricional infantil indígena

2.1. Panorama do estado nutricional e da alimentação infantil indígena

A comparação com a situação apresentada pela população não indígena evidencia uma notável desigualdade, que se inicia pela própria escassez de dados demográficos e epidemiológicos sobre os indígenas, e se estende aos seus indicadores de saúde e nutrição, invariavelmente, piores que aqueles registrados no restante da população do País (Abrasco, 2009).

Mesmo com os reduzidos dados sobre a nutrição indígena, a elevada frequência observada de condições sanitárias inadequadas, problemas com a produção e o acesso aos alimentos, níveis elevados de morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias, entre outros fatores, expressam um panorama amplamente favorável à ocorrência de problemas nutricionais. A interação entre a desnutrição e as infecções é bem conhecida, e as crianças são particularmente vulneráveis aos seus efeitos (Abrasco, 2009).

As principais desordens nutricionais que ocorrem entre os indígenas são as relacionadas à carência alimentar, em algumas etnias há também a obesidade e os transtornos metabólicos associados ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis. A desnutrição infantil é elevada com a prevalência de anemia ferropriva e *deficits* estaturais e ponderais (Leite, Santos, Coimbra, 2007). Esta alteração do estado nutricional resulta da ingesta inadequada de alimentos tanto quantitativa como qualitativamente, de dificuldades do organismo em aproveitar os nutrientes, como ocorre na ocorrência de doenças

infecciosas ou parasitárias. A desnutrição pode ser tanto causada como facilitar a ocorrência das doenças infecciosas (Monte, 2000).

Silva, Silva (2013) analisaram 10 publicações dos últimos cinco anos sobre estado nutricional e alimentação infantil indígena, entre elas, cinco de estudos realizados com etnias brasileiras e puderam afirmar que os resultados antropométricos das crianças estudadas, são caracterizados por baixas ou nulas prevalências de baixo peso para a estatura enquanto que os *deficits* de estatura para idade são elevados. Casos de sobrepeso também foram identificados (Kuhl *et al.*, 2009; Orellana *et al.*, 2009; Mondini *et al.*, 2009; Castro *et al.*, 2010; Ferreira *et al.*, 2012).

Segundo os dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, em todas as macrorregiões estudadas, Norte, Centro-Oeste, Nordeste, Sul e Sudeste a prevalência de *deficit* de peso para a idade estava acima do esperado, sendo que este percentual foi mais elevado no norte do Brasil (Abrasco, 2009).

Em 1996, membros da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Fundação Nacional da Saúde (FUNASA-RJ) e Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), realizaram uma expedição pelo rio Solimões, no Amazonas, e visitaram seis aldeias indígenas da etnia Tikuna, totalizando 9.010 habitantes, entre estes 1.575 crianças de zero a 12 anos e identificaram que o índice de desnutrição crônica, de acordo com o índice de baixa estatura para a idade e de desnutrição aguda pelo índice de baixo peso para a altura, eram elevados (Vieira, Braga, Moraes, 2000).

Wilson *et al.*(2011), realizaram sua pesquisa em 11 vilarejos da porção amazônica localizada na Guiana, com índios Makushi, povo de filiação

linguística Karibe que habita a fronteira com Brasil, nas cabeceiras dos rios Branco e Rupununi, cujas crianças apresentaram condições favoráveis em relação às etnias localizadas na região amazônica brasileira, pois entre as crianças menores do que 23 meses, a porcentagem de baixa estatura para a idade foi de 12% e de peso para a estatura foi de 1%.

Na Região Sul do Brasil, um estudo realizado por Kuhl *et al.* (2009) com crianças Kaingang, menores de cinco anos de idade, do estado do Paraná, revelou um quadro semelhante ao descrito para outras comunidades indígenas no País, com baixas prevalências de baixo peso diagnosticadas pelos índices de peso para a estatura e pelo Índice de Massa Corpórea, enquanto que a baixa estatura para a idade (24,8%) apresenta-se como o principal *deficit* antropométrico, seguido pelo baixo peso para a idade (9,2%).

A baixa estatura para idade de crianças Guarani de aldeias litorâneas da Região Sudeste, apresenta-se como o principal *deficit* antropométrico encontrado, chegando a atingir mais da metade da população menor de cinco anos (50,4% pelo padrão da Organização Mundial da Saúde). Pelo critério National Center for Health Statistics: Growth Curves for Children (NCHS), a prevalência de *deficit* de estatura para a idade é menor (40,8%), mas ainda elevada. A prevalência de *deficit* de estatura para a idade das crianças Guarani, pelo critério OMS supera em sete vezes a prevalência descrita na população brasileira não indígena (Barreto, 2011). A prevalência de desnutrição das crianças Guarani pelo índice de estatura para a idade foi quase duas vezes maior que a encontrada para o conjunto da população indígena no Brasil (26,0%) e mais do que o dobro da encontrada para indígenas residentes na macrorregião Sul/Sudeste (23,0%), onde se localizam

as aldeias estudadas. A prevalência de *deficit* de estatura para a idade Guarani também superou as prevalências correspondentes em todas as macrorregiões analisadas, sendo mais próxima da encontrada para os indígenas na Região Norte (41,1%). Assim, pode ser evidenciada a grande magnitude da desnutrição infantil Guarani, mesmo quando comparada ao contexto indígena (Abrasco, 2009). Esses resultados sugerem que a população Guarani estudada encontra-se em piores condições de nutrição do que outras populações indígenas no Brasil (Barreto, 2011).

Crianças das etnias Suruí, Xavante e Wari' estudadas nos estados do Mato Grosso e Rondônia, apresentaram índices de sobrepeso pelo Índice de Massa Corporal (IMC) e pelo peso pela estatura semelhantes aos das crianças menores de cinco anos Kaingang da Terra Indígena de Mangueirinha (Kuhl *et al.*, 2009), Suruí e Xavante, encontrados por Orellana *et al.* (2009), e inexistiu entre as crianças menores de dois anos Wari'. Os índices de *deficits* de altura para a idade foram mais elevados entre as crianças Wari' 68,3% e mais reduzido entre as Suruí e Xavante, 38,6% e 42,3%, respectivamente (Orellana *et al.*, 2009). Independente do conjunto de curvas de referência utilizado para a descrição do estado nutricional das crianças Suruí, Xavante e Wari', as análises apontam para elevadas prevalências de desnutrição (Orellana *et al.*, 2009).

As crianças Xavante do Mato Grosso também foram estudadas por Ferreira *et al.* (2012), 29,9% das crianças menores do que cinco anos apresentaram baixa estatura para a idade, e 4,5%, baixo peso, enquanto que 1,5% apresentavam-se com sobrepeso.

Em outro estudo realizado na região sul do Parque Indígena do Xingu, por Mondini *et al.* (2009), as crianças menores de cinco anos Aruak e Karibe revelaram como principais resultados: a elevada prevalência de *deficit* de estatura, 32,68% e 21,67% respectivamente, e baixo peso para a idade de 0,75% e 0,73%. Ambas as etnias apresentam as mais baixas porcentagens de *deficits* de peso para a idade e os Karibe, o menor número de crianças com baixa estatura para a idade, semelhante aos Kaingang estudados por Kuhl *et al.*, (2009).

As crianças menores do que cinco anos indígenas peruanas Awajún (Roche *et al.*, 2011) apresentaram quadro de *deficits* de crescimento com 39,4%, semelhante ao das crianças Suruí com 38,6% de baixa estatura (Orellana *et al.*, 2009).

As crianças de zero a dois anos possuem uma nutrição adequada com alimentos complementares e aleitamento materno, no entanto, existem variações nas práticas da amamentação e alimentação complementar entre as mulheres, incluindo variações no grau de introdução de alimentos industrializados.

A alimentação complementar das crianças entre 12 e 23 meses Awajún contém a quantidade de nutrientes recomendadas, mas a quantidade de ferro, zinco, cálcio e vitamina A na alimentação das crianças de seis a 11 meses é inadequada. Os alimentos tradicionais indígenas provêm 85% das necessidades energéticas e possuem mais nutrientes do que os alimentos industrializados que estão sendo introduzidos na comunidade. O aleitamento materno exclusivo não é praticado por 48% das mulheres, as quais já introduziram alimentos complementares (Roche *et al.*, 2011).

No Brasil, os dados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas demonstraram que o percentual de crianças menores de cinco anos que nunca foram amamentadas foi menor na Região Norte (Abrasco, 2009).

Já recentemente, os Suyá que também residem no Parque Indígena do Xingu, na Região Centro-Oeste do Brasil, estudados por Pagliaro *et al.* (2008), no ano de 2007, têm um prolongado período de amamentação, de aproximadamente, dois anos.

A alimentação e o aleitamento materno dos Macuxi são influenciados pelos fatores ambientais amazônicos. Na época do período de final das chuvas até o meio do período de seca, o leite humano possui menor quantidade de gordura e de algumas vitaminas, e a disponibilidade de alimentos é menor, pois é a partir do meio do período de seca que os alimentos cultivados, durante a época chuvosa, amadurecem. No meio do período de seca, o início da alimentação complementar ou do desmame ocorrem com uma disponibilidade adequada de alimentos (Wilson *et al.*, 2011).

A alimentação, durante praticamente todo o primeiro ano de vida, baseia-se no aleitamento natural, que se prolonga até os três anos de idade, aproximadamente, entre os indígenas. Mesmo antes dos seis meses, o mingau de mandioca começa a ser administrado esporadicamente, posteriormente, se introduz na alimentação o peixe e algumas frutas, atualmente observa-se a introdução de alimentos, como o açúcar refinado, biscoitos e guloseimas em geral (Mondini *et al.*, 2009). A introdução de alimentos industrializados à dieta está relacionada ao número de adultos na família e nível socioeconômico

(Wilson *et al.*, 2011), às condições ambientais de subsistência (Castro *et al.*, 2010), e ao grau de acesso aos centros urbanos (Balcáza *et al.*, 2009).

Em seis aldeias indígenas da etnia Tikuna, do estado do Amazonas, foram avaliadas quanto ao período de aleitamento materno e concluiu-se que 98,7% dos lactentes foram amamentados exclusivamente até os seis meses de idade. Nesse estudo não foram contemplados aspectos qualitativos de vida dessas crianças ou famílias como situação socioeconômica, situação ambiental, características maternas, grau de aculturação da etnia Tikuna, entre outros. Os autores enfatizaram a necessidade de estudos científicos com metodologias variadas (Vieira, Braga, Moraes, 2000).

No estado do Mato Grosso do Sul, que abriga a segunda maior população indígena do País, há um abandono da prática do aleitamento materno entre a população indígena, possivelmente em decorrência da influência da mídia e da urbanização das tribos. Essa conclusão surgiu de uma pesquisa que se iniciou pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul e pelo Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, a qual descreveu as condições de saúde e nutrição de crianças indígenas Terena, sendo estudada uma amostra de 100 crianças de zero a 59 meses (Ribas *et al.*, 2001).

Os autores evidenciaram que o percentual de retardo de crescimento, segundo a faixa etária de zero a cinco meses, foi de 7,1%, representada por uma criança que nasceu com baixo peso e foi desmamada nos primeiros dias de vida. Na faixa etária de seis a 11 meses foram observados os maiores valores de *deficit* de crescimento, período de grande importância e vulnerabilidade, pois é quando são introduzidos novos alimentos e inicia-se a

dependência de disponibilidade de alimentos no domicílio. E ainda, concluíram que estes resultados somam-se às influências de processo de envolvimento com a vida urbana.

Em outro estudo, realizado também no Mato Grosso do Sul, com crianças indígenas Kaiowá e Guarani na mesma faixa etária utilizada no estudo descrito acima, demonstra resultados parecidos. As crianças, a partir do sexto mês de vida, apresentaram *deficits* nutricionais, e destaca as influências das precárias condições socioeconômicas, ambientais, de saúde e do grau de escolaridade materna (Pícoli, Carandina, Ribas, 2006).

A prevalência de *deficit* de estatura por idade aumenta após os primeiros seis meses de vida, quando inicia o processo de desmame das crianças e os alimentos introduzidos não são capazes de garantir o crescimento adequado (Abrasco, 2009).

A atual heterogeneidade dos problemas observados, devido às influências ambientais das estações do ano relacionada ao cultivo dos alimentos e a facilidade de acesso a áreas urbanas, evidencia a necessidade de estudos locais.

As implicações nutricionais de todas essas mudanças não estão relacionadas somente à ocorrência da desnutrição proteico-calórica, à anemia ferropriva ou às deficiências de vitaminas, mas também ao aumento dos casos de obesidade, de hipertensão arterial e de diabetes.

Nesse âmbito, chama a atenção o papel das transformações socioeconômicas, culturais e ambientais, e mais especificamente das modificações relativas ao estilo de vida dessas populações. No tocante à alimentação, o maior consumo de alimentos industrializados resulta em uma

dieta mais calórica, rica ainda em sódio e em açúcar e gorduras, e pobre em fibras (Abrasco, 2009).

Os dois estudos mexicanos foram realizados com índios Tarahumara na Serra de Tarahumara, estado de Chihuahua (Balcáza *et al.*, 2009), sendo que um especificou o município de Guachochi (Espino-Monárrez *et al.*, 2010). O estudo de Balcáza *et al.* (2009) relaciona o grau de consumo de alimentos industrializados com o acesso aos centros urbanos ao estado nutricional de crianças de seis a 12 anos.

Espino-Monarréz *et al.* (2010) estudou somente as crianças escolares em sistema de internato de seis a 14 anos, e concluiu que a dieta consumida é hipercalórica por excesso de lipídios e com um conteúdo insuficiente de vitaminas B₉, B₁₂ e A, com proteínas balanceadas. A quantidade de sódio varia nas refeições diárias servidas, algumas superam a quantidade diária recomendada. No entanto, segundo o estudo de Balcáza *et al.* (2009), estas crianças apresentam condições mais favoráveis de acesso aos alimentos quando comparadas às Tarahumaras tradicionais, e a uma alimentação mais adequada em relação às urbanas.

LaRowe *et al.* (2010) estudou crianças pré-escolares indígenas de dois a cinco anos das tribos indígenas da cidade de Madison, estado de Wisconsin, forneceu a alimentação e a sugestão de um novo cardápio e de atividades físicas a 135 crianças escolhidas aleatoriamente, três dias depois foram avaliadas a alimentação, os nutrientes e o quanto aumentou a glicemia. As crianças não comem o recomendado em relação às frutas e verduras, e excedem o recomendado para a ingestão de açúcar, com alto consumo de

bebidas adoçadas. Essas crianças possuem facilidades no acesso aos alimentos industrializados.

Os meninos Macuxi consomem quantidades menores de alimentos quando comparados às meninas, por diferenças na distribuição alimentar entre os sexos. Os vilarejos considerados isolados possuem condições melhores de cultivo de alimentos, principalmente pela proximidade aos rios, além de facilidade para a pesca. Ocorre o contrário com os não isolados, sua população consome uma quantidade menor de alimentos (Wilson *et al.*, 2011).

O surgimento de casos de sobrepeso entre crianças e adolescentes, ainda que em prevalências reduzidas, ganha relevância diante das evidências de importantes mudanças no estilo de vida dos povos indígenas (Sampei *et al.*, 2007). Essas geralmente acontecem em direção à redução dos níveis de atividade física e à ocidentalização da dieta, o que inclui o aumento do consumo de carboidratos simples e gorduras, e a redução da ingestão de fibras, e parecem estar associadas ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (Kuhl *et al.*, 2009; LaRowe *et al.*, 2010; Espino-Monárrez *et al.*, 2010; Balcáza *et al.*, 2009).

As crianças indígenas de tribos estudadas nos EUA, Peru e México possuem possibilidades de acesso aos bens e alimentos industrializados, segundo Cunningham-Sabo *et al.* (2008), os fatores que influenciam a alimentação de crianças indígenas são os custos, controle dos pais, preferências e hábitos.

A promoção da saúde com alimentos tradicionais precisa incluir políticas que protejam o acesso e a disponibilidade de alimentos de origem animal e vegetal, culturalmente, apropriados. Além da proteção da terra para o cultivo.

Vale destacar que os estudos sobre a alimentação infantil indígena, realizados com populações não brasileiras, enfocam a aplicação de intervenções para promoção do consumo de alimentos mais saudáveis. Enquanto que no Brasil os estudos ainda buscam descrever o estado nutricional, inexistindo publicações dos últimos cinco anos sobre a alimentação infantil. Talvez, isso se deva à grande extensão territorial brasileira com diversos grupos ou etnias indígenas, as quais apresentam distintas características socioeconômicas e culturais. Assim, impossibilitou um melhor agrupamento estatístico dos resultados, constituindo uma limitação para a meta-análise.

Espera-se que o esclarecimento do estado nutricional infantil indígena auxilie na formação de estratégias e políticas públicas mais adequadas para a saúde alimentar e nutricional. No entanto, faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas que englobem tanto o estado nutricional quanto as práticas e hábitos alimentares infantis, além do aleitamento materno.

Neste contexto, o monitoramento contínuo do crescimento e o estudo de fatores determinantes do estado nutricional, além do conhecimento dos hábitos, costumes e práticas relacionadas à alimentação associadas às questões socioeconômicas e ambientais, devem ser uma estratégia para análise das condições de saúde das crianças indígenas e para elaboração de intervenções específicas para cada população.

Na população indígena, em geral, ou mesmo nos demais segmentos populacionais, a prática do aleitamento materno e nutrição infantil são complexas, pois envolvem os profissionais de saúde do município responsável pela assistência à mulher indígena durante o pré-natal e processo de parturição

e à criança nos aspectos relacionados à puericultura, além da influência das condições socioeconômicas, das crenças e hábitos culturais referentes à etnia indígena.

Ao mesmo tempo em que se assiste à redução contínua dos casos de desnutrição, são observadas prevalências crescentes de excesso de peso, contribuindo com o aumento das doenças crônicas não transmissíveis (Coutinho, Gentil, Tora, 2008).

O conhecimento sobre as condições de alimentação e nutrição das sociedades indígenas do Brasil são ainda hoje muito limitados, mesmo com o aumento do número de pesquisas sobre o tema nas últimas duas décadas.

A atual heterogeneidade dos problemas observados, devido às influências ambientais das estações do ano relacionadas ao cultivo dos alimentos e a facilidade de acesso a áreas urbanas, evidencia a necessidade de estudos locais.

Foi observado por Silva, Silva (2013) que nos últimos cinco anos, os estudos sobre a alimentação infantil indígena realizados nos EUA, México e Peru enfatizaram a alteração dos hábitos alimentares e estilo de vida indígena. Já os estudos brasileiros ainda se basearam na descrição do estado nutricional.

Vale ressaltar, também, a ausência de citações de desnutrição em crianças nos relatos dos viajantes e nas crônicas dos jesuítas. Por outro lado, há indicações de que a mortalidade infantil era baixa. A partir da convivência com os brancos, houve um aumento, devido à introdução de novas doenças desconhecidas dos índios (Silva, 1990).

2.2. Amamentação e alimentação infantil indígenas: história e costumes

A amamentação é uma prática variável de acordo com fatores diversos que dependem da cultura, hábitos, valores e crenças da sociedade em que ocorre. No entanto, o conceito de que o aleitamento materno é uma das maneiras de se atender aos aspectos imunológicos, psicológicos e ao desenvolvimento de uma criança, no seu primeiro ano de vida, é mundial ao considerarmos as comprovações científicas.

Crenças, mitos e tabus acerca do aleitamento materno existem de uma maneira geral nas sociedades e vão divergir, conforme a população a ser estudada.

Entre os indígenas existem descrições dessa prática e dos cuidados às crianças datadas da época do descobrimento do Brasil.

O autor Chaves (2000), ao falar sobre o significado das crianças para os indígenas, descreve que Anchieta (1585) afirmou sobre o carinho imenso que os pais tinham pelos filhos. Acrescenta o cuidado extremo que tinham com os filhos sobre a higiene, e ainda, na segunda metade do século XVII, influenciados pelo cristianismo preocupavam-se em batizá-los.

Os índios tinham o costume de sacrificar e devorar os filhos dos prisioneiros com mulher contrária ou da própria tribo, ou seja, com a índia que lhe davam para entreter-se. Isto acontecia porque os tupinambás achavam que só os homens eram os agentes da reprodução, então consideravam que o recém-nascido era filho apenas dos prisioneiros. Porém, enquanto não chegava o momento do sacrifício, a criança "inimiga" era amamentada pela mãe, embora mais tarde fosse entregue por ela para o sacrifício. Indígenas

como os Tapuias, comiam os filhos quando morriam logo após o nascimento. (Rocha, 1947).

Quanto à morte de seus filhos, os índios sofriam e demonstravam seus sentimentos por meio do choro, gritos e lamentações à beira do corpo até o sepultamento após um dia da morte (d'Abbeville, 1614 *apud* Chaves, 2000).

O aleitamento materno era muito valorizado culturalmente e só em casos extremos de doença grave, morte ou nos casos interditados pela cultura não se observava o aleitamento.

Na sociedade Tupinambá, os casos de doenças eram algumas vezes resolvidos pelos feiticeiros. Havia um equipamento social para lidar com o corpo. E, no que diz respeito à criança, envolvia, desde o parto, uma participação predominante da mãe; porém o pai também tomava parte por ocasião dos ritos de nascimento (Silva, 1990).

Um costume que mostrava o condicionamento social das relações afetivas entre pais e filhos era o choco ou *couvade*. Tudo funcionava na representação cultural como se o pai tivesse se desdobrado em dois (Rocha, 1947). O pai jejuava e ficava de resguardo, como se o filho tivesse realmente saído de suas entranhas.

Já o resguardo da mãe era apenas fisiológico e durava de dois a três dias, quando retornava às suas atividades rotineiras. A índia repousa apenas dois a três dias após o parto e, em seguida, leva o pequenino e carrega-o no colo indo para a horta ou para fazer serviço doméstico (d'Abbeville, 1614 *apud* Rocha, 1947).

A esse respeito, convém notar a semelhança de tal comportamento de maternagem, da época do descobrimento do Brasil, com a identificação de uma

nova geração de pais com seus filhos, aquilo que se chama de "casal grávido" do século XX (Silva, 1990).

As índias amavam seus filhos e não os deixavam sozinhos, pois sempre levavam o mais novo dependurado no seu corpo, e os outros a acompanhavam segurados pelas mãos. Quando estavam nas ocas os deitavam em peles de animais, pela inexistência dos berços (Chaves, 2000).

Silva (1990) afirma que na sociedade Tupinambá harmonizava perfeitamente o duplo papel da mulher enquanto nutriz e trabalhadora. A *typoya* servia para o transporte da criança e, enquanto a mãe trabalhava, podia, perfeitamente, entregar-se à maternagem e à amamentação. Enfim, a reprodutora conciliava-se com a produtora de bens e serviços.

Yves d'Evreux (1864 *apud* Chaves, 2000) escreveu que a infância dos indígenas estava dividida em dois períodos: *peitan* (desde o nascimento até o início da deambulação) e *curimim-mirim* (da marcha aos 7 - 8 anos). O *peitan* significava menino (ou menina) saído do ventre de sua mãe, eram completamente dependentes dela nos afagos e cuidados.

A segunda fase infantil era chamada de *kunumy-miry* para os meninos (até sete ou oito anos) e *kugnatim-miry* (até sete anos) para as meninas, segundo d'Evreux (1864 *apud* Chaves, 2000), e se iniciava quando as crianças começavam a caminhar sozinhas. Aqui, "tinham a liberdade de mamar enquanto quisessem. Aos poucos, porém, habituavam-se a comer as comidas grosseiras como os grandes e os adultos". A menina "reside com a sua mãe, mama mais um ano do que os rapazes" (Fernandes, 1963, p. 268-269).

Silva (1990) apresenta os registros de várias fontes no que diz respeito à duração do aleitamento natural entre os indígenas. Segundo Cardim (1584

apud Rocha, 1947, p.18-19), "as mulheres dão de mamar à criança de ordinário ano e meio sem lhe darem de comer outra coisa"; "A criança sugava o seio materno por dois ou três anos, ou até oito anos" (Santos-Filho, 1977, p.114). Baldus (1970 *apud* Silva, 1990) observou que as mães tapirapé davam, quando possível, leite materno por dois, três ou mais anos aos seus filhos. Referindo-se aos Tupinambás, afirmava que uma criança já, sem a guarda dos adultos, brincava correndo com outras crianças e se saciava ainda nos seios maternos.

Ornellas (1978) cita a ausência do hábito de chupar os dedos entre os índios e diz que a amamentação se iniciava logo após o nascimento, sem guardar horário e "sem a preocupação de alternar os seios que a criança só larga quando se sacia".

"Tinham por único alimento o leite de sua mãe e grãos de milho assados, mastigados por ela até ficarem reduzidos a farinha, amassados com saliva em forma de caldo, e postos em sua boquinha como costumam fazer os pássaros com a sua prole, isto é, passando de boca para boca... Quando estava um pouco mais crescido, o menino ria e brincava no colo da mãe que depositava a comida mastigada no côncavo de sua mão e ele próprio devia dirigi-la à boca... A mãe, por sua vez, não estimulava o apetite da criança. Limitava-se a atender às solicitações da criança: deixava-a comer enquanto tivesse

fome e dava-lhe os seios quando ela pedia leite, por meio de gestos" (Fernandes, 1963, p.267).

Existem, também, relatos de Thevet (1558) e d'Abbeville (1614) que em pouco tempo as índias já davam ao recém-nascido frutas e farinha de mandioca mastigada, chamada de manipoy (*apud* Chaves, 2000).

Ainda havia os índios que se preocupavam com a alimentação das crianças, proibiam-nas de ingerir alimentos salgados, acreditando que a ingestão desse tipo de alimentos, trazidos pelos colonizadores portugueses, podia encurtar-lhes a vida (Thevet, 1558 *apud* Chaves, 2000).

Sepp (1698 *apud* Chaves, 2000), destacou que as mães Guaranis do Rio Grande do Sul e Paraguai desmamavam seus filhos precocemente e davam-lhes longas tiras de carne crua, da qual as crianças chupavam o sangue.

Léry (1578 *apud* Rocha, 1947, p.30) disse que se davam farinhas mastigadas e carnes tenras junto com o leite materno. E complementa: "o curumim-mirim era deixado ao seio até que por si mesmo o abandonava acostumando-se pouco a pouco a comer carnes, como as crianças maiores e os adultos", "mas não raro voltava de vez em vez a sugar o seio materno", segundo d'Evreux (1864 *apud* Rocha, 1947, p.26).

Pardal (1937 *apud* Rocha, 1947 p.30) descreve que "os Tupis-Guaranis davam aos prematuros e no desmame água com mel de abelhas ou ainda a 'gordura do tambu', espécie de fino óleo extraído da larva de um coleóptero, o *Rhincophorus palmarum*, diluído também com água morna e filtrada".

Barbosa (1969 *apud* Silva, 1990) descreve uma visita que fez ao Parque Nacional do Xingu, em 1967, onde observou vários grupos linguísticos: Tupi, Kaiabi, Karibe, Aruak e Jê. Pela convivência com outras culturas, os costumes já não eram os originais, pois pagavam uma mulher índia que servia de amade-leite no caso da mãe não poder amamentar e a aplicação de tapas e palmadas nos filhos como medida disciplinar. Costumes, provavelmente adquiridos por influência da aculturação.

Portanto, em 2007 no estado do Mato Grosso do Sul, houve uma iniciativa para expandir os serviços de saúde e estimular o aleitamento materno e tentar acabar com a desnutrição, uma das principais causas de morte entre as crianças indígenas, consideradas em situação de risco nutricional. No entanto, essas ações não foram suficientes para promover melhorias nas condições de saúde infantil indígena (IBFAN, 2007; Pícoli, Carandina, Ribas, 2006).

Por essa razão, a IBFAN (Rede Internacional do Direito de Amamentar) por meio do Projeto Povos Indígenas e Aleitamento Materno, propôs a elaboração de cartilhas bilíngues “Aleitamento materno e introdução de novos alimentos: a sua importância”, nas línguas português/ guarani-kaiowá, kadvéu e terena, em atividade e parceria entre a Secretaria de Estado de Saúde do Mato Grosso do Sul (SES/MS) e Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com objetivo de incentivar o aleitamento materno até o segundo ano de vida por meio de material educativo que retrata os hábitos alimentares e costumes indígenas (IBFAN, 2007).

Essa ação, também incluiu a distribuição de leite em pó pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Os agentes de saúde indígena entregaram a

cartilha e orientaram as mulheres sobre como proceder para amamentar o bebê, a importância do aleitamento materno, os riscos para a criança que não mama no peito e as fases de introdução de novos alimentos na dieta infantil, além da importância do pré-natal (IBFAN, 2007).

Ressalta-se que a grande preocupação foi a de resguardar a cultura indígena e não induzir uma visão que fosse diferente daquela praticada pelos índios.

Conforme afirma Leininger (1991), é imprescindível que os profissionais de saúde e de enfermagem considerem o contexto cultural dos indivíduos, pois o cuidado humano é universal e as equipes devem conhecer e respeitar as diversidades culturais.

A metodologia de construção das cartilhas incluiu oficinas didáticas nas aldeias resgatando a cultura indígena da amamentação, a pactuação dos temas e a elaboração de material educativo capaz de responder às demandas das comunidades indígenas respeitando os costumes e cultura de cada etnia. Ao todo, nove mil cartilhas foram distribuídas. Depois dos Guarani-Kaiowá de Caarapó, os Terena da aldeia Bananal, em Aquidauana e os Kadiwéu da aldeia Alves de Barros, em Porto Murtinho, também receberam o material (IBFAN, 2007).

Assim, como no aleitamento materno, a alimentação de crianças também é influenciada por fatores sociais, econômicos, culturais e ideológicos.

Monte, Giugliane (2004) afirmam que a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância. Estes alimentos complementares devem ser introduzidos a partir

dos seis meses de idade, pois é quando as necessidades nutricionais do lactente não podem ser supridas apenas pelo leite humano.

Sendo o aleitamento materno e a alimentação infantil fortemente influenciados pela cultura, entre outros fatores, e que na população, em geral, sofrem mudanças decorrentes da urbanização, propagandas e *marketing* de leites e alimentos industrializados, que não são considerados saudáveis, surgiram as inquietações que levaram à elaboração desta pesquisa, a fim de conhecer ou compreender como ocorrem as práticas alimentares das crianças indígenas, residentes em uma região próxima de uma área urbanizada, e as possíveis consequências dessas práticas no estado nutricional.

Na literatura em geral, pouco se encontra sobre as práticas alimentares e os tipos de alimentos consumidos pelos indígenas, sendo encontradas apenas informações gerais e históricas conhecidas por todos. Podem ser citados alguns exemplos, como a alimentação baseada na caça e na pesca, e na ingestão de mandioca e frutas.

Quanto à alimentação infantil indígena existem descrições breves na história, como as citadas acima, pois os estudos recentes restringem-se ao estado nutricional relacionando medidas antropométricas, não sendo citados aspectos relacionados às práticas alimentares, tipos de alimentos consumidos e influências culturais alimentares.

Considerando-se que os hábitos alimentares indígenas sofreram mudanças pela proximidade entre algumas tribos e áreas urbanas, podendo refletir na alimentação infantil, no aleitamento materno e na alimentação complementar, é necessário verificar como tais práticas alimentares interferem no estado nutricional das crianças, propõe-se a realização desta pesquisa.

3. Objetivos

3.1. Objetivo geral

Conhecer a prática da amamentação, da alimentação infantil e o estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos de idade, da Aldeia Vanuíre, localizada na região oeste do estado de São Paulo.

3.2. Objetivos específicos

- Descrever as práticas alimentares de crianças de zero a cinco anos de idade da população indígena da Aldeia Vanuíre na região oeste do estado de São Paulo.

- Verificar o estado nutricional das crianças da faixa etária estudada.

- Identificar as influências socioculturais que atuam sobre as práticas alimentares de crianças menores de cinco anos, realizadas por esta população indígena.

- Compreender os hábitos e crenças das mulheres pertencentes às famílias de crianças de zero a cinco anos de idade, em relação à amamentação e alimentação infantil.

4. Bases teórico-metodológicas

Este estudo é tipo exploratório e descritivo com associação de métodos qualiquantitativos de pesquisa.

Etnograficamente, a associação de dados objetivos e subjetivos, considerados quantificáveis ou estatísticos e não quantificáveis, possibilita a descrição com maior clareza do estilo de vida, ambiente e condições socioeconômicas de uma população, propiciando o conhecimento e aproximação da cultura estudada (Spradley, 1979; Leininger, 2002).

Estatisticamente foram descritos o estado nutricional por meio do crescimento infantil, as práticas de aleitamento materno e de alimentação de crianças de zero a 60 meses de idade, considerando-se o processo de introdução de alimentos aos lactentes.

Com a interpretação das narrativas das mulheres, buscou-se compreender o modo de vida dos atores sociais e como os elementos socioculturais influenciam na composição da alimentação da criança e conseqüentemente, no seu crescimento, para a compreensão completa do objeto em estudo, ou seja, das práticas alimentares infantis indígenas e do estado nutricional da criança.

Essa combinação de métodos é uma tendência crescente na enfermagem, por possibilitar a abordagem de problemas complexos da área da saúde (Twinn, 2003; Driessnack *et al.*, 2007). Segundo Leininger e McFarland (2006) para descrever a cultura de uma população relacionada à saúde é

necessário conhecer seus sistemas sociais, econômicos, religiosos e ambientais.

Conforme Driessnack *et al.* (2007), existem dois princípios fundamentais no uso de dois ou mais métodos, que é o de reconhecer e respeitar o referencial teórico ou paradigma do projeto seguindo suas posições metodológicas, no caso deste estudo, a etnográfica.

4.1. O referencial teórico-metodológico de Clifford Geertz

Adotou-se um referencial etnográfico, com o objetivo de conhecer as práticas alimentares infantis indígenas no seu contexto natural, buscando-se, considerar e conhecer a cultura das crianças e de suas famílias.

Conforme Geertz (2012), a etnografia possibilita a descoberta de significados atribuídos por nativos ou indivíduos nas suas práticas e representações, visa à interpretação de diversas situações e relações sociais.

O comportamento dos sujeitos é estudado em seu contexto natural, envolvendo a interpretação do significado e das razões das ações humanas, com interesse em um tipo de fenômeno social (Gualda, 2003), que neste estudo se concretiza no aleitamento materno entre a população indígena e sua prática de composição da dieta para as demais crianças de até cinco anos.

A população indígena, em geral, possui diferentes graus de contato com não índios, além de ter sido forçada a modificar seu modo de vida no passado, quando foi aldeada e perdeu suas matas, o que explica a sua constituição sociocultural atual.

O contato entre indivíduos com diferentes culturas gera um processo de interculturalização ou aculturação entre os indígenas que vivem nas proximidades da área urbana. Eles frequentemente se locomovem até as cidades para atividades comerciais, estudar em escolas de nível médio ou superior ou quando necessitam de consulta médica, internação, ou outros cuidados que não são oferecidos nas aldeias.

O contato intercultural proporciona experiências diferentes, significativas, interpretadas e aprendidas, aos indivíduos que percebem, sentem, raciocinam, julgam e agem ou não, podendo coexistir, mudar ou interferir entre si, dando vida ou não aos símbolos culturais de acordo com sua utilização Geertz (2011).

Geertz (2012), ao definir cultura como uma teia de significados construída pelos próprios homens, afirma que a antropologia apresenta-se como uma ciência interpretativa que está em busca desses significados. Para analisá-los, o antropólogo deve compreender que o objeto da etnografia é uma hierarquia estratificada de estruturas significantes, e as diversas situações e relações sociais devem ser percebidas e interpretadas.

“A cultura se movimenta como um polvo, com movimentos desarticulados de suas partes, que se acumulam para uma mudança direcional” (Geertz 2011, p.181). É como uma teia de significados construída pelos próprios homens que considera fatores interdependentes da estrutura social, da visão de mundo e do contexto ambiental, que podem influenciar ou não suas crenças, hábitos, costumes e práticas relacionados à sua alimentação (Geertz, 2012)

Os indígenas são e se reconhecem como culturalmente diferentes em relação aos não índios, atualmente buscam o resgate e a preservação de suas

tradições, mas ao mesmo tempo têm que se adaptar às condições ambientais, dentro das possibilidades existentes para sua sobrevivência.

Focalizando-se o objeto desta pesquisa, concordamos com Canesqui (2005), ao afirmar que as escolhas alimentares não se fazem apenas com os alimentos mais nutritivos ou com os mais acessíveis e intensivamente ofertados pela produção massificada. Segundo a autora, apesar das pressões do *marketing* do setor produtivo e de seus mecanismos que buscam interferir nas decisões dos consumidores, a cultura, em um sentido mais amplo, molda a seleção alimentar, impondo as normas que prescrevem, proíbem ou permitem o que comer.

Não comemos apenas quantidades de nutrientes e calorias para manter o funcionamento corporal em nível adequado, pois o comer envolve seleção, escolhas, ocasiões e rituais, envolve a sociabilidade, com ideias e significados, com as interpretações de experiências e situações. Para serem comidos, ou comestíveis, os alimentos precisam ser elegíveis, preferidos, selecionados e preparados ou processados pela culinária, e tudo isso é matéria cultural (Canesqui, 2005).

Portanto, o homem possui a liberdade de escolha alimentar e a capacidade de comer “de tudo”, mas nem tudo é escolhido por ele, uma vez que o indivíduo é determinado por diversos fatores, que irão pesar nessa decisão. Esses fatores podem englobar o meio ambiente, o qual está relacionado aos recursos disponíveis e aos relacionamentos sociais, bem como a história individual. Essas condições permitirão ao homem refletir sobre o que vai comer ou oferecer às suas crianças (Jomori, Proença, Calvo, 2008).

Assim, considerando as crenças e os valores do grupo social no qual o indivíduo está inserido, a construção de identidades culturais e a diferenciação individual, o homem seleciona os recursos naturais disponíveis e os transforma em preparações culinárias para poder consumi-los e atender às suas necessidades. Esses parâmetros conduzem à tomada de decisão pelo homem em relação à sua alimentação (Poulain, 2004).

Sobre a alimentação infantil, a mãe constrói, com seu filho, hábitos alimentares que refletem a identidade cultural do seu grupo familiar, isto é, a amamentação e a alimentação da criança precisam ser socialmente aceitas e possíveis dentro desse grupo, portanto, ela desenvolverá o gosto pela sua cultura, interiorizando valores e regras presentes na família (Poulain, Proença, 2003).

Assim como ocorre na alimentação em geral, o aleitamento é uma questão fundamentalmente socioantropológica, estabelece uma relação essencial com o homem e sua cultura. Está ligado ao biológico, mas há autonomia relativa em face das transformações econômicas e também pode sofrer influências dessas mudanças. Atividades elementares e vitais, como a amamentação e o cuidado das crianças, são controladas por padrões culturais e não pelo instinto. A prova são as extensas variações dessas atividades, que verificamos em sociedades diferentes (Silva, 1990).

A prática da amamentação entre as mulheres varia culturalmente, assim como as tradições de alimentar as crianças com demais alimentos líquidos e sólidos. Portanto, as características do perfil de amamentação variam de acordo com as tradições, hábitos e costumes de uma população.

Segundo Almeida, Novak (2004), a amamentação, além de ser biologicamente determinada é socioculturalmente condicionada, tratando-se, conseqüentemente, de um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam nas condições concretas da vida. Ao acompanhar mães no processo do amamentar, deve-se compreender que esta experiência será influenciada por sua família, conforme seu contexto doméstico.

Todos os elementos com os quais a nutriz interage são percebidos, interpretados e revestidos de significados, os quais determinam as ações que definem o tipo e duração da amamentação (Silva, 1997).

Assim, estando o aleitamento materno e a alimentação humana impregnados pela cultura, é possível pensar os sistemas alimentares como sistemas simbólicos em que códigos sociais estão presentes atuando no estabelecimento de relações dos homens entre si e com a natureza (Canesqui, 2005).

Para Geertz (2012), o homem faz parte do todo e suas expressões são dependentes de vários segmentos culturais como a religião, comércio, ciência, moral, lazer, formas de organização social, entre outros. Dessa forma, para se conhecer e interpretar as práticas nutricionais infantis, é necessário compreender todo o modo de vida, organização sociopolítica, estruturas de parentesco, condições de saúde, estado nutricional e o cotidiano indígena.

A interpretação dos vários sistemas simbólicos dos nativos é um elemento central para a produção etnográfica, devido à complexidade apresentada pelos sujeitos à medida que inventam e renegociam os papéis que desempenham em sua cultura. Assim, a descrição etnográfica apresenta como princípio a interpretação e a análise dos discursos sociais (Geertz, 2011).

Tal análise se desenvolve com oscilações entre o senso comum, exames detalhados de pontos de vista individuais e exposições globais das atitudes que permeiam os pontos de vista, até a construção de categorias antropológicas (Geertz, 2012).

Para esse autor, fazer etnografia é como “construir uma leitura” de um manuscrito estranho, que possui incoerências e exemplos transitórios. Após a investigação do universo pesquisado, o antropólogo sistematiza as informações coletadas sobre os informantes, de modo que os textos finais não são mais do que interpretações de “segunda e terceira mão”, pois somente um nativo seria capaz de interpretar a sua cultura em “primeira mão”.

Inicialmente, a antropologia se interessou pelas crenças e pelos costumes alimentares dos povos primitivos, pelos aspectos religiosos em torno dos tabus, totemismo e comunhão; pelas preferências e repulsas alimentares, pelos rituais sagrados ou profanos que acompanham a comensalidade, pelo simbolismo da comida e pelas classificações alimentares (Canesqui, 2005).

Esta disciplina enfatiza, na verdade, os aspectos simbólicos que revestem a ‘comida’, bem como o modo de preparar os alimentos nas sociedades. A busca, a seleção, o consumo e a proibição de certos alimentos existem em todos os grupos sociais e são norteados por regras sociais diversas, carregadas de significações. Cabe, portanto, à antropologia apreender a especificidade cultural dessas questões, as quais precisam ser explicadas em cada contexto particular (Canesqui, 2005).

Geertz (2012) defende que o homem não depende tanto de um comportamento inato, como os outros animais, seu comportamento precisa ser construído no processo sociocultural. É um ser inacabado, que depende de um

código simbólico. Assim, a cultura não deve ser considerada apenas o conjunto de hábitos e tradições de um grupo, mas um conjunto de regras e instruções, de um sistema simbólico que orienta o comportamento.

O processo de amamentar está revestido de significados simbólicos que são construídos pela nutriz, a depender do contexto em que está inserida, o que determina sua vivência e experiência de amamentar (Silva, 1997).

Considerando-se o simbolismo que envolve o processo de alimentar e de amamentar, a complexidade e especificidades do modo de vida indígena, e que a pesquisa etnográfica possibilita uma descrição densa por englobar uma multiplicidade de estruturas complexas, dentre elas as sociais, o ambiente e a cultura, que se relacionam aos aspectos nutricionais, optou-se pelo referencial teórico e metodológico de Clifford Geertz para o desenvolvimento deste estudo.

Nesta pesquisa realizou-se o que Geertz (2011, 2012) denomina de atividades rotineiras do trabalho de campo: observação e anotações no diário de campo, entrevistas, censo doméstico e mapeamento genealógico. Métodos utilizados para o alcance dos objetivos propostos, segundo este referencial teórico e metodológico adotado.

4.2. Os referenciais antropométricos: OMS 2006

Para o alcance dos objetivos relacionados ao estado nutricional infantil indígena, optou-se pelo método antropométrico.

O método antropométrico estimula o agrupamento dos diagnósticos individuais e permite traçar o perfil nutricional dos grupos de situação

nutricional mais vulnerável em faixas etárias, regiões ou em nível nacional (Brasil, 2011b).

Para a realização de um diagnóstico antropométrico, é necessária a comparação das medidas antropométricas com valores de referência padrão que caracterizam a distribuição do índice em uma população saudável, ou seja, como o índice se distribuiria na ausência das influências ambientais ou sociais que pudessem prejudicar o crescimento infantil (Brasil, 2011b).

Os valores isolados do peso e da estatura não permitem uma avaliação nutricional precisa, sendo necessária a combinação dessas medidas com a idade e o sexo, para dar origem aos índices antropométricos, que permitem interpretar o grau de adequação do crescimento e desenvolvimento infantis.

A avaliação do estado nutricional consiste em um conjunto de métodos e procedimentos para se identificar o grau de nutrição de um indivíduo, que pode variar desde um estado carencial, de desnutrição ou carência específica, até um estado de excesso, como sobrepeso e obesidade. Os métodos diretos expressam as manifestações biológicas do estado nutricional, sendo feitos por meio de exame clínico, antropometria e exames bioquímicos, sendo os últimos utilizados para identificar carências de micronutrientes específicos, como o valor de hemoglobina para avaliar a presença de anemia (Brasil, 2011b). Essa avaliação direta pode ser complementada pela investigação de seus fatores determinantes, que seria um método indireto de análise da situação nutricional (Barros *et al.*, 2010).

O uso de indicadores antropométricos na avaliação do estado nutricional de indivíduo ou coletividades é, entre várias opções, o mais adequado e viável para ser adotado em serviços de saúde, por ser de baixo custo, de fácil

aplicação e padronização, por propiciar amplitude dos aspectos analisados, além de não ser invasiva. A avaliação antropométrica é um método baseado na medição das variações físicas de alguns segmentos ou da composição corporal global e permite a classificação de indivíduos pelo estado nutricional (Aerts, Giugliani, 2004).

O peso e a estatura são as variáveis antropométricas mais utilizadas na avaliação do estado nutricional de crianças em estudos epidemiológicos.

O peso é composto pelo tamanho corporal total e se modifica de forma rápida e intensa em intervalos curtos de tempo, permitindo o diagnóstico precoce da desnutrição, como também da rápida recuperação do estado nutricional. A estatura ou o comprimento indicam o tamanho corporal e o crescimento linear da criança. As modificações na estatura ocorrem em períodos de tempo prolongado, diferentemente do peso, e seus *deficits* indicam agravos nutricionais de longo prazo, refletindo os efeitos cumulativos de eventos anteriores (Brasil, 2002).

No entanto, como medidas antropométricas isoladas, o peso e a estatura não permitem uma avaliação nutricional precisa e devem ser combinadas com a idade e o sexo, para obtenção dos índices antropométricos, que permitem interpretar o grau de adequação do crescimento infantil.

Os três índices mais utilizados para a avaliação do estado nutricional infantil são: peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I) e peso para estatura (P/E). Idealmente devem se usar os três índices, como complementares na qualificação do diagnóstico nutricional, pois cada um deles reflete distintas combinações do processo biológico de crescimento físico (WHO, 1995).

Neste estudo foi utilizado o Índice de Massa Corporal (IMC), além dos outros três índices, segundo a WHO (2006):

Peso-para-idade (P/I): Expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É um índice sensível para monitorar adequação nutricional em menores de um ano, já que o comprimento da criança não é uma variável sensível às condições de vida e crescimento físico nessa faixa etária, no entanto, não identifica se o *deficit* nutricional é atual ou não.

Por isso, os fatores relacionados a esses *deficits* podem variar entre as condições socioeconômicas, como renda e escolaridade dos pais, assim como ser um reflexo de condições mais atuais como as condições ambientais e a presença de infecções. Outra limitação importante é devido a não incorporação do comprimento ou estatura da criança em seu cálculo, o que pode levar a classificar uma criança como portadora de sobrepeso, quando na verdade ela apresenta elevada estatura para idade (Brasil, 2002; Costa, Kac, 2009).

Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança; porém, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos. Por isso, é importante complementar a avaliação com outro índice antropométrico.

Estatura-para-idade (E/I): Expressa o crescimento linear da criança, seus *deficits* devem ser interpretados como uma inadequação de longa duração e uma limitação no alcance do potencial genético de crescimento devido a deficientes condições de vida e de saúde. É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança e o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população.

O termo desnutrição crônica pode ser usado, nas crianças maiores de dois anos, nas quais a baixa estatura pode significar um *deficit* antigo e de difícil reversão. Nas crianças menores de dois anos pode refletir um *deficit* atual da criança, podendo ser reversível. Os fatores genéticos devem ser considerados, nesta avaliação (Brasil, 2002; Costa, Kac, 2009).

Peso-para-estatura (P/E): Este índice dispensa a informação da idade; reflete a harmonia entre o peso e a estatura e indica quadros agudos, causados por uma dieta inadequada ou infecções, que em condições favoráveis são corrigidos. É utilizado tanto para identificar o emagrecimento da criança, como o excesso de peso. Também é recomendado para avaliar o sobrepeso em crianças menores de cinco anos (Brasil, 2002; Costa, Kac, 2009; WHO, 1995).

Índice de Massa Corporal (IMC): Expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura. É utilizado para identificar o excesso de peso entre crianças e tem a vantagem de ser um índice que será utilizado em outras fases do curso da vida.

Um ponto importante da avaliação nutricional de crianças é a definição da referência ou padrão de crescimento a ser adotada para comparação dos valores antropométricos. Uma população de referência, que é aquela cujas medidas antropométricas foram aferidas em indivíduos saudáveis, vivendo em condições socioeconômicas e ambientais satisfatórias, tornando-se uma referência para comparações com outros grupos. Com a distribuição gráfica das medidas de peso e estatura de indivíduos saudáveis, são construídas curvas de crescimento de referência (Brasil, 2011b).

Diversos conjuntos de dados foram utilizados como referência ao longo do tempo, sendo as referências do National Center for Health Statistics (NCHS,

1977) e a do Centers for Disease Control (CDC, 2000) as mais utilizadas em todo mundo. Tais curvas descrevem o crescimento de crianças que vivem em ambientes socioeconômicos adequados e que foram submetidas a cuidados de saúde e a uma alimentação compatíveis com um crescimento e um desenvolvimento saudáveis.

O uso de uma referência, que possa ser utilizada internacionalmente, é justificada devido às evidências de que até os cinco anos de idade, independente da origem étnica e genética, crianças submetidas a condições de vida semelhantes, apresentam crescimento físico similar. A referência NCHS (1977) foi recomendada como referência internacional pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a partir de 1978 (Victora, Araújo, Onis, 2007).

Em 1993, a OMS concluiu que a referência NCHS não representava adequadamente o crescimento de crianças, principalmente no primeiro ano de vida, e foram levantadas algumas questões em relação a sua adequação como referência internacional por ter utilizado uma amostra restrita em termos de origem genética e tamanho com grandes diferenças entre as faixas etárias, grande intervalo entre as aferições de peso e altura, emprego de procedimentos estatísticos ultrapassados. Além da disjunção nas curvas de altura aos 24 meses de peso para altura, já que a amostra foi proveniente de dois estudos diferentes e, principalmente, devido às crianças terem sido alimentadas com leite artificial (Victora, Araújo, Onis, 2007).

Assim, a OMS realizou um estudo multicêntrico, seguindo as recomendações discutidas por um Comitê de Especialistas e, no ano de 2006, divulgou seu próprio conjunto de curvas de crescimento para a avaliação do estado nutricional de crianças menores de 60 meses.

A principal característica dessa curva é a identificação do aleitamento materno como modelo normativo, além de todos os cuidados em relação ao procedimento amostral, com participação de crianças saudáveis de diversos países, com condições ambientais que permitissem o desenvolvimento pleno de seu potencial genético. Essas curvas são consideradas o novo padrão de crescimento infantil, com natureza prescritiva, ou seja, de crescimento ideal.

O Ministério da Saúde adota as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) quanto ao uso de curvas de referência para avaliação do estado nutricional. Assim, para crianças menores de cinco anos, recomenda-se utilizar a referência da OMS, lançada em 2006 (WHO, 2006), que já consta na Caderneta de Saúde da Criança. Para as crianças com cinco anos ou mais e adolescentes, recomenda-se o uso da referência internacional da OMS, lançada em 2007 (WHO, 2007). No entanto, as referências do NCHS (1977) e CDC (2000) ainda devem ser consideradas para comparabilidade de resultados entre estudos realizados anteriormente à padronização da WHO (2006).

5. Descrição da pesquisa

A questão fundamental do estudo reside no interesse em compreender uma trajetória que pode ser singular, do ponto de vista da construção de novos valores e hábitos adquiridos pelos indígenas de determinadas etnias, especialmente as mulheres, que podem estar relacionados às práticas alimentares, as de amamentação e refletir no estado nutricional de um segmento da população infantil desse grupo social, no caso desta pesquisa, das crianças da Aldeia Vanuíre.

Para tanto, optou-se pela realização de uma pesquisa que possibilitasse conhecer e interpretar os dados referentes ao crescimento e às práticas alimentares infantis considerando-se seus aspectos culturais e subjetivos, por meio do pressuposto teórico-metodológico positivista e interpretativo, adicionando o objetivo ao subjetivo na busca de uma aproximação mais completa da realidade nutricional infantil indígena dessa população.

A abordagem interpretativa proporciona a visão subjetiva dos modos de caminhar das pessoas, rumo a formas de se colocar diante de questões objetivas, como é o caso da alimentação e do crescimento.

Vislumbrando a abrangência deste estudo em compreender desde o estado nutricional e o perfil alimentar, até os aspectos culturais relacionados às práticas alimentares indígenas, optou-se pelo método etnográfico e pela análise do estado nutricional infantil, conforme as recomendações da WHO (2006).

5.1. Considerações éticas

Esta pesquisa foi desenvolvida de acordo com as Resoluções 196/1996 e 304/00, para estudos que envolvem seres humanos e povos indígenas, respectivamente. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e, posteriormente, aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e Coordenação Geral de Estudos e Pesquisas (CGEP) da FUNAI, que obteve a aprovação do cacique, vice-cacique¹ e da coordenadora da equipe de saúde da comunidade para a realização da pesquisa e para a permanência da pesquisadora nas terras demarcadas como indígenas (Anexos 1 e 2).

A pesquisadora apresentou o projeto e os termos de consentimento esclarecido, para maior detalhamento das informações fornecidas, pessoalmente, à equipe de saúde e ao cacique da Aldeia Vanuíre, antes de iniciar sua inserção na aldeia.

No posto médico a pesquisadora foi apresentada à criança e ao seu responsável (para as que não participaram da reunião de apresentação da pesquisa) e forneceu os esclarecimentos sobre os documentos e foi solicitada a autorização para coletar os dados do prontuário da criança, que se encontra no posto médico e também para a realização da antropometria e para a

¹O Posto Indígena Vanuíre é administrado por um responsável técnico da FUNAI, não-índio, que faz a ligação entre a FUNAI e as lideranças indígenas da comunidade, ou seja, o cacique da etnia e o vice-cacique. Estes são escolhidos pela comunidade e ocupam o cargo vitalício, desde que tomem as decisões compartilhadas com a comunidade.

realização da primeira entrevista para coleta de dados objetivos, que não foi gravada nem filmada e ocorreu nas residências. A autorização das mulheres ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A (Apêndice 1).

Em um segundo momento, para a realização da entrevista, para coleta de dados qualitativos nos domicílios das crianças menores do que cinco anos de idade, todas as informantes, pertencentes à família das crianças de zero a cinco anos de idade foram novamente esclarecidas sobre a pesquisa, principalmente sobre a necessidade de gravação das entrevistas com aparelho de áudio e foi solicitada sua participação mediante a assinatura, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido B (Apêndice 2).

As mulheres indígenas participaram do estudo após, voluntariamente. Para as informantes com menos de 18 anos, solicitou-se a assinatura de seu responsável.

As mulheres que não sabiam ler foram orientadas por um membro da comunidade que sabia. Apenas duas não sabiam ler, mas assinaram, após serem esclarecidas pelo técnico de enfermagem do posto médico, que era indígena e residente na aldeia.

As informantes não apresentaram dificuldades na compreensão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois mesmo as idosas compreendiam o idioma português.

5.2. Cenário do Estudo: a Aldeia Vanuíre

O Posto Indígena Vanuíre está situado a 22 km do município de Tupã, e a 11km do município de Arco-Íris, na região oeste do estado de São Paulo (Arco Íris, 2013).

Essa reserva indígena ou terra indígena é conhecida, popularmente, na região como “Aldeia dos Índios” e é banhada pelo córrego Pirã, afluente do rio lacri, no dialeto Kaingang “lakri”, no qual foi construída uma represa que é vista próximo à entrada da aldeia, onde, geralmente, existem cavalos tomando água. Ao leste, a aldeia é banhada pelo ribeirão Coiós, sua dimensão territorial é de 250 alqueires demarcados. Encontra-se entre o vale do rio Paranapanema e Tietê, a 9 km do rio Feio ou Aguapeí que envolve os municípios de Tupã e Arco-Íris, entre outros. O clima é tropical, quente e úmido, com chuvas de verão (Arco Íris, 2013).

Pela área indígena passam estradas municipais sem pavimentação, sendo que uma divide a aldeia e passa em frente ao posto médico e da escola. Ao redor das terras demarcadas localizam-se fazendas agrícolas e de criação de gado.

Ainda na estrada sem asfalto, é possível visualizar o cultivo de mandioca e o pasto de capim baixo com o gado, geralmente, solto próximo às estradas ou caminhos abertos para passagem. Frequentemente, tem-se que reduzir a velocidade dos automóveis para não assustar os animais. Da estrada é possível ver algumas residências que fazem parte de uma das colônias da comunidade.

Dentre as construções da aldeia, há uma casa que seria o escritório do “chefe de posto” que é o responsável técnico da aldeia, funcionário da FUNAI, mas está desocupada, pois este reside e mantém seu escritório em Tupã.

Ao lado dessa construção, encontra-se o denominado “Posto Médico Vanuíre”, envolto por um pomar de jabuticabeiras e de tangerinas, uma escola e duas igrejas evangélicas uma da Congregação Cristã do Brasil e outra mais distante ao lado norte da aldeia, construída pelos Terenas da Assembléia de Deus.

Neste mesmo lado, possui um campo de futebol e uma quadra de esportes em estado de abandono.

Em frente ao Posto Médico, ao atravessar a estrada que corta a aldeia, do lado leste, encontra-se um barracão aberto e um galpão de festas construído pela igreja católica, onde os membros da comunidade se reúnem não só nos eventos festivos, mas também para discutir as questões administrativas ou participar de palestras e orientações fornecidas pela equipe de saúde.

Na região oeste da aldeia, onde a maioria dos moradores é da etnia Krenack, encontra-se um Centro Cultural construído por eles, composto por uma grande construção em sapé, uma “Oca” onde se realizam os ensaios para as apresentações de dança, recebem os visitantes não índios com agendamento prévio. Existem mais duas ocas, uma de tamanho médio e outra pequena, localizadas no espaço doméstico de uma das famílias Krenack onde são ministradas algumas aulas de artesanato da escola e armazenados os objetos artesanais.

Um pouco distante das residências, há um cemitério local, lugar em que os falecidos são enterrados, seguindo os padrões e costumes dos não índios. Segundo, Rodrigues (2007) este é um novo cemitério iniciado na década de 40,

com o enterro de crianças vítimas de gripe, construído ao lado do antigo, no qual os mortos eram enterrados envoltos por folhas de bananeira.

A aldeia possui energia elétrica desde 1979 e o sistema de esgoto foi implantado com a construção de uma Estação de Tratamento pela Secretaria do Estado da Habitação, onde trabalha um agente de saneamento.

Esse profissional também é responsável pelo tratamento da água que abastece a aldeia, vinda de poços perfurados pela antiga FUNASA.

Com isso, a aldeia é considerada em uma situação diferenciada de outras populações indígenas quanto ao abastecimento de água, ao ser beneficiada pela Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), que preconiza a preservação de fontes de água limpa, construção de poços ou captação da água a distância (Funasa, 2002).

A coleta do lixo é realizada duas vezes na semana, pelo serviço de coleta do município de Arco-Íris. Algumas famílias reciclam materiais plásticos e os reutilizam como matéria-prima para o artesanato.

As residências da aldeia são de laje pré-fabricada, alvenaria e madeira, são em média 50 e seguem o mesmo padrão de casas populares. Ao caminhar pela aldeia pude ir observando as residências dos indígenas, construções de alvenaria, todas padronizadas, do mesmo tamanho, algumas tinham algum tipo de plantação, mas em poucas existiam árvores frutíferas. Em alguns quintais existiam brinquedos espalhados pela areia, lixo reciclável como embalagens vazias, garrafas plásticas, além de muitos cães e galinhas.

Geralmente, o espaço doméstico físico é composto por uma casa principal associada a outras pequenas construções mais antigas que se constituem em anexos, onde são utilizados como garagem, depósito para

armazenamento de pertences ou do artesanato. Dentro desse espaço, muitas famílias agregam parentes próximos, e aí passa a compreender mais do que uma moradia principal. Nas áreas externas há espaços cobertos; lá, os indígenas permanecem durante a maior parte do dia.

Ao caminhar pelas trilhas de capim baixo, e também pela areia abundante, observa-se o cotidiano dos moradores. As casas são pequenas, as crianças brincavam nos quintais, em alguns havia brinquedos espalhados pela areia, os cães magros e muitos com ferimentos na pele. Mesmo com a minha presença continuavam deitados sob a areia ou capim, outros, observando minha chegada, começavam a latir. Em algumas casas havia roupas nos varais, as pessoas acenavam, e foram percebendo minha presença pouco a pouco. Muitos olharam pelas janelas das casas, sempre todas abertas, assim como as portas. O gado estava solto e foi possível ver as vacas com seus bezerros, provavelmente são dos moradores ou da comunidade, assim como as galinhas. Algumas crianças caminhavam com suas mochilas escolares, em direção à escola.

Atualmente, as residências concentram-se em uma área apenas, pois a aldeia sofreu um processo de aldeamento com a construção das moradias a partir de 1940, consolidando-se no ano de 2004, com o Programa Pró-Lar do Estado, quando foram construídas as unidades consideradas moradias principais, pela Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano do Estado de São Paulo (CDHU) (Rodrigues, 2007). Antes de serem aldeados, os moradores ainda mantinham sua mobilidade, em preservação à característica nômade da etnia Kaingang, nativa dessa área, que foi sendo extinta quando os “chefes de posto” do Serviço de Proteção ao Índio, criado em 1910,

começaram a estabelecer condições de moradia baseadas nos padrões dos não índios, em 1917 (Rodrigues, 2007).

O Posto Médico da aldeia pertence ao Polo Base, localizado na cidade de Bauru, estado de São Paulo, e DSEI Interior Sul e Sudeste é localizado na região central da aldeia, envolto por árvores grandes, em frente à estrada que corta a aldeia e que dá acesso à cidade de Tupã e Arco-Íris.

Esse serviço possui uma sala de espera com banco de alvenaria, um pequeno escritório para armazenar alguns prontuários, documentos e um computador, uma sala para atendimento de enfermagem com balanças, materiais para curativos e medicações, um consultório odontológico equipado com o necessário para os atendimentos e um consultório médico, que não é utilizado, pois as consultas médicas ocorrem na Unidade Básica da cidade de Arco-Íris. Há também um depósito com medicações para o uso comunitário.

Os profissionais dessa unidade de atendimento são: uma enfermeira não indígena responsável técnica, um técnico em enfermagem indígena, um dentista, um agente de saneamento para consertos, jardinagem do pomar e limpeza externa e uma auxiliar de limpeza.

No local eram realizados curativos diversos, verificação de pressão arterial, controles de glicemia capilar, inalações, algumas vacinas, entre outros cuidados. Realizavam, também, a antropometria mensal das crianças menores de cinco anos de idade, a suplementação semanal com sulfato ferroso para as menores de dois anos e orientações quanto à amamentação e introdução de alimentos, principalmente, para mães com filhos em situação de risco nutricional. As mulheres são convocadas pessoalmente pela equipe, durante as visitas domiciliares ou no próprio posto.

5.2.1. Formação da aldeia Vanuíre

A maioria dos índios da reserva é das etnias Krenack e Kaingang, mas há também, moradores de outras etnias como a Terena, Pankararu, Atikun, Caiuá e Fulniô.

Os moradores Kaingang, que significa “*habitante do mato*”, denominação baseada na vida ligada à natureza, pertencem ao tronco linguístico do Macro-Jê e estão em contato permanente com os não índios, desde o século XVIII, constituem um dos mais numerosos povos indígenas brasileiros, 25 mil índios vivem em mais de trinta terras em São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul (Kühl *et al.*, 2007).

No estado de São Paulo, os Kaingangs viveram no vale do rio Tietê, passando pelas bacias do rio Feio-Iguapeí e do rio do Peixe, até as florestas que, em galeria margeavam o rio Paranapanema. Essa região, até o final do século XIX, foi alcançada pela mata Atlântica que avançava pelas vertentes orientais da serra do Mar, acompanhando o curso dos rios que correm para o Oeste, como o Rio Grande, o Tietê, o Paranapanema, o Ivaí e o Iguapeí. As matas dessa região eram chamadas de matas do Vale do Paraná, *habitat* dos índios Kaingangs (Cruz, 2006). Atualmente, os índios Kaingangs, nativos do oeste paulista, compõem, além da Aldeia Vanuíre, o Posto Indígena de Icatu, no município de Braúna.

No século XIX, essa região do vale do rio Tietê passou a ser alvo de exploração econômica, pois o solo do Planalto Ocidental Paulista oferecia condições favoráveis para a cultura do café e de criação de gado, além do cultivo de outros gêneros (Cruz, 2006).

Com o avanço capitalista, nessa região foram construídas as estradas de ferro, o que impulsionou ainda mais a penetração e povoamento do Planalto Ocidental do Estado. A Estrada de Ferro Noroeste foi implantada para facilitar o comércio com a região mato-grossense por via terrestre. Essa ferrovia liga a cidade de Bauru, no estado de São Paulo, ao estado do Mato Grosso do Sul, passando pela região entre os rios Feio e Tietê. No ano de 1905, as obras foram iniciadas, na cidade de Bauru, terminando em 1914 na cidade de Campo Grande, no Mato Grosso do Sul (Rodrigues, 2007).

Naquele momento, os habitantes da região, organizados social e culturalmente, foram vistos como bárbaros que se não quisessem atender aos objetivos da sociedade capitalista, como aconteceu, restava-lhes o confronto. Os engenheiros forneceram armas para seus funcionários e autorizou-os a disparar sobre os índios, contrataram “bugreiros”, especializados em exterminar os nativos. A população Kaingang, no estado de São Paulo, estava estimada em aproximadamente 1.200 índios. Em 1912, após a pacificação e já em reservas, este número caiu para 700 e em 1916, para 200 indivíduos, respectivamente. Tiveram, portanto, em aproximadamente 15 anos, sua população reduzida em mais de 80% (Borelli, 1984). Foi através de etnocídio e genocídio que se deu aproximação entre os índios da etnia Kaingang e não índios, em prol do avanço econômico.

Os conflitos foram solucionados com a criação do Serviço de Proteção aos Índios (SPI), em 1910, com a função de agir nas áreas em conflito, “pacificando” os índios. Assim sendo, o processo de pacificação dos Kaingangs começou a partir de 1911, quando a expedição do SPI encontrou cinco índios escravizados em um cativeiro localizado em uma das fazendas da região, entre

eles estava a índia Vanuíre, que ao ser libertada foi intermediária no contato entre os índios Kaingang e os funcionários do SPI, auxiliando no processo de aldeamento, daí a nomeação oficial da reserva como Aldeia Vanuíre em 1917 (Rodrigues, 2007).

Resultante desse processo de contato e de pacificação, a desarticulação da organização social Kaingang foi rápida e violenta, segundo Darcy Ribeiro (1970), foi um dos únicos grupos indígenas que passou direto da condição de isolado para a de integrado:

[...] tendo experimentado todas as compulsões referidas e conseguido sobreviver, chegaram ao século XX ilhados em meio à população nacional, à cuja vida econômica se haviam incorporado como reserva de mão-de-obra ou como produtores especializados de certos artigos para comércio. Estavam confinados em parcelas do antigo território ou despojados de suas terras, perambulavam de um lugar a outro, sempre escorraçados. (Ribeiro, 1970, p. 235).

Além de todo o processo de contato com os não índios, os Kaingangs passaram a dividir seu território de moradia com outras etnias transferidas para a área pelo SPI, oficialmente, a partir de 1958, com a chegada dos índios da etnia Krenack (Cruz, 2006).

O primeiro Krenack chegou ao oeste paulista em 1940, e estabeleceu como seu local de moradia, inicialmente na terra indígena de Icatu, no município de Braúna, a 35 km da cidade de Araçatuba, também formada como aldeamento Kaingang, atualmente também habitada por Terenas. Posteriormente, este Krenack mudou-se para a Aldeia Vanuíre (Cruz, 2006).

Os Krenack ou Borun, também denominados Botocudos, pelos portugueses, no final do século XVIII, eram assim chamados porque usavam

botoques auriculares e labiais. São conhecidos também por Aimorés, Gren e Gueren ou Kren e pertencem ao tronco linguístico Macro-Jê. Habitaram os estados do Espírito Santo às margens do rio Pancas, e do rio Doce em Minas Gerais, entre as cidades Resplendor e Conselheiro Pena, onde estão até hoje, numa reserva de quatro mil hectares (Cruz, 2006).

A história de pacificação dos índios Krenack é semelhante à dos Kaingang, pois no início do século XX, o território Botocudo foi penetrado pela Estrada de Ferro Bahia-Minas e Vitória-Minas e o SPI atuou na pacificação e aldeamento dos Krenack para prosseguir com as obras da Estrada de Ferro. Um grupo liderado por um chefe chamado Krenack (daí o nome da etnia) resistiu ao aldeamento, mas perdeu no confronto e foi aldeado em 1913 (Cruz, 2006).

A partir de 1918 começaram as discussões entre o SPI e o Governo de Minas Gerais para a demarcação de terras para esses índios, pois no local onde estavam aldeados era extraída madeira ou os lotes eram arrendados pelo SPI. Em 1955 foi descoberta uma mina de mica na área central da reserva indígena, o que gerou interesses tanto por parte do Estado, resultando na transferência dos Krenack para a área Maxicali, rivais históricos dos Krenack, que passaram a viver em péssimas condições até serem transferidos para o Posto Indígena Vanuíre, em 1958 (Cruz, 2006).

A etnia Terena pertence ao subgrupo dos Guanás, sua língua é da família Aruak, e é falada pela maioria dos índios que se reconhecem como do grupo. Vivem principalmente no estado de Mato Grosso do Sul, nas áreas indígenas denominadas de Aldeinha, Buriti, Dourados (TI Guarani), Lalima, Limão Verde, Nioaque, Pilade Rebuá, Taunay/Ipegue, Água Limpa e

Cachoeirinha, Reserva Indígena de Kadiweu em Porto Murtinho, na Área Indígena Umutina e a leste do rio Miranda. Situam-se ainda na margem esquerda do alto Rio Paraguai, entre os municípios de Peixoto de Azevedo, Matupá e Guarantã do Norte na Terra Indígena Gleba Iriri Novo no estado do Mato Grosso. Também há famílias no estado de São Paulo, na TI de Araribá (município de Bauru), Icatu (município de Braúna) e na Aldeia Vanuíre (IBGE, 2010).

Nessas duas últimas localidades, as famílias da etnia Terena foram levadas pelo Serviço de Proteção aos Índios (SPI) para servirem de exemplo aos índios locais, por suas práticas agrícolas e propensão à pacificação (CPI, 2009).

Na Aldeia Vanuíre, além das etnias Kaingang e Krenack predominantes, existem também alguns moradores de outras etnias indígenas e não indígenas. Entre estas etnias, estão as Fulniô, Pankararu, Atikun e Caiuá.

Os Fulniô, também denominados Carijós, que são índios migrados do município de Águas Belas, estado de Pernambuco. São mais de 2.900 índios, bilíngues falantes do português e o ia-tê. Os Pankararu e os Fulniô têm características de migrantes nordestinos: fugindo da seca, à procura de trabalho em São Paulo como faxineiros, pedreiros ou vigilantes. Em tempos de crise, sofrem com o desemprego (CPI, 2009).

Os Pankararu fazem parte de um dos oito grupos indígenas que habitam o estado de Pernambuco, estão localizados nos municípios de Petrolândia, Tacaratu e Jatobá, na área de influência do Baixo-Médio Rio São Francisco. A Terra Indígena Pankararu foi homologada em 1987, onde vivem cerca de cinco mil Pankararu, distribuídos em 15 aldeias: Brejo dos Padres, Caldeirão,

Espinheiro, Carapateira, Barruão, Saco dos Barros, Olaria, Cacheados, Logradouro, Tapera, Agreste, Macaco, Barriguda, Saco do Porcão e Bem Querer (Nakashima, 2009).

Nessas terras há a presença de um grande número de posseiros, o que vem gerando, há décadas, uma série de graves conflitos entre os Pankararu e os não indígenas. Os Pankararu iniciaram o movimento migratório para São Paulo na década de 1950, para fugir da seca e dos conflitos com posseiros, na esperança de conseguirem emprego e uma vida mais digna.

Os Pankararu fazem parte do grupo mais amplo de “índios do sertão” ou Tapuia, caracterizado historicamente por oposição aos Tupis da costa e ao Jê dos cerrados ao oeste, estabelecendo-se no submédio São Francisco.

A terra indígena de origem dos Atikun situa-se no município de Carnaubeira da Penha, no sertão pernambucano. São migrados da área que localiza-se na região da serra das Crioulas e Umã, nos limites do atual município de Carnaubeira da Penha, sertão de Pernambuco (CPI, 2009).

Etimologicamente, a etnia Caiuá provém da Guarani “cai’guara”, ou seja, “o que habita os montes”. Caiuá, Caaguá ou Cainguás são variantes do nome dos índios guaranis da margem esquerda do rio Paraguai. Os índios Caiuás atualmente habitam uma região a oito quilômetros de Dourados, Mato Grosso do Sul, no município de Santo Antônio do Caiuá que se localiza no Terceiro Planalto Paranaense, na microrregião de Paranavaí (CPI, 2009).

Os grupos indígenas brasileiros vitimados pela expansão capitalista do século XIX, pelo etnocentrismo, escravização, imposições e proibições de suas

tradições, foram forçados a migrarem para a divisão grupal em prol da pacificação.

Atualmente, vivenciam um processo de resgate às suas tradições, ao fazerem artesanatos, reunirem-se para dançar, cantar e ensinar a língua kaingang e krenack para as crianças, buscando se fortalecer enquanto grupos étnicos capazes de reinventar uma tradição espoliada pelo contato com não indígenas no final do século XIX e início do XX, dominado pela ideologia do progresso capitalista, que não exitou diante da necessidade do extermínio indígena (Cruz, 2006).

5.3. A inserção da pesquisadora no campo de estudo

Desde que surgiu interesse em concretizar este estudo, buscou-se obter mais informações sobre o modo de vida na aldeia indígena por meio do contato com os profissionais de saúde e alguns membros da comunidade no posto médico ou nas suas proximidades.

Foram realizadas algumas visitas nos meses de setembro, outubro e novembro de 2009, para elaboração do projeto inicial.

Em 2010 e 2011, as visitas foram realizadas nos meses de julho e dezembro, com o intuito de reforçar o vínculo estabelecido e confirmar aos profissionais de saúde da aldeia a realização da pesquisa. Procurou-se também, informações sobre o número de nascimentos ocorridos nesses anos para identificação do número de crianças de zero a cinco anos de idade moradoras no local. Apesar das visitas à aldeia, a pesquisadora não teve contato com a população indígena.

Portanto, o processo de inserção da pesquisadora na comunidade ocorreu primeiramente, por meio da permanência no posto médico da aldeia, em dias úteis no horário de atendimento da equipe de saúde, após a aprovação dos Comitês de Ética e demais órgãos indígenas e após serem fornecidas informações aos profissionais sobre a presença da pesquisadora na aldeia, de sua formação acadêmica e sobre a pesquisa.

O Posto de Saúde da aldeia, que é conhecido como “posto médico” serviu como ponto de referência durante a permanência da pesquisadora na comunidade, pois lá era possível o contato e observação do cotidiano da aldeia, a observação dos atendimentos e o cotidiano dos moradores, pois de lá era possível a visualização das áreas externas dos espaços sociais da aldeia, como a escola e o salão comunitário, além do ir e vir dos moradores, mantendo o distanciamento necessário para essa etapa da observação, justificando-se a opção.

Conhecido pelos indígenas como “farmácia” ou pelo nome dos profissionais, o posto médico é ponto de embarque dos moradores, para os atendimentos médicos realizados na cidade de Arco-Íris ou Tupã, sendo levados pelo motorista, que é o cacique da aldeia, no carro comunitário mantido pela Secretaria Especial de Saúde Indígena SESAI. Também, é referência dos moradores para solicitação de orientações ou para expor seus problemas ou aflições diversas, não só relacionadas ao processo saúde-doença.

A estrutura física simples com uma varanda e um muro baixo, onde sempre havia alguém sentado, morador ou os profissionais de saúde,

conversando sobre algum fato ocorrido na comunidade, facilitou a aproximação dos moradores com a pesquisadora.

Também havia muitos cães, pois enquanto um morador era atendido, seus cães o aguardam na varanda ou no interior do posto. Existem dois cães sem raça definida que são assíduos no posto, ambos nos acompanhavam nas caminhadas pela comunidade. Havia ainda um bezerro, a “vaquinha”, cuidada desde o nascimento por famílias que moram nas proximidades, que sempre está presente no pomar e se aproximava das pessoas quando chegavam. Com a permanência na aldeia e andamento do estudo, a pesquisadora pode compreender a importância do gado leiteiro para a comunidade, que geralmente, é criado como animal de estimação além de fonte de subsistência.

5.4. Participantes do estudo

Foram consideradas participantes deste estudo todas as crianças de zero a cinco anos de idade residentes na aldeia indígena Vanuíre, cujos pais autorizaram sua inclusão no estudo, totalizando 24, e 31 mulheres pertencentes à família das referidas crianças, ou seja, a mãe da criança e as demais mulheres que coabitam a casa, que já tiveram filhos, foram informantes para obtenção dos dados relacionados aos aspectos culturais, da prática do aleitamento materno e da alimentação infantil indígena. A ideia foi a de abranger as gerações de mulheres, que foram apresentadas com nomes indígenas fictícios. Em quatro domicílios moravam mais do que uma criança, totalizando 20 domicílios.

Das 31 mulheres, 19 mães, nove avós e três bisavós das crianças estudadas, não foi possível realizar a segunda entrevista com três mulheres (duas mães e uma bisavó que possui deficiência auditiva) e não foi possível ouvir o conteúdo gravado de duas (mãe e avó de uma criança), totalizando 26 entrevistas, com enfoque qualitativo. No entanto, essas mães realizaram uma das entrevistas e autorizaram a participação de seus filhos.

A inclusão de todas as mulheres da família no estudo, envolvidas no cuidado com a criança, ocorreu com o intuito de se obter uma ampla visão da comunidade acerca do fenômeno “alimentação” das crianças indígenas. Nessa perspectiva, pretendeu-se acessar a riqueza de informação oferecida tanto pelas mulheres que estão em fase de criação dos filhos de zero a cinco anos, como pelas mais velhas que já passaram por essa experiência.

Foram encontradas dificuldades na definição de quais famílias seriam incluídas no estudo pelas constantes mudanças de local de moradia. Quando a pesquisadora ficava um período ausente da aldeia, ao retomar o contato com os moradores, era informada de que havia uma família que permaneceu na aldeia por um período curto e se mudou, ou que havia conhecido e já não morava mais lá. O que dificultava a determinação exata do número total de famílias da aldeia, que era de 62, e do número de crianças menores do que cinco anos de idade. Isso é uma característica das populações indígenas, talvez por terem sido nômades antes do aldeamento.

5.5. Coleta dos dados

5.5.1. Os dados qualitativos: observação participante e entrevista

Para a coleta dos dados foi utilizada a observação baseada no modelo desenvolvido por Madeleine M. Leininger (1925-2012), Observação-Participação-Reflexão (OPR).

No período de observação e participação da pesquisadora na vida social da aldeia, a equipe de saúde foi colaboradora do estudo, auxiliando na localização das casas, algumas dispersas na área territorial da aldeia e distantes do posto médico.

Após a inserção no cotidiano da Aldeia Vanuíre, concretizou-se o início da primeira fase do Modelo OPR, a de observação, na qual a pesquisadora buscou aguçar sua visão e escuta, evoluindo das percepções gerais da cultura para alguns aspectos específicos da alimentação infantil. Essa etapa, em alguns momentos, ocorreu ainda no período de inserção no campo e também ocorreu na segunda etapa a de observação participante.

A pesquisadora manteve-se em uma atitude inicial de distanciamento, até que aos poucos os moradores foram percebendo a sua presença, a partir de um local de referência da aldeia. Tal período teve duração de 30 dias aproximadamente, até o alcance de uma visão geral sobre o cotidiano dos indígenas e da aproximação deles com a pesquisadora, não havendo um período de encerramento pré-determinado.

Na segunda etapa do método, a pesquisadora começou a participar de algumas visitas domiciliares junto com a equipe de saúde do posto médico da

aldeia, interagindo com os indígenas. Essa fase se estendeu até o final da coleta dos dados da pesquisa, evoluindo para uma interação cada vez mais efetiva, sem perder de vista o foco da pesquisa e a condição de pesquisadora, cuja participação efetiva na aldeia ocorreu com a sua apresentação oficial para as mulheres da aldeia, por sugestão da equipe de saúde. Foi agendada uma reunião com todas as gestantes, futuras informantes, mães e avós das crianças com até cinco anos de idade.

Esse agendamento foi realizado pela equipe, que se dirigia até cada residência para comunicar a data e o horário do encontro. Chegada a data, foram colocadas cadeiras em toda área externa do posto médico, sob a sombra da copa de uma grande árvore. As mulheres foram chegando lentamente, conversavam um pouco entre si, mas mantiveram o silêncio, algumas sorriam discretamente.

A enfermeira iniciou com a apresentação, explicou o motivo da reunião e pediu à pesquisadora que falasse sobre seu trabalho. O que foi feito com palavras simples e resumidamente sobre os aspectos éticos e os procedimentos de coleta dos dados, a importância do estudo e o respeito aos aspectos culturais indígenas. Ao final, foram oferecidas algumas balas para as crianças, pois a equipe havia enfatizado que era costume oferecer algo nas reuniões ou nas campanhas de vacinação infantil. Dessa forma, procurou-se manter os costumes, inclusive em relação ao tipo de petiscos oferecidos, procurando-se não se introduzir alimentos novos e não gerar algum tipo de influência, cuidado que ocorreu durante toda permanência no campo.

No salão paroquial a pesquisadora participou de um curso de artesanato, durante três dias, ocasião em que acompanhou a rotina do horário escolar das crianças: entrada, saída e horários do almoço.

Tais atividades foram imprescindíveis para o aumento da aproximação aos informantes do estudo, na busca de se reduzir o estranhamento dos indígenas em relação à pesquisadora e romper algumas barreiras interpessoais, além de auxiliar na compreensão dos aspectos socioculturais relacionados ao aleitamento materno e à alimentação das crianças de zero a cinco anos.

O contato com os nativos e a sua observação fundamentam o método etnográfico e requerem um período de permanência em determinada sociedade, onde o antropólogo coleta os dados sobre diferentes aspectos da vida social, no caso deste estudo, a alimentação infantil.

Malinowski (1976, p. 29) descreve os fenômenos da vida real observáveis: *“A rotina do trabalho diário do nativo, os detalhes de seus cuidados corporais; o modo como prepara a comida e se alimenta; o tom das conversas e da vida social ao redor das fogueiras, entre outros”*.

Autores como Malinowski (1997) defendem a necessidade de se desenvolver um relacionamento empático com os nativos e que deve ter habilidades como tato e paciência.

No entanto, Geertz (2012, p. 60) afirma que este “mito de pesquisador semicamaleão” foi demolido por seu próprio defensor. Adaptar-se a um ambiente que lhe é exótico e ser um “milagre em empatia” não era realidade nem para o próprio Malinowski, segundo seu diário. Inserir-se em uma

comunidade não implica tornar-se um membro dela, mas conhecer seus constituintes.

Segundo Romanelli (1998) e Malinowski (1997), os instrumentos de coleta de informações utilizados na etnografia são acompanhados dos dados demográficos, organização das famílias ou das habitações, que são anotados no diário de campo, no qual pode conter os dados objetivos e impressões pessoais de subjetividades.

Toda a observação foi registrada em um diário de campo, descritivamente de forma clara e objetiva. Portanto, a observação dos informantes e sujeitos foi realizada em todos os momentos, durante a permanência na aldeia, e ainda foi seguido um roteiro direcionado para a observação de aspectos relativos à alimentação (Apêndice 3).

Observação participante é deixar de ser um mero observador a distância, no entanto, o etnógrafo não pode bloquear a concepção do seu próprio papel de pesquisador e de seus interesses (Geertz, 2011). Para esse autor, o pesquisador observa, registra, analisa e tais ações são dependentes e concomitantes.

Assim como afirma Leininger, McFarland (2006), que a última fase, a de reflexão, faz parte de toda a observação e que significa refletir sobre o fenômeno observado ou ideias, que auxiliarão o pesquisador a focar os aspectos contextuais da pesquisa para interpretar a experiência.

5.5.2. A captação dos dados objetivos da pesquisa

As crianças menores do que cinco anos, moradoras no local do estudo, foram identificadas por meio dos cadastros das famílias indígenas, arquivados no posto médico da aldeia, nos quais constavam o número de membros, idade e sexo de cada um, número da residência e etnia.

Foi realizada a antropometria da criança, no posto médico, com o agendamento prévio, pelos profissionais de saúde, de duas datas seguidas, nos horários de funcionamento e com os equipamentos e materiais do serviço.

A estatura das crianças com idade superior a 23 meses foi obtida na posição ortostática com o antropômetro vertical, das menores, na posição deitada, mediante o uso de antropômetro portátil infantil, com precisão de 0,1 cm. Para a aferição do peso, utilizou-se balança mecânica com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 100 g para crianças com peso acima dos 16 kg e balança pediátrica mecânica com precisão de 10 g para as crianças com menos de 16 kg ou menores do que dois anos. Os equipamentos e os procedimentos técnicos seguiram as recomendações da WHO (2006).

Iniciou-se a coleta dos dados dos prontuários das 24 crianças. Foram coletados os dados referentes ao nascimento, aleitamento materno e sobre o histórico de saúde da criança, incluindo a suplementação com sulfato ferroso e outros dados relativos ao seu processo saúde doença, conforme o Apêndice 3.

No dia seguinte à antropometria, a pesquisadora foi até a residência da criança para a realização da entrevista para a coleta de dados sobre a alimentação. O agendamento foi realizado durante a realização da antropometria.

A entrevista seguiu um roteiro com questões objetivas (Apêndice 4). Por meio das perguntas foi possível levantar as práticas alimentares infantis, além de se conhecer alguns hábitos e padrões alimentares, buscando uma descrição geral e objetiva sobre essa questão.

Com esse instrumento buscou-se dados sobre estrutura da residência e da família, características socioeconômicas e maternas, a alimentação das crianças com idade de até cinco anos, como tipos de alimentos oferecidos e introdução de novos alimentos, horários das refeições, acesso aos alimentos, entre outros.

Foram entrevistadas 20 mulheres cujos filhos com até cinco anos de idade participaram do estudo, ou o responsável por sua alimentação. Lembrando que nessa etapa, as avós e bisavós, ou demais mulheres das famílias não participaram. No entanto, entre elas, 19 eram mães e uma era avó.

A primeira entrevista auxiliou a pesquisadora no processo de aproximação dos sujeitos para a realização da segunda entrevista, em uma nova visita domiciliar, visando à coleta dos dados qualitativos.

Polit, Beck, Hungler (2004) denominam esta técnica como de autorrelato estruturado e afirmam sua apropriação quando o pesquisador sabe o que necessita saber, com antecipação, então pode elaborar questões em um documento formal.

5.5.3. A entrevista para captação dos dados subjetivos

Essa etapa de coleta dos dados qualitativos foi realizada em uma segunda visita domiciliar (Apêndice 5), não sendo possível agendá-la, pois a única forma de contato com algumas famílias era indo até a sua residência. Para algumas delas foram necessárias duas ou três visitas, a fim de realizar as entrevistas com todas as mulheres, mesmo assim, duas deixaram de participar.

A entrevista em profundidade possibilitou o alcance dos dados subjetivos relacionados às práticas alimentares infantis, como as crenças, sentimentos, costumes, rituais, e foi realizada tanto para as mães das crianças, quanto para as demais mulheres do grupo familiar.

As entrevistas com a mãe da criança era iniciada com a questão norteadora: “Conte como foi a história de alimentação do seu filho do nascimento até hoje”; e para as demais mulheres da família: “Conte como foi a história de alimentação de seus filhos desde o nascimento até quanto tinham por volta dos cinco anos de idade”.

Geertz (2011) destaca que a realização de entrevistas fazem parte do trabalho de campo, assim como a observação e a definição de parentescos.

5.6. Análise dos dados

5.6.1. Análise etnográfica

Para a análise, os dados das entrevistas foram descritos na íntegra e os do diário de campo reorganizados.

Segundo Geertz (2012, p. 62), para captar: “o que os nativos acham que estão fazendo”, por meio da análise de formas simbólicas, como as palavras, as imagens, as instituições e os comportamentos, em cujos termos as pessoas, realmente, representam-se para si mesmas e para os outros” (p. 63), o pesquisador deve estruturar seus resultados, construir categorias antropológicas ou culturais para conduzir a uma análise antropológica. Isso é essencial para o pesquisador e torna o significado de “ver as coisas do ponto de vista dos nativos menos misterioso” (p. 62).

As experiências próximas das informantes foram transcritas na íntegra, organizadas em categorias antropológicas ou culturais, de acordo com os temas surgidos nas narrativas, os quais foram apresentados descritivamente.

Na tentativa de descrever e interpretar os hábitos e costumes dos indígenas, relacionados à alimentação infantil, os dados referentes às entrevistas foram integrados aos dados quantitativos, ou numéricos, quando pertinentes.

Geertz (2011, p. 15) defende: *“há três características da descrição etnográfica: ela é interpretativa, e interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o dito num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis”*.

Para esse autor, o pesquisador aborda caracteristicamente tais interpretações mais amplas e análises mais abstratas a partir de um conhecimento muito extensivo de assuntos pequenos.

A tarefa do pesquisador é dupla, pois envolve tanto a descoberta das estruturas conceituais que informam os atos e os discursos sociais dos

sujeitos, como engloba a elaboração de um sistema de análise capaz de interpretar as informações obtidas.

Segundo Geertz, o risco de uma concepção etnocêntrica é de aprisionar o ser humano em sua interpretação pessoal, então a solução metodológica é "traduzir", ou seja, transferir sentidos "das intimidades de um tipo de vida para as metáforas de outro". O autor preconiza que se busque a compreensão para perceber as formas simbólicas que os "nativos" usam, por meio de um pendular constante entre as categorias "nativas" e as que o antropólogo utiliza para realizar os seus objetivos científicos.

Para isso, o pesquisador deve realizar dois tipos de descrições: as observações cada vez mais detalhadas e caracterizações cada vez mais sinópticas, para que se forme um retrato verossímil da vida humana (2012).

As etnografias, ao representarem sistemas simbólicos de crenças, ritos, mitos e religiões, não apenas descrevem ou falam sobre o modo de pensamento dos "nativos". A maneira como esses sistemas são descritos revelam, por sua vez, o modo como o pensamento foi organizado textual e narrativamente. A escrita etnográfica, portanto, ao expor a cultura do "outro", informa-nos também sobre a estrutura e a organização narrativa do texto, revelando, assim, parte da cultura do próprio antropólogo. Em última instância, quem fala é o antropólogo, embora sua fala não seja a única (Geertz, 2011).

Para esse autor, existem descrições definidas como de experiências próximas ou "de dentro", o "emic", que é aquilo que os informantes nos dizem sobre o que os seus semelhantes sentem, veem, pensam. As experiências distantes ou "de fora", o "etic", é definido como sendo o que os pesquisadores utilizam para responder aos seus objetivos. Nesta pesquisa o "emic" diz

respeito às narrativas das mulheres sobre a amamentação e a alimentação de seus filhos e o “etic”, à interpretação e apresentação dos resultados.

Dessa forma, os dados foram relidos e interpretados, conforme os pressupostos de Geertz (2011, 2012). Da síntese dos dados e da abstração de categorias foram formuladas teorias, o “etic”. Tal fase exigiu a descoberta de temáticas importantes da análise criativa dos dados das fases anteriores e da reflexão sobre as informações, que foram comparadas com achados da literatura, elaborando-se possíveis recomendações, sem a pretensão de esgotar a temática.

Os resultados do estudo também foram interpretados e associados aos resultados da análise dos dados quantitativos, permitindo esclarecer a condição da nutrição infantil e sua composição alimentar, definidos em uma dada realidade de vida e de bem cultural.

5.6.2. Os dados antropométricos e suas variáveis

Os dados referentes à estatura, ao peso e os dados quantitativos foram apresentados e analisados a luz de formas estatísticas que permitem dar um retrato das condições nutricionais e do crescimento das crianças, associadas aos perfis biológico, social e de condição de vida da criança e família.

A conversão dos valores antropométricos da estatura e do peso em escores z foi realizada por meio do programa WHO-Anthro versão 3.2.2. Escore z é um termo estatístico e quantifica a distância do valor observado em relação à mediana dessa medida ou ao valor que é considerado normal na população.

Os conjuntos de curvas de crescimento utilizados foram os da WHO (2006). Valores de escore $z < -2$ para os índices E/I, P/I e P/E foram utilizados para caracterizar baixa estatura para a idade, baixo peso para a idade e baixo peso para a estatura, respectivamente. Valores de escore $z > 2$ para o índice de P/E foram considerados como indicativos de sobrepeso. Nas crianças de 24 a 59 meses, valores de escore $z > 2$ para o IMC foram informativos de sobrepeso. Consideraram-se estatisticamente significativos os valores de $p < 0,05$.

Os dados referentes às condições socioeconômicas, às características maternas e familiares, e ao perfil nutricional e de aleitamento materno foram categorizados e analisados com estatística descritiva básica, com cálculo das porcentagens e frequências das variáveis categóricas e para as contínuas por meio de testes qui quadrado (χ^2) nas associações, por meio dos programas do Excel 14.0 e Epiinfo.

Os tipos de alimentos consumidos e o padrão do aleitamento materno foram categorizados conforme as recomendações da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2008).

- Aleitamento materno exclusivo – quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- Aleitamento materno predominante – quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas.

- Aleitamento materno – quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- Aleitamento materno complementado – quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria, a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- Aleitamento materno misto ou parcial – quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.
- Alimentação complementar – alimentação líquida ou sólida oferecida à criança, em adição ao leite materno.

6. Apresentação e análise dos dados

6.1. Conhecendo as mulheres e seus filhos menores de cinco anos

6.1.1. Os espaços domésticos matrilocais dos sujeitos da pesquisa

Entre as 26 famílias das crianças menores de cinco anos, duas dividiam a mesma residência, totalizando 24 domicílios. Dentre estes, duas (8,69%) encontravam-se no mesmo espaço doméstico, ou seja, duas residências se encontravam no mesmo quintal ou espaço de propriedade particular delimitado ou não. Portanto, o total de espaços domésticos observados foi de 22. E 20 eram realmente resididos por crianças com até cinco anos, considerando-se que dois espaços domésticos eram habitados pelas avós e bisavós entrevistadas por contribuírem com a alimentação dos netos.

O número de moradores nos 20 espaços domésticos totalizou 117, e variou de três a 10 pessoas, com uma média de 4,62 moradores por domicílio.

E o de crianças com irmãos menores de cinco anos, residentes no mesmo domicílio, foi de cinco (20,83%), 12 (50%) com irmãos maiores do que cinco anos, uma (4,16%) possuía irmãos maiores e menores do que cinco anos e seis (25%) das crianças não possuíam irmãos.

Em seis domicílios, entre os 20, as crianças moravam com avós e com tios no mesmo domicílio, em dois espaços domésticos havia outra casa, habitada por tios. Em cinco espaços domésticos havia duas residências, no entanto, em apenas dois espaços as duas residências eram destinadas à moradia, os outros três serviam para depósito.

A forma tradicional de residência entre os Kaingang e Krenack é a matrilocidade, ou seja, após o casamento, o genro passa a morar na casa do sogro, agrupando-se em famílias extensas por motivos econômicos e ou sociais, como disponibilidade de residências desocupadas para moradia ou auxílio financeiro ou materno nos cuidados domésticos. Esse padrão de residência é comum a todos os grupos Jê.

A menor unidade social observada na aldeia é a família nuclear formada, geralmente por pais e filhos. Esses grupos familiares fazem parte de unidades sociais maiores chamadas de grupos domésticos ou parentelas formadas por um casal de idosos, seus filhos e filhas solteiras, suas filhas casadas, seus genros e netos. Esse grupo doméstico não ocupa, necessariamente, a mesma habitação, mas um mesmo espaço doméstico ou território.

Quando fui à residência da Sr.^a Inaiê, Krenack, ficou evidente a matrilocidade, havia três construções no imenso quintal, a sua casa, onde vivia com seu esposo e um filho solteiro; a casa de uma das filhas, que vivia com o esposo e suas três netas (uma menor de cinco anos); e uma casa onde guardavam e trabalhavam fazendo artesanato indígena, como arcos e flechas, cocais, enfeites de parede e instrumentos musicais. As mulheres também trabalhavam no artesanato. A avó cozinhava para a filha e netas. As outras filhas, que moravam na aldeia, mas não dividiam o mesmo quintal, usufruíam das verduras, frutas e batata-doce cultivadas pela avó. Quando entrei na pequena casa, vi que estavam ali mais três filhas com suas crianças, cerca de seis netos.

A forma de agrupamento familiar Kaingang e Krenack requer a adoção de uma definição ampla para as relações e vínculos estabelecidos entre as pessoas próximas da aldeia.

Portanto, ao considerar-se a matrilocidade, a definição de grupos domésticos, as famílias extensas (uxorilocalidade) e parentescos estabelecidos por consanguinidade, comum nos grupos Jê, adotou-se a denominação de parentela que, segundo Pereira (2004), é formada por um círculo de pessoas relacionadas por vínculos parentais.

Os agrupamentos das famílias das crianças com até cinco anos de idade e das mulheres, que contribuíam ou auxiliavam nos seus cuidados, resultaram em oito parentelas, assim constituídas:

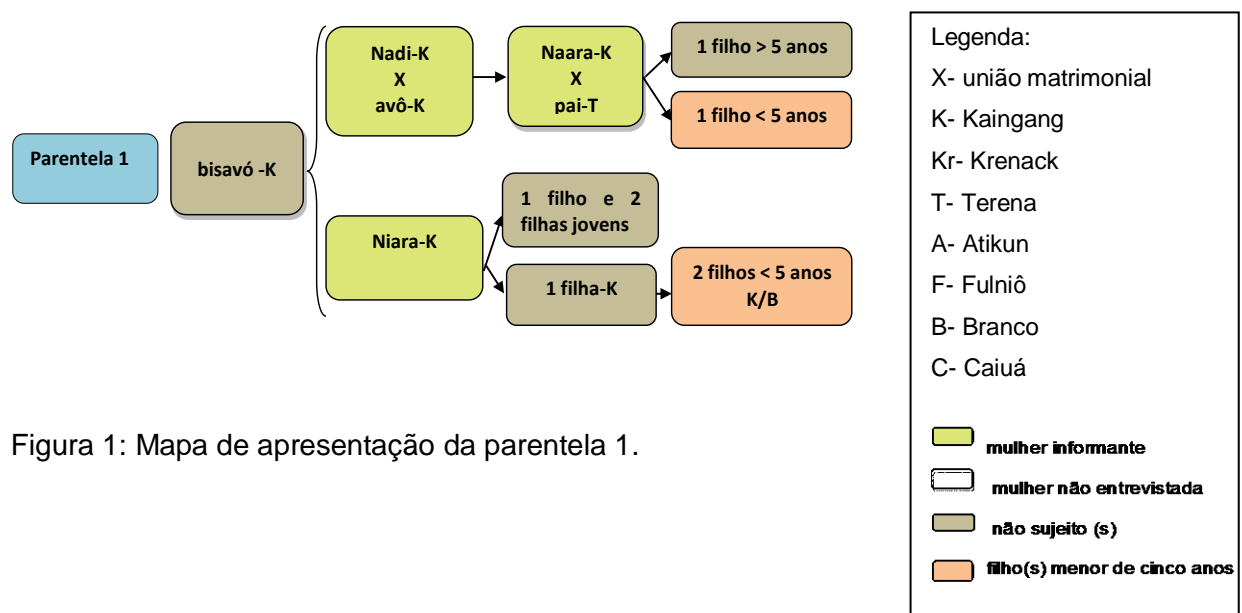


Figura 1: Mapa de apresentação da parentela 1.

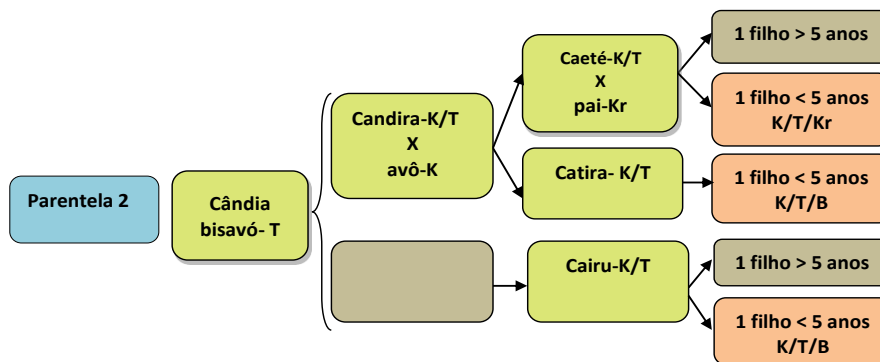


Figura 2: Mapa de apresentação da parentela 2.

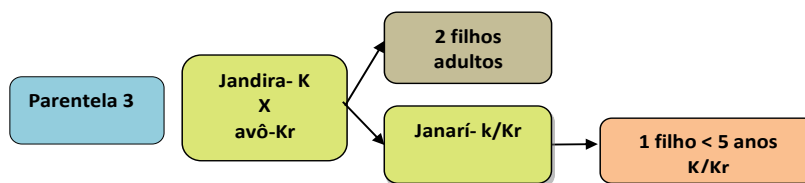


Figura 3: Mapa de apresentação da parentela 3.

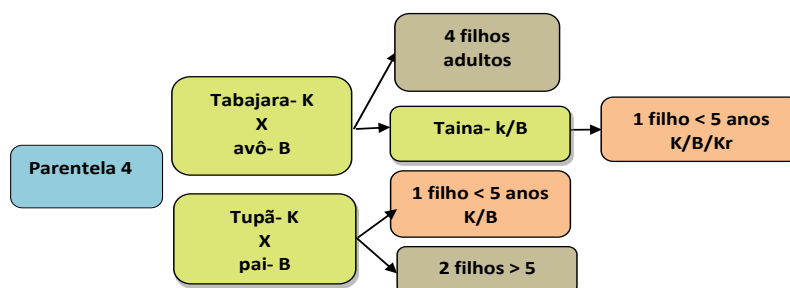


Figura 4: Mapa de apresentação da parentela 4.

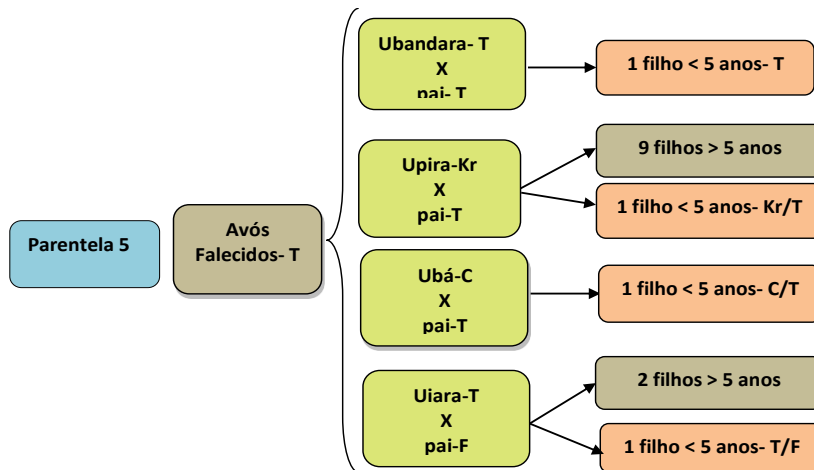


Figura 5: Mapa de apresentação da parentela 5.

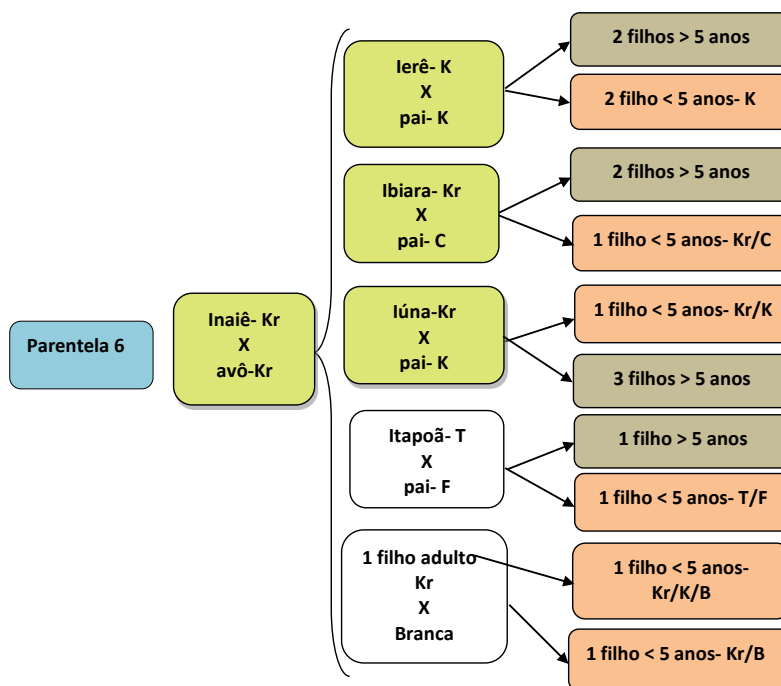


Figura 6: Mapa de apresentação da parentela 6.

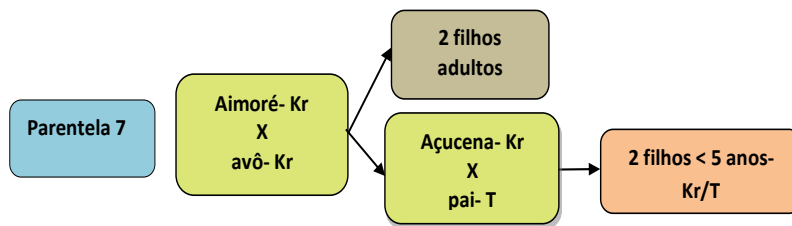


Figura 7: Mapa de apresentação da parentela 7.

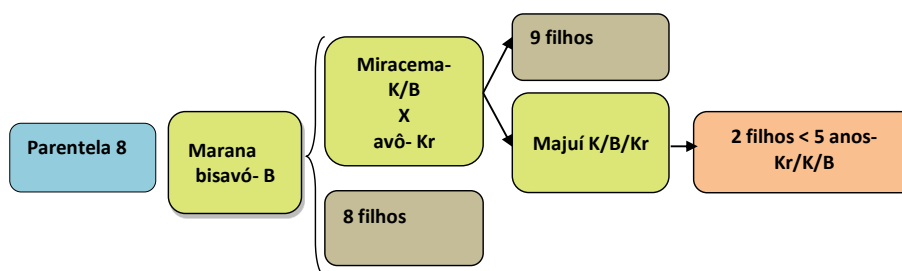


Figura 8: Mapa de apresentação da parentela 8.

6.1.2. As mães das crianças menores de cinco anos: características e subsistência

As mães das crianças se encontravam a maioria, oito (40%) na faixa etária de 26 a 30 anos, cinco (25%) delas possuíam idades entre 20 e 25 anos, três (15%), entre 30 e 40 anos e duas (10%) tinham mais de 40 anos. Duas (10%) eram jovens com menos de 20 anos. A idade variou entre 17 e 47 anos.

Quanto ao número total de filhos, cinco (25%) possuíam um filho, oito (40%) dois filhos, três (15%) tiveram três filhos, duas (10%) quatro e cinco filhos e duas (10%) mulheres tinham seis filhos (uma era avó de duas crianças).

O grau de escolaridade materno variou do fundamental incompleto, com apenas alfabetização, uma mulher (5%), ao grau superior com uma (5%) mãe que cursou pedagogia e oito (40%) alcançaram o ensino médio. Quatro (20%) possuem um curso de nível técnico para capacitação em docência e são professoras na escola da aldeia. Referente ao ensino fundamental, quatro (20%) não conseguiram completá-lo e uma (5%) o concluiu.

As professoras estão entre as sete (35%) mulheres com trabalho assalariado, sendo que uma (5%) mulher é cozinheira e outra é diretora na escola da aldeia, uma é auxiliar de limpeza no posto médico. Dentre as demais, duas (10%) auxiliavam na produção de artesanato e uma trabalhava na lavoura. A metade, 50%, desenvolviam apenas atividades domésticas, auxiliavam-se e costumavam contribuir com as mulheres que trabalham fora do lar, principalmente nos períodos e atividades que envolviam a maternidade, como na gravidez, no parto e na criação dos filhos.

Nas observações realizadas, tanto nos espaços sociais quanto nas residências, e nas entrevistas realizadas, ficaram evidentes as relações de auxílio mútuo nas atividades que envolvem o cuidado aos filhos e trocas de bens de consumo, como os alimentos cultivados.

Nessa configuração, as mulheres se ajudam solidariamente, algumas ainda contribuem para a renda familiar desenvolvendo atividades com fins econômicos. Ao entrevistar as irmãs, Ierê e Ibiara, ficou evidente o auxílio materno e fraterno nos cuidados das crianças, na culinária e na amamentação.

“...minha irmã lúna, amamentou para mim, ela tinha filho pequeno também, quando não dava para ela vir, ela mandava o leite do peito em uma

chuquinha, ...minha mãe ajudava, me ensinou, ...as papinhas e o chá”, nunca tive problemas, tem a horta da minha mãe...” Sr.^a Ierê

“Minha mãe ensinou muita coisa...fazer as papinhas, minhas irmãs também, minha mãe faz peixe com banana verde...” Sr.^a Ibiara

É comum encontrar pela aldeia as crianças brincando em grupos, tanto nos espaços domésticos externos quanto nos comunitários. Em algumas residências há muitas crianças, reúnem-se irmãos, primos e vizinhos. As mulheres cuidam dos filhos umas das outras, independente de serem parentes.

A relevância em se compreender esses conceitos se faz por proporcionar a compreensão das relações entre avós, irmãs e mães, pertencentes a uma mesma parentela, nos cuidados e práticas alimentares de suas crianças.

Na ausência ou presença dos pais de seus filhos, as mulheres encontram o auxílio e o apoio, desde a gestação até os cuidados após o nascimento na figura materna (matriarca) ou na fraterna, de suas irmãs e até mesmo são auxiliadas pelas vizinhas, mantendo a tradição indígena.

A maioria das mulheres era casada, 13 (65%), uma (5%) unida estavelmente, três (15%) divorciadas e três (15%) eram solteiras.

Conheci uma das mulheres solteiras ao caminhar sob o sol quente, junto com uma colaboradora da equipe de saúde. Decidi parar em uma residência próxima, para tomar água. Fomos recebidas por uma jovem gestante, a Sr.^a Catira. Ela referiu que era sua segunda gestação e que havia perdido seu primeiro filho antes mesmo do nascimento, por esconder sua gestação de sua família, por ser fruto de um relacionamento com um branco. Este filho é de outro relacionamento com outro rapaz branco, mas depois do ocorrido na

primeira gestação, ela optou por não esconder a gravidez. Um dos casos de óbito fetal na aldeia foi o da Sr.^a Catira, parentela 2, que já estava grávida novamente, sua filha foi uma das crianças participantes do estudo, pois já havia nascido no período da realização da antropometria.

A Sr.^a Catira auxiliava sua irmã nos cuidados dos filhos, seus sobrinhos, e participou do encontro realizado no posto médico para apresentação da pesquisa, sempre estava acompanhando um dos sobrinhos. Sua irmã, Sr.^a Caeté, parentela 2, falou sobre o caso familiar.

“...minha irmã Catira está feliz com o bebê (gravidez), ela já perdeu um, mas este é de outro namorado, ela arrumou outro namorado branco e vai ter outro filho, mas ela vai continuar solteira porque ele não quer se mudar para cá, ele é da cidade...”

Era comum nos ambientes comunitários da aldeia, comentários das mulheres sobre a ausência dos pais de seus filhos. Entre as 20 famílias das crianças menores de cinco anos de idade, em seis (30%), o pai ou a figura paterna estava ausente independente da sua etnia ou raça. Entre as crianças com mais de uma etnia, seis eram filhas de pais brancos (cinco ausentes) e uma de mãe branca que se mudou para a aldeia.

Na aldeia, a tendência à união entre metades opostas também é evidenciada, pelas uniões inter-raciais, entre indivíduos brancos e índios, como ocorreu com a Sr.^a Marana que foi a primeira mulher branca, descendente de portugueses proprietários de terras vizinhas, que se casou com um índio da etnia kaingang, quando isso não era um fato comum na aldeia. Morou em uma oca com vários índios e afirmou que foi muito difícil acostumar com os costumes indígenas, e eles não aceitavam brancos na aldeia.

“Eu cheguei aqui à noite, eu fugi porque meu pai não queria e ele me chamou para fugir, e eu peguei e fugi, aí foi pedir para o cacique para eu ficar, fiquei sem ver minha família por um ano, mas depois fui vê-los,...e ele só separou quando Deus levou ele, ele bebia depois de velho...” Sr.^a Marana

Com os fazendeiros que se mudaram para a região com suas famílias, os índios começaram a conviver com os brancos, na época da expansão da economia cafeeira e aldeamento indígena. O contato com os brancos, começou a ser pacífico e faz parte das lembranças das mulheres idosas, como contado por uma senhora Kaingang, com cerca de 100 anos de idade, ficava durante todo o dia sentada na sua varanda, ela me convidou para sentar e conversar. Sentei-me em um banco de madeira, as galinhas entravam na cozinha e voavam para cima da mesa, além de fazerem muito barulho. Ela começou a falar sobre sua juventude, que nunca se casou, mas namorou com muitos brancos.

A presença e contato com os brancos, ou até mesmo, entre os indivíduos de etnias diferentes, levam à aproximação e conhecimento de culturas diferentes, à experimentação, julgamento crítico e à modificação ou não dos hábitos e comportamentos tradicionais.

O contato favorece as uniões interétnicas e inter-raciais que são comuns na aldeia, em relação à etnia das crianças, 22 entre as 24, (91,66%), são de duas etnias ou mais, ou seja, são filhas de pais interétnicos. Seis (25%) são Krenack/Kaingang, quatro (16,66%) são de três etnias, duas (8,33%) Krenack/Kaingang/branco, uma (4,16%) Krenack/Kaingang/Terena, uma (4,16%) Krenack/Kaingang/branco e duas (8,33%) são possuem uma etnia, sendo uma

Terena e uma Krenack. Apenas as famílias das etnias Krenack, Kaingang, Terena, Atikun e Guarani possuem crianças menores de cinco anos.

Essa característica multiétnica das crianças reflete a forma de união Kaingang, exogâmica, entre indivíduos diferentes etnicamente, denominada simbolicamente de metades Kamé e Kairu (Sol e Lua).

No entanto, os Krenack adaptaram-se às realidades históricas e passaram a estabelecer uniões necessárias à reprodução do grupo, devido aos altos índices de mortalidade, primeiro pelos massacres e depois pelas epidemias, e pelo aumento dos casamentos interétnicos, o grupo estabelece a preferência pela união entre primos, trocando a exogamia pela endogamia para a preservação étnica e cultural.

Na aldeia observa-se que os indivíduos Krenack se agrupam etnicamente e ocupam um lado da aldeia, buscam a preservação de sua cultura. Já os Kaingang estão dispersos pela aldeia e compõem famílias multiétnicas, continuando com os costumes exogâmicos.

O casamento entre primos foi constatado, acredita-se que seja um fator que diferencie os Kaingang dos Krenack.

Na parentela 6, da Sr.^a Inaiê, Krenack, fica evidente a busca pelo casamento endogâmico:

“...me casei com um Kaingang e tive meus seis filhos, me separei dele, voltei para Minas Gerais com as crianças e minha mãe, para tomar as terras que perdemos e ajudar outros familiares que ficaram lá.”...lá em Minas me casei com um Krenack, este meu marido... meu outro marido, o ex, mora aqui sozinho em outra casa, mais longe, ele bebe muito (me agredia fisicamente quando éramos casados), então fica só mesmo... minha casa está sempre

cheia de filhas e netos, já são 20... minha filha também se casou pela segunda vez, agora é casada com um primo, Krenack, para nós não há problemas, nunca teve casos de problemas com as crianças... ela se separou de um Kaingang para se casar com o primo. ... vem vindo mais um neto, filho do meu filho, mas minha nora, a namorada dele, eles moravam juntos não quis morar aqui, foi para Arco-Íris, e ele mora aqui, hoje ele não foi trabalhar, porque foi dormir em Arco-Íris e não deu tempo de pegar a condução para a lavoura, então está com a filha, esta, ele tem com outra moradora aqui da aldeia..."

No estudo, não houve relatos, nem foram observados casos de má-formação congênita em crianças dessas famílias ou mesmo nas demais crianças da aldeia que pudesse se ter conhecimento.

Porém, entre os Krenack observa-se a existência de diferenças entre o comportamento dos indivíduos do sexo masculino e do feminino em relação aos relacionamentos, pois os homens geralmente possuem filhos com mulheres de outras etnias e com não índias. Diferente das mulheres que geralmente, casam-se endogamicamente. Entretanto, entre os homens não foram observadas características poligâmicas.

6.1.3. O nascimento das crianças estudadas

Os nascimentos ocorreram em dois hospitais situados na cidade de Tupã, considerados de médio porte, pois ambos não possuem Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. O pré-natal foi realizado no município de Arco-Íris.

As crianças nasceram de parto normal, 14 (58,33%), e cesárea, 10 (41,66%).

Com a assistência hospitalar, o parto cesárea foi introduzido na comunidade, mas as mulheres não o aprovam e o relaciona à ocorrência de problemas à sua saúde.

Relata-se a ocorrência do nascimento dos filhos das Sr.^{as} Uiara e Ubandara, cunhadas da parentela 5, a partir da vivência do evento pela comunidade: a equipe de saúde e alguns moradores estavam apreensivos por notícias de uma moradora que estava hospitalizada em um hospital na cidade de Tupã, para o nascimento de seu filho. Logo em seguida, ouvimos o som do telefone público da aldeia, era o esposo da parturiente, que entrou em contato para informar que seu filho havia nascido de parto cesárea e que mãe e filho estavam bem. O menino nasceu pesando 3.080 g e medindo 48 cm. Um dos profissionais entrou em contato com a família para tentar acalmá-los com a notícia, no mesmo instante, a cunhada da parturiente, a Sr.^a Ubandara, chegou, buscando por informações. Referiu também, que estava preocupada por não poder auxiliar sua cunhada nas tarefas domésticas, por estar grávida e possuir problemas obstétricos que necessitam de repouso. Mas, salientou que a outra cunhada estava cuidando dos filhos da puérpera e iria auxiliá-la nos cuidados com o recém-nascido e afazeres domésticos. Quando esta gestante retornou para sua residência, perguntei para a equipe de saúde o motivo pelo qual a jovem precisaria de repouso, eles informaram que ela era uma das duas mulheres que haviam sofrido óbitos fetais.

Havia dois casos de óbitos fetais na aldeia, consecutivos. Um dos casos, era o da Sr.^a Ubandara (parentela 5), da etnia Terena. A perda fetal ocorreu no Mato Grosso do Sul, pois por ser sua primeira gestação, preferiu passar os últimos meses na casa da sua mãe e entre os Terenas, perdeu o filho sem

saber os motivos. Nessa segunda gestação, seria encaminhada ao serviço de referência obstétrica, na cidade de Marília, para investigação de possível risco gestacional.

Após dois meses, quando a pesquisadora iniciou a fase participante da observação, a Sr.^a Ubandara já estava realizando o pré-natal na cidade de Marília, por possuir um tipo de coagulopatia sanguínea, e falou sobre o que a preocupava, pois seu parto ocorreria na cidade de Marília, estava com medo de não poder se comunicar com seus familiares (cunhadas) e esposo, disseram que ele não poderia acompanhá-la, e ainda sua mãe estava longe, em uma tribo Terena no Mato Grosso do Sul. O parto cesárea estava agendado para próxima semana.

O pré-natal e os partos considerados de alto risco são realizados em hospitais de nível terciários na cidade de Marília, situada a 100 km da aldeia e a 70 km da cidade de Tupã.

No mês seguinte, a pesquisadora conheceu o bebê da Sr.^a Ubandara, umas das crianças do estudo, nasceu pesando 2.570 g e medindo 47 cm e com idade gestacional menor do que 37 semanas, do sexo masculino e já estavam se preparando para irem ao encontro da sua mãe e para apresentar seu filho para a tribo Terena.

“O outro nosso foi a minha mãe que cuidou (avó que mora em uma aldeia no Mato Grosso) lá no Mato Grosso, foi minha mãe que cuidou, ela dava mamadeira, eu tinha leite, mas a criança estava doente e não pegava meu peito, essa outra criança nasceu prematura. Neste, a vizinha veio dar o banho, agora o banho o marido dá, está difícil né... e vamos para o Mato Grosso levar o bebê.”

Os hospitais da cidade de Tupã possibilitam a presença do acompanhante nos nascimentos.

“E o menino também foi complicado, ia perder ele, a placenta estava fina, sangrava na gravidez e na hora de ganhar era a mesma coisa, eu acompanhei-a, eu assisti o parto, eu peguei ele...”

A possibilidade de acompanhar o nascimento dos netos, resgata parte da assistência tradicional indígena na qual a mulher mais velha ou parteira realizava os partos na aldeia. Isso ocorreu com a Sr.^a Marana, parentela 8, sobre como realizavam os nascimentos antigamente, há cerca de 50 anos, quando não possuíam meios de transporte para o acesso aos hospitais nas áreas urbanas, e mantinham a tradição indígena.

“...No nascimento tinha costume Kaingang, as mulheres falavam na linguagem, quando foi para nascer meu filho, eu morava numa casinha lá no meio do mato, e a cunhada dele era parteira e ela morava longe, aí eu passei mal aqui e ele foi chamar ela de madrugada, eu fiquei sozinha, e senti uma dor muito forte, eu agachei e forrei o chão com pano, ele nasceu, peguei ele na roupa que coloquei no chão e coloquei na cama e cobri, fui acender o fogo, era fogão de barro, coloquei água para esquentar, ela chegou e cortou o cordão com a tesoura quente, a placenta tinha saído tudo junto, ela foi falando no idioma, ela disse é “bicoti tangran” que era homem, eu preferia o parto em casa, minha filha também nasceu em casa, e minha cunhada fazia perfurun para dar leite, ela fazia na casa dela e trazia e leite não faltou ...”

Outra bisavó, a Sr.^a Cândia, parentela 2, vivenciou o período de transição entre a assistência domiciliar das parteira e a hospitalar.

“...meus nasceram três em casa e três no hospital, a finada minha sogra que fazia os partos, ela cortava o umbigo, e dava o banho, ela falava só o idioma indígena, não entendia, era Kaingang pura...”

As bisavós vivenciaram a assistência tradicional indígena, suas experiências se diferenciam das tidas pelas avós e mães das crianças menores de cinco anos. Na aldeia não há mais rituais tradicionais relacionados ao nascimento, como as relatadas pelas bisavós.

Quanto às condições de nascimento, a maioria das crianças nasceu com idade gestacional entre 37 e 41 semanas e seis dias, 21 (87,5%). Apenas três (12,5%) nasceram com menos de 37 semanas. Nenhuma nasceu com mais de 42 semanas. Todas as crianças tiveram nota nove no primeiro minuto de vida e de nove a 10 no quinto, de acordo com a avaliação do Boletim de Apgar.

Quanto ao sexo, 13 são do sexo masculino e 11 do feminino. A estatura ao nascer variou de 41 a 52 cm entre ambos os sexos, mas suas variações em relação ao sexo não são estatisticamente significantes, são independentes, conforme o teste qui-quadrado, considerando-se o nível de significância de 0,05 (Quadro 1).

Quadro 1: Estatura ao nascer, segundo o sexo das crianças menores de cinco anos. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo.

Estatura (cm)	Masculino	Feminino	Total
45-47	4	2	6
48-50	7	6	13
<50	2	1	3
Não sabe	0	2	2
Total	13	11	24

O peso variou de 690 a 4.060 g no sexo feminino e de 2.430 a 4.045 g no masculino. Entre as 24 crianças, uma (4,35%) pesou menos de 1.000 g, quatro (17,40%) pesaram de 2.000 a 3.000 g, 16 (69,57%) de 3.000 a 4.000 g e duas (8,70%) com mais de 4.000 g, uma (4,35%) das mães não sabia informar o peso do nascimento do filho. Não houve crianças com peso de nascimento de 1.000 a 2.000 g. As variações do peso em relação ao sexo também não foram estatisticamente significantes pelo teste de qui-quadrado, como esperado.

Não foi possível coletar os dados referentes ao perímetro craniano e torácico ao nascer, devido à ausência de registro dessas medidas nos prontuários das crianças e as mulheres não souberam informar.

Dentre as doenças ou agravos à saúde já apresentados pelas crianças estudadas, estão as verminoses em geral ocorridas em seis crianças, a diarreia foi apresentada por sete, duas crianças sofreram por constipação intestinal, 16 crianças apresentaram gripe ou resfriados, febre apenas uma, anemia por três,

duas apresentaram alergias com erupções cutâneas, e infecção do trato urinário, apenas uma.

As crianças entre seis e 30 meses recebiam a suplementação com o xarope de Sulfato Ferroso semanalmente, totalizando 11. O xarope de sulfato ferroso é administrado às crianças, no posto médico, semanalmente, pois como é industrializado e é como um medicamento as mulheres se opõem ao seu uso ou aceitam, mas mantêm a preferência por alimentos ricos em ferro.

As mulheres costumam procurar atendimento médico para seus filhos na ocorrência das cólicas intestinais ou amigdalite, dentre os sinais e sintomas apresentados pelas crianças são os únicos que são sinônimos ou geradores de dor.

“..., então nem leva ao médico, só quando é a garganta, mas se é coisa que pode resolver em casa, ...” Sr.^a Aimoré

“Ela é uma criança forte, só esta gripe mesmo,...é difícil ficar doente, um dia só levei no médico com cólica, mais a médica falou que era normal, que era normal do intestino que estava ficando forte, era normal...” Sr.^a Tupã

Os remédios industrializados, segundo as mulheres, são muito fortes para as crianças por serem pequenas e pelos efeitos colaterais ou adversos. Os chás são bons segundo a comunidade, mas nos dias atuais existem menos tipos de remédios caseiros.

O cuidado de higiene das crianças também mantém algumas tradições, como os banhos frios com a crença de que podem deixar a criança forte, mesmo não sendo no rio ou logo após o nascimento da criança. Segundo as mulheres, é um costume Kaingang, Terena e Xavante.

“...não dava banho no rio quando nascia, mas o Xavante dá, já joga no rio e sai nadando o bixinho, para sair guerreiro, e mulher também, ...aqui as crianças tomam banho frio, o menino não queria tomar banho na água gelada, corria do banho, ...mas a maioria gosta.” Sr.^a Aimoré

“Os terenas fazem festa no primeiro filho, pra comemorar o primeiro filho que a mulher tem, festa pra mulher, é força, e pra criança tem banho especial, mas não me lembro, as mais velhas vão na mata e colhem ervas para o banho, não sei por que as mais velhas, e no parto elas fazem um tipo de rede e são elas que cortam o umbigo, com tesoura. Lá agora não sei, mas antigamente não cuidava, morreram muitos de desnutrição. Lá tem cemitério só para as crianças, as mães não dão o peito e são muitos filhos. Lá eles dão banho na água fria desde que nasce, no Mato Grosso é bem diferente, para lá não vou mais, e é só comida indígena. Lá tem feira de comida indígena na aldeia. Não tem mais ritual quando alguém morre, só antigamente” Sr.^a Uiara

“...ela não fica doente, ...e toma banho frio no calor, mais no frio também. Meu cunhado, quando vem, fica apavorado, porque com oito meses já põe na água fria. Os filhos dele vivem doentes, e os meus não, ontem estava meio frio e ela ficou o dia inteiro na água brincando. Ela corre na chuva, pode chover que ela já vem pedir, gosta da represa. Os dele, ele protege muito, qualquer friagem põe blusa de frio, e não deixa, ...a minha é mais forte o organismo, corre e pula na lama...meu sobrinhos” Sr.^a Cairu

“...dava o banho no bebê na água morna e ia acostumando ele na água fria, e depois era só água fria, e nunca ficaram doentes... no umbigo passava um óleo de copaíba, é uma árvore e faz um buraco, e tira o óleo, ela fazia o curativo para mim, este é um costume Kaingang...” Sr.^a Marana

Atualmente, os primeiros banhos do recém-nascido seguem o padrão dos não indígenas, ensinado nos hospitais, mas quando a criança completa oito meses de idade começa a tomar banho na água fria. O curativo realizado no coto umbilical das crianças variou quanto ao tipo de produtos utilizados, como: óleo mineral, álcool, óleo de copaíba, de mamona e de algodão.

“..., no primeiro quem deu o banho foi minha mãe, uns três meses, eu tinha medo, no umbigo sempre passava álcool, no outro eu não passei, era outra enfermeira e passava um óleo mineral, e caiu mais rápido... lá no hospital mesmo agora já falam do álcool, ...” Sr.^a Caeté

“...no umbigo limpava com álcool, porque a enfermeira falava que não podia por nada, se não ia amarrar com moeda...” Sr.^a Uiara

“...eu passava remédio que socava aquela semente de algodão, é bom, não tiveram problemas, antigamente eu não usava essas coisas, só o indígena, torrava a semente, soca, e fica um pozinho e passava com azeite, porque lá eles fazem azeite, de mamona, só que a mamona para fazer azeite, tem que socar ela. Sai um óleo brilhoso, e tem um amendoim, e é o óleo da mamona, aí você cozinha, o da mamona é melhor, não coloquei no dele porque aqui não tinha, o álcool resseca muito” Sr.^a Upira

Como os nascimentos são assistidos nos hospitais na área urbana, os confrontos culturais quanto aos cuidados às crianças ocorrem, de forma mais exacerbada. O etnocentrismo dos profissionais de saúde é evidente na imposição de normas e técnicas.

“...dos meninos demos banho de picão, porque ficaram amarelos, no hospital falavam para dar banho de sol, mas chegava aqui já dava o banho, o menino era para ficar no banho de luz. Uma noite ele começou chorar e eu

também não dormia, aí quando trocou o turno, a enfermeira falou do chá de picão, mas aqui não, se não sou mandada embora, eu vou tirar ele da luz para ficar com a senhora, de manhã eu volto e coloco de novo, ele não ficou o tempo que precisava, o Dr. Ficou bravo, e falaram para dar banho de picão em casa, 3 já melhora, e mandou embora, ...e melhorou.” Sr.^a Aimoré

As crianças costumavam caminhar sem calçados nos seus espaços domésticos. Como um garotinho com dois anos de idade, que caminhava com desenvoltura pelo capim baixo e seco, com os pés descalços e sozinho. Observando esse fato, a pesquisadora questionou à enfermeira se não havia algum risco, e ela, com muita tranquilidade, respondeu-lhe que era costume e ele estava próximo da sua casa. Com a permanência na aldeia, a pesquisadora via que as crianças e os adultos caminhavam sem calçados próximo às suas residências. Os calçados eram utilizados quando iam ao posto médico, à escola e aos demais espaços sociais.

Conseqüentemente, eram comuns os ferimentos nos pés, como o ocorrido com uma das crianças do estudo: a Sr.^a Inaiê e a sua neta compareceram ao posto médico pela manhã para que a enfermeira examinasse o ferimento no pé esquerdo da garotinha. Ela feriu o pé com algo perfurocortante ao caminhar sem calçados à noite pelo quintal.

Quanto às brincadeiras, a pesquisadora também observou as crianças na área escolar, onde as menores brincavam em alguns brinquedos, como escorregador, balanço e gira-gira, e as maiores dividiam-se pelo sexo: as meninas conversavam sentadas às mesas no pátio e alguns meninos brincavam de lutar; uma professora também observava com muita naturalidade.

6.2. Sistemas econômico e socioculturais das parentelas

6.2.1. As fontes de subsistência das parentelas

A base da economia das famílias das crianças moradoras da aldeia, em geral, é a atividade agrícola, mas existe a produção de artesanato nas próprias residências e alguns trabalhadores formais.

Entretanto, há 13 famílias que dependem do auxílio do Programa Bolsa Família, duas do Salário ou Auxílio Maternidade (para as mulheres gestantes e ou até seis meses após o parto) e uma de Aposentadoria. Para muitos essas são as únicas fonte de renda, sendo que o emprego na lavoura é sazonal.

Toda semana, a equipe de saúde transporta o leite tipo C fornecido pelo Programa Viva Leite, estadual, da Unidade Básica de Arco-Íris até o Posto Médico Vanuíre. Apenas duas famílias fazem uso do benefício (parentelas 6 e 7) por terem a facilidade de residir próximo ao posto médico e possuírem crianças com idade acima de seis meses. Há dificuldade de manter o produto na temperatura adequada durante o transporte.

“..., o leite vem de Arco-Íris de segunda, quarta e sexta. A enfermeira traz quando vem para cá cedo, recebemos também o dinheiro do Bolsa Família... comemos carne de boi, quando matam , daqui mesmo, ...”

Há cerca de dois anos, a população também recebia litros de leite ordenhado das vacas comunitárias, conforme o número de crianças e idosos, quando possuíam gado leiteiro, porém, isso não ocorre mais nos dias atuais por possuírem apenas gado de corte.

Semestralmente é enviado para o Polo Base, localizado na cidade de Bauru, estado de São Paulo, um relatório com os dados antropométricos das crianças, para a garantia do pagamento do auxílio pelo Programa Bolsa Família para as famílias cadastradas.

Em um dos dias de permanência na aldeia foi observado algo diferente na rotina diária das famílias, no posto administrativo localizado ao lado do posto médico ocorria a entrega de cestas básicas para as famílias. Da varanda do posto médico, a pesquisadora notou que as mulheres iam buscar as cestas acompanhadas pelos filhos, que brincavam em frente aos postos, os cães também as seguiam e formavam matilhas no local. As mulheres que passavam pelo posto médico, geralmente, paravam e conversavam com a equipe de enfermagem. A pesquisadora questionou se as cestas eram para todas as famílias, mas afirmaram que a prioridade era para as famílias das crianças e idosos. Os indígenas recebiam, irregularmente, uma cesta básica da FUNAI.

A comunidade possui bens comuns, como a área territorial demarcada, o gado e equipamentos agrícolas, além de um trator e uma grade (equipamento utilizado ao preparo do solo) os quais são da FUNAI.

O gado é para o consumo da comunidade, a cada três meses um é abatido e a carne é dividida entre 19 famílias que seguem as normas estabelecidas pela maioria. Por exemplo, a família deve manter seus filhos de até 10 anos estudando na escola da aldeia, para ter direito ao benefício, se optar pela escola de Arco-Íris este é perdido.

A exemplo da família da Sr.^a Uiara, parentela 5, perdeu o direito à carne do gado comunitário, pois as crianças estudam em uma escola localizada na área urbana. Ao chegar à residência da família da Sr.^a Uiara, a pesquisadora

encontrou uma garota que corria segurando uma mochila escolar em direção ao ônibus que transporta os moradores até Arco-Íris. Perguntou para a mãe, que acenava em despedida da filha, onde ela ia, a mãe respondeu-lhe que ia para escola em Arco-Íris. Ainda acrescentou que isso não é comum na aldeia, pois a família perde o direito de beneficiar-se com a carne do gado comunitário. E que então, só consumiam carne vermelha quando compravam. Referiu que em Arco-Íris as crianças estavam tendo aulas de informática.

O gado é abatido também, para as comemorações dos casamentos entre os membros da comunidade. Em caso, de casamento de um morador indígena com um não índio, o direito à carne para a festa é perdido.

Ou seja, para consumir a carne proveniente do abate do gado comunitário, as famílias devem seguir as normas definidas pela maioria dos moradores, as crianças devem frequentar a escola local, os casamentos devem ser entre moradores indígenas da comunidade.

As residências disponíveis para moradia, também só podem ser ocupadas mediante a autorização do cacique da aldeia.

As terras, dentro da demarcação, são destinadas à pastagem do gado comunitário e ao plantio comercial ou doméstico, a caça e a pesca são liberadas para o consumo doméstico. Cada família pode plantar dentro das terras indígenas, desde que avisem previamente às lideranças indígenas, ou seja, ao cacique. O plantio é facilitado por um sistema de irrigação da terra que leva a água da represa para as áreas de roças.

Como atividade agrícola, existe a agricultura de subsistência com o plantio nos espaços domésticos e a agricultura comercial nas áreas

comunitárias nas terras demarcadas, ou ainda há 10 indígenas que trabalham na roça de terceiros, sazonalmente.

Quando a coleta dos dados deste estudo estava sendo finalizada, uma parentela já estava colhendo os tomates plantados nas terras comunitárias, que se destinam ao cultivo comercial. O tomate amadureceu e foi vendido para uma indústria de molhos que realizou a colheita com seus maquinários agrícolas. A plantação ficava a cerca de 3 km da área residencial da aldeia e era propriedade de uma família, não era comunitária.

No entanto, o tomate não era o principal produto cultivado para a comercialização, e sim a mandioca conhecida como “brava”, própria para a produção de farinha por uma indústria localizada na região.

A agricultura para fins comerciais era desenvolvida por poucas famílias, mesmo a com fins de subsistência doméstica não era exercida por todos, pois os mais jovens usufruíam dos produtos cultivados pelos pais.

Portanto, o cultivo para subsistência é presente em 13 espaços domésticos nos quais residem crianças menores de cinco anos destes, oito é realizado pelos avós e cinco pelos próprios pais. Dentre as famílias dos sete espaços domésticos sem cultivo, seis consomem os produtos cultivados nas casas dos avós da criança. Apenas uma família não planta, não cria galinhas no quintal pequeno por falta de cerca e não possui avós residindo na aldeia. Entre as atividades de subsistência estão o plantio, a criação de animais e a caça.

A criação de animais para o consumo é praticada por 75% das famílias, assim distribuída: 100% são aves, principalmente galinha, mas há a criação de patos selvagens. Também, são criados bovinos, principalmente o leiteiro,

33,3% e os suínos 13,33%, além dos animais de estimação. Ressaltando que os cães auxiliam nas atividades de caça.

Entre os produtos cultivados havia as árvores frutíferas, predominantes em cinco espaços domésticos, as quais foram plantadas há muitos anos, nem sempre eram plantadas pela família atual, mas sim por seus antepassados. Nos oito espaços cultivados pelos avós há hortas pequenas e pomares com produtos variados como batata doce, alface, almeirão, salsa, abóbora, chuchu, cenoura, milho, acerola, tangerina, limão, goiaba, banana, manga, abacate, jaca, amora, jabuticaba, plantas medicinais e algodão em duas residências.

Apesar de presente, o plantio doméstico é desorganizado e disperso pelos quintais, não sendo comum a presença de grandes hortas, o que foi observado apenas em um dos espaços domésticos.

Durante as caminhadas pela área da aldeia ocupada predominantemente pelos Krenack, próximo à grande oca, a pesquisadora observou a maior horta doméstica da aldeia, coberta com tela de proteção e de efeito estufa, próxima à mata. Era cultivada pelo avô Krenack de seis crianças menores de cinco anos de idade. Havia hortaliças e leguminosas diversas.

Algumas famílias colhem plantas medicinais na própria mata, aos arredores da área residencial, atividade exercida pelos homens.

A caça de animais e aves é permitida apenas dentro das áreas demarcadas. No entanto, alguns moradores praticam a atividade fora da área permitida. Geralmente, eles levam matilhas de cães de grande porte, sem raça definida, magros, criados nas residências para auxiliar na captura dos animais.

A Sr.^a Caeté, parentela 2, em seu espaço doméstico, relatou:

“Meu pai sai para caçar nos finais de semana e às vezes meu esposo acompanha, mas não é sempre, é mais fácil visualizar o rastro do animal após chover. A carne do javali é melhor do que a da capivara, eu faço frito. E da casca do tatu faço colar, ...”

Com cautela a pesquisadora foi até o espaço doméstico da parentela 4, pois um de seus cães era temido por toda aldeia e era utilizado nas caçadas. A Sr.^a Tabajara disse que o filho caçava e que preferiam a carne do javali fêmea, porque o macho tem um cheiro muito forte, mas a carne da fêmea é igual à carne suína, já a capivara tem gosto de mato.

São caçados javali, capivara, paca, quati, cotia, tatu, e outros. Quanto às aves aproveitam as penas no artesanato. As mulheres são responsáveis apenas pela limpeza e cozimento da carne, pois a caça é uma atividade masculina. A pesca é menos praticada pela falta de peixes no rio Aguapei ou Feio, localizado próximo à aldeia, alguns moradores vão pescar nos rios distantes nos fins de semana.

Quanto à renda familiar em reais, nove (45%) famílias possuíam renda mensal de 300,00 a 700,00, 10 (50%) de 701,00 a 1.100,00, três (15%) de 1.800,00 a 2.500,00 e duas (10%) possuem renda não definida, porque ninguém trabalhava naquele momento.

Entre os trabalhos formais assalariados na aldeia, existiam três indígenas que trabalham no posto médico, um técnico de enfermagem, motorista e uma auxiliar de limpeza. E na escola da aldeia, quatro professoras, uma diretora e uma cozinheira, já apresentadas nas características das mulheres.

Dois indígenas trabalham fora da aldeia, na área urbana, um em uma indústria de laticínios e outro na prefeitura municipal.

Duas famílias da parentela 6, compravam produtos alimentícios industrializados nas áreas urbanas e os revendiam em suas próprias residências. Eram revendidos alguns enlatados, mas os alimentos mais procurados eram os sorvetes e refrigerantes.

Apenas três famílias complementam sua renda com o artesanato, principalmente os Krenack, vendido nas visitas turísticas na aldeia e no Museu Indígena Vanuíre, na cidade de Tupã. No entanto, a atividade não se concretiza como uma renda fixa.

Ao caminhar próximo à escola, a pesquisadora viu uma oca construída no espaço doméstico da parentela 7, aproximou-se e a Sr.^a Aimoré a convidou para entrar, no interior da construção havia muitos arcos, flechas e armas indígenas, feitas pelo seu esposo. Ele mesmo a construiu para guardar os objetos de artesanato. Também disse que gostava de ficar nela nos fins de semana, e que não estava presente porque havia ido ao museu para vender os objetos. E que a venda do artesanato ocorre durante todo o ano, porém é mais intensa no mês de abril nas exposições realizadas nas áreas urbanas, durante as festividades do Dia do Índio.

6.2.2. O acesso às zonas urbanas: meios para interculturalização

O acesso à zona urbana ocorre mensalmente em 14 famílias, para a aquisição de produtos em geral e serviços bancários realizados nos estabelecimentos localizados na cidade de Tupã. Esse deslocamento é,

geralmente, feito pelo casal provedor da família, sem os filhos, que permanecem na aldeia aos cuidados de familiares ou vizinhos.

No total, 12 mulheres vão acompanhadas por seus esposos e cinco por seus pais, com automóveis próprios ou alugam de terceiros, ou seja, aqueles que possuem um carro alugam para aqueles que não o têm.

Outra opção é o transporte coletivo, que passa pela aldeia, que os leva até a cidade de Arco-Íris e de lá eles têm que embarcar em outro ônibus até a cidade de Tupã. Na cidade de Arco-Íris não há supermercados, como os existentes na cidade de Tupã, apenas as conhecidas “mercearias de secos e molhados” ou “vendas”, em que alguns fazem pequenas compras.

As mulheres com seus filhos vão, frequentemente, para a cidade de Arco-Íris, cuja Unidade Básica de Saúde é referência da aldeia, para os atendimentos médicos, sendo que na aldeia há assistência odontológica. O transporte utilizado é o automóvel da comunidade destinado para este fim, ou o transporte coletivo.

O acesso das crianças às áreas urbanas ocorre, geralmente, por serem assistidas na Unidade Básica na cidade de Arco-Íris que é de pequeno porte com 1.097 habitantes (IBGE, 2010), composto basicamente por propriedades agrícolas e uma pequena área comercial.

Ou seja, as crianças têm acesso, predominantemente, à área urbana da cidade de Arco-Íris, até completarem 10 anos de idade, período em que estudam na escola local e, portanto, saem da aldeia apenas para ir aos serviços de saúde. Após os 10 anos de idade, elas se locomovem à cidade, diariamente, para frequentar a escola situada na cidade de Arco-Íris.

O acesso via internet é restrito, pois há apenas um computador na escola para o uso da administração e um na residência da Sr.^a Caeté, esposa de um professor.

Na aldeia há um telefone público na área externa do posto médico e a maioria das famílias possui um telefone celular, há apenas uma empresa de telefonia que viabiliza o serviço na área.

E ainda, não há serviço de correio, os profissionais de saúde que residem na área urbana, responsabilizam-se pelo transporte das correspondências que são deixadas na entrada do posto médico e os moradores passam por lá, frequentemente, para ver se há alguma endereçada para si.

Entre as entrevistadas, 18 referiram que assistem a programas de televisão, apenas duas, parentelas 7 e 8, negaram por sua religião não permitir. Todas as famílias possuem televisores.

Nas visitas às residências foi observado que apenas dois televisores estavam ligados durante o dia, transmitindo programas infantis, que eram assistidos por duas crianças. As demais brincavam nas áreas externas, geralmente com a terra e com brinquedos como bonecas, bolas ou animais de plástico.

Oito famílias possuem fogão à lenha e o utilizam para cozinhar o feijão e alguns alimentos tradicionais, como a mujica (cozido de peixe com banana verde) e o moqueado (peixe assado na folha de bananeira). Em todas as residências há fogão a gás e geladeira, os demais aparelhos eletroeletrônicos, como liquidificador e rádio existem apenas nas famílias com posse de mais de quatro aparelhos.

6.2.3. A religião praticada e os rituais proibidos

A maioria da população é cristã da Congregação Cristã do Brasil, mas havia também seguidores da Assembleia de Deus e católicos. Portanto, as mulheres das parentelas 5, 6, 7, 8, uma da parentela 1 e uma da 2 se vestiam, de acordo com os padrões ditados pelos evangélicos, usando saias com comprimento abaixo dos joelhos e blusas com mangas. Mas, apenas duas não utilizavam aparelhos.

E realmente, foi constatada apenas a presença da religião cristã evangélica ou pentecostal entre as mulheres, as que não pertenciam a esse grupo religioso não referiram a prática de outro tipo de religião.

Não foram encontradas as “benzedeiras”, “curandeiros” ou “pajés”. Os moradores afirmaram que havia uma moradora já idosa, da etnia Fulniô, que benzia, mas se tornou evangélica, deixando de praticar os benzimentos.

Rituais ou simpatias para cura de doenças não foram observados, mas continuam presentes nas lembranças, como nas da tia e avó Kaingang ao relatar o caso da sua sobrinha.

“...aí passou um tempo e a benzedeira falou que era doença de macaco, que tinha que tomar leite do cabrito, e se a cabrita morrer a criança não morre, e se a cabrita morrer a criança não morre. Passou um tempo, fui buscar o leite e o homem falou: a cabrita morreu... diminuiu o trabalho, ela ficava em casa, até que criou, ...ela ficava assim no chão, dava a vida para ela, chegou um tempo que o cachorro passou por cima dela, que falavam que era bom, né, cachorro preto passar por cima dela, aí depois voltou ao normal, nunca conheceu o peito”. Sr.^a Nadi

Os rituais tradicionais indígenas, como o denominado de “Festa do Kiki” em que ocorrem danças e rezas, que se modificou devido às proibições que se iniciaram na época da formação da aldeia no ano de 1917, por forças governamentais representadas pelo Serviço de Proteção Indígena, religiosas pelo catolicismo e depois pelos evangélicos.

“Festa do Kiki” ou no idioma Kaingang “KikiHan” proibido pelos não indígenas devido ao consumo do “Kiki”, que é uma bebida alcoólica à base de milho, mel, água e frutas. O uso do álcool na sociedade não indígena é considerado uma patologia. Atualmente, a bebida tornou-se uma mistura de cachaça, água e açúcar.

Esse ritual era místico, de passagem e de sintonia com os espíritos, amenizando o temor pela morte, momento de evocação e lembrança dos parentes mortos.

Durante o período em que a pesquisadora permaneceu na aldeia, conheceu várias mulheres já idosas, uma delas falou que quando morria um familiar, eles tinham que ficar em casa de resguardo, e quando chovia se lembravam de quem partiu e falavam que a chuva iria molhar o “morto” e chorava.

A prática da religião protestante, originada na Europa, disseminada entre os não indígenas brasileiros, simboliza o contato e a decorrente influência exercida ou não por uma cultura diferente.

6.2.4. O ensino das tradições indígenas para as crianças: a escola local

As crianças, a partir dos quatro anos, iniciam suas atividades escolares, voltadas ao aprendizado das tradições indígenas e do idioma Kaingang ou Krenack, de acordo com sua etnia. Para isso, as aulas são dadas em dois períodos, por professores indígenas, masculinos ou femininos, dois professores para a Língua Portuguesa e demais matérias e um professor de Artes, que ensina artesanato, dança e sobre o ambiente. A diretora também é indígena e moradora da aldeia, formou-se em pedagogia.

A escola é vinculada à Secretaria do Estado da Educação e possui o ensino fundamental para as crianças até os 10 anos, adaptado de acordo com os padrões indígenas para retomar e preservar a sua cultura. O 2.º ciclo do ensino fundamental é cursado na cidade de Arco-Íris e o superior na cidade de Tupã, quando o contato com os não indígenas aumenta.

Uma oca construída no espaço doméstico de um dos professores Krenack, parentela 7, próximo da escola, é utilizada para as aulas de artesanato e dança. A pesquisadora acompanhou uma das aulas de Artes, em que as crianças estavam fazendo desenhos com tinta em papel sulfite. Havia vasos com pequenas mudas de plantas ou ervas que geralmente são utilizadas para chás, e a esposa do professor explicou-lhe que haviam sido plantadas pelas crianças. Todas as segundas e quintas-feiras ele ensinava danças indígenas e no dia seguinte à visita da pesquisadora eles receberiam escolares de uma cidade próxima para assistir a uma apresentação de dança.

Os professores fizeram um curso de capacitação oferecido pela Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, realizado na cidade de

Serra Negra, no ano de 2010. Essa viagem foi uma experiência marcante para alguns indígenas, as mulheres relatavam a experiência frequentemente, diziam que o curso foi realizado na cidade de São Paulo, talvez pela distância ou pelo porte da cidade, muitos nunca haviam saído dos municípios de Arco-Íris e Tupã.

Como merenda diária era servido um lanche nos intervalos das aulas. Na saída e no início das aulas vespertinas era servido o almoço composto por comidas não indígenas, em que as crianças pegavam uma caneca com leite batido com frutas, e as que chegavam para o início das aulas sentavam-se nos bancos da grande mesa de madeira, cada uma com uma colher e um prato com arroz, feijão, alface, e salsicha cortada em rodela com molho de tomate. Todas comiam sem deixar sobras nos pratos.

A escola da aldeia fica ao lado do posto médico, diariamente era possível ver as crianças caminhando com suas mochilas nos horários de entrada ou saída ao término das aulas. As maiores com os colegas e as menores com suas mães, que levavam nos braços outros filhos pequenos, os cães da família também os acompanhavam, até o pátio escolar. Os menores, mesmo que ainda não estivessem matriculados, brincavam no balanço e no escorregador da escola.

7. O estado nutricional das crianças

A idade das crianças variou de um a 60 meses, sendo que três tinham até cinco meses; duas, entre seis e 11 meses; sete, entre 12 e 23 meses; três, entre 24 e 35 meses; quatro, entre 36 e 47 meses e cinco, entre 48 e 60 meses. Um total de 50% das crianças possuía entre dois e cinco anos de idade.

Por faixa etária, o peso entre as crianças menores de cinco meses variou de 3.940 a 6.900 g; entre seis e 11 meses, de 7.200 a 9.700 g; entre 12 e 23 meses, de 8.680 a 11.900 g; entre 24 e 35 meses, de 13.750 a 14.000 g; entre 36 e 47 meses, de 14.600 a 22.200 g e entre 48 e 60 meses, de 14.100 a 19.800 g. A estatura, entre as crianças menores de cinco meses, variou de 51 a 65 cm; entre seis e 11 meses, de 66 a 72 cm; entre 12 e 23 meses, de 73 a 84 cm; entre 24 e 35 meses, de 90 a 94,5 cm; entre 36 e 47 meses, de 98,5 a 100 cm e entre 48 e 60 meses, de 98 a 107 cm.

A estatura variou entre 51 cm e 107 cm no total; entre 53 e 106 cm no sexo feminino e entre 53 e 107 cm no masculino.

Quanto ao sexo, 13 (54,16%) eram do sexo masculino e 11 (45,83%) do feminino.

A variância (V) e o desvio padrão (Dp) da estatura, segundo o sexo, foram expressivos na faixa etária de zero a cinco anos de idade. Entre 36 e 47 meses foram encontrados o menor desvio padrão e variância.

Tabela 1: Estatísticas descritivas: média (M), variância (V) desvio padrão (Dp) da estatura por faixa etária em meses segundo o sexo. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Faixa Etária	Estatura (cm)								
	Masculino			Feminino			Total		
	n	M	V	n	M	V	n	M	V
		(Dp)			(Dp)			(Dp)	
0-5	1	E=53 cm		2	58	49	3	56,33	38,22
					(7)			(6,18)	
6-11	1	E=72 cm		1	E=66 cm		2	69	9
								(3)	
12-23	4	79,25	14,81	3	77,5	9,5	7	78,5	13,28
			(3,84)			(3,08)			(3,64)
24-35	3	92,5	3,5	0	0		3	92,5	3,5
			(1,87)						(1,87)
36-47	2	99,25	0,56	2	99,5	0	4	99,37	0,29
			(0,75)			(0)			(0,54)
48-60	2	106	1	3	102,16	10,72	5	103,7	10,36
			(1)			(3,27)			(3,21)
Total	13	*86,92	/215,91	11	*83,72	/310,19	24	85,80	/270,16
			(14,694)			(17,28)			(23,51)

*Segundo o teste de qui quadrado, a estatura independe do sexo a um nível de significância de 5% ($p=0,05$).

O peso variou entre 3,940 e 22,200 g no total das crianças, entre 4,270 e 19,800 g no sexo masculino e entre 3,940 e 22,200 g no sexo feminino.

A variância (V) e o desvio padrão (Dp) do peso, segundo o sexo foram maiores na faixa etária de 36 a 47 meses e menores entre 24 e 35 meses.

Tabela 2: Estatísticas descritivas: média (M), desvio padrão (Dp) e a variância (V) do peso por faixa etária e sexo. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013

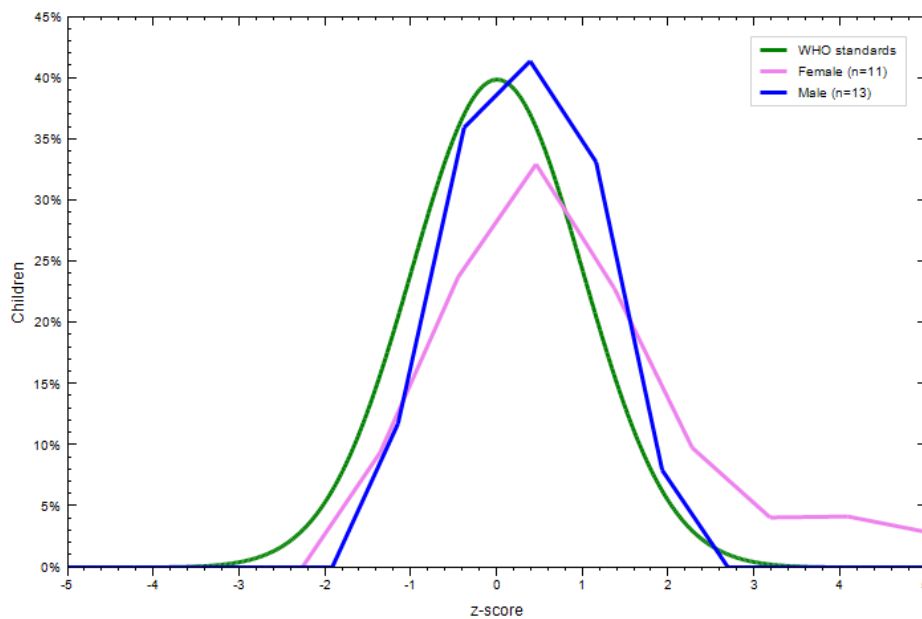
Faixa Etária	Peso (kg)								
	Masculino			Feminino			Total		
	n	M (Dp)	V	n	M (DP)	V	n	M (Dp)	V
0-5	1	P=4,270 g -----		2	5,42 (1,48)	2,19	3	5,03 (1,32)	1,75
6-11	1	P=9,700 g		1	P=7,200 g		2	8,45 (1,25)	1,56
12-23	4	10,24 (1,23)	1,52	3	10,91 (0,96)	0,93	7	10,53 (1,17)	1,38
24-35	3	13,88 (0,10)	0,01	0	-----		3	13,88 (0,10)	0,01
36-47	2	14,92 (0,32)	0,10	2	18,85 (3,35)	11,22	4	16,88 (3,08)	9,51
48-60	2	18,77 (1,02)	1,05	3	16,53 (1,80)	3,24	5	17,43 (1,88)	3,57
Total	13	*12,61/15,41 (3,92)		11	*12,55/27,69 (5,26)		24	12,58 (4,58)	21,04

*Segundo o teste de qui quadrado, o peso independe do sexo a um nível de significância de 5% ($p=0,05$).

No gráfico 1, pode ser observado um pequeno desvio das curvas masculina e feminina, em relação a curva padrão da OMS, em direção aos scores mais elevados, pelo P/E. A curva feminina demonstra a existência de

meninas com scores mais elevados de peso do que os meninos (duas meninas em sobrepeso e uma obesa). Entretanto, segundo o t-Student esta diferença não é estatisticamente significativa.

Gráfico 1: Porcentagem de crianças, segundo seus scores z pelo índice P/E, divididas quanto ao sexo. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013



Fonte: Nutritional Survey, weight for length/height- sex, WHO Anthro (WHO 2006)

Os distúrbios nutricionais, segundo a referência da WHO (2006), estão presentes em oito (33,33%) das crianças e 16 (66,66%) estão dentro dos padrões de normalidade, considerando-se todos os índices.

Ao considerar-se somente o P/E e ou IMC, 17 (70,83%) crianças encontravam-se dentro dos padrões de normalidade e sete (29,16%) foram classificadas em situação de risco de sobrepeso ou excesso de peso.

Entre as 29,16%, a situação de risco de sobrepeso pelo P/E foi de 4,16% e 20,83% pelos P/E e IMC. Apenas uma criança foi classificada como obesa 4,16%, segundo os padrões da WHO (2006).

Entre as 20,83% das crianças em risco de sobrepeso, duas são do sexo feminino e três do masculino, no entanto a criança classificada como obesa é feminina e conforme a Tabela 1, a média entre os pesos femininos é 0,034 maior que dos masculinos, valor não significativo estatisticamente, segundo o teste t-Student.

Apenas uma criança do sexo masculino, 4,16%, apresentou *deficits* nutricionais pelo P/I e E/I, mas pelo P/E foi classificada como eutrófica. Portanto, inexistiram crianças em condições de magreza ou em risco de desnutrição.

Tabela 3: Proporção de crianças classificadas ou diagnosticadas quanto ao estado nutricional, conforme a referência da WHO (2006), segundo os índices de antropométricos P/I, E/I, IMC e P/E e a faixa etária. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Faixa Etária	0-5m	6-11m	12-23m	24-60m	Total
N (crianças por faixa etária)	3	2	7	12	24
P/I e E/I (%)					
Baixo Peso e Estatura Muito Baixa	1 (33,33%)	0	0	0	1 (4,16%)
Peso Adequado e Estatura Adequada	2 (66,66%)	2 (100%)	7 (100%)	11 (91,66%)	22 (91,66%)
Peso Elevado e Estatura Adequada	0	0	0	1 (8,33%)	1 (4,16%)
P/E e IMC					
P/E=IMC- Eutrofia	2 (66,66%)	1 (50%)	4 (57,14%)	10 (83,33%)	17(70,83%)
P/E-Risco de Sobrepeso e IMC Eutrofia	1 (33,3%)	0	0	0	1 (4,16%)
P/E=IMC-Risco de Sobrepeso	0	1 (50%)	3 (42,85%)	1 (8,33%)	5 (20,83%)
P/E=IMC-Obesidade	0	0	0	1 (8,33%)	1(4,16%)

Os valores encontrados em scores z, segundo a OMS, demonstram a prevalência dos scores entre -1 e +1, ou seja, indicativos de normalidade. Ao considerar scores z para distúrbios nutricionais, pelo índice P/E 25% das crianças deste estudo apresentaram valores entre +1 e +2; 4,2% entre +2 e +3 e 4,2% acima de +3, inexistindo crianças abaixo de -2 e -3, no intervalo de confiança (CI) de 95%.

Em relação à estatura para a idade, observou-se o inverso, pois havia crianças na faixa etária entre zero e cinco anos com scores <-2 (4,2%) e <-3 (4,2%), scores maiores de +1 não foram encontrados.

O mesmo ocorreu com o peso para idade, no entanto, scores <-3 foram inexistentes, neste índice.

8. Apresentando as narrativas das mulheres

As narrativas das mulheres foram agrupadas conforme o grau de parentesco consanguíneo ou por afinidade e apresentadas de acordo com a sua parentela. Lembrando que as parentelas são constituídas por uma ou mais famílias.

8.1. As famílias Kaingang das Sr.^{as} Nadi, Niara e Naara: parentela 1

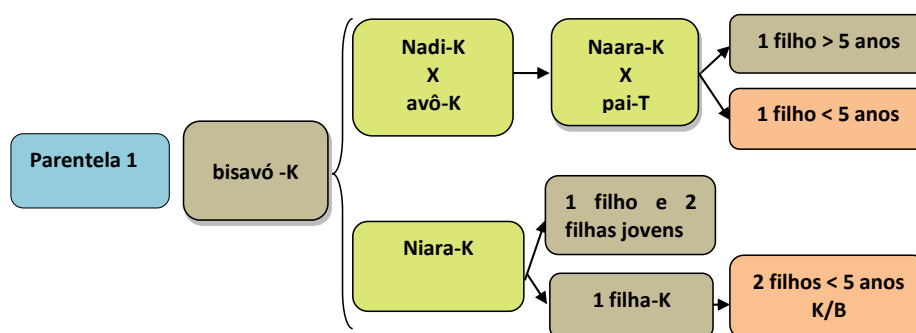


Figura 1: Mapa de apresentação da parentela 1.

A avó Sr.^a Nadi

A pesquisadora conheceu a Sr.^a Nadi, avó e tia-avó de uma e duas crianças menores de cinco anos de idade, respectivamente, no centro comunitário, durante um curso de artesanato, que estava sendo oferecido na aldeia por uma instituição agrícola. Após as explicações sobre a pesquisa, foi questionado se aceitaria participar e realizar uma entrevista, ela aceitou, disse que gosta de participar e contribuir. Assim, a pesquisadora acompanhou-a até sua residência, onde há um grande quintal com árvores frutíferas e galinhas. Sentaram-se à sombra de um pé de jatobá. A moradia mantinha o padrão das casas da aldeia, e ao lado havia outra unidade. A casa estava limpa e o quintal varrido, os móveis eram bem conservados. A Sr.^a Nadi é professora na escola

ensina o idioma kaingang, seu esposo estava repousando; ela referiu ter hipertensão arterial. Ele cultiva o pomar no quintal para o casal e para os netos. Ela, sua mãe e irmã são nativas, nasceram na aldeia, seu esposo também, e representa os Kaingangs na comunidade.

Sua mãe mora com sua irmã e tem aproximadamente 100 anos de idade, disse que sua idade é desconhecida, pois na época do seu nascimento não havia disponibilidade de registro. E depois fizeram uma estimativa de quantos anos poderia ter para fazer a documentação necessária para sua aposentadoria. Apresenta deficiência auditiva, devido à idade e não foi entrevistada. Sua mãe nunca se casou como sua irmã, Sr.^a Niara. A Sr.^a Nadi e seu esposo tiveram apenas uma filha, a Sr.^a Naara, por problemas no parto não pode ter outros filhos. Sua filha casou-se com um Terena e reside fora do espaço doméstico dos pais, possui dois filhos, um deles menor de cinco anos. As crianças visitam os avós e fazem algumas refeições em sua residência.

Narrativa: *“Os netos vêm sempre aqui em casa e nem querem ir embora, aí eles almoçam aqui. Os dois netos gostam de mandioca. Esta pode comer, não é a mandioca brava, está plantada ali no quintal. Aquele é o pé de jaca e este de jambo... eu não crio galinhas, ela cria galinhas e eu não crio, e o que eu planto, ela não planta. O meu marido planta para eles. Eu planto minhas coisas mais é para os meus netos. Quando é coisa de comer, eles vêm buscar. Eu falo: eu planto para os meus netos. Tem um pé de jabuticaba e eles vêm aqui e chupa, mais eu falo: tem que lavar as frutas, não pode comer nada sujo. Sempre tô orientando, nada sujo, e quando sai do banheiro: lavar as mãos. Tem que ensinar, porque criança brinca na terra e leva tudo na boca, então as frutas também. Tem uma manga que caiu no chão, se tiver quente do sol*

espera um pouco, senão faz mal"... a minha alimentação, que eu dava era arroz ou canjinha de galinha com arroz, ou fazia biju, que é coisa de mandioca: rala a mandioca, torce, põe na panela e torra. Fica que nem um bolo, um bolinho. Quando tem mingau eles comem, mingau de mandioca, e eu criei ela deste jeito, sempre criei ela muito bem, ela nunca ficou doente, ela nunca ficou internada, desde pequena nunca ficou doente. Eu falo: não sei por que as crianças ficam doentes, eu acho que isto depende da alimentação, que tem que ser na hora certa, ... sem muito sal, e o sal está dando pedra na vesícula, pedra nos rins. Minha sobrinha passou a noite inteira com dor de estômago esses dias, foi para o postinho de Arco-Íris, não sei se é o sal ou algo sólido que eles comem. Limão, eu mesmo comia sal com manga verde, com limão, e hoje eu tenho medo, mas o pai deles não deixa eles comerem, eles tomam muito refrigerante, e aqueles salgadinhos de milho que têm sal, e aqueles produtos, "corantes",... minha neta, ela não era gorda, era inchada e deu anemia, eu acho porque a mãe dela tomava muito refrigerante, e água doce, açúcar com água, "chibel", enquanto amamentava, ... Eu não amamentei minha filha porque fiquei muito internada quando ela nasceu, porque me deu infecção eu acho que foi do parto, foi cesárea, eu não pude dar o peito para ela. Tive duas filhas de cesárea, a outra morreu com um mês de vida, deu problema de mal de simioto, doença do macaco, minha sobrinha também, quase morreu com a mesma doença, dizem que é de animal, ela quase morreu, o bracinho dela era do tamanho deste bambu. Aí passou um tempo e a benzedeira falou que era doença de macaco, que tinha que tomar leite do cabrito, e se a cabrita morrer a criança não morre, e se a cabrita morrer a criança não morre. Passou um tempo, fui buscar o leite e o homem falou: a cabrita morreu, aí ela foi tomar

outros leites mais fracos, só o leite da cabrita sustentava ela, porque é forte, né, ajuda a fortalecer o osso da criança. Ela mamou leite do peito mas não sustentava, quando quer mamar bastante, mais e mais é porque é esta doença, aí só o leite da cabrita... minha filha mamou na Marana, tem duas mães ela e eu, ela tinha bastante leite, ela era boa de leite, ela fala a Marana é como uma mãe e eu falo ela é sua mãe de leite, ela é mais velha do que eu, ela é branca, os Kaingangs amamentavam menos, eu acho que no tempo antigo não amamentavam, a Marana amamentou até seis anos seus filhos, ela não é Kaingang, ...” “... mas agora minha filha está amamentando até dois anos...” “...faço biju quando tem mandioca e quando tinha milho preto, “milho bugre”, a gente fazia inhamim, bolinho torrado, eles comiam bastante, com café ou água doce, mas agora está em falta , não tem como fazer...” Ensinei minha filha colocar verdura na comida, mas minha neta não gosta só de alface, o menino gosta de banana, aqui do meu quintal, planta abobrinha, alface não tem aqui, alface tem que esperar chover para plantar, tem que ter manga , frutas, senão as crianças vão chupar o quê?...O milho preto é bom para as crianças. Aqui está em falta, eles têm que conhecer as comidas, mas para procurar é só no Paraná, dei sementes para minha mãe, pode comer o inhamim no almoço, ele é forte, e pode tomar com leite, o leite está difícil, vaca leiteira está em falta, agora aqui só tem gado de corte. As crianças tomam o leite da caixinha ou tem que comprar do vizinho. Minha neta não gosta de caixinha, ele queria de vaca mesmo,...A minha neta, quem amamentou foi a cunhada da minha filha, a Upira, e o menino também. Mas ele mama ainda na mãe, quando ele quer mamar, ele tira o peito dela para fora e mama, ele é sapeca, é arteiro, ...” “...no nosso tempo não tinha coisas que faziam mal, no meu tempo não tinha

biscoitinhos, meu pai nunca comprava, nunca tinha comido, às vezes comprava bala. Eu sempre falo para ela não dar refrigerante, eles gostam de Coca-Cola, mas não é bom para os ossos, não fortalece, dá fraqueza nos ossos, todo mundo fala.”

A Sr.^a Naara e seu filho

A pesquisadora foi até a residência da filha da Sr.^a Nadi, Sr.^a Naara, 27 anos, professora, evangélica, acompanhada pela própria informante e a criança, que tinha dois anos e seis meses, eutrófico, após a realização da antropometria, por ser distante do posto foram caminhando, no período da tarde. A residência mantinha o modelo padrão da aldeia, quando chegaram seu esposo estava sentado na sala assistindo à TV. Segundo a Sr.^a Naara, ele estava desempregado. Sentaram-se na varanda, a criança foi amamentada durante parte da entrevista. Também havia cães e galinhas (poucas), não havia cultivo, nem plantas, apenas lixo ao redor, garrafas de plástico espalhadas e outros frascos de difícil identificação. Havia no interior da residência televisão, geladeira e fogão, sofás, mesa e cadeiras, nenhum alimento exposto foi visualizado. A mãe era professora na escola, demonstrava timidez, era introvertida e estava sempre acompanhada pelo filho de dois anos e seis meses de idade. Costumava passar as tardes com o filho, enquanto a filha estava na escola, os dois caminhavam pela aldeia sozinhos, o esposo ficava assistindo a programas de televisão em casa. Usava roupas características da religião protestante.

Narrativa: *“...nasceu no hospital em Tupã, não teve problemas, mamou desde o início, dele tive bastante leite, da outra menina não tive leite,... nada, tive que dar Nestogeno, aí tinha minha cunhada que me ajudou, e ela tinha filho da mesma idade, então ela amamentou para mim, amamentou a outra menina... ele mamou, não dei outra coisa nem quando chorava, ... quem ensinava era minha sogra, falava para não dar muito refrigerante, falava para fazer sopa, criar galinha para dar de comida para ele, a gente mata a galinha..., não ia na casa da minha sogra, quem levava era meu marido, até ela morrer. E minha mãe não ensinou nada, mas eu vou na casa dela, ela planta as coisas e eu pego lá quando tem: banana, abóbora e mandioca. Ela também é professora, aí da escola.”...“Dou banana, arroz e feijão, mas a banana não sustenta como o arroz e o feijão,... o arroz e o feijão, sim... sustentam, dava também batata, mandioca e abóbora, e é só...”*

A Sr.^a Niara e seus dois netos

A pesquisadora encontrou a avó, Sr.^a Niara, 47 anos, e seus netos, no curso de artesanato, no salão paroquial. Acompanhou os até a residência, a família não é bem vista na aldeia pelos demais. A Sr.^a Niara reside no mesmo espaço doméstico da sua mãe, com quatro filhos, de pais diferentes, uma de suas filhas possui dois filhos menores de cinco anos, outra ficou paraplégica porque tentou suicídio ao saltar de uma ponte na cidade de Tupã, após o término de um relacionamento com um branco. Os outros filhos são um jovem, e a caçula, uma adolescente. Todos auxiliam nos cuidados dos sobrinhos que

também são filhos de pais diferentes, ausentes e brancos. A mãe das crianças não estava na aldeia, mas em Tupã, a avó é a responsável pelos cuidados dos netos.

As crianças possuíam um ano e 18 meses e três anos e 11 meses de idade, foram classificados como eutróficos, quanto ao seu estado nutricional.

Narrativa: *“A minha filha, mãe deles, deu trabalho, vivia no hospital, ficava 15 dias em casa, e voltava, teve doença do macaco, mal de simioto, aí, ela, com um ano e pouco, tomou o leite de égua preta, e depois com dois anos e cinco meses tomou o leite de cabrita,... aí foi passando, com dois anos, três anos, diminuiu o trabalho, ela ficava em casa, até que criou, ... ela ficava assim no chão, dava a vida para ela, chegou um tempo que o cachorro passou por cima dela, que falavam que era bom, né, cachorro preto passar por cima dela, aí depois voltou ao normal, nunca conheceu o peito, aí com três anos que a Marana, mãe dela de leite, dava leite do peito, aí ela foi melhorando. Aí nasceu esta aqui, nasceu com 4.100 g, não sabia o que era leite e a Marana deu peito, todos eles, ela é mãe de leite. Aí não deu trabalho, nunca ficou internada. O outro mamou na Norma, aí depois ficou mais durinho e eu dei leite na caneca, aquele tempo não tinha mamadeira, era só caneca. Na hora de sentar, minha mãe fez um buraco no chão e colocou ele dentro para sentar, aí começou sentar. O outro eu não tinha força e foi cesárea, deu falta de ar, 4.500 g, deu problema na gravidez, aí a Norma deu peito também, tinha dificuldade para sentar e sentava no buraco, aquele tempo não tinha boneca e pegava o sabugo e dava para brincar, meu pai criava porco,... depois veio os netos que é esta aqui, também deu dificuldade. Quando nasceu era pequena demais, cabia na caixa de sapato, ficou na incubadeira, minha filha chorava, na hora que saiu,*

era gêmea e a outra deu problema de pulmão e morreu. As enfermeiras de lá falavam para levar o leite, mas como ia levar, não dava nem para ir...” “E do menino também foi complicado, ia perder ele, a placenta estava fina, sangrava na gravidez e na hora de ganhar era mesma coisa. Eu acompanhei ela, eu assisti o parto, eu peguei ele, e só agora deu essa infecção de urina, eu nunca vi, agora que estou vendo, se fosse adulto...não sei por que deu, ...acho o leite da cabra melhor, fez bem para ela e está aí gorda e forte. Depois mamou no peito porque não tinha como pegar ela, do peito foi bem também, ela era molinha, magrelinha, o braço era pequeno, tinha que pegar com o cobertor, ela ficava largada no chão, dava o leite de cabra na colher, saía no pasto, no meio das vacas bravas para buscar. Não pegava no colo, minha irmã que dava banho nela, levava para Tupã, depois a Marana pegou ela, ela parecia uma vaca de leiteira... hoje se come melhor do que antigamente, mas verdura de supermercado não é bom não para criança, tem muita coisa, veneno, melhor é o que a gente planta, que não vai veneno, agora está tudo moderno, né? Eles tomam refrigerante, comem tudo, só o nenê que é só o leite, ... Planto cidreira, hortelã e poejo, prefiro dar o chá, porque remédio é uma droga, ruim para criança, ele tomou chá quando ele chorava, eu não sabia por que estava chorando, a febre vinha e eu não sabia, aí dava chá para ele, aí ficou desesperada com ele, levou no hospital, tomava injeção, mas não adiantava, aí era isso ... a enfermeira orienta muito bem, tem a farmácia, mas dá primeiro o chá, ... Leite da égua preta é bom para os nervos, de comida não sei falar do que faz mal,...Vaca aqui tem pouca agora, a gente compra o leite de caixa, e a avó da menina manda, uma caixa fechada para ela.”

8.2. As famílias das Sr.^{as} Cândia, Candira, Caeté, Catira e Cairu: parentela 2

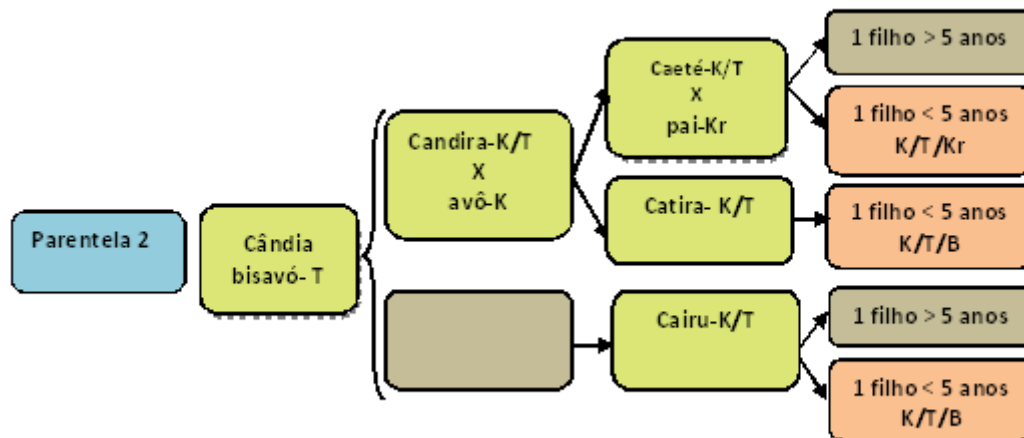


Figura 2: Mapa de apresentação da parentela 2.

A bisavó Sr.^a Cândia

A pesquisadora estava à procura de uma moradora, viu duas senhoras sentadas em uma varanda, quando parou para perguntar. A mais idosa, Sr.^a Cândia, convidou-a para se sentar, apresentou-se e a senhora foi logo contando-lhe sua história. A residência era envolta por grandes árvores, havia um aglomerado de folhas secas queimando, muitas galinhas e gatinhos que ficaram nos pés da pesquisadora. As aves entravam na cozinha e faziam muito barulho. A senhora ofereceu-lhe café. Elas não usavam roupas características da religião protestante, por elas praticada. A filha não falou muito.

A outra senhora era sua filha, Sr.^a Candira, avó de duas crianças menores de cinco anos, também informante da pesquisa. A bisavó, da etnia Terena, nasceu no Mato Grosso do Sul e mudou-se para aldeia junto com sua

família, ainda jovem, casou-se com um Kaingang, e tiveram seis filhos, uma filha faleceu durante o parto e logo depois seu esposo também faleceu em um acidente automobilístico, deixando o filho sob seus cuidados. Este neto casou-se com uma Krenack, tem dois filhos menores de cinco anos, e mora com a família da esposa Krenack, também informante do estudo.

Narrativa: *“Eu olhava as crianças para as mães e pais irem trabalhar na roça. Criei meu neto, porque a mãe dele morreu no parto, e depois o pai morreu, eu dava para ele comer comida normal, arroz, feijão, mandioca e abóbora, mas agora não planto mais nada... dava peito para eles não chorar, para os netos, ele falava tem leite do peito da vó, mas não tinha leite nada, mas eles ficava chupando... agora estão todos velhos...rsrs. O bisneto de vez em quando ainda mamava em mim, agora já chega levantando minha blusa, e fica puxando, quer mamá, eu falo: mas não tem leite... o neto chorava e a outra neta também, era chorona,... Fazia biju, inhamim, do milho preto, é comida de índio, é bom dar para os nenê, pode dar em qualquer idade, mas depois de grandinho. Quando nasce, não, faz torrado, frito ou assado, faz igual um bife na mão e frita, mas fica duro, torrado fica mais mole, é igual carne moída, mais é milho...agora não acha mais. Esta aqui minha neta criei dos seis meses, porque a mãe dela foi estudar, e dava leite de vaca, antigamente tinha leite mesmo, pegava cinco litros, para os moleques tomar, dava na mamadeira e no caneco, de pequeno é mamadeira, mas com café mesmo e açúcar porque não tinha chocolate,... Meus nasceram três em casa e três no hospital, a finada minha sogra que fazia os partos, ela cortava o umbigo, e dava o banho, ela falava só o idioma, indígena, não entendia, era Kaingang pura, ela socava milho preto e fazia “perfurun”, comida de índio, fazia para mim juntar leite, torrava o milho, socava,*

e passava na peneira e fazia o mingau, cozinhava, eu tinha que comer, é gostoso, punha açúcar, se quiser, e dá leite... ela matava frango, fazia pirão, para as crianças, aquele tempo plantava arroz, tinha máquina de limpar arroz na aldeia... As crianças agora ficam mais doentes, naquele tempo não tinha água encanada, tinha que buscar na mina, lavar roupa lá em baixo no córrego, encher dois baldes para dar banho um por um, até as mães chegarem da roça, ...“...fazia pão caseiro, no forno a lenha, fazia para semana, para os moleques, ... e dava mamá até arrumar outro, engravidava e parava, porque não pode senão o outro nascia fraquinho, minha filha teve cesárea mais a filha dela tudo normal, as filhas não puxaram ela, a outra é parideira teve cinco filhos, ...e são vários bisnetos.”

A avó Candira, sua filha Catira e sua neta

A avó e a jovem mãe, 29 anos, estavam sentadas na varanda, lugar onde a pesquisadora também se sentou. O carrinho da bebê (seis meses) estava próximo, limpo com um ursinho, mas ela estava dormindo no quarto, referiram que ela sempre dorme à tarde, iriam levá-la ao posto médico para a administração do xarope de sulfato ferroso, estava eutrófica. A casa estava um pouco desorganizada. Havia uma geladeira na varanda, uma mesa e muitos objetos diversos espalhados, no entanto, as duas sempre estão vestidas com roupas limpas. Possuem eletrodomésticos e aparelho de televisão, cães, galinhas e vacas leiteiras, que pastavam pela aldeia. Plantam ervas medicinais, mamão, banana, goiaba, tangerina e algodão. A Sr.^a Candira casou-se com um Kaingang e tiveram duas filhas, uma que é solteira, Catira, a mãe do bebê, que

mora em sua residência, e a outra que se casou com um Krenack, a Sr.^a Caeté, e mora em frente da sua casa, com os dois filhos, um deles menor de cinco anos de idade. O pai do bebê da Sr.^a Catira é não indígena. Não são praticantes da religião protestante, mas a Sr.^a Catira usava saia até os joelhos e sua mãe bermuda.

Narrativa: Sr.^a Catira- *“Nasceu de parto cesárea, não senti as dores para o parto normal, mas gostei, atenderam bem, não tive problemas, amamentou ela desde que nasceu, mas foi difícil, porque o bico é para dentro...machucou um peito, mas não passei nada,... consegui amamentar. Lá mandaram ela tomar sol, dou mamadeira só três vezes por dia, com leite de vaca, com um pouquinho de água, mas prefiro amamentar, ela chora que quer o peito,... o leite da mãe é bom. Ela gosta de banana daqui do quintal, ainda não dou muita coisa, mas ela quer comer... dou pera e maçã, gosto de dar Danoninho ela gosta, gosta de sopa com caldo de feijão, ... vê a gente comer e quer... é bem esperta. Só pegou gripinha até agora, levei no médico em Arco-Íris e ela tomou xarope e aerossol, e melhorou...O pai dela é branco.”*

Narrativa: Sr.^a Candira- *“Temos que comer escondido dela...não pode ver mastigar..., o ferro ela toma por enquanto, quero ver se ela vai tomar quando ela ficar mais velha, porque até o comprimido é ruim, ... o leite é de vaca, compramos, porque a nossa vaca teve bezerro e estamos deixando para ele, do primeiro neto a gente tirava, mas agora ela quis fugir e enroscou no arame e rasgou uma teta, ... eu criei ela desde que nasceu, ela se chama Belinha, a outra é Neguinha e elas vêm correndo quando eu chamo...estamos esperando*

o sobrinho dali nascer, ela foi ao ginecologista agora e estamos aqui vendo se ela volta ou vai ficar lá já para ganhar.”

A Sr.^a Caeté e seu filho

A colaboradora, 26 anos, estava limpando a casa, estava bem organizada, havia um rádio ligado. Era cedo e o filho com cinco anos dormia, a outra mais velha estava na escola. Possuem eletrodomésticos, com exceção do televisor por serem evangélicos. Não criam animais e não plantam, pois se utilizam dos produtos cultivados na casa de seus pais, que moram em frente. Estava sem calçados, usando roupas características de sua religião, seu filho está em risco de sobrepeso, em diversos momentos foi visto comendo bolachas durante à tarde, acompanhado pela tia, quando ainda estava grávida.

Narrativa: *“No hospital onde ele nasceu ensinaram a dar o banho, não ensinaram a amamentar porque eu já tinha um, eu dei para o outro, ele mamou mais do que esse, acho que porque eu dei mamadeira antes para este, para o outro eu não dei, eu dei quando eu fiquei doente, depois que eu ganhei fiquei com anemia forte, internada, aí no hospital a Dr.^a pediu para que eu tirasse ele do peito, acho que tinha uns dois meses, ... esse dei antes a mamadeira, porque rachou o bico do peito, aí passei pomada, esqueci o nome, a enfermeira que deu, rachou logo no começo, porque no início eu acho que eu não tinha leite nos dias que eu ganhei ele, não saia nada, ... do outro eu dei fácil, do outro eu tive, mas deste não, aí rachou os dois, aí eu já dei leite para ele, com 10 dias dei a mamadeira com leite de vaca,... do outro não sei por que*

deu anemia, ... deste tinha pouco leite, eu achava que era melhor, mas como rachou e é muita dor, eu dei de vaca, sempre dei de vaca,... foi bom, eles nunca ficaram doentes, nunca ficaram doentes por causa do leite, pode dar ressecamento, ele não pode tomar de caixinha, se toma resseca, tem que ser da vaca mesmo. Meu pai parou de tirar leite, aí eu comprei de caixinha e agora estou comprando aqui da aldeia mesmo, para ele; o melhor é o da vaca, acho que é porque não é mexido muito, é mais natural, ... para outra pessoa eu falaria que o melhor é o da mãe, de nascido é melhor o da mãe depois o da vaca, dali uns quatro meses... eles comem frango, minha mãe cria galinha, comem ovo, ... não sei de nada que faz mal, ... sempre dava chá de camomila ou erva-doce para dor de cólica, na mamadeira sem açúcar, só um pouquinho de mel, minha mãe e avó sempre fez isso, ... Sempre fiz as papinhas, no primeiro quem deu o banho foi minha mãe, uns três meses, eu tinha medo, no umbigo sempre passava álcool, no outro eu não passei, era outra enfermeira e passava um óleo mineral, e caiu mais rápido... lá no hospital mesmo agora já falam do álcool, ...minha avó é Terena, minha mãe é Terena, meu pai é Kaingang e Krenack, os costumes é comer o peixe, biju, coró (larva branca das árvores), este não come, ele come tanajura torrada, formiga ele gosta, elas fica voando aí ela cai e a gente pega, sai quando chove, tem a época dele sair, aqui a maioria come, come inhamim também, ele come, nunca fez mal, água toma da torneira. Meu marido sempre caça javali, porco, tatu e capivara e ele come desde pequeno, não lembro com quantos anos, acho que começou comer com um ano. O javali é melhor do que a capivara, tem quando acha, faz frito na frigideira, caça quando tem tempo, demora para ir, é bom ir quando chove para vê o rastro do porco, da casca do tatu faz colar, ... para o outro eu

dei para outra mulher dá, foi minha irmã e minha tia, este ninguém deu, dei porque não tinha bico no peito, minha tia tinha filho pequeno, mas acho que não é bom dar não, dei porque achei que ele estava com fome, chorava muito, aí parou de chorar, elas vieram me visitar e eu deixei, ... é bom para dar leite é pirão com caldo da galinha, e canjica, e dá leite mesmo, nem tomei, não queria mesmo... Minha mãe vem ajudar quando nasce... e fica no hospital, minha irmã está feliz com o bebê (gravidez), ela já perdeu um, é de outro namorado, ela arrumou outro namorado e vai ter outro filho, ele não quer mudar aqui, meu pai já está preparando uma vaca para ter o leite quando meu sobrinho nascer.”

A Sr.^a Cairu e sua filha

A pesquisadora foi à residência no período da tarde, após agendar o horário com a Sr.^a Cairu, 32 anos, no posto médico. Reside ao lado da casa de sua prima, com sua irmã que possui um filho adolescente e tem dois filhos, uma menina menor de cinco anos, um menino com mais de cinco anos, filhos de pais brancos e ausentes. Ela trabalha na aldeia, como auxiliar de limpeza no posto médico e a sua irmã trabalha como diarista na cidade de Tupã, está grávida ao final da gestação, não seguem nenhuma religião. A casa é padrão da aldeia, não tem sombra, não cultivam nada, nem criam. O interior da casa estava organizado e limpo, a cozinha estava limpa, não havia alimentos expostos. A criança com quatro anos e três meses, eutrófica, uma garotinha loira com olhos azuis chegou durante a entrevista, brincava em uma casa próxima, estava com muita areia na roupa, mãos e pés e começou a brincar na

terra do quintal. Costumava brincar também dentro do tanque com água, mesmo nos dias frios, conforme foi observado.

Narrativa: *“Ela nasceu no hospital em Tupã, ensinaram a amamentar, dar banho e curativo no umbigo, aqui não ensinaram mais nada, só isso só, saí dando mamá, não tive problemas, demorei para dar mamadeira com dois anos, e do menino demorei, mais só com quatro anos tirei do peito... teve um tempo que eu achei que não dava mais, não estava sustentando, aí com oito meses comecei a dar papinha, fruta, porque toda hora ela queria o peito, toda hora, toda hora, foi que comecei na fruta e papinha,...eu sempre tive muito leite, do menino eu tive tanto leite que eu cheguei a amamentar outras crianças, dei para a Emily, vieram pedir porque a mãe não tinha leite, eu tinha tanto, não sei porque tinha tanto, quando ela dormia um pouco mais, molhava toda a roupa, acho que é porque eu comia o que o pessoal falava, comia canjica, torrava chá mate com açúcar, torra bem e põe pouco de água e toma, até amargo com aquele pó, e muita canjica, acho que foi isso, quando morei em Campo Grande falaram para tomar o caldo do milho verde, e eu tomava... acho que fritura faz mal, não faço fritura, mais cozido, senão faz mal, se frito é só o bife, frango, não crio galinha, mas vou mandar cercar e criar galinha, então compro, mas prefiro o frango caipira, ... ensinaram dá o chá de picão, ou dá o banho para tirar o amarelo, dei na menina, porque ela é branquela, melhorou, passava óleo mineral na pele dela porque descascou muito, dava chá de camomila para acalmar, porque ela é muito nervosa, erva-doce para cólica, fui dar água bem tarde, porque minha mãe falava que tinha que dar água, eu achava que igual os médicos falavam que não precisa dar água quem dá o peito, então ela já*

tinha seis meses, tem outras coisas como não ficar no sereno para não pegar gripe, bronquite, ...O que sustenta é arroz e feijão, o leite é daqui da aldeia, tem um rapaz que as vacas dele deram cria, e estou comprando,... biju, inhamim do milho preto, algumas pessoas têm aqui, biju com peixe... cozinha junto na bananeira e todo mundo come tanajura, elas começam voar quando chove, esta semana teve, estavam catando, enche uma garrafa vazia, torra e come, já do pé de coco eu não gosto, mas nestes dias na escola falaram para o meu filho que tem que comer porque é tradição. Antigamente comia, falam que é saudável, mas não falam se é bom para quê...mas a formiga é uma folia quando as crianças saem correndo e pegando, e dá para as crianças a partir de dois anos já estão comendo, ...A menina come bastante, até demais, gosta de tudo, até salada de qualquer tipo, porque é difícil uma criança comer salada, ... ela não fica doente, ... e toma banho frio no calor, mais no frio também. Meu cunhado, quando vem, fica apavorado, porque com oito meses já põe na água fria. Os filhos dele vivem doentes, e os meus não, ontem estava meio frio e ela ficou o dia inteiro na água brincando. Ela corre na chuva, pode chover que ela já vem pedir, gosta da represa. Os dele, ele protege muito, qualquer friagem põe blusa de frio, e não deixa, ...a minha é mais forte o organismo, corre e pula na lama...Eu acho que eles mamam muito no peito e são fortes, só come arroz, e mesmo assim não fica doente, não gosta das coisas, e mesmo assim é forte, ele come arroz e toma leite da vaca com achocolatado... ela mama seis mamadeiras de leite de vaca, preciso comprar uma vaca, e com achocolatado.”

8.3. A família da Sr.^a Jandira, sua filha Janari e sua neta: parentela 3

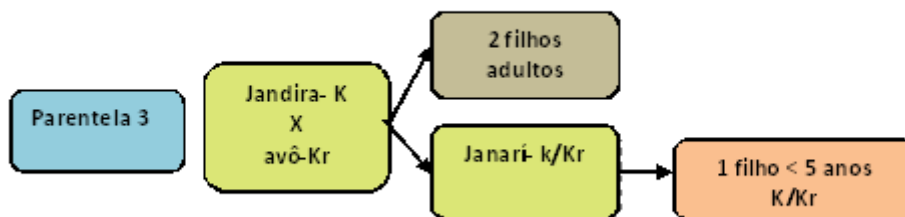


Figura 3: Mapa de apresentação da parentela 3.

A avó Sr.^a Jandira, e a mãe do bebê, Sr.^a Janari, 17 anos, estavam tranquilas após o almoço, sentadas na varanda, com a criança. A residência das entrevistadas estava limpa, possuem sofás na sala com televisor. Cozinha limpa, com uma lata de achocolatado em cima da mesa. A Sr.^a Jandira possui três filhos solteiros, a caçula é a mãe do bebê.

O pai da criança morava com a família, mas se separaram e o jovem voltou a morar com seus pais na aldeia, logo após o nascimento e não foi mais ver a criança. A jovem está demandando processo na justiça, pedindo pensão alimentícia. Fomos, também, à casa vizinha do irmão da avó, haviam almoçado, as louças estavam sujas sobre a pia. A higiene era precária, cadeiras sujas e sofá rasgado.

O tio é conhecido na aldeia e entre os profissionais de saúde de Tupã, por ter sofrido a amputação de um membro inferior devido a complicações do *diabetes mellitus*.

Segue-se o relato da visita domiciliar realizada no período de observação participante, na residência da Sr.^a Jandira, logo após o nascimento da sua neta, filha da Sr.^a Janari: A pesquisadora foi até a residência da jovem

Janari que havia retornado da maternidade, seu parto fora normal. Entraram na sala e o jovem casal assistia à televisão e a mãe estava com a recém-nascida nos braços. Ficaram em pé devido à falta de espaço. A avó entrou na sala (estava no quintal lavando roupas), foi perguntado sobre como estavam e se a jovem estava amamentando exclusivamente, ela respondeu sim, e que não estava tendo problemas, mas já tinha bastante leite e gostaria de doá-lo. Perguntou sobre o uso de supositório para a criança, porque estava com dúvidas em como administrá-lo via retal, contaram que foram para Arco-Íris, na UBS, levaram a bebê para consulta médica, porque estava sem evacuar há seis dias, aproximadamente, e chorava muito, a Dr.^a prescreveu um supositório, e elas não sabiam como introduzi-lo. A jovem começou a amamentar, corretamente, com boa pega.

A criança estava com um ano e 11 meses, no período da coleta dos dados, e antropometria, eutrófica.

Narrativa: Sr.^a Jandira- *“Ela toma leite do peito e leite de vaca, daqui mesmo, e com a mamadeira o intestino dela melhorou,... agora só pega gripinha, mas eu dou chá, e só um dia tomou aerossol que a Dr.^a passou...”* *Mas veio do hospital só no peito, aí ela ficou constipada, com intestino preso mesmo. Levamos no médico, em Arco-Íris, e ela passou um supositório, colocamos com cuidado, e só resolvia com o supositório, mas quando demos a mamadeira melhorou, até três meses tinha que por o supositório, ... agora ela mama os dois, e outro dia estávamos em Tupã e ela falou: vamos experimentar dar o NAN, aí compramos, mas ela ficou mais ressecada, piorou, e não demos mais. Ensinaram lavar a mamadeira, e não dar o resto, quando sobra, aí ela nunca*

ficou doente, com diarreia,... Ela nem dormia a noite, ficava com a barriga doendo, porque não evacuava, ela dorme tarde, ...Ainda não come papinha, nem fruta, ...Tenho outro filho, mais quem criou foi minha mãe e meu pai, e eu não amamenteei, eles mamaram na índia Itury, eu trabalhava para ela e ela olhava as crianças, ...Não lembro de comidas indígenas.”

Narrativa: Sr.^a Janari- *“Eles falam que o leite do peito tira a sede, mas acho que tem que dar água, porque ela tem sede, ...” ensinaram fazer o bico tinha que ficar puxando lá no hospital, não machucou o peito, ela pegou o peito desde que nasceu, mas tinha preguiça, e tinha que acordar ela. Levamos ao médico e ficamos colocando supositório, mais dava dó, aí depois eu dei o outro leite de vaca para ver se ela fazia cocô, mas foi até dois meses com supositório, aí melhorou. ”*

8.4. A família da Sr.^a Tabajara, Sr.^a Tupã e Sr.^a Tainá: parentela 4

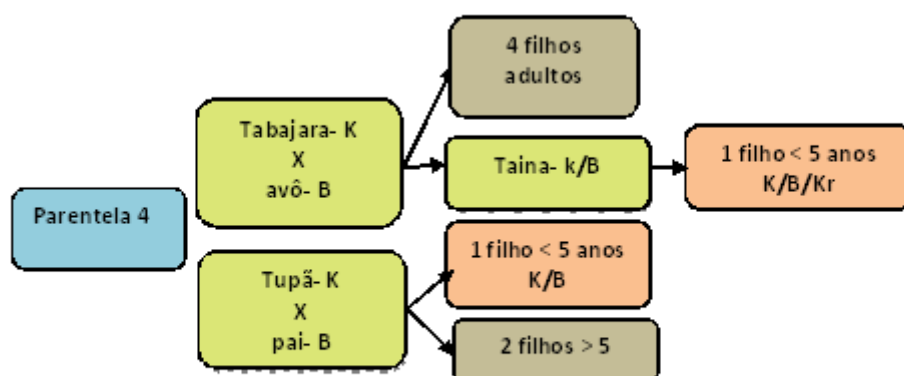


Figura 4: Mapa de apresentação da parentela 4.

A Sr.^a Tabajara e sua filha Tainá

Uma das casas, mais distantes da colônia, ninguém os visita, inclusive a equipe de saúde, por terem um cão temido por todos na aldeia, afirmavam que já havia matado um bezerro. O medo dos cães, veio da morte de uma moradora Terena, senhora de referência na aldeia pelos ensinamentos e conhecimento, foi mordida e desenvolveu septicemia, faleceu no hospital. A pesquisadora foi fazer sua visita por volta das 10h e a residência, que seguia o padrão da aldeia, estava toda fechada. Tudo indicava que estavam dormindo. Havia muita sujeira, sem plantações, condições precárias. Utensílios domésticos espalhados, nos dois quartos havia pequenos em colchões rasgados. A jovem Tainá, 20 anos, reside com a mãe que a auxilia nos cuidados com seu filho. Não seguiam nenhuma religião, usavam bermudas e blusas sem mangas.

Narrativa: Sr.^a Tainá- *“Quando nasceu ensinaram amamentar, fazer arrotar do lado certo, não deixar de barriginha para cima, dá o peito até seis meses, aí vim para casa e estudava no período da noite, dava o peito de manhã até a tarde, mas introduzi a mamadeira às 12h e à tarde, para ele ir acostumando com o leite, até a hora que eu chegasse da escola, e não deu problemas, ele não ressecou, nada... Tinha leite das vacas da aldeia, naquele tempo, ganhava 3l, coava e fervia, como é muito forte, colocava na mamadeira e colocava um pouco de água, para não ressecar a criança, aí com o tempo ele foi crescendo, aí deixava ele puro. O açúcar comecei colocar com três meses, ele nunca ficou doente, nada, não era só mamadeira, tinha o peito, até hoje nada fez mal para ele, ...meu peito não rachou, tinha muito leite, não dava conta de chupar, o*

peito não esvaziava, aí tinha que ir tirando...quando era nenê dei chá de erva-doce, que é bom para cólica, minha mãe olhava ele para eu estudar,...o arroz e o feijão sustenta mais, o leite de vaca é melhor que o do peito, porque é mais forte, sustenta mais, ...porque que nem agora que ele já está grande já não tem mais leite quase, e ele mais mama, porque quer ficar mesmo no peito, mas é isso, para ficar com a mãe, se tiver leite é bem pouco, quando era pequeno ficava no peito pelas duas coisas, pelo leite e para ficar no peito, mais o da vaca sustenta mais. ”

Narrativa: Sr.^a Tabajara- *“Eu olhei ela, porque quando ela ficou grávida, o rapaz deixou ela grávida, e ela ficou aqui comigo. Ela tinha 15 anos, é daqui da aldeia, o filho do cacique, que é meu tio, até hoje cuida dos dois, ...os meus amamentei, essa até os quatro anos, a outra até cinco anos, e tenho um de sete anos que ainda mama, para dormir, com 15 dias de nascido dei leite de vaca e o peito, os dois, dizem que o do peito é melhor, mais...dei o de vaca...igual minha sobrinha, ela é uma bolinha e toma leite de vaca, é bem gordinha, desde que nasceu mama leite de vaca...mas dei o peito, porque é costume, né, mas o da vaca é melhor, acho que o peito não deixa ficar doente, porque os outros falam, criança que amamenta no peito raramente fica doente, mas o da vaca sustenta, se não quer ficar no peito toda hora, e dá a mamadeira, eles dormem. Acho que o peito é para saber que a gente é mãe deles, porque quando nasce já coloca na gente, nunca dei para outra amamentar, eu acho que é falta de higiene, ainda se é uma irmã,...quando ficam gripados eu do guaco para eles, aí, caso não melhora, eu levo na enfermeira e ela marca a consulta em Arco-Íris, ...só se não melhorar... só... dei*

banho na menina de sabugueiro para catapora, para curar, minha mãe que dava em nós, mas aí começou coçar tanto e nunca mais dei, disse que amadurecia logo, mas precisei dar banho na água até sair, por causa da coceira, ...é raro eles comerem comida indígena, eles não gostam, não têm costume; biju uma vez eles comeram, e peixe cozido...meu menino caça, de vez em quando, se traz carne de capivara aqui ninguém come, javali só se for a fêmea, porque o macho tem um cheiro muito forte, mas a fêmea é igual de porco, a capivara tem gosto de mato, é só pegar na carne já sente...não planto nada, pego o chá na casa da minha prima, que mora perto do posto. ”

A Sr.^a Tupã e sua filha

A pesquisadora chegou ao portão da residência (diferente das outras, que não possuíam portão). Havia um cavalo e um bezerro em frente à porta da cozinha, o mesmo bezerro que permanecia no posto médico, como animal de estimação.

A casa era ampla, limpa, com uma varanda grande que a cercava. A pesquisadora foi convidada a se sentar na varanda. A criança brincava sentada no piso de cerâmica, próximo aos cães, estava em risco de sobrepeso, com um ano e um mês de idade. O quintal estava limpo, com sombra das árvores, flores e samambaias. Possuem eletrodomésticos e TV, havia um rádio ligado. A Sr.^a Tupã, 27 anos, casou-se com um branco, proprietário de um sítio na região, tiveram três filhos, dois são maiores de cinco anos e um menor. É irmã da Sr.^a Tabajara, e tia da jovem Tainá que possui um filho menor de cinco anos.

Narrativa: *“Quando ela nasceu pediram para dar o peito, mas como rachou o bico do peito, e o leite era pouco, mas eu continuei dando até vir para casa, aí quando deram alta para ela, tentei dar mamadeira até melhorar, e ela pegou, até melhorar, mas achou mais fácil a mamadeira ai fui passar ela para o peito, e ela não quis achou mais fácil a mamadeira, ai foi que o leite da mamadeira também não estava sendo bom,...não sustentava e ela queria mamadeira a noite toda, ...aí comprei o Mucilon, aí foi quando ela foi deixando mais a mamadeira. Foi bom para ela, não deu reação nenhuma, a outra menina também tomava, o medo foi que tivesse reação, porque ela tinha dois dias de nascida mais não deu nada, ...ela se deu bem com o leite de vaca, quando ela era mais novinha, eu misturava com um pouco de água, porque achava muito forte, mais eu misturava com água, ela ressecava, aí quando ressecava, tinha que dá puro para soltar o intestino, aí reparei que com água ficava fraco e ressecava o intestino, era só fervido, dei Mucilon com cinco dias para fica mais forte, eu achei que sustentou bem, e ela engordou até um pouquinho, mas ela já nasceu gordinha ...no peito eu passei pomada , e não sei se ela sentiu o gosto, e não quis, demorou um tempinho para melhorar... Ela é uma criança forte, só esta gripe mesmo, é difícil ficar doente, um dia só levei no médico com cólica, mais a médica falou que era normal, que era normal do intestino que estava ficando forte, era normal, ...nunca dei chá, só do quando ela está gripada, que é chá de guaco, mas ela toma um golinho só e já para a minha mais velha também foi com Mucilon, aí ela largou a mamadeira com um ano. Quando nasceu o menino, logo em seguida, e ela viu o menino tomando na mamadeira e não quis mais, porque acho que era a dela, aí dei no copo, mas ela não quis mais o Mucilon, e só toma leite com chocolate, aí o menino*

tomava leite puro, mais ele era bem comilão igual ela, aí coloquei arrozina, aí ele tomou, mais com um ano parou, agora é só com café,... “...então nenhum mamou no peito. A mais velha ficou na UTI, porque passou da hora de nascer, o ombro não passava, foi tirada a ferro, ela engoliu água também, eles pediam para tirar o leite e levar, mais a gente mora no sítio e fica difícil, ainda mais tempo chuvoso, ... Dela tinha vontade de amamentar ela no peito, nossa tinha esperança de não rachar, mas como rachou eu não tive como, e ainda tentei voltar no peito, tirei leite, mais se dependesse do leite do peito ela chorava a noite inteira. Para os meus três, o leite de vaca foi bom, o povo fala que é do peito, mais eles são saudáveis, é difícil ficarem internados no hospital, é o que eles comem, eles comem verdura, uma bacia de alface, para essa vou começar fazer suco de alface, porque às vezes ela fica ressecada,...o Mucilon que sustenta, minha mãe pediu para dar arrozina, primeiro foi maisena, porque disse que solta o intestino porque é quente, e tinha diarreia, aí que comecei com a arrozina...mas porque não amamentei os dois, tinha vontade de amamentar, a moça no hospital falou e eu falei que tinha vontade, mas a mamadeira é mais fácil. ”

8.5. As famílias das Sr.^{as} Ubandara, Upira, Ubá e Uiara: parentela 5

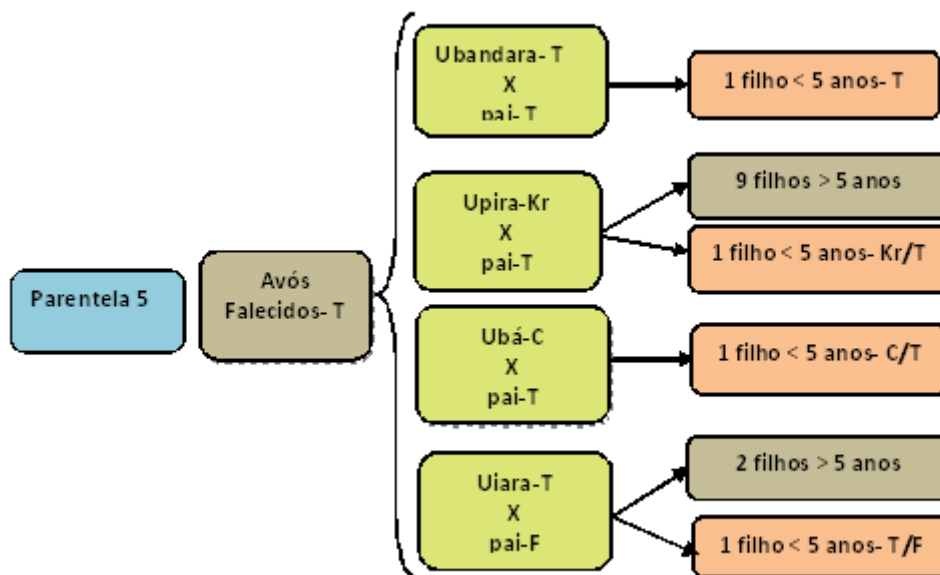


Figura 5: Mapa de apresentação da parentela 5.

Migrada do Mato Grosso do Sul, a avó falecida, era uma das referências da aldeia, pelos ensinamentos e simpatia, avó das crianças desta parentela, já falecida, em 2011, por septicemia, após ser mordida pelo cão da parentela 4. Ela teve sete filhos, seis homens e uma mulher; cinco casados, um deles pertencente à parentela 1, pois é esposo de uma Kaingang. A jovem casou-se com um Kaingang e possui três filhos, um casou-se com uma Terena, outro com uma Atikun e outro com uma Krenack.

Sr.^a Uiara e seu filho

Última residência da colônia de casas da aldeia, mais distante, caminhada perigosa pelas matilhas de cães. A pesquisadora chegou pela manhã, passava o ônibus municipal que transporta as crianças para escola, em

Arco-Íris, apenas as que estudam fora da aldeia. A menina correu pelo capim médio, em direção ao ônibus, despedindo-se da mãe, com uma mochila às costas.

A pesquisadora solicitou à Sr.^a Uiara, 26 anos, se poderiam se sentar para a entrevista, foram até a pequena varanda, mas estava tudo desorganizado, roupas por toda parte, sapatos, bacias, lixo de vários tipos. Havia uma poltrona com o assento rasgado, de onde foram retirados os objetos para que a pesquisadora pudesse se sentar. Havia muita sujeira, e criação de um porco em um chiqueiro próximo. Patos para retirada das penas para artesanato, galinhas, gatos, o gado estava disperso pelo quintal. No interior da residência havia também muita sujeira, coisas espalhadas, colchões rasgados. Não foi possível distinguir os utensílios domésticos. O bebê, de um ano de idade (eutrófico), estava dormindo no quarto. A criança chorou e a mãe foi buscá-lo, amamentou-o durante a entrevista, estava aparentemente com roupas limpas.

Narrativa: *“Tenho quatro filhos e para cada filho compramos uma vaca, para ter o leite, agora tem 10 cabeças, comprava com o salário maternidade...mas para a menina dei mamadeira com leite em pó, ela não aceitava leite de vaca, e quando tinha seis meses, dava papinha, sopinha, com batata amassada, dei comida primeiro...O menino tomava leite mesmo, mama e toma mamadeira com leite de vaca. O leite de vaca sustenta mais, porque só com o peito ele chora, então não sustenta...Aqui na aldeia as mães não amamentam, é muito difícil, ali do lado mesmo a menina não está amamentando, porque ela sai e se amamentasse o bebê ia chorar...quando o bebê mama, a mãe não deixa o*

filho... Os meus dou mamadeira, mas o peito não deixo de dar...não tive problemas desde quando nasceram, eles pegam o peito, mamam desde o hospital, ...quando dei comida também não deu problema nenhum, comida sustenta mais que leite, arroz e feijão, faço salada que não pode faltar, carne eles gostam mais do frango, tenho que comprar três ou quatro, e peixe, meu marido pesca e caça, pega mais javali, dou para as crianças e eles gostam, comem e não faz mal, ...Ela teve anemia, ela era pequena, eu dava mamadeira e punha açúcar demais, eles falam que não pode por açúcar no leite, então faz mal, ela não gostava do leite de vaca, então dei leite em pó, ...no do menino não ponho açúcar, também não como açúcar, leite coloco chocolate e não ponho açúcar, dos meus filhos não adoço. Meu marido que faz, ele faz de erva-cidreira, poejo, hortelã, para eles quando estão com gripe, quando não resolve marca o médico (esposo Kaingang). Ele ficou amarelinho e a daqui mandou por no sol, as enfermeiras mandaram dar banho de picão e resolveu rapidinho, melhora...leite sempre tive bastante, tomo bastante chá, mate mesmo, e tomo suco, comprado de saquinho, bastante líquido dá leite, nossa água é da torneira mesmo, carne de boi tem que comprar, aqui mata mas não temos mais direito porque eles estudam na escola em Arco-Íris, porque lá eles têm aulas de computação. Criação de galinha, pato para tirar as penas e já tem patinhos, tem porco, engorda e mata para comer, e as crianças gostam da carne, mas não cozinho com a gordura, a menina gosta, também comemos o ovo das galinhas e a carne de frango, tem as vacas e os cavalos do marido. Cozinho no fogão a lenha só o feijão. Ele gosta de chá de erva-cidreira sem açúcar, ele não tem cólica, os outros tiveram, mas ele não, no umbigo limpava com álcool, porque a enfermeira falava que não podia pôr nada, senão ia amarrar com

moeda. Os Terenas fazem festa no primeiro filho, para comemorar o primeiro filho que a mulher tem, festa para mulher é força e para criança tem o banho especial, mas não me lembro, as mais velhas vão na mata e colhem ervas para o banho, não sei por que as mais velhas, e no parto elas fazem um tipo de rede e são elas que cortam o umbigo, com tesoura, lá agora não sei, mas antigamente não cuidava, morreram muitos de desnutrição, lá tem cemitério só para as crianças, as mães não dão o peito e são muitos filhos, lá eles dão banho na água fria desde que nasce. No Mato Grosso é bem diferente, para lá não vou mais, e é só comida indígena, lá tem feira de comida indígena na aldeia. Não tem mais ritual quando alguém morre, só antigamente.

A Sr.^a Ubandara e seu filho

A família Terena, a mãe do menor de cinco anos é do Mato Grosso do Sul, onde sua família ainda reside, possui apenas os familiares da parte do marido, na aldeia. Viaja para visitar sua família, frequentemente, e permanece na casa materna por períodos de dois meses, aproximadamente, mantendo assim seu contato com a cultura e tradições Terena.

Apresenta dificuldade em falar português, o marido participou da entrevista, enfatizando a dependência da mulher. O bebê estava no carrinho quando a mãe o pegou e o amamentou durante a entrevista, observou-se que a pega estava incorreta. Depois o colocou no carrinho e o balançava durante a entrevista. Segundo sua cunhada, ela estava alimentando seu filho com outro leite em mamadeira.

Eles conversam com o filho mais velho no idioma Terena, não sendo possível compreendê-los. Quando a pesquisadora se aproximou da residência, o pai estava perto do filho mais velho, nascido no Mato Grosso, ele e a prima brincavam com uma bicicleta velha. Ao ver a pesquisadora, o pai falou com as crianças no idioma Terena, entrou e sentou-se na varanda. Havia roupas no varal, não havia árvores no quintal pequeno, e o capim era baixo. Não cultivavam hortaliças. No interior da casa não havia distinção de cômodos, nem portas internas, mas viam-se colchões rasgados, cozinha com geladeira apenas, louças sujas.

O bebê com oito meses de idade foi classificado, quanto ao seu estado nutricional, em risco de sobrepeso. Nasceu com um problema auditivo, estava sendo assistido na cidade de Marília, mas ainda não havia um diagnóstico confirmado. A Sr.^a Ubandara possui 23 anos, é da etnia Terena e é evangélica.

Narrativa: *“O outro nosso foi a minha mãe quem cuidou (avó) lá no Mato Grosso, eu tinha leite, mas a criança estava doente e não pegava meu peito, essa criança nasceu prematura, ...este aqui está mamando no peito, mas está difícil, porque não nasceu aqui (nasceu na cidade de Marília, pois a gravidez era considerada de alto risco obstétrico) e cortou todo o meu peito, machucou, e até que agora acostumou, melhorou com a pomada, melhorou, vou buscar para te mostrar, a enfermeira deu e melhorou, foi só a pomada, o leite está sustentando (com mamadeira)...No Mato Grosso também é só o peito, mas o outro tomou leite de vaca. Lá em Marília, onde eu fiz tratamento e o parto, ensinaram a amamentar, as enfermeiras, as cunhadas ensinaram a cuidar umbigo, limpar com álcool, e a vizinha (cunhada) veio dar o banho, e vamos*

para o Mato Grosso levar o bebê. A gente está dando um pouquinho de água para ele, porque a boca estava seca, a médica de Arco-Íris mandou pegar água da torneira mesmo, ele gosta e dá na colherzinha...faz cocô direitinho, ainda não deu cólica, o outro deu muito trabalho, nasceu de oito meses, quando chegou tinha doença, tinha bronquite na respiração, fez encaminhamento na FUNASA, a enfermeira antiga acompanhava o tratamento...Tomou chá de cidreira, quando doente. O pequeno ainda não tomou chá. O banho, o marido dá, está difícil, né?...Planta mandioca brava, que faz mal para comer, é veneno, só para fábrica de farinha.”

A Sr.^a Ubá e sua filha

A Sr.^a Ubá possuía 31 anos, é a merendeira da escola, sua casa não se difere das outras da aldeia. Estava organizada, não havia objetos espalhados. Enquanto ela trabalha, o marido costuma ficar em casa para cuidar da criança. Sentamos na varanda, a criança brincava na terra com uma “motoca”, (tipo brinquedo infantil). Ela é Atikun, os índios dessa etnia são minoria na aldeia e seu esposo é da etnia Terena. Sua filha, com três anos e sete meses de idade, é a criança classificada como obesa.

Narrativa: *“Fui criada pela minha avó e depois morei com minha tia, minha mãe morava em Brasília, ela não ensinava nada, era Atikun, não parece muito índio...elas faziam muita coisa de milho, pão, eu comia, o inhamim é gostoso, mas está difícil...Nunca tive problemas, o peito não rachou, não dou comida indígena para ela, não tenho mais costume, dou chá para dorzinha, resfriado, para tudo, cidreira, hortelã e poejo que é muito bom para gripe. As comidas*

indígenas, faladas por eles são biju, peixe cozido com banana verde e inhamin. Do parto não ensinaram nada, só ensinaram a amamentar, cuidar, não dar água, o curativo, ela teve um probleminha com o umbigo, não secava direito, demorou para sarar, mas não coloquei nada, só o álcool mesmo,.. Dava água, até demorei para dar, minha sogra falava: tem que dar água. Ensinava bastante coisa. Ela chorava muito à noite, ela não dormia à noite, queria dormir de dia, e minha sogra dava chá de cidreira para acalmar, mas não resolveu nada...Minha filha come de tudo, eu acho que faço mal, porque ela gosta muito de comer doce, e meu marido é diabético, ele descobriu já era velho, ela come bolacha recheada, gosta de pé de moleque, salgadinho, essas coisas. Dava sopa de macarrão, porque fazia para nós e aproveitava e dava para ela, amassava com cenoura e batatinha, dou carne também, mas ela não é muito de carne, gosta de peixe, mas tem que comprar,...Eu acho que o leite materno sustentou ela.”

Sr.^a Upira e seu filho

A casa da Sra. Upira segue o padrão das residências da aldeia, onde moravam seis pessoas. Ela possuía 42 anos, trabalha na roça com o marido, sazonalmente, e costumava levar o menino para a lavoura, para amamentá-lo, iam de trator.

No dia da visita, a pesquisadora os encontrou sentados na varanda da residência, pois não havia trabalho na época. Também se sentou, referiram que não plantavam na residência, porque descia água suja do quintal do vizinho, que criavam suínos. A criança, com quatro anos e dois meses de idade, foi amamentada pela mãe durante a entrevista (a mãe estava sentada e

o filho em pé) e foi classificada quanto ao seu estado nutricional como eutrófica. A mãe falou sobre a anemia do filho e sobre o uso dos óleos de mamona e algodão no curativo do coto umbilical.

Narrativa: *“Nasceu no hospital daqui, ensinaram curar o umbigo, dar banho, eu passava ...esqueci o nome do remédio, que eles dão na farmácia, o álcool, os outros nasceram em Minas, e tinha as coisas, né? ...eu passava remédio que socava aquela semente de algodão, é bom, não tiveram problemas, antigamente eu não usava essas coisas, só o indígena, torrava a semente, soca, e fica um pozinho e passava com azeite, porque lá eles fazem azeite de mamona, só que a mamona para fazer azeite, tem que socar ela. Sai um óleo brilhoso, e tem um amendoim, e é o óleo da mamona, aí você cozinha, o da mamona é melhor, não coloquei no umbigo dele, porque aqui não tinha, o álcool resseca muito, ... ensinaram dar o peito, mas eu já dava para os moleques, o até três anos, os outros também, ele já deu, o ano que vem ele vai para escolinha né? aí tem que tirar, mas quero ver ele esquecer, tinha que começar tirar agora,... nunca tive problema, não amamenteei outras crianças, mas lá no hospital eu dava mamã para as outras criancinhas, e eles tiravam três chuquinhas, eu tinha muito leite, e quando eu fui operar para não ter mais filho, ele mamava e meu peito encheu, e doía, e dava até febre, tinha que tirar, ...Dava chá de poejo, hortelã, bom para dor de barriga, ...as comidas sustentava, eles não choravam quando eles estavam com fome eles choravam, o leite do peito também sustentava, porque eles também não choravam, eles dormiam quando dava mamã, ...eu acho que as coisas da natureza, nunca comeram uma coisa que fez mal, ele come a tanajura, não sei com quantos anos, ele aprendeu com a molecada, eu não gosto, mas os Krenacks comem,*

eles comiam depois de um ano, eles comem sopa de banana, sustentei eles em Minas com a sopa, eles até hoje gostam, fazia canjiquinha, ...sopa de mandioca também tem muita vitamina, o arroz tem pouca vitamina, dá mais anemia do que essas coisas, ele teve anemia e eu dava sopa de mandioca e inhame, ...acho que já nasceu com anemia, eu não sabia que ele tinha e a Dr.^a pediu o exame, e falou, ele tinha um mês, e ele teve que tomar remédio, e com seis meses ainda tomava remédio, e a sopa de mandioca, mesmo assim ele tomava o remédio...dava água junto com o peito, dei com três meses, por causa do calor, o leite da vaca é bom, e quando dá para eles é melhor que o do peito, quando é bem fervido, mas eu não dei, porque dá muita mão de obra, trabalho de ficar levantando para mamadeira, aí de madrugada tem que fazer mamadeira, e também é costume não dar o leite gelado, não é bom, ... é costume.”

8.6. As famílias das Sr.^{as} Inaiê, Ierê, Ibiara e Lúna: parentela 6

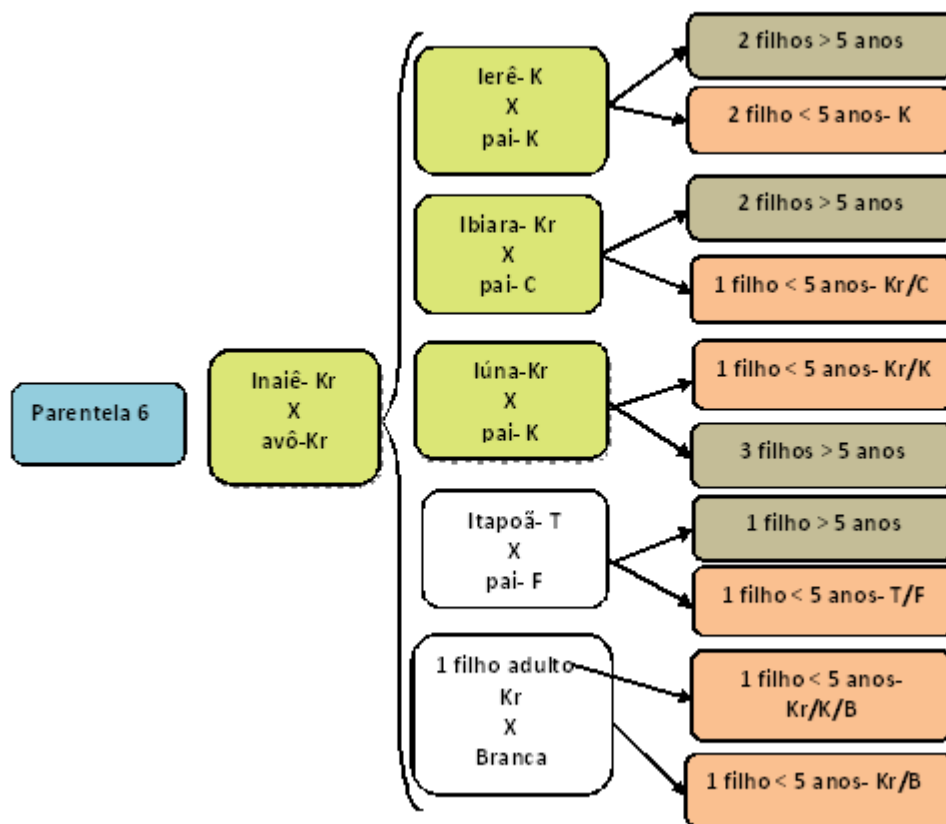


Figura 6: Mapa de apresentação da parentela 6.

A Sr.^a Inaiê

A pesquisadora chegou ao espaço doméstico, no período da tarde, que era composto por um quintal grande com duas residências da Sra. Inaiê. Ela e uma de suas filhas já esperavam pela pesquisadora, que entrou pela porta da cozinha da residência, sentou-se em uma cadeira à mesa e a colaboradora sentou-se no sofá. A cozinha era junto com a sala, tinham um televisor em um dos quartos, estavam todos assistindo a algum programa com as crianças, às vezes saíam, mas logo voltavam. As residências padrão da aldeia possuem três cômodos. Na cozinha havia panelas limpas secando na pia, liquidificador e

micro-ondas, nenhum alimento exposto. A Sr.^a Inaiê começou a falar sobre a história de seu povo. Disse que os índios Krenack são do estado de Minas Gerais e mudaram para a aldeia a partir da década de 1940, devido às invasões de suas terras por empresas mineradoras e pelos fazendeiros.

Narrativa: *“Sou Krenack, vim da Aldeia de Minas Gerais, perto de Resplendor, cidade mais próxima, vim com minha mãe e mais seis irmãos, o cacique é meu irmão, meu pai morreu e minha mãe veio já viúva... viemos porque lá teve muita invasão de fazendeiros, queriam as terras e matavam os índios...cheguei aqui, me casei com um Kaingang e tive meus seis filhos, me separei dele, voltei para Minas com as crianças e minha mãe, para tomar as terras que perdemos, ajudar outros familiares que ficaram lá...lá em Minas me casei com um Krenack, este meu marido, ...mudamos para cá de novo, ele veio e criou meus filhos, minha mãe me ensinou muita coisa ela é viva ainda,... amamentei pouco, porque tive os filhos seguidos, então parava na gravidez de outro filho, desmamei eles cedo, três meses mais ou menos, só a mais nova que mamou bastante até dois anos...os outros dei leite de vaca, minha mãe criou nós com coco de macaúba, conhece? socava os coquinhos e dava, e também biju da mandioca, ensinou dar para os meus filhos também, mas dava papinha mesmo de batata, a mandioca não dou para bebê, só quando tiver uns meses...hoje eles comem bolachas, pão, bolo, faço caseiro também, comem melhor, alimenta mais, mas é ruim porque dá doenças, diabetes, a gente ouve falar tanta coisa..., que engorda, ah!...você sabe, entende o que é alimentar, o outro do jeito que era antigamente era melhor, porque não dava doença, mas não alimentava, sustentava, mas hoje é diferente...vem vindo mais um neto, filho do meu filho, mas minha nora, a namorada dele, eles moravam juntos, não quis*

morar aqui, foi para Arco-Íris, e ele mora aqui, hoje ele não foi trabalhar, porque foi dormir em Arco-Íris e não deu tempo de pegar a condução para a lavoura, então está com a filha, esta ele tem com outra moradora aqui da aldeia...meu outro marido, o ex, mora aqui sozinho em outra casa, mais longe, ele bebe muito (me agredia fisicamente quando éramos casados), então fica só mesmo...minha casa está sempre cheia de filhas e netos, já são 20...usamos a oca para ensinar dança para as crianças, todas as segundas e quintas, meu marido é quem ensina.”

A Sr.^a Ierê e seus filhos

Após a realização da entrevista com a avó, Sr.^a Inaiê, a pesquisadora saiu da casa para conhecer o espaço doméstico onde havia duas residências e uma construção para a estocagem do artesanato produzido pela família, no quintal havia flores, árvores frutíferas, algodão, batata-doce e bananeiras. Esta segunda entrevista, com a Sr.^a Ierê, 24 anos, evangélica, ocorreu no imenso quintal, onde entrevistadora e entrevistada se sentaram em um banco de madeira embaixo de uma mangueira. Tinham a companhia de três cães que dormiam na areia, e das galinhas com seus pintinhos. O bebê com dois meses (com baixa estatura) começou a chorar, a Sr.^a Ierê começou a amamentá-lo, durante a entrevista, com pega correta, depois o levou para dentro da casa da avó e voltou em seguida. Também, é mãe de uma menina com quatro anos e um mês (classificada como eutrófica, quanto ao seu estado nutricional).

Narrativa: *“Amamentei até seis meses, ...cheguei do hospital e dava o peito, não foi fácil, rachou e eu passei pomada que deram no hospital em Tupã,*

quando estava machucado, minha irmã amamentou para mim, ela tinha filho pequeno também. Quando não dava para ela vir, ela mandava o leite do peito em uma chuquinha, dava só o leite do peito, nas cólicas dava chá de camomila, com pouco açúcar, não punha muito açúcar, até seis meses mamou, e o chá dava desde cedo, uns dois meses, quando machucou meu peito, fiquei tranquila, porque tinha minha irmã que amamentava, então ela recebia o leite bom, então não me preocupei, depois dava leite de vaca na mamadeira,...ela mama até hoje, quando quer eu dou o peito, ... a papinha dei depois de seis meses, batata com caldo de feijão,...arroz com feijão...minha mãe ajudava, me ensinou, ...as papinhas e o chá, nunca tive problemas, tem a horta da minha mãe, mas lá não tem batata, só batata-doce, mas compramos na cidade o que não tem aqui,...mandioca não dou porque é dura, cozinho sim, mas é dura, não é boa, é a mandioca “brava”, apenas para fazer farinha industrializada, vendem na fábrica. Vamos na cidade, eu e meu marido, quando ele recebe da lavoura, vamos comprar no mercado, o leite vem de Arco-Íris de segunda, quarta e sexta. A enfermeira traz, quando vem para cá cedo, recebemos também o dinheiro do Bolsa Família... comemos carne de boi, quando matam , daqui mesmo, ...não me preocupo com a alimentação dela, acho que é boa.”

Sr.^a Ibiara e seu filho

A Sr.^a Ibiara tem 29 anos e três filhos, também faz parte da parentela 6, é da etnia Krenack e seu esposo é Atikun. Sua residência de alvenaria seguia o modelo padrão da aldeia, com cerca de arame farpado, as crianças brincavam na pequena varanda, os cães estavam deitados na areia, não havia

plantações, nenhum tipo de cultivo. O quintal estava limpo e organizado. Entrei na sala e na cozinha conjugadas. Sentou-se em uma cadeira em frente aos dois dormitórios (sem portas, como a maioria das residências da aldeia). Havia dois sofás e um itálico com televisor, que estava desligado, vários brinquedos e objetos espalhados por toda a casa, não havia alimentos expostos visíveis. Havia uma mesa com cadeiras, um pequeno armário, a geladeira e um liquidificador em cima da mesa. As crianças ficaram brincando na varanda. Seu filho, com um ano e dez meses (classificado como eutrófico) brincava na terra sentado no quintal, durante a entrevista. Ele apresentou recentemente, um tipo de verminose. Os outros eram maiores de cinco anos.

Narrativa: *“No parto foi bem difícil porque foi cesárea, os outros foram normais, eu não queria, mas no hospital, ouviram o coraçãozinho do bebê e falaram que estava ruim e que tinham que fazer cesárea...fiquei com muito medo, e medo dos pontos abrirem depois, de precisar de ajuda para fazer as coisas, ...mas minhas irmãs ajudaram e minha mãe vinha fazer as coisas. ...Lá no hospital mesmo já dei o peito, eles colocaram... né? ..., e ele mamou bem, nunca teve dificuldade. Meu peito não rachou nada, lá eles falaram para passar pomada, passar água antes de amamentar, porque pode ter sujeira no peito, e ir para o bebê, mas não precisei não...não precisei da pomada, nada, não tive problemas... Ele mama até hoje, mas com seis meses dei comida, o arroz, feijão, ele gosta, ele come e mama no peito na hora que quer, à vontade mesmo, ele gosta de abóbora com caldo de feijão, pegamos ali do lado, tem plantaçoão e quando não tem compramos, dou também banana e maçã raspada, quando tem. Ele também, gosta de angu, que é o mingau de fubá, faz sopa e pode por pedaços de carne ou moída, ponho feijão também. Não*

plantamos nada em casa, só temos os cães e galinhas poucas, ele também gosta dos ovos caipira...Minha mãe ensinou muita coisa...fazer as papinhas, minhas irmãs também, minha mãe faz peixe com banana verde, quando pescamos, é banana nanica cozida com o peixe, ele gosta, tira os espinhos e dá, ela ensina a comida indígena, dou chá também, desde pequeno, uns cinco meses, quando fica doente não gosto de dar remédio, dou chá de alfavaca para dor de garganta, chá de cidreira para gripe e banho de arnica para tosse. Tem também o banho de picão quando fica amarelinho, mas ele nunca ficou, começou a ficar doente (verminoses e diarreia) com nove meses, acho que foi depois que começou a comer comida, porque só no peito não ficava. A comida alimenta..., alimenta né? ... , mas não é saudável, isto a gente sabe...minha mãe vinha dar os banhos quando nasceu, depois que ele ficou mais durinho, eu dava, é porque ele veio depois de oito anos, eu já tinha esquecido. Ela deu banho nos netos e limpava o umbigo também, meu marido não participava e nunca falou se tem diferença nos cuidados dos Krenack, ele é Atikun, de Pernambuco”.

Nota: O irmão do esposo da Sr.^a Ibiara, casou-se com uma jovem da etnia Guarani, da aldeia Araribá da cidade de Avaí, estado de São Paulo, e tinham uma filha com um mês de idade. A jovem, cunhada da Sr.^a Ibiara e a sua filha, participaram da pesquisa, mas não foi possível a realização da segunda entrevista, pois a mãe estava ausente da aldeia.

Sr.^a Lúna e seu filho

As crianças corriam pelo quintal durante a entrevista, o caçula, com três anos e cinco meses, possui *Genuvarum* (membros inferiores em forma de

alicate), mas deambula sem dificuldade e é ativo (foi classificado como eutrófico). A Sr.^a Lúna possui 32 anos, é professora, casada com um indígena da etnia Kaingang. A residência estava desorganizada, com brinquedos, materiais escolares e outros objetos espalhados, porém estava limpa, seguia o padrão da aldeia. A pesquisadora sentou-se com a Sr.^a Lúna na varanda pequena, observou que não havia plantações ou árvores, apenas capim baixo e terra.

Narrativa: *“Não amamenteei os gêmeos, eu tentei, mas não consegui, porque meu peito rachou, ficou em carne viva e eram dois, aí minha mãe que falou: “não, dá não, porque você é muito magrinha, coitada de você”, e um deles mamava uma mamadeira cheinha, o outro não, ele foi o mais guloso, aí eu falei com a enfermeira, a FUNASA e a prefeitura dava leite NAN, davam duas latas cada, e eu comprava duas, aí foi até seis meses, e depois dos seis meses, parti para o leite de vaca, mas sempre tendo os cuidados com a mamadeira, o meu marido ia buscar o leite no curral, a enfermeira me ajudou a manter as coisas limpinhas, sempre trocava a mamadeira, dos outros eu amamenteei, e foi fácil, deles fiquei com medo porque eram dois, e menino é mais guloso, eu tenho a experiência, porque minha menina é menos, acordava quatro vezes na noite para dar mamadeira, e eu fazia o curso em São Paulo, ficava uma semana, eu tinha medo de levar eles e eles sofrerem lá...machucou e eu fui lá no médico e passou pomada, e eles não gostaram, no hospital, que eu não dava o peito, eles falaram: você vem que a gente tira o leite. E também eram dois eles iam sofrer de levar para SP no curso... não tentei dar para outra pessoa amamentar, acho que não tinha ninguém na época, eu amamenteei o da vizinha, ela ia trabalhar e ela deixava o nenê comigo e eu tinha a menina da*

mesma idade, amamentava ela e ele, eu acho que os Krenack e os Kaingang amamentam igual, ...eles mamavam em horários diferentes, mas os gêmeos o médico falou que era para dar junto, ao mesmo tempo, um já fica, imagina dois...dava chá quando ficavam com gripinha, era difícil levar para o médico, poejo é bom, preferia dar o chá e banho de arnica, ela arranca a gripe da cabeça, aprendi com a minha mãe e avó, alfavaca também é bom, tira até a febre, minha irmã também dá,gostam do biju, mandioca, os que não mamaram não ficavam doentes, só gripinha, é normal deles, acho que vai do cuidado da mãe com a criança. Os gêmeos ficam menos doentes do que o outro que mamou até três anos no peito, o mais velho e ele fica mais 'doentinho' do que eles, os gêmeos comem mais , são 'lima-nova', ...muito doce faz mal, muita bolacha, porque tem mãe que substitui a comida, arroz e feijão por bolacha, exagero,... gostaria de dar milho preto que é bom, mas não tem, não sei para que que é bom, minha mãe diz que é para o sangue, como chama, baixa imunidade, anemia.”

8.7.As famílias das Sr.^{as} Aimoré e Açucena : parentela 7

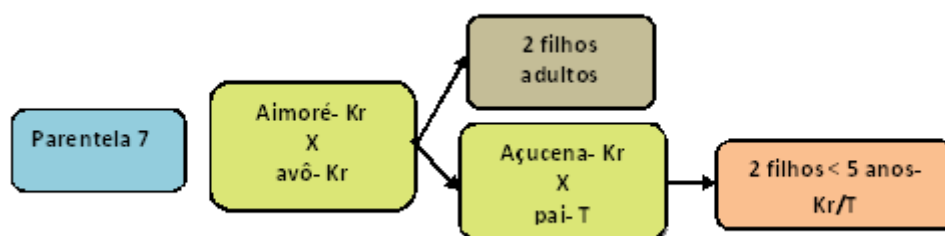


Figura 7: Mapa de apresentação da parentela 7.

A residência difere das demais casas da aldeia, porque é ampla e arejada, com flores e árvores frutíferas, há duas ocas, uma para artesanato, outra para aula de artesanato das crianças da escola, onde o avô das crianças é professor. A pesquisadora assistiu a uma das aulas (acompanhada pela esposa do professor), em que as crianças faziam pinturas com tintas. A família reside em frente à casa da mãe de leite dos meninos. A criança, com um ano e quatro meses de idade, em situação de risco de sobrepeso, começou a chorar e a avó foi preparar a mamadeira. A família recebe o leite (benefício dos programas governamentais) no posto médico três dias da semana, trazido da Unidade Básica de Arco-Íris pela equipe de saúde, quando é possível. Moram no mesmo quintal, família do auxiliar de enfermagem do posto médico. A outra criança tem dois anos e dois meses, foi classificada como eutrófica e brincou sentada ao chão da varanda durante a entrevista.

A Sr.^a Açucena, 24 anos, Krenack, é professora, protestante praticante, casada com um indígena da etnia Terena, neto da Sra. Cândia. Ela usava roupas características de sua religião, como a sua mãe Sra. Aimoré, Krenack, casada com um Kaingang.

Narrativa: Sr.^a Açucena- *“No hospital ensinaram mais do Ismael que é primeiro filho, ensinaram o jeito de pegar o bico que tem que uma parte da aréola estar na boca dele, e isto eu não conseguia fazer, sabe? foi difícil pra mim, eu não conseguia fazê-lo pegar, quando cheguei em casa, aí quando ia amamentar eu chorei bastante, machucou bastante meu peito, e teve uma época que eu tirei ele rápido do peito, porque chegou a sair um pedacinho do peito, eu sofri bastante, demais com ele, apesar que deste também rachou,*

acho que meu peito não tem o bico formado, tem mulher que tem, ele tem que puxar, sugar para o bico sair, é por isso que eu sofri bastante, eles falaram para colocar no sol, o sol das 9 às 10h, e depois das 5 e se não melhorasse era para procurar o médico para passar pomada, e eu procurei, porque não aguentava, meu peito ficou até cheio de leite, eu não aguentava, ai eu procurei em Arco-Íris, e eles falaram para tentar dar mesmo assim, daí eu pedi quando eu cheguei em casa, e meu esposo me ajudava bastante com o mais velho, eu não conseguia e ficava com medo também porque dói, daí ele pegava abria a boca dele certinho para ele pegar direito, daí foi indo e ele foi pegando, comecei a dar outro leite para ele, não porque estava machucado, mas eu dei porque ele chorava muito e eu achei que o meu leite não estava sustentando ele porque ele chorava bastante, ficava chorando, daí eu dei a mamadeira e ele quietou, daí só que eu complementava com o peito também, ele mamava os dois, dava leite de vaca, e sustentava mais, porque com cinco meses ele preferiu o leite da vaca,...é difícil eles ficarem doentes, só assim gripe, por causa do tempo, aí eu dou chá, bastante chá, ...chá de poejo com guaco, ou quando piora bastante tem que levar no médico daí lá ele receita, dou desde que nascido, no começo eu não colocava açúcar, agora eu coloco só um pouquinho, porque tem vez que ele não quer, ou hortelã também é bom, hortelã e poejo é mais para resfriado, o guaco para tosse, para verme é erva-de-santa, soca e põe no leite, meu pai dá para os meus irmãos, quando vê que eles estão assim, eu não conheço certo mais meu pai conhece, porque para eles nunca dei para verme...o maior gosta de milho cozido e peixe, eu tiro os espinhos, ele gosta do ovo das galinhas daqui, e acho que bolacha recheada, muito doce faz mal para a criança, mas acabo dando porque gostam, mas não

pode dar nada demais, tudo que é demais faz mal, ...o nenê também gosta de bolacha, refrigerante eu dô para o maior, e ele quando quer uma coisa.....açúcar faz mal, por isso eu não coloco açúcar no leite, o maior toma com achocolatado, e já tem açúcar, ...só o bebê que mamou umas duas vezes na filha do cacique, porque ela tinha bastante leite, e dele eu tive menos leite, e ele chorava bastante e eu ainda não dava mamadeira, daí mamou na filha do cacique...mas ele mama ainda à noite no peito, deve ainda sair um pouco, ...para o maior foi leite de vaca...porque para o bebê dou leite de caixinha. O leite de vaca deu dor de barriga nele, porque quando tinha um mês eu tentei dar leite, só que daí, como meu peito rachou, eu dei leite e depois continuei a dar, daí a enfermeira conversou comigo, falou que, conforme eu fosse dando o peito, ia vim leite. E veio o leite, só que mesmo assim eu dava o de vaca e deu dor de barriga nele, acho que porque é muito forte, muita gordura, a gente pega o de saquinho do governo, pego dois litros porque é um para cada, e é de segunda, quarta e sexta; na sexta eles mandam mais dois para cada, mais a gente tem que comprar de caixinha e deixar guardado, o bebê mama muito...agora deu um probleminha com o maior, saiu uma feridinha na boca, foi fim de semana, nem deu para levar ali no posto, não sei se é afta, conforme ele ia mamar na mamadeira machucava, aí ele não quis, e eu coloquei o leite no copo e ele viu que era o leite e jogou fora, e ele não quer mais este leite (de vaca pasteurizado), ...hoje ele não tomou leite, agora tem que dá comida, não pode esquecer de dar, senão ele fica com fome. Ontem tentei dar mamadeira, e ele fez ânsia de vômito, leite ele não quer, vou para Tupã comprar Mucilon, ele gosta.”

Entrevista: Sr.^a Aimoré (avó)- *“Amamentei meus filhos, até dois anos, eles todos até dois anos, eles mesmo largaram, não fiz nada para largar,...antigamente era bem diferente, agora tem comentário que as avós estragam os netos, mas como, agora eu vejo mesmo, que quando está quieto vem com a avó, quando chora quer a mãe, quando ela briga com ele, ele vem chorando atrás da avó, e meu marido fala: eles são pais, eles tem que educar. Mas eu vou fazer o quê, se eles vêm chorando, vêm na minha saia, e é difícil, mas é bem diferente, antes sempre fui amorosa com meus filhos, e faço tudo para os netos, ela reclamava que eu fico mais com o mais velho, é que o primeiro a gente espera mais, e ele foi uma criança que deu mais trabalho, ele chorava muito, era chorão, dormia de dia e à noite chorava, não era cólica, agora não dá mais...Dos netos eu falo para ela dar de tudo, pra eles, eu dei até jiló, comeu jiló, porque dela que era mais velha e eu era nova eu não dava muitos alimentos, porque os mais velhos falavam: não pode dar café, peixe. E eu nunca dei, peixe, e hoje ela não gosta de peixe, então tem muita coisa que ela não come e eu me sinto culpada, ...os mais velhos falavam que se der café a criança cresce nervosa, e eu não dava, e até hoje fala, e peixe é porque pode engasgar e até hoje, quando eu tive a segunda eu comecei a dar, eles comiam bastante inhamim, é bom e pode comer em qualquer idade, biju também, eu falo tem que dar de tudo, ...dava banho de cabreúva, quando ficavam resfriados, e pode fazer o chá para tosse, aqui tinha abelha, então fazia com o mel, mesmo bebê, sempre quis que um dos meus filho chupasse chupeta, então punha mel, mas mesmo assim ela não quis, eu achava bonito, e hoje elas falam ainda bem que não chupamos chupeta, os das minhas amigas pegavam e eu queria,...dos meninos demos banho de picão, porque ficaram*

amarelo, no hospital falavam para dar banho de sol, mas chegava aqui já dava o banho, o meu menino era para ficar no banho de luz, uma noite ele começou a chorar e eu também não dormia, aí quando trocou o turno, a enfermeira falou do chá de picão, mas aqui não, senão, sou mandada embora, eu vou tirar ele da luz pra ficar com a senhora, de manhã eu volto e coloco de novo, ele não ficou o tempo que precisava, o Dr. ficou bravo, e falaram dá banho de picão em casa, três já melhora, e mandou embora, ...e melhorou mesmo...na gripe dá banho de arnica e dá um pouco para beber, porque são tão pequenos e já vai começando a dar remédio forte que sara uma coisa e prejudica outra, eles falam que estes chá é bom, aqui tem bastante, então nem leva ao médico, só quando é a garganta, mas se é coisa que pode resolver em casa, mas agora tem menos remédios caseiros, antes tinha muito, aí sim meu pai falava, não vai ao médico, não precisa.”

8.8.As famílias das Sr.^{as} Marana, Miracema e Majuí

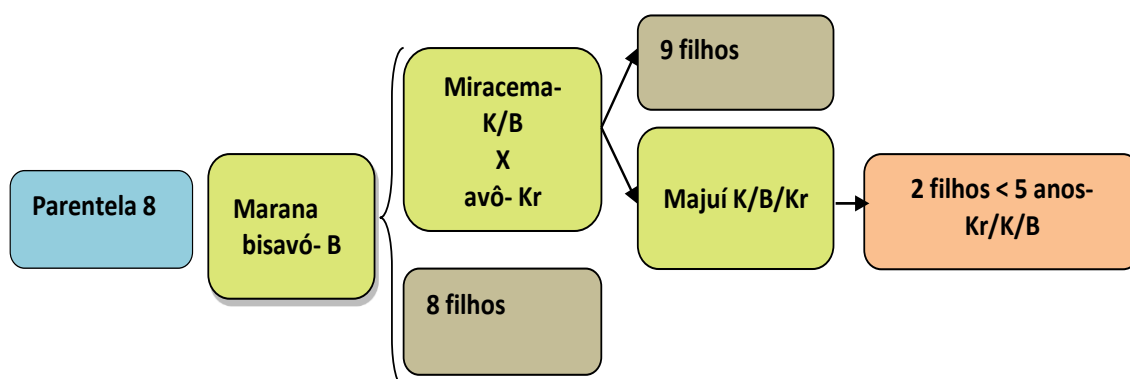


Figura 8: Mapa de apresentação da parentela 8.

A bisavó, Sr.^a Marana (mãe de leite)

A Sra. Marana é conhecida na aldeia, como mãe de leite, por ter amamentado várias crianças, muitas destas, mães de crianças menores de cinco anos. É branca, descendente de portugueses e casou-se com um índio da etnia Kaingang, quando isso não era um fato comum na aldeia, fala os idiomas Kaingang e Krenack com fluência, e ensinou alguns professores da escola local. Sua casa é maior do que as residências que seguiam o padrão da aldeia, com muitas árvores frutíferas e galinhas em seu quintal. É protestante praticante, seu esposo faleceu há alguns anos, mora com filhos solteiros.

Narrativa: *“Eu saía da minha casa e ia tratar destas crianças, debaixo de chuva e de frio e tudo, e eu tinha leite, eu tinha bastante, eu tive nove mas de pequeno morreram três e criei seis filhos. Este menino meu mamou até cinco anos e o outro até seis anos, mas eu tinha leite, e eu não negava leite porque do jeito que Deus me deu eu distribuí, hoje em dia a maioria não dá o peito, eles estão comprando o leite de vaca, eu não dava mamadeira, só o peito, porque tem que ter cuidado, porque pode ter uma bactéria, tem que tampar bem, não pode dar o resto do leite para criança, e eu nunca dei leite de vaca, mas quando já comia eu já ia ensinando de sete para oito meses eu dava comida, porque criança tem que ensinar, se não ensinar eles não comem, eles comiam de tudo o que nós comíamos, eles comiam, eu fazia papinha de mandioca com feijão, naquele tempo não tinha batatinha, era só mandioca mesmo, eles compram e dão batata, mas o da terra, plantado é bem melhor, o*

comprado tem muita coisa ruim. Eu fazia chá de poejo e hortelã até hoje não tomam remédio, nem para tosse, é folha de pitanga com folha de limão e folha de laranja, é muito difícil ir na farmácia. Eu tenho 76 anos, eu entrei aqui com 21 anos, eu casei com Índio aqui na aldeia, cerimônia aqui, naquele tempo a lei não permitia casar no cartório do branco. Não tinha casa, era só casinha de bambu, sem porta, a gente não comia arroz, e eu fui acostumando com eles, era só milho preto que plantava e fazia inhamin para comer, a gente socava em três no pilão, ou torrava ou frito, toda casa tinha pilão, dava para as crianças, depois de nove meses, porque é azedo, é meio forte, porque ficava de molho, esta comida sustentava, era plantado sem veneno. No nascimento tinha costume Kaingang, as mulheres falavam na linguagem, quando foi para nascer meu filho, eu morava numa casinha lá no meio do mato, e a cunhada dele era parteira e ela morava longe, aí eu passei mal aqui e ele foi chamar ela de madrugada, eu fiquei sozinha, e senti uma dor muito forte, eu agachei e forrei o chão com pano, ele nasceu, peguei ele na roupa que coloquei no chão e coloquei na cama e cobri, fui acender o fogo, era fogão de barro, coloquei água para esquentar, ela chegou e cortou o cordão com a tesoura quente, a placenta tinha saído tudo junto, ela foi falando no idioma, ela disse é “bicotitangran” que era homem. Eu preferia o parto em casa, minha filha também nasceu em casa, e minha cunhada fazia perfurun para dar leite, ela fazia na casa dela e trazia e leite não faltou, dava o banho no bebê na água morna e ia acostumando ele na água fria, e depois era só água fria, e nunca ficaram doentes, no umbigo passava um óleo de copaíba, é uma árvore, e faz um buraco, tira o óleo, ela fazia o curativo para mim, este é costume Kaingang. Não tinha pajé, aqui era só o cacique, eu ensinei duas professoras para ensinar aí na escola as

crianças, naquele tempo os índios não chamavam para entrar na casa, hoje eles chamam, e tem que chamar as crianças para comer, os mais velhos cozinhavam e chamavam os outros, “bicoti egló coiorú bragantin”. Muitos falam hoje que brincar na terra faz mal, eu criei eles no chão, eu deitava no chão para amamentar os filhos, ele dormia e eu levantava, não tinha cama, era tarimba amarrada, as crianças iam dormindo junto, as mulheres ficavam olhando as crianças, eu criava meus meninos e criava o dos outros também, mas eu acho que o leite da vaca sustenta porque hoje em dia tem mãe que não tem leite e hoje a maioria das mães deu quatro meses é só mamadeira e eles vão acostumar assim, mas o leite do peito é mil vezes mais leite, a mãe não precisa levantar e esquentar, é o leite da mãe, eu falo mas o povo faz, mas é bom também, bom se a vaca é boa de leite, e a mulher também depende, acho que tem mulher que não é boa de leite, mas minha filha também é igual eu boa de leite. O do peito é melhor, o da vaca tem que ferver bem, meus meninos não ficavam doentes. Naquele tempo era carne de caça e pesca, tirava os espinhos do peixe e dava para as crianças com sete meses, e tatu também, picava e dava, depois já tinha arroz, começamos plantar, naquele tempo não tinha veneno, meu marido que plantava, mas agora morreu, tenho três filhos solteiros e um neto que eu crio. Antigamente os homens saíam para trabalhar e as mulheres ficavam em casa, tudo junto, a gente não ficava sozinha, quando morria tinha que ficar na casa chorando por um ano, e tempo de chuva lembrava de quem partiu e falava que a chuva ia molhar o parente, e chorava, tinha a bebida com mel, mas não bebia, ...Eu cheguei aqui à noite, eu fugi porque meu pai não queria, aí ele me chamou para fugir, e eu peguei e fugi, aí foi pedir para o chefe para eu ficar, fiquei sem ver a família por um ano, mas

depois fui vê-los,...e ele só separou quando Deus levou ele, ele bebia depois de velho.”

A Sr.^a Miracema sua filha Majuí e seus netos

A avó, Sr.^a Miracema, é uma das filhas da Sr.^a Marana, mãe de leite da aldeia. Sua filha, Majuí, 21 anos, divorciada, é mãe de duas crianças, uma com três anos e dez meses (eutrófica) e outra com um ano e cinco meses que está em risco de sobrepeso. Ela possui residência próxima a da sua mãe, na qual está morando, porque se separou recentemente. A família não planta, apenas tem algumas flores. A casa é ampla, em boas condições de limpeza e organização. O avô é o cacique da aldeia, possuem automóvel e eletrodomésticos. A casa estava organizada e limpa, a avó estava lavando a roupa na máquina de lavar.

O pai das crianças é da etnia Kaingang, trabalhava em Tupã, é auxiliar de enfermagem, ele mora na aldeia com a mãe, a outra avó.

Narrativa: Sr.^a Miracema- *“É mais fácil cuidar dos netos, agora tenho prática em cuidar das crianças, quando casei não sabia,...amamentei mais do que ela, meu menino amamentei até quatro anos, aí fiquei gestante da outra menina e tirei ele, e ela também, o Miguel mamou, e ela ficou gestante da outra nenê e tirou do peito, só que ele já tinha um ano e pouco.... Nunca tive problemas em amamentar, ...todos foram de partos normais, quando fiz a laqueadura que fiz cirurgia, ...meus filhos nunca deram problemas, só conheceram hospital quando foram nascer, nunca ficaram doentes, acho que é a maneira que*

agente cuida deles. O neto logo no começo deu uma crise de pneumonia, mas fora isso não ficam doentes, dava chá de erva-de-são-joão para infecção, erva-doce, arnica para soltar o catarro e para tosse, a casca da romã para garganta inflamada, aprendi com meu pai Kaingang, ...eu não conhecia a banana verde cozida com peixe que é do Krenack, tem diferenças, comida do Kaingang é o inhamin do milho preto, nós guardamos muitas sementes, mas fomos distribuindo para quem pedia, e perdeu, ficamos sem o milho. Tem uma tradicional que é difícil o jagoré que é do milho amarelo e peixe, soca ele, e faz o inhamin no caldo do peixe, é do milho amarelo, o perfurun, mingau do milho torrado. O neto já comeu as comidas no ano passado, fez um ano e demos biju, mas ele não gostou, mas tem que acostumar, agora ele gosta. Esses dias fomos pescar e trouxemos um peixe de couro, 'mandiúva', fiz com molho e a netinha comeu e gostou muito, temos que ir pescar longe, mas peixe é só cozido, não usa fritar, eu vim para cá, tinha sete anos e conheci frito aqui. Lá o rio Doce passa na aldeia, e eles cozinham tudo, matava muita paca, cotia, capivara, e lá a capivara é diferente, o gosto é diferente, a daqui é bem diferente, a de lá é melhor. Ela come obá, tipo uma cana que tem na beira do rio, e a daqui come essas ervas-bravas e muda o gosto, eles assam e põe a pedra em cima para o peixe ou a carne assar embaixo, quando vamos no rio pescar faz fogo no chão, ...A netinha toma leite do peito só, ela não gosta de outro leite, fui tentar dar a mamadeira esses dias, tinha sete meses, mas ela não gostou, ia dar leite de vaca comprado dali, mas não quis, fiquei preocupada que se a mãe precisar sair, o que eu vou dar para ela,nunca mamou em outra mulher, mas minha filha já deu para o bebê da prima que mora aí na frente...., eu não dei para nenhuma outra criança, na época que eu

tive, minha cunhada teve, e todas tinham muito leite, ...as crianças no peito não ficam doentes, a criança na mamadeira dá muita infecção de intestino, a gente percebe, compramos leite de caixinha só para nós, mas o melhor é o da vaca que é mais natural, aqui da aldeia só tem de corte, não tem de leite, mais tem gente que tem, ... minha mãe é branca, ela veio para cá e pegou o costume da minha avó Kaingang, ela viveu com ela e meu pai, ela aprendeu o idioma, os dois idiomas, Kaingang e Krenack, ela era vizinha da aldeia de Icatu, e ela conheceu o meu pai, eles moravam alí na mata, eu nasci sozinha, minha mãe estava sozinha na mata, e ela fez tudo sozinha como aprendeu com minha avó, ...ela amamentou muitos aqui, foi mãe de muitos, ela pediu para morar na aldeia, na época não morava branco aqui. Meu irmão mamou até 13 anos, ele não tinha vergonha, podia ter gente em casa, ...não dava banho no rio quando nascia, mas o Xavante dá, já joga no rio e sai nadando o bichinho, para sair guerreiro, e mulher também, ...aqui as crianças tomam banho frio, o menino (neto) não queria tomar banho na água gelada, corria do banho, ...mas a maioria gosta.”

Narrativa: Sr.^a Majuí- *“Os dois foram cesárea, o da menina descolou a bolsa, porque eu agachei, e fui ao hospital e não viram, mas eu voltei e fiz ultrasson e viram. Da segunda também, foi cesárea, sempre fico de cama, dá febre, ainda do parto cesárea, quando vou menstruar, tudo começou depois do parto, mas não tomo remédio,nunca vamos no posto buscar remédio, só levo as crianças no posto para o sulfato ferroso, toda semana, e para pesar, o sulfato eu dou, mas se fosse uma comida com ferro ia ser melhor. Quando ficam doentes minha mãe dá chá, na febre é só por debaixo do chuveiro frio, e os*

chás, o de beterraba é bom, ...tem que cortar ela e por no sereno em cima da casa, em um prato com açúcar, o sereno mesmo faz o xarope para tosse, ...Quando comecei a amamentar, começou a machucar e coloquei casca de banana e melhorou, mas nem chegou machucar, porque antes de nascer fiz tudo certo tomei o banho de sol, ...amamentei o menino até um ano, a avó que dava os chás ...a menina come desde os cinco meses, ...o menino também, mas ele desmamou com um ano. Gostam de sopa de macarrão, mas o certo é o arroz e o feijão, se deixar eles gostam de biscoitos salgadinhos comprados, bolachas e chocolate, o menino come e ela que é menor tenta pegar, ela gosta também, e acaba comendo.”

9.O aleitamento materno e a alimentação infantil indígena

A análise das narrativas obtidas fez emergir um conjunto de categorias antropológicas, que permitiram compreender como ocorre a prática da amamentação e alimentação das crianças entre as famílias da aldeia.

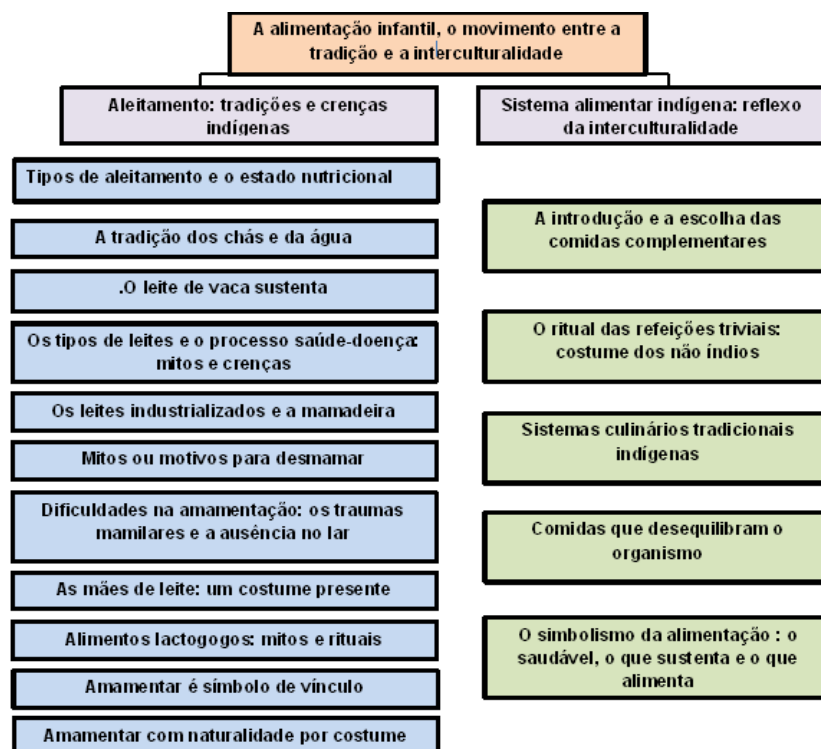


Figura 9: Apresentando o tema central, os temas e suas respectivas categorias antropológicas.

As categorias antropológicas foram agrupadas em dois temas: “Aleitamento: tradições e crenças indígenas” e “As comidas indígenas: reflexo da interculturalidade”, com a finalidade de organizar a apresentação da realidade cultural das práticas alimentares infantis da Aldeia Vanuíre. Da análise desses dois temas, emergiu o tema central da pesquisa: A alimentação infantil, o movimento entre a tradição e a interculturalidade, o qual reflete a

cultura da alimentação infantil indígena, com seus significados construídos pelas mulheres, interdependentes dos sistemas ambientais e sociais, nos quais os indígenas têm que se adaptar para sobreviverem.

9.1. Aleitamento: tradições e crenças indígenas

A maioria das mães, da Aldeia Vanuíre, praticam o aleitamento predominante ou o aleitamento misto. Percebe-se que tais práticas estão embasadas nas tradições e crenças dos grupos étnicos, mas também são influenciadas pelos não indígenas. Ainda, dentro dos seus valores e costumes, a prática de amamentar está apoiada e delineada nas relações de colaboração entre as mulheres.

Este tema “Aleitamento: tradições e crenças indígenas” é composto por 10 categorias, entre elas, a primeira aborda os dados objetivos do aleitamento materno relacionada ao estado nutricional das crianças e as demais descrevem os aspectos culturais do aleitamento e da amamentação praticados na Aldeia Vanuíre.

9.1.1. Tipos de aleitamento e o estado nutricional

O aleitamento materno exclusivo não é praticado na comunidade, pois as crianças recebem desde o nascimento chás de plantas medicinais e água nos meses de verão.

No período de realização do estudo, entre as 24 crianças estudadas, apenas uma criança (4,16%), com quatro meses de idade, estava em

aleitamento materno predominante, 14 (58,33%), com idade entre um e 50 meses, estavam em aleitamento materno. As nove (37,50%) crianças restantes haviam sido desmamadas; portanto, o maior tempo de aleitamento materno foi de 50 meses.

Entre as 14 crianças em aleitamento materno, 10 (71,43%) eram menores e quatro (28,57%) maiores de 24 meses. Entre estas, 10 (71,43%) crianças com até 24 meses de idade, uma (7,14%) estava em aleitamento materno predominante e oito (57,14%) em aleitamento materno em associação com outros leites ou sólidos.

Entre as 23 crianças que estavam em aleitamento, o tempo máximo em aleitamento materno predominante foi de até oito meses de idade, conforme sua história pregressa.

Tabela 4: Número de crianças, segundo o tempo em aleitamento materno predominante em meses. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013

Tempo em aleitamento materno predominante	N crianças
0>1m	7
1>2m	1
2>4m	2
4>6m	8
6>=8m	5
Total 0 a 8 m	23

Quanto à introdução dos outros tipos de leites, a idade de introdução dos liofilizados variou entre um e 20 dias de vida; de leite de vaca pasteurizado, de um dia a quatro meses e o de vaca não pasteurizado foi de dois dias a oito meses.

“...com 15 dias de nascido dei leite de vaca e o peito, os dois...” Sr.^a Tabajara

“...daí só que eu complementava com o peito também, ele mamava os dois, dava leite de vaca, daí só que eu complementava com o peito também, ele mamava os dois, dava leite de vaca,...” Sr.^a Caeté

“O menino toma leite mesmo, mama e toma mamadeira com leite de vaca...” Sr.^a Uiara

Quanto à classificação referente ao estado nutricional, considerando-se o índice do peso pela estatura (P/E) e o índice de massa corporal (IMC),

segundo a OMS (2006), 17 crianças estavam eutróficas. Dentre estas, quatro (23,53%) não foram amamentadas ou seu tempo em AMP foi de até 30 dias; duas (11,76%) com AMP de dois a quatro meses; seis (35,29%), de quatro a seis meses e cinco (29,41%), de seis a oito meses de idade (Tabela 4).

Entre as seis crianças em risco de sobrepeso, três não foram amamentadas ou seu tempo em AMP foi de até 30 dias. Uma esteve em AMP de um a dois meses e duas de quatro a seis meses de idade. Entre estas uma consumia leite de vaca *in natura* com aditivos à base de farinhas enlatadas, três consumiam doces e biscoitos salgados nos intervalos das mamadas ou refeições, e uma criança recebia leite liofilizado e era amamentada. Apenas uma criança era amamentada e consumia o leite de vaca *in natura*, não recebendo produtos industrializados.

A única criança obesa esteve em AMP de quatro a seis meses, tem três anos e sete meses de idade, está em aleitamento misto, com leite de vaca *in natura* e consome alimentos industrializados, como doces e biscoitos salgados.

Tabela 5: Frequência de crianças eutróficas, em risco de sobrepeso e obesas (OMS), segundo o tempo em aleitamento materno predominante (AMP) em meses. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Estado Nutricional \ Tempo AMP (m)	Eutróficas	Risco de sobrepeso	Obesas	Total
Não foram amamentadas ou em AMP até 1m	4	3	0	7
1 a 2m	0	1	0	1
2 a 4m	2	0	0	2
4 a 6m	6	2	1	9
6 a 8m	5	0	0	5
Total / Estado Nutricional	17	6	1	24

Nota: Dados relativos ao índice P/E e IMC

Uma criança do sexo masculino, equivalente a 4,16% do total de crianças, apresentou *déficits* nutricionais pelo P/I e E/I, mas pelo P/E foi classificada como eutrófica, possui dois meses de idade e está em aleitamento misto com leite liofilizado.

Das 24 crianças estudadas, 23 (95,83%) haviam consumido leites não humanos e uma (4,16%) não havia consumido outros leites, estava em aleitamento materno predominante com chás e/ou água apenas.

Considerando a totalidade dessas 23 crianças como 100%, os leites não humanos consumidos ou que já foram consumidos são: o de vaca sem

pasteurização por 16 crianças (69,57%), o de vaca sem pasteurização com aditivos consumido por uma criança (4,35%), o de vaca com pasteurização recebido por quatro crianças (17,39%) e os liofilizados recebidos por duas crianças (7,56%) (Tabela 6)

Tabela 6: Tipos de leites não humanos introduzidos na alimentação infantil, de acordo com a faixa etária de crianças menores de 5 anos. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Faixa etária (m)	Tipos de leites introduzidos			Número de crianças
	Leites liofilizados	Leite de vaca <i>in natura</i>	Leite de vaca pasteurizado	
0>1m	2	3 *	1	7
1>2m	0	1	0	1
2>4m	0	1	1	2
4>6m	0	7	1	8
6>=8m	0	4	1	5
Total 0 a 8m	2	16	4	23

*Nota: Uma criança entre zero e um mês consumiu leite de vaca pasteurizado com aditivos

Apesar da introdução do leite não humano, feito exclusivamente por mamadeira, na maioria das crianças ser precoce, as mulheres não interromperam a amamentação de seus filhos, e estes não apresentaram o fenômeno da “confusão de bicos”, que é quando a criança recusa a mama ao sugar em um bico artificial.

9.1.2. A tradição dos chás e da água

Como já foi observado, o aleitamento materno predominante prevalece entre as crianças da aldeia, devido ao mito de que somente a água sacia a sede e de que os chás devem ser oferecidos para as crianças ao invés de medicamentos. Esse mito explica a prática de se oferecer água para os bebês, mesmo menores de seis meses, quando expostos ao sol, pois as mães consideram que o calor e aumento da temperatura corporal poderia provocar alguma doença.

“A gente está dando um pouquinho de água para ele, porque a boca estava seca, a médica de Arco-Íris mandou, ele gosta e dá na colherzinha...nossa água é da torneira mesmo,..” Sr.^a Uiara

“... água, até demorei para dar, minha sogra falava tem que dar água, ensinava bastante coisa, ela chorava muito à noite, ela não dormia à noite, queria dormir de dia, e minha sogra dava chá de cidreira para acalmar,..” Sr.^a

Ubá

“...Eles falam que o leite do peito tira a sede, mas acho que tem que dar água porque ela tem sede, ...” Sr.^a Jandira

Em todas as parentelas, a água consumida é encanada, mas não é filtrada ou fervida.

“...é costume.....dava água junto com o peito, dei com 3 meses, por causa do calor... “ Sr.^a Upira

As mulheres indígenas utilizam os chás caseiros de ervas para a cólica intestinal, tosse, resfriados e para acalmar os filhos, com pouco ou sem

adicionar açúcar. Algumas acrescentam mel de abelhas, independente da idade da criança, mesmo para os recém-nascidos. Os chás são preparados pelos homens, que também colhem as ervas no espaço doméstico ou na mata.

“Meu marido que faz os chás, ele faz de erva-cidreira, poejo, hortelã, para os netos quando estão com gripe, quando não resolve, marca o médico.”

“...nas cólicas dava chá de camomila, com pouco açúcar, não punha muito açúcar, até seis meses mamou, e o chá dava desde cedo, uns dois meses,...” Sr.^a Ierê

“..., pode fazer o chá para tosse, ele tinha abelha, então fazia com o mel, mesmo bebê,...” Sr.^a Aimoré

“...porque são tão pequenos e já vai começando dar remédio forte que sara uma coisa e prejudica outra, eles falam que estes chás são bons, aqui tem bastante mas agora tem menos remédios caseiros, antes tinha muito,...” Sr.^a Upira

“Ele gosta de chá de erva-cidreira sem açúcar, ele não tem cólica os outros tiveram, mas ele não,...” Sr.^a Uiara

“...dava chá de camomila para acalmar, porque ela é muito nervosa, erva-doce cólica para...sempre dava chá de camomila ou erva-doce para dor de cólica, na mamadeira sem açúcar, só um pouquinho de mel, minha mãe e avó sempre fez isso, ...” Sr.^a Cairu

9.1.3.O leite de vaca sustenta

As mães, em geral, interpretam o choro do bebê como significado de fome e por isso complementam a sua alimentação com o leite de vaca,

considerando que este é o leite que sustenta. Classificam os leites de acordo com o comportamento e especialmente o choro das crianças. O leite humano é considerado bom, mas as crianças choram, porque não sustenta. Referem que com o leite de vaca elas param de chorar, o que as leva a acreditar que esse leite promove a saciedade.

Portanto, o leite de vaca é tido como um alimento bom pelas mulheres das parentelas das crianças, porque na visão delas é ele que sustenta.

O consumo do leite de vaca sem pasteurização pelas crianças foi de 66,66%, conforme observado, pode ser devido à crença materna de que o leite materno não sustenta.

Na residência da parentela 7, durante a realização da entrevista, o filho da Sr.^a Açucena, de um ano e quatro meses, começou a chorar e a mãe solicitou à avó que estava na cozinha, que preparasse a mamadeira, enquanto o bebê era amamentado.

“... comecei a dar outro leite para ele, não porque estava machucado, mas eu dei porque ele chorava muito e eu achei que o meu leite não estava sustentando ele, porque ele chorava bastante, ficava chorando, daí eu dei a mamadeira e ele quietou, daí só que eu complementava com o peito também, ele mamava os dois, dava leite de vaca, e sustentava mais, porque com cinco meses ele preferiu o leite da vaca,...é difícil eles ficarem doentes, só assim gripe, por causa do tempo...” Sr.^a Açucena

A Sr.^a Uiara, da parentela 5, referiu que costumava comprar uma vaca para cada filho, porque o leite de vaca sustenta. Não foi possível observar a presença das vacas no seu espaço doméstico, porque, segundo a nutriz, os animais ficavam pastando pela aldeia ou na pequena propriedade da família,

onde plantam vegetais para o consumo. A posse do gado leiteiro configura à família *status* social e uma certa independência alimentar.

“... o leite de vaca sustenta mais, porque só com o peito ele chora, então não sustenta ...Tenho quatro filhos e para cada filho compramos uma vaca, para ter o leite, agora tem 10 cabeças, comprava com o salário maternidade...”

Sr.^a Uiara

Os membros da parentela 2, possuem duas vacas, e segundo a Sra. Caeté, seu pai estava planejando ter mais uma para garantir a produção de leite para o neto. Uma de suas vacas se feriu no arame de uma cerca e a outra, como estava amamentando um bezerro, sua produção não era o suficiente para ser ordenhada. A bisavó das crianças se lembrou de quando possuíam o gado leiteiro comunitário.

“...tinha leite das vacas da aldeia naquele tempo, ganhava 3 l, coava e fervia, como é muito forte, colocava na mamadeira...” Sr.^a Cândia

“... meu pai parou de tirar leite, aí eu comprei de caixinha e agora estou comprando aqui da aldeia mesmo, para ele; o melhor é o da vaca... não é mexido muito, é mais natural,... meu pai já está preparando uma vaca para ter o leite quando meu sobrinho nascer...” Sr.^a Caeté

O leite *in natura* das vacas da aldeia é considerado um alimento forte, por não ser pasteurizado, segundo as mulheres por ser natural, é bom. Também referem que as crianças maiores preferem o leite *in natura* por este ser considerado verdadeiramente da vaca, sendo que o pasteurizado parece não ser bem aceito, mesmo pelas crianças.

“...o da vaca sustenta mais,... ... o leite de vaca é melhor que o do peito, porque é mais forte, sustenta mais, ... Sr.^a Tainá

“... para os meus netos, o leite está difícil, vaca leiteira está em falta, agora aqui só tem gado de corte, ...As crianças tomam o leite da caixinha ou tem que comprar do vizinho. Minha neta não gosta de caixinha, ele queria de vaca mesmo,...” Sr.^a Nadi

9.1.4. Os tipos de leites e o processo saúde-doença: mitos e crenças

As mulheres indígenas entrevistadas relacionaram o leite humano ao fenômeno do adoecer ou da boa saúde de suas crianças.

O aleitamento materno ocupa um espaço entre os hábitos, práticas e crenças relacionados à prevenção das doenças infantis, porém as mulheres apresentaram incertezas quanto aos seus benefícios.

Há divergências em suas falas, pois relatam que o leite materno é bom, mas ao mesmo tempo afirmam que os filhos que não foram amamentados não ficam doentes e já os que foram amamentados adoecem com mais frequência, demonstrando em parte, uma descrença nos atributos do leite humano como alimento e promotor de saúde.

“...os que não mamaram não ficavam doentes, só gripinha, é normal deles, acho que vai do cuidado da mãe com a criança. Os gêmeos fica menos doente do que o outro que mamou até três anos no peito, o mais velho e ele fica mais ‘doentinho’ do que eles, os gêmeos comem mais , são ‘lima-nova’...”

Sr.^a Lúna

“..., para os meus três, o leite de vaca foi bom, o povo fala que é do peito, mas eles são saudáveis, é difícil ficar internados no hospital...” Sr.^a Tupã

As mulheres relacionam a ocorrência de alterações intestinais nas crianças devido ao consumo dos vários tipos de leites, ou que o padrão das eliminações intestinais depende do tipo do leite consumido pela criança. O leite de vaca pasteurizado e embalado, os liofilizados e o humano são considerados causadores de constipação intestinal.

“...foi bom eles nunca ficaram doentes, nunca ficaram doentes por causa do leite, pode dar ressecamento, ele não pode tomar de caixinha, se toma resseca, tem que ser da vaca mesmo” Sr.^a Caeté

“Ela toma leite do peito e leite de vaca, daqui mesmo, e com a mamadeira o intestino dela melhorou,... Mas veio do hospital só no peito, aí ela ficou constipada...agora ela mama os dois, e outro dia estávamos em Tupã e ela falou vamos experimentar dar o NAN, aí compramos, mas ela ficou mais ressecada, piorou, e não demos mais... levamos ao médico e ficamos colocando supositório, mais dava dó,...” Sr.^a Janari

Adicionar água ao leite de vaca *in natura* também é considerada como causa de constipação intestinal, modificando o leite, que passa a ser considerado fraco.

“...ela se deu bem com o leite de vaca, quando ela era mais novinha, eu misturava com um pouco de água, porque achava muito forte, mais eu misturava com água, ela ressecava, aí quando ressecava, tinha que dá puro para soltar o intestino, aí reparei que com água ficava fraco e ressecava o intestino, era só fervido ... Sr.^a Tupã

Os leites de cabra e de égua preta são considerados fortes e bons para algumas doenças como o “mal de simioto”. Na visão das mulheres, a criança está doente e precisa fortalecer os ossos.

A crença na qualidade desses leites se misturam aos mitos das “simpatias” ou rituais para a cura de doenças, que envolvem tanto o consumo de leites produzidos pelos animais domésticos, quanto simpatias de um modo geral.

“A minha filha, mãe deles, deu trabalho, vivia no hospital, ficava 15 dias em casa, e voltava, teve doença do macaco, mal de simioto, aí, ela, com um ano e pouco, tomou o leite de égua preta, e depois com dois a cinco meses tomou o leite de cabrita,... e se a cabrita morrer a criança não morre, passou um tempo fui buscar o leite e o homem falou: a cabrita morreu, aí foi passando, com dois a três anos,...acho o leite da cabra melhor, fez bem para ela e está aí gorda e forte. Depois mamou no peito, porque não tinha como pegar ela, do peito foi bem também, ela era molinha, magrelinha, o braço era pequeno, tinha que pegar com o cobertor, ela ficava largada no chão, dava o leite de cabra na colher, saía no pasto, no meio das vacas bravas para buscar. ...Não pegava no colo, minha irmã que dava banho nela...” Sr.^a Niara

E a sua irmã Sr.^a Nadi, falou sobre a sobrinha:

“...minha sobrinha foi tomar outros leites mais fracos, só o leite da cabrita sustentava ela, porque é forte, né, ajuda a fortalecer o osso da criança, ela mamou leite do peito, mas não sustentava, quando quer mamar bastante, mais e mais é porque é esta doença, aí só o leite da cabrita ...”

A Sr.^a Niara, da mesma família, também não amamentou sua filha, na crença no poder dos outros leites. Demonstrando que, como sua irmã, acredita que outros leites são melhores para a criança.

9.1.5.Os leites industrializados e a mamadeira

O consumo dos leites industrializados faz parte da alimentação de algumas crianças, em apenas uma ocorreu o desmame. Apesar de não haver a prática do aleitamento exclusivo, o consumo do leite industrializado é restrito. Entre todas as crianças constatou-se que sete (29,16%) receberam leites que passaram por processo de industrialização.

Entre as 24 crianças (100%), 13 (48,15%) recebiam leite de vaca *in natura*, duas (8,33%) recebiam leite pasteurizado, duas (8,33%) recebiam leite liofilizado, e no aleitamento de duas (8,33%) eram associados o liofilizado com o de vaca pasteurizado e uma (4,17%) recebia leite de vaca *in natura* com aditivos lácteos na forma de farinhas. Entre os bicos artificiais, 19 crianças (79,17%) utilizavam mamadeira e uma chupeta.

Ao analisar o consumo dos leites industrializados, observa-se que sua introdução ocorreu em situações específicas. No caso de crianças gemelares, por meio dos profissionais de saúde ou da permanência do recém-nascido no hospital, a mãe foi orientada a oferecer outro leite.

O mito de que a forma física da mulher influencia na amamentação, como nas situações em que a nutriz é considerada magra ou quando se exige muito de seu corpo, ao ter de amamentar gêmeos, faz parte do universo feminino da aldeia, mesmo nas situações em que a mulher possua experiências positivas na amamentação.

Salienta-se que, para estas mulheres indígenas, a amamentação só se configura como desgastante em tais situações específicas: a de filhos gêmeos e nos casos de doença materna.

A Sr.^a Lúna é mãe de quatro filhos e amamentou dois deles sem dificuldades, até três anos, mesmo sendo considerada magra, mas ao ter que amamentar filhos gemelares, foi aconselhada por sua mãe para não amamentar, por preocupação com seu maior desgaste agravado pelo fato de ser “magrinha”.

Nessa parentela 6, ficou evidente também a marcante influência materna, ou seja da avó dos gêmeos, além da crença comum, interculturalmente, de que os “meninos comem ou mamam mais do que as meninas”.

“Não amamentei os gêmeos, eu tentei, mas não consegui, porque meu peito rachou, ficou em carne viva e eram dois, aí minha mãe falou: ‘não dá não, porque você é muito magrinha, coitada de você’”, e um mamava uma mamadeira cheinha, o outro não...dos outros eu amamentei, e foi fácil, deles fiquei com medo porque eram dois, e menino é mais guloso, eu tenho a experiência, agente acordava quatro vezes na noite para dar mamadeira, minha menina é menos, ..., aí eu falei com a enfermeira, a FUNASA e a prefeitura davam o leite NAN, davam duas latas cada, e eu comprava duas, aí foi até seis meses, e depois dos seis meses, parti para o leite de vaca, mas sempre tendo os cuidados com a mamadeira, o meu marido ia buscar o leite no curral, ...” Sr.^a Lúna

A Sr.^a Tupã, da parentela 4, é a única que oferecia leite de vaca *in natura* com aditivos para seus filhos, seu esposo é não indígena. Sua filha foi classificada como em sobrepeso. Essa família possui condições socioeconômicas diferenciadas e plantam com fins comerciais.

“...aí comprei o Mucilon, aí foi quando ela foi deixando mais a mamadeira, foi bom para ela, não deu reação nenhuma, a outra menina também tomava, o medo foi que tivesse reação, porque ela tinha dois dias de nascida, mais não deu nada, ...ela se deu bem com o leite de vaca, quando ela era mais novinha, eu misturava com um pouco de água...e já para a minha mais velha também foi com Mucilon, aí ela largou a mamadeira com um ano. Quando nasceu o menino logo em seguida e ela viu o menino tomando na mamadeira e não quis mais, porque acho que era a dela, aí dei no copo, mas ela não quis mais o Mucilon, e só toma leite com chocolate, aí o menino tomava leite puro mais ele era bem comilão igual ela, aí coloquei arrozina, aí ele tomou, mais com um ano parou, agora é só com café,...então nenhum mamou no peito, a mais velha ficou na UTI, ..., eles pediam para tirar o leite e levar, mais a gente mora no sítio e fica difícil, ainda mais tempo chuvoso, ...”

Duas crianças eram alimentadas com o leite de vaca pasteurizado e embalado, da parentela 1 e 7.

“...para o maior foi leite de vaca...porque para o menor dou leite de caixinha. O leite de vaca deu dor de barriga nele, porque quando tinha um mês eu tentei dar leite, só que daí, como meu peito rachou, eu dei leite e depois continuei a dar, daí a enfermeira conversou comigo, falou que, conforme eu fosse dando o peito, ia vim leite. E veio o leite, só que mesmo assim eu dava o de vaca e deu dor de barriga nele, acho que porque é muito forte, muita gordura, a gente pega o de saquinho do governo, pego dois litros porque é um para cada, e é de segunda, quarta e sexta; na sexta eles mandam mais dois para cada, mais a gente tem que comprar de caixinha e deixar guardado, o menor mama muito...” Sr.^a Açucena

A UBS de Arco-Íris fornece esse leite de vaca pasteurizado tipo C, um litro por criança em três dias na semana. Quando esta quantidade não é suficiente, a família complementa comprando o leite armazenado em embalagens tetrapack, por terem maior prazo de validade e facilidade de estoque. O leite é trazido de Arco-Íris pela enfermeira, que passa na UBS todas as manhãs para assinar o ponto de assiduidade ao trabalho, e a família pega o leite no posto médico. O processo é facilitado porque a parentela reside próximo ao posto, sendo as únicas crianças que fazem uso desse leite.

Em decorrência do uso de leites diversos, que não o humano, o uso da mamadeira, como via de oferta do alimento para as crianças, é antigo entre essa população. Em algumas parentelas, há o relato do uso de mamadeira no passado, outras não tinham mamadeira, e referem o uso da caneca e da colher. As mães jovens enfatizaram a mamadeira como principal meio de alimentar seus filhos, um costume adquirido da convivência com outros povos. No total, 19 mulheres relataram que utilizam ou já utilizaram mamadeiras para alimentar os seus filhos.

“Esta aqui minha neta criei dos seis meses, porque a mãe dela foi estudar, e dava leite de vaca, antigamente tinha leite mesmo, pegava 3 litros, para os moleques tomar, dava na mamadeira e no caneco, de pequeno é mamadeira, mas com café mesmo e açúcar porque não tinha chocolate, ...”

Sr.^a Cândia

As mulheres relacionam o risco de infecções intestinais ao uso e cuidados com a mamadeira como sua lavagem adequada, pois a alimentação por mamadeira exige preparo e cuidados em relação à higiene, além dos relacionados à temperatura do leite.

“...quando demos a mamadeira melhorou, ensinaram lavar a mamadeira, e não dar o resto, quando sobra, aí ela nunca ficou doente, ...com diarreia...” Sr.^a Jandira

“...hoje em dia a maioria não dá peito, eles tão comprando o leite de vaca, eu não dava mamadeira, só o peito, porque tem que ter cuidado, porque pode ter uma bactéria, tem que tampar bem, não pode dar o resto do leite pra criança, e eu nunca dei leite de vaca...” Sr.^a Miracema

Os relatos indicam que há uma convivência, por vezes pacífica, por vezes conflituosa na oferta de leites. Mesmo acreditando que o leite humano tem suas qualidades a oferta dos outros tipos de leite é constante, mesmo que exija cuidados que o leite do peito não necessita.

“...mas o leite do peito é mil vezes mais leite, a mãe não precisa levantar e esquentar, é o leite da mãe, eu falo mais o povo faz, mas é bom também, ...o do peito é melhor, o da vaca tem que ferver bem, meus meninos não ficam doentes...” Sr.^a Marana

Mesmo com a utilização da mamadeira para alimentar as crianças, ficou evidente a continuidade da amamentação. Não foi identificado, nas crianças indígenas, mudanças na prática da amamentação com a introdução dos bicos artificiais, pois continuaram em aleitamento sem dificuldades para sugar o peito materno.

Observa-se que as crianças deste estudo não utilizam chupetas.

“...sempre quis que um dos meus filho chupasse chupeta, então punha mel, mas mesmo assim ela não quis, eu achava bonito, e hoje elas falam ainda bem que não chupamos chupeta,...” Sr.^a Aimoré

O uso e preparo das mamadeiras e do leite compõem o sistema culinário brasileiro e exige o aquecimento e fervura, segundo seus hábitos, o leite frio não faz bem à criança.

“...o leite da vaca é bom, e quando dá para eles é melhor que o do peito, quando é bem fervido, mas eu não dei porque dá muita mão de obra, trabalho de ficar levantando para fazer mamadeira, aí de madrugada tem que fazer mamadeira, esquentar, a gente não vai dar o leite gelado, não é bom, ... e também é costume, ...” Sr.^a Upira

No caso do leite de vaca da aldeia que não é pasteurizado, deve ser fervido antes do consumo. No entanto, o costume de esquentar o leite não se deve somente aos motivos de higiene e controle microbiológico e sim culturais, acreditando-se que o leite quente acalma, relaxa e faz com que a criança durma.

Assim, na perspectiva dessas mulheres, para manter a saúde é preciso manter o equilíbrio da temperatura interna corporal: então para estados ou doenças quentes, ingerem-se alimentos frios e doenças frias alimentos quentes, isso é simbólico e não se restringe somente à temperatura dos alimentos, mas também aos banhos e uso de roupas.

9.1.6. Mitos ou motivos para desmamar

O desmame entre as mulheres entrevistadas ocorreu por causa de uma nova gestação, infecções puerperais, anemia materna, ou questões relacionadas à criança, quando o bebê adoecia ou nascia com algum problema de saúde ou por prematuridade.

Na ocorrência da próxima gravidez durante a amamentação, as mulheres costumam desmamar o filho por acreditarem que se continuarem amamentando, o bebê poderá nascer fraco.

A Sr.^a Majuí, parentela 8, mãe de duas crianças, desmamou o filho mais velho aos doze meses de idade, quando engravidou novamente. As mulheres da aldeia, geralmente, amamentam as crianças até mais de dois anos de idade, podendo ter mais possibilidade de ocorrência de engravidarem durante a amamentação.

“...dava mamá até arrumar outro, engravidava e parava, porque não pode, senão o outro nascia fraquinho...” Sr.^a Cândia

“...amamentei pouco, porque tive os filhos seguidos, então parava na gravidez de outro filho, desmamei eles cedo, três meses mais ou menos, só a mais nova que mamou bastante até dois anos...os outros dei leite de vaca aos três meses” Sr.^a Inaiê

Entre as 21 mulheres (100%) com filhos menores de cinco anos de idade, 13 (61,90%) tiveram um ou dois filhos. Já antigamente, como o número de filhos era maior, era comum que mulheres indígenas passassem grande parte de suas vidas grávidas ou amamentando. As bisavós tiveram mais do que quatro filhos.

Outro motivo, que para as mulheres era sinônimo de restrição para a amamentação, é a condição de saúde materna nos casos em que apresentou alguma enfermidade, como das infecções puerperais decorrentes do parto cirúrgico ou de anemia, além de outros já mencionados acima.

“Eu não amamentei minha filha, porque fiquei muito internada quando ela nasceu, porque me deu infecção, eu acho que foi do parto, foi cesárea, eu

não pude dar o peito para ela...tive duas filhas de cesárea, a outra morreu com um mês de vida, deu problema de mal de simioto, doença do macaco,...” Sr.^a Nadi

A Sr.^a Caeté, desmamou o filho caçula, porque ela teve anemia e um profissional de saúde pediu para que ela interrompesse a amamentação.

“...eu dei para o outro, ele mamou mais do que esse, acho que porque eu dei mamadeira antes para este, ...quando eu fiquei doente, depois que eu ganhei fiquei com anemia forte, internada, aí no hospital a Dr.^a pediu para que eu tirasse ele do peito, acho que tinha uns dois meses, ...”

Ainda foi evidenciada a contraindicação da amamentação por alguns profissionais de saúde, que se basearam em conceitos não comprovados cientificamente.

9.1.7. Dificuldades na amamentação: os traumas mamilares e a ausência no lar

As mulheres indígenas relataram dificuldades na amamentação como a ocorrência dos traumas mamilares e a necessidade de conciliar o aleitamento com períodos de separação da criança. Essas dificuldades também influenciaram na introdução dos leites não humanos para as crianças e ou na opção pela amamentação do filho por uma mãe de leite.

No entanto, é preciso salientar que tais dificuldades não foram relacionadas à ocorrência do desmame, pois as mulheres continuaram amamentando.

Os traumas mamilares fizeram parte das experiências de 11 mulheres (55%) dentre as 20 mães (100%) de crianças menores de cinco anos.

“...deste tinha pouco leite, eu achava que era melhor mas como rachou e é muita dor, eu dei de vaca, sempre dei de vaca,...” Sr.^a Caeté

“...foi difícil para mim, eu não conseguia fazer ele pegar, quando cheguei em casa, aí quando ia amamentar eu chorei bastante, machucou bastante meu peito, e teve uma época que eu tirei ele rápido do peito, porque chegou a sair um pedacinho do peito, eu sofri bastante, demais com ele, apesar que deste também rachou, acho que meu peito não tem o bico formado, tem mulher que tem, ele tem que puxar, sugar para o bico sair, é por isso que eu sofri bastante... daí eu pedi quando eu cheguei em casa, e meu esposo me ajudava bastante com o Ismael, eu não conseguia e ficava com medo também porque dói, daí ele pegava, abria a boca dele certinho para ele pegar direito, daí foi indo e ele foi pegando, comecei a dar outro leite para ele, não porque estava machucado, mas eu dei porque ele chorava muito...” Sr.^a Açucena

As mulheres costumam utilizar as medicações tópicas nas lesões mamilares e realizam os cuidados para a sua prevenção, relataram as recomendações dos profissionais de saúde, como o uso da casca de banana para a cicatrização de mamilos, a qual não tem comprovação científica de sua eficácia e chega a ser não recomendada em outros centros de assistência à nutriz.

“Quando comecei a dar mama, começou machucar e coloquei casca de banana e melhorou, mas nem chegou machucar porque antes de nascer fiz tudo certo, tomei o banho de sol, ...amamentei o menino até um ano” Sr.^a Majuí

“...Lá no hospital mesmo já dei o peito, eles colocaram, né, e ele mamou bem, nunca teve dificuldade. Meu peito não rachou nada, lá eles falaram para passar pomada, passar água antes de amamentar, porque pode ter sujeira no peito, e ir para o bebê, mas não precisei não...não precisei da pomada, nada, não tive problemas” Sr.^a Ibiara

Outro fator que se constitui em um motivo para a introdução de outros leites à dieta das crianças é a necessidade de separação da mãe e do filho por causa do trabalho materno ou outras atividades fora do lar.

“... e eu fazia o curso em São Paulo, ficava uma semana, eu tinha medo de levar eles e eles sofrer lá,..” Sr.^a Lúna

“...estudava no período da noite, dava o peito de manhã até a tarde, mas introduzi a mamadeira às 12h e à tarde, pra ele ir acostumando com o leite, até a hora que eu chegasse da escola, e não deu problemas,..” Sr.^a Tainá

As mulheres que precisam se ausentar de suas residências oferecem outro leite para seus filhos e ou recorrem para o auxílio de outra mulher que esteja produzindo leite e possa amamentar outra criança.

9.1.8. As mães de leite: um costume presente

Um dos costumes presentes entre as mulheres é a prática de amamentar outras crianças, além de seus filhos.

Na Aldeia, bem como entre os não índios, a mulher que amamenta um bebê que não seja seu filho é denominada mãe de leite, quando assim é reconhecida pela família da criança por ela amamentada.

Embora, esta prática seja contraindicada pelo Ministério da Saúde e veiculada pelos programas oficiais, observa-se que as mulheres não relataram impedimentos em relação a seu filho ser amamentado por outra mulher no seu contexto de vida ou por orientações realizadas por profissionais de saúde.

Entre as mulheres participantes, a amamentação cruzada é facilitada nas relações de auxílio entre as mulheres com ou sem parentesco por consanguinidade, no interior das parentelas matrilocais ou não, como no caso das vizinhas. Na maioria das vezes, a prática ocorreu em situações específicas nas quais as mães apresentaram alguma dificuldade na amamentação, mas não desejavam parar de amamentar. Nesses casos, as mulheres se auxiliaram umas às outras, pois, assim que solucionassem suas dificuldades, continuariam amamentando seus filhos.

Amamentar é visto para essas mulheres como um ato que corresponde à maternidade, mantido mais pela sua valorização simbólica e ligação entre mãe e filho, do que como um recurso alimentar. Assim, a mulher que amamenta outra criança, também, de certa forma, torna-se uma figura materna para o lactente e sua família, sendo respeitada e considerada como mãe, segunda mãe ou a mãe de leite, como é possível perceber na fala da Sr.^a Nadi.

“...minha filha mamou na Sr.^a Marana, tem duas mães ela e eu, ela tinha bastante leite, ela era boa de leite, ela fala ela é como uma mãe e eu falo ela é sua mãe de leite, ela é mais velha do que eu, ela é branca, ...” Sr.^a Nadi

Durante o contato com a comunidade, tanto nos espaços sociais quanto nas residências, os indígenas falavam sobre esta senhora branca, da parentela 8, com admiração pelo seu conhecimento das tradições indígenas e por ter

sido mãe de leite de muitas crianças da aldeia. A Sr.^a Marana entendia sua prática como símbolo de solidariedade.

“Eu saía da minha casa e ia tratar destas crianças, debaixo de chuva e de frio e tudo, e eu tinha leite, eu tinha bastante, eu tive nove mas de pequeno morreu três e criei seis filhos, este menino meu mamou até cinco anos e o outro até seis anos, mas eu tinha leite, e eu não negava leite porque do jeito que Deus me deu eu distribuí, hoje em dia a maioria não dá peito...” Sr.^a Marana

A filha da Sr.^a Marana, a Sr.^a Miracema, falou da prática como um costume transmitido entre gerações, sendo uma tradição na aldeia.

“...mas minha filha já deu para o bebê da prima que mora aí na frente...., eu não dei para nenhuma outra criança, na época que eu tive minha cunhada teve e todas tinham muito leite ... minha mãe é branca, ela veio para cá e pegou o costume da minha avó Kaingang, ela viveu com ela e meu pai, ...ela amamentou muitos aqui, foi mãe de muitos, ...”

Assim as mulheres costumavam pedir para outras mulheres amamentarem seus filhos, diante das dificuldades da amamentação ou aceitavam quando lhes era oferecido auxílio. Essa situação podia ser provocada por dificuldades encontradas quanto à própria forma ou tipo do mamilo e ou pelos traumas mamilares.

“...o outro eu dei para outra mulher amamentar, foi minha irmã e minha tia, ..., dei porque não tinha bico no peito, minha tia tinha filho pequeno, ..., dei porque achei que ele estava com fome, chorava muito, aí parou de chorar, elas vieram me visitar e eu deixei, ...” Sr.^a Caeté

“...amamentei até seis meses, ...cheguei do hospital e dava o peito, não foi fácil, ..., quando estava machucado, minha irmã amamentou para mim, ela tinha filho pequeno também, quando não dava para ela vir, ela mandava o leite do peito em uma chuquinha, ..., fiquei tranqüila, então ela recebia o leite bom, então não me preocupei, depois dava leite de vaca na mamadeira,...ela mama até hoje quando quer eu dou o peito, ...” Sr.^a Ierê

A amamentação por mãe de leite também foi relacionada à necessidade de cuidar do filho de outra mulher que precisa sair para trabalhar, ainda simbolizando solidariedade, no auxílio das mulheres que trabalham.

“..., eu amamentei o da vizinha, ela ia trabalhar e ela deixava o bebê comigo e eu tinha a menina da mesma idade, amamentava ela e ele, ...” Sr.^a Lúna

Além das limitações impostas por outro estilo de vida, como o trabalho no qual as mães não mais tem a possibilidade de levar os filhos consigo, a produção insuficiente de leite, interpretada por si mesma, a leva a solicitar a ajuda de outra nutriz. Ou seja, as mulheres que possuem pouco leite são auxiliadas pelas que são “boas de leite” ou “tem bastante leite”.

“...só o menino mamou umas, duas vezes na filha do cacique, porque ela tinha bastante leite, e dele eu tive menos leite, e ele chorava bastante e eu ainda não dava mamadeira, daí mamou na filha do cacique...mas ele mama ainda à noite no peito, deve ainda sair um pouco, ...” Sr.^a Açucena

“...nasceu no hospital em Tupã, não teve problemas, mamou desde o início, dele tive bastante leite, da outra menina não tive leite,... nada, tive que dar Nestogeno, aí tinha minha cunhada que me ajudou, e ela tinha filho da

mesma idade, então ela amamentou para mim, amamentou a outra menina...”

Sr.^a Naara

“...eu sempre tive muito leite, do menino eu tive tanto leite que eu cheguei a amamentar outras crianças, vieram pedir porque a mãe não tinha leite...” Sr.^a Cairu

Nesse contexto, em que as mulheres são próximas e costumam se avaliar entre si como boas produtoras ou não, elas assim se denominam “boas de leite” ou “não boas de leite”, a depender de suas interpretações em relação à quantidade de leite produzido.

Assim, o mito de “não ter leite” ou de que existem mulheres que são mais capazes de produzir leite do que outras é presente entre as mulheres, e essa capacidade é compreendida como sendo transmitida de “mãe para filha”, como acredita a Sr.^a Marana.

“...bom, se a vaca é boa de leite, e a mulher também depende, acho que tem mulher que não é boa de leite, mas minha filha também é igual a mim, boa de leite...”

As mulheres costumam comparar a capacidade de produzir leite como algo inato, que varia individualmente, e suas concepções se aproximam a sua condição de produtora de leite à produção leiteira bovina.

9.1.9. Alimentos lactogogos: mitos e rituais

As mulheres acreditam que alguns alimentos são responsáveis pelo aumento da produção de leite no pós-parto, no entanto há uma clara ideia de que o consumo de líquido é importante para o aumento da produção, mesmo

que seja de produtos não relacionados, diretamente, com a ação lactogoga, como o chá mate ou sucos industrializados.

“Leite sempre tive bastante, tomo bastante chá, mate mesmo, e tomo suco comprado de saquinho, bastante líquido dá leite, nossa água é da torneira...” Sr.^a Uiara

Por outro lado, algumas tradições são mantidas como o consumo de comidas, tradicionalmente usadas na dieta cotidiana, mas que no período da amamentação, assume simbolicamente a função específica de aumentar a produção láctea, como a canjica, o pirão de peixe e o caldo de milho.

“... bom para dar leite é pirão com caldo da galinha, e canjica, e dá leite mesmo, ...” Sr.^a Tupã

“...eu tinha tanto, não sei por que tinha tanto, quando ela dormia um pouco mais, molhava toda a minha roupa, acho que é porque eu comia o que o pessoal falava, comia canjica, torrava chá mate com açúcar, torra bem e põe pouco de água e toma, até amargo com aquele pó, e muita canjica, acho que foi isso. Quando morei em Campo Grande falaram para tomar o caldo do milho verde, e eu tomava...” Sr.^a Cairu

Os alimentos relacionados à produção de leite que eram consumidos pelas bisavós são diferentes dos consumidos pelas mulheres mais jovens, ou seja, ocorreram mudanças nas crenças de quais e que tipos de alimentos estimulam a produção láctea no decorrer do tempo. Antigamente, segundo elas, as mulheres consumiam comidas indígenas, exclusivamente, como o “perfurun” mingau feito com milho “preto”.

“...minha sogra que fazia os partos, ela cortava o umbigo, e dava o banho, ela falava só o idioma, indígena, não entendia, era Kaingang pura, ela

socava milho preto e fazia “perfurun”, comida de índio, fazia para mim juntar leite, torrava o milho socava, e passava na peneira e fazia o mingau, cozinhava, eu tinha que comer, é gostoso punha açúcar, se quiser, e dá leite...”

Sr.^a Cândia

“...minha filha também nasceu em casa, e minha cunhada fazia perfurun para dar leite, ela fazia na casa dela e trazia e leite não faltou...” Sr.^a Marana

Parte dos alimentos reconhecidos como lactogogos na aldeia, tanto os utilizados atualmente quanto os que eram consumidos antigamente pelas bisavós, são a base do milho “preto” ou o amarelo. As mudanças entre as gerações estão no modo de preparo do alimento, resultando em comidas diferentes. Os rituais também não são mais realizados, pois no preparo dessas comidas, eram seguidas regras ou normas necessárias para a obtenção do resultado esperado ao serem ingeridas.

Antigamente, o “perfurun” não podia ser preparado pela mulher, que iria consumi-lo, e sim por outra mulher da parentela, quem geralmente a auxiliou no parto. Era preparado na mesma oca ou não.

A mudança ocorreu não só nas comidas, mas no sistema alimentar lactogogo, que inclui o preparo e os rituais seguidos, apontam para uma possível perda das tradições indígenas, mesmo no uso de utensílios, como o pilão de madeira onde o milho era socado para o preparo do “perfurun”. No entanto, as relações de auxílio entre as mulheres, principalmente no cuidado aos filhos, permanecem até os dias atuais.

9.1.10. Amamentar é símbolo de vínculo

Pelo exposto, até o momento, apreende-se que não há uma obrigatoriedade imposta à mulher para amamentar, que a responsabilize quanto à saúde da criança. No entanto, implicitamente, há um simbolismo inerente ao ato de amamentar que expressa uma condição naturalizada que cria a expectativa de que toda mulher amamente seu filho, por ser mãe, e para que a criança a identifique como tal.

Há, também, o reconhecimento de que a criança tem necessidades que devem ser atendidas e podem ser supridas pela amamentação: o acesso ao leite e ao colo, como forma de manter a proximidade e o apego.

“...os meus amamentei, essa até os quatro anos, a outra até cinco anos, e tenho um de sete anos que ainda mama, para dormir,... acho que o peito é para saber que a gente é mãe deles, porque quando nasce já coloca na gente,...” Sr.^a Tabajara

“...porque que nem agora que ele já está grande já não têm mais leite quase, e ele mais mama porque quer ficar mesmo no peito, mas é isso, para ficar com a mãe, se tiver leite é bem pouco, quando era pequeno ficava no peito pelas duas coisas, pelo leite e para ficar no peito, ...” Sr.^a Taina

Outro aspecto que chama a atenção é que as mulheres tem o costume de oferecer a mama para a criança com o intuito de acalmá-la.

É a amamentação no sentido subjetivo, sem fins alimentares, possuindo leite ou não, para acalmar e fazer dormir no contato da figura materna, seguindo a tradição, das bisavós até as jovens mães.

“...dava peito para eles não chorarem, para os netos, um deles falava: ‘tem leite no peito da vó’, mas não tinha leite nada, mas eles ficavam chupando... agora estão todos velhos... O bisneto de vez em quando ainda

mamava em mim, agora já chega levantando minha blusa, e fica puxando, quer mamá, eu falo: “mas não tem leite”...o neto chorava e outra neta também, era chorona,...” Sr.^a Cândia

9.1.11. Amamentar com naturalidade por costume

A expressão “amamentar por costume” pode ser explicada com base no que foi evidenciado na fala e nas ações das mulheres. O ato de amamentar é um hábito, algo comum e ocorre naturalmente por fazer parte em qualquer ambiente social ou doméstico sem técnicas, pudor ou preocupações, como os relatos das mulheres da parentela 8.

“...meu irmão mamou até 13 anos, ele não tinha vergonha, podia ter gente em casa...” Sr.^a Miracema

“...eu criei eles no chão, eu deitava no chão para amamentar os filhos, eles dormiam e eu levantava, não tinha cama era tarimba, amarrada, as crianças iam dormindo junto...” Sr.^a Marana

A amamentação antigamente, ocorria no “chão”, o que evidencia a naturalidade e simplicidade da prática. Não era necessário um local apropriado.

Nos dias atuais, a amamentação deixou de ser praticada no chão, mas a simplicidade e a naturalidade do ato continuou, pois as mulheres amamentavam nos lugares comunitários da aldeia, no posto médico, nas reuniões da comunidade, mesmo as crianças maiores, sem restrições, e mantinham as crianças sempre próximas levando-as sempre consigo, sendo que os menores eram transportados ao colo.

Também, não foi observada nenhuma restrição em relação à idade da criança. O tempo de amamentação dependeu das oportunidades de permanência da criança junto à mãe e dos fatores já apresentados, não há evidência de uma normatização, seja social ou fundamentalmente biológica, como de controle de frequência de mamadas ou tempo de duração de aleitamentos.

É o que pondera a Sr.^a Jupira, da parentela 5, trabalhava na roça com o marido, sazonalmente, e costumava levar o menino para a lavoura, para amamentá-lo. A criança, com quatro anos e dois meses de idade, foi amamentada pela mãe durante a entrevista, a mãe estava sentada e o filho em pé. E falou:

“... ensinaram dá o peito, mas eu já dava para os moleques, para este até quatro anos, os outros também, ele já está na idade, o ano que vem ele vai para escolinha, aí tem que tirar, mas quero ver ele esquecer, tinha que começar tirar agora,... nunca tive problema,...”

Essa naturalidade ainda existe, apesar da imposição e contato com a ritualização e padronização da prática de amamentar pelos não indígenas.

Amamentar por costume, não pelo valor nutricional do leite materno.

“... amamentei, essa até os quatro anos, a outra até cinco anos, e tenho um de sete anos que ainda mama, para dormir, com 15 dias de nascido dei leite de vaca e o peito, desde que nasceu mama leite de vaca... mas dei o peito, porque é costume, né? mas o da vaca é melhor...” Sr.^a Tabajara

Sendo o costume regido por normas que são tudo o que é transmitido, estabelecido e adquire um significado moral, impróprio ou não, bom ou mau, com padrões de comportamento normais ou não para uma cultura.

Considerando assim, a amamentação, um costume e símbolo do cuidado materno, para as mulheres é algo esperado e correto, assim, observa-se que entre elas ocorre a crítica ou o crivo coletivo quando uma mãe se ausenta de sua residência e deixa de amamentar ou não mantém a amamentação.

O bebê, filho da Sr.^a Uiara, estava dormindo no quarto chorou e a mãe foi buscá-lo, amamentou-o durante a entrevista, e afirmou:

“Aqui na aldeia as mães não amamentam, é muito difícil, ali do lado mesmo, a menina não está amamentando, porque ela sai e se amamentasse o bebê ia chorar...” ...quando mama a mãe não deixa o filho. Os meus dou mamadeira, mas o peito não deixo de dar...”

O comportamento e atividade das mães parecem denunciar, aos olhos das outras mulheres, sua prática de amamentar, o que pode ser percebido como uma atitude de reprovação quando a mãe não amamenta.

As mulheres também comparam a prática da amamentação entre as etnias Kaingang e Krenack, e suas mudanças entre as gerações. Na etnia Kaingang algumas avós não amamentaram seus filhos, mas seus netos estão sendo amamentados por suas filhas.

“...os Kaingang amamentavam menos, eu acho que no tempo antigo não amamentavam, a Sra. Marana amamentou até seis anos seus filhos, ela não é Kaingang, ...” Sr.^a Nadi

“...eu acho que os Krenack e Kaingang amamentam igual...” Sr.^a Lúna

No entanto, os dados não possibilitam a realização de afirmações, sobre a existência de diferenças na prática da amamentação entre etnias.

9.2. Sistema alimentar indígena: reflexo da interculturalidade

A alimentação infantil, na Aldeia Vanuíre, foi descrita neste tema com base na introdução dos alimentos sólidos, descrevendo-se suas práticas e padrões em um sistema alimentar, com o intuito de abranger toda a complexidade do sistema de crenças e tradições da escolha e do preparo dos alimentos e comidas, em cinco categorias descritivas e culturais.

9.2.1. A introdução e escolha das comidas complementares

Entre as crianças deste estudo, 21 (87,5 %) já havia iniciado sua alimentação complementar; destas, 18 (75%) receberam o primeiro alimento sólido entre quatro e seis meses de idade, como pode ser visto na Tabela 7.

Tabela 7: Distribuição do número de crianças menores de 5 anos de acordo com a introdução de alimentos sólidos em sua alimentação e faixa etária. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Introdução de alimentos sólidos			
Faixa etária (meses)	sim	não	Total
1-3m	0	2	2
4-6m	18	1	19
7-12m	3	0	3
Total	21	3	24

Entre 21 crianças (100%), 12 (57,14 %) iniciaram a alimentação sólida com caldo de feijão combinado com a batata cozida e amassada ou arroz e apenas para uma criança foi acrescentado abóbora, também cozida. O caldo do feijão é composto pela água utilizada para o cozimento dos grãos, no fogão a lenha. As frutas costumam ser amassadas ou picadas em pedaços menores.

As mulheres utilizavam os alimentos cultivados nos espaços domésticos de suas mães ou avós, sendo que as famílias mais jovens não plantam. Portanto, os alimentos cultivados são geralmente insuficientes para o consumo de todos, nas grandes parentelas, exigindo a compra de produtos nas áreas urbanas ou rural mais próxima.

“... Ele mama até hoje, mas com seis meses dei comida, o arroz, feijão, ele gosta, ele come e mama no peito na hora que quer, à vontade mesmo, ele gosta de abóbora com caldo de feijão, pegamos ali do lado, tem plantação e quando não tem compramos, dou também banana e maçã raspada, quando tem. Sr.^a Ibiara

“...a papinha dei depois de seis meses, batata com caldo de feijão,...arroz com feijão...minha mãe ajudava, me ensinou, ...as papinhas e o chá”, nunca tive problemas, tem a horta da minha mãe, mas lá não tem batata, só batata-doce, mas compramos na cidade o que não tem aqui,...mandioca não dou porque é dura, cozinho, sim mas é dura, não é boa. Vamos, na cidade, eu e meu marido, quando ele recebe da lavoura, vamos comprar no mercado... mas dava papinha mesmo de batata, a mandioca não dou para bebê, só quando tiver uns meses...” Sr.^a Ierê

A mandioca cultivada nas terras comunitárias é conhecida como mandioca “brava”, e é imprópria ao consumo doméstico, serve apenas para as

indústrias de farinha. A mandioca de consumo doméstico, considerada um alimento tradicional, era ralada para o preparo do biju, para prepará-la cozida, possui um tempo de cozimento maior do que o da batata. A bisavó da parentela 8, oferecia para seus filhos papinha de mandioca.

“...mas quando já comia eu já ia ensinando de sete para oito meses eu dava comida, porque criança tem que ensinar, se não ensinar eles não comem, eles comem de tudo o que nós comia eles comem, eu fazia papinha de mandioca com feijão, naquele tempo não tinha batatinha era só mandioca mesmo, eles compram e dão batata,...” Sr.^a Marana

Antigamente as crianças comiam as mesmas comidas dos adultos e esse costume foi observado na aldeia nos dias atuais, pois cinco mulheres iniciaram a introdução dos sólidos aos seus filhos com arroz e caldo feijão e as demais intercalavam a batata e o arroz, sendo que o arroz com feijão é a base da alimentação dos adultos da aldeia e às vezes eram os únicos alimentos disponíveis. O consumo da mandioca foi substituído pela batata.

Quadro 2: Distribuição do número de crianças com até 60 meses segundo os primeiros alimentos sólidos introduzidos na alimentação. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Grupos de Alimentos	Alimentos/Comidas	(*)Número de crianças
Frutas	Banana	5
	Maçã	4
Leguminosas / Raízes	Batata	6
	Abóbora	1
Cereais / massas	Caldo de feijão	12
	Arroz	5
Industrializados	iogurte / macarrão	3
Carnes	Não especificada	1

(*) Há crianças que receberam mais de um alimento.

Pelo relato das mulheres, os cereais e raízes foram introduzidos na alimentação infantil antes das frutas e legumes, devido à frequente indisponibilidade desses alimentos na aldeia, pois os tipos de frutas variam de acordo com a sazonalidade própria de cada uma e ainda, pela própria preferência materna pelo arroz e feijão. Apenas uma criança iniciou a introdução dos sólidos com frutas, pois eram trazidas da área urbana pela tia que trabalhava como diarista. No Quadro 2, podemos observar que 9 crianças ingeriram frutas, porém esta ingestão foi após a introdução de arroz, caldo de feijão e/ou batata.

Assim, observa-se que a maioria das crianças, entre as 21 totais, teve como primeiro alimento introduzido em sua dieta, a batata e o caldo de feijão, oferecido para seis e 12 crianças, respectivamente. Apenas uma teve o

consumo de carne enquanto os produtos industrializados foram recebidos por três crianças (Quadro 2).

“...demorei para dar mamadeira com dois anos, e do menino demorei, mais só com quatro anos tirei do peito... teve um tempo que eu achei que não dava mais, não estava sustentando, aí com oito meses comecei a dar papinha, fruta, porque toda hora ela queria peito, toda hora, foi que comecei na fruta e papinha,...Eu acho que eles mamaram muito no peito e são fortes...” Sr.^a Cairu

Dentre os critérios de preferência desses alimentos, estão em primeiro lugar “comida dos adultos”, que é quando a mãe alimenta a criança com as mesmas comidas preparadas para a família.

“Dava sopa de macarrão, porque fazia para nós e aproveitava e dava para ela, amassava, com cenoura e batatinha,...” Sr.^a Ubá

“...a menina come desde os cinco meses, ...o menino também, mas ele desmamou com um ano, gostam de sopa de macarrão, mas o certo é o arroz e o feijão,...” Sr.^a Majuí

Observou-se que, no almoço, que geralmente é por volta das 11 horas, ou antes, os adultos comiam porções grandes de arroz e uma porção pequena de feijão, às vezes bem misturados. Alguns com colher, outros com garfo, em bacias de alumínio ou pratos de vidro. As refeições eram feitas nas áreas externas em mesas e cadeiras ou sofás, ou nas pequenas cozinhas. Os cães, gatos e galinhas ficam em volta esperando as sobras.

Segundo o relato das mulheres mais velhas, o arroz foi introduzido na aldeia pelos não índios que arrendavam as terras indígenas e cultivavam o produto na época em que não havia fiscalização e regulamentação para o uso da terra. O hábito de fazer pães também não fazia parte da tradição indígena.

“...naquele tempo plantava arroz, tinha máquina de limpar arroz na aldeia...fazia pão caseiro, no forno à lenha, fazia para semana, para os moleques, ...” Sr.^a Cândia

Os alimentos industrializados, iogurte e macarrão fizeram parte dos primeiros alimentos consumidos por três crianças deste estudo. Essas crianças possuem uma avó não índia residente na cidade de Tupã, que enviava os alimentos, mesmo não tendo contato com os netos. Na parentela 2, o primeiro alimento introduzido foi iogurte trazido pelo avô que trabalha em uma indústria de laticínios, na cidade de Tupã. Assim, além da preferência familiar, observa-se a oportunidade de acesso ao alimento.

Os motivos que levaram à escolha dos alimentos e comidas, os quais compõem a alimentação das crianças, foram divididos em dois grupos, segundo a preferência materna e da criança.

Os alimentos oferecidos às crianças, segundo o relato das mulheres, conforme a preferência materna, foram os cereais/massas: arroz, feijão, macarrão; leguminosas e raízes: batata, cenoura e beterraba; frutas: laranja, banana e maçã; leite e derivados: iogurte; carnes: frango e peixe; comidas: sopa.

Dentre esses alimentos, os mais frequentes, entre as preferências maternas, são o arroz e o feijão, seguidos pela banana e a sopa.

Quadro 3: Distribuição do número de crianças, segundo os alimentos sólidos consumidos de acordo com a preferência materna. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Grupos de Alimentos	Alimentos/Comidas	Número de crianças
Fruta	Banana	5
	Maçã	4
	Laranja	3
Leguminosas / raízes	Batata	1
	Cenoura ou beterraba	3
Cereais / massas	Feijão	7
	Arroz	9
	Macarrão	1
	Sopa	5
Leite e derivados	iogurte	2
Carnes	Frango ou peixe	2
	Não especificada	1

Dentre os motivos pela preferência materna por determinados alimentos estão: disponibilidade, gosto do filho, fazer bem ou por serem considerados saudáveis, fácil de preparar e por ser a mesma comida dos adultos, o que facilita por não ter que preparar outro prato.

Os alimentos seguiam critérios como disponibilidade e durabilidade para armazenamento, pois eram adquiridos mensalmente nas áreas urbanas e acondicionados na geladeira, quando necessário. Portanto, não há uma frequência estabelecida no consumo dos alimentos. Em todas as residências havia um refrigerador.

Apesar de existirem inúmeras árvores frutíferas ao redor do posto médico, como tangerineiras e jaboticabeiras repletas de frutas maduras, foi observado apenas um episódio em que os moradores colheram as frutas.

Observa-se que, pela preferência materna, possivelmente influenciada pela acessibilidade aos alimentos, os cereais como o arroz e feijão, são os alimentos mais consumidos, relatados na dieta de sete e nove, crianças, respectivamente, seguidos por sopa, cinco também, preparada com cereais ou macarrão. Entre as frutas, a banana é a mais consumida pelas crianças como pode ser visto no Quadro 2.

O consumo dos doces e bolachas pelas crianças não ocorre por preferência materna, mas por preferência das crianças (Quadro 3), e as mães apenas permitem o consumo desses produtos industrializados.

Alimentos industrializados como os doces, bolachas, biscoitos salgados e refrigerantes, e ainda achocolatados para leite, são consumidos pelas crianças, no entanto, em algumas famílias esse consumo não é frequente devido ao custo, número de crianças na família e possibilidade de compra que ocorre uma vez ao mês, apenas. Não foi observado o consumo desse tipo de alimento nas famílias com mais de duas crianças e cujos pais não possuem atividades remuneradas fixas.

As mulheres permitiam o consumo dos doces pelos filhos, mesmo associando-os à ocorrência do diabetes ou afirmando que o açúcar faz mal, mas não as impediam, porque as crianças gostavam. Algumas preferências maternas são guiadas pelo gosto dos filhos.

“...o maior gosta de milho cozido e peixe, eu tiro os espinhos, ele gosta do ovo das galinhas daqui, e acho que bolacha recheada, muito doce faz mal

para criança,...o nenê também gosta de bolacha, refrigerante eu dô para o maior, e ele vê e quando quer uma coisa...açúcar faz mal, por isso eu não coloco açúcar no leite, o maior toma com achocolatado, e já tem açúcar, mas acabo dando porque gostam, mas não pode dar nada demais, tudo que é demais faz mal, ...” Sr.^a Açucena

“Ela gosta de banana daqui do quintal, ainda não dou muita coisa, mas ela quer comer...dou pera e maçã, gosto de dar Danoninho ela gosta, gosta de sopa com caldo de feijão, ...vê a gente comer e quer...é bem esperta...” Sr.^a Catira

“... se deixar eles gostam de salgadinhos, bolachas e chocolate, o menino come e ela que é menor tenta pegar, ela gosta também, acaba comendo...” Sr.^a Majuí

Durante as visitas nas residências foi observado que as crianças que brincavam sentadas ao chão com seus irmãos maiores, se estivessem comendo algo, o menor acompanhava. Como ocorreu na parentela 8, em que uma criança comia biscoito salgado industrializado e o irmão pegava do pacote que estava ao chão.

Quadro 4: Distribuição do número de crianças de até 60 meses, segundo os alimentos sólidos consumidos de acordo com a preferência infantil. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Grupos de Alimentos	Alimentos	Número de crianças
Frutas	Banana / maçã	6
Leguminosas / Raízes	Batata / mandioca	3
	Cenoura / beterraba	3
	Alface	1
	Abóbora / pepino	3
Cereais / Massas	Feijão	2
	Arroz	1
	Sopa / polenta	3
	Pão / macarrão	2
Industrializados / Doces	Iogurte	2
	Biscoitos doces e salgados	7
	Chocolate	2
Carnes	Frango	3
	Bovina	1

Também, foi investigado junto às mães, quais os alimentos de preferência da criança, ao que elas apontam os produtos industrializados como biscoitos, doces, salgados, iogurte e chocolates, entre os mais preferidos e introduzidos na alimentação de pelo menos 11 crianças, sendo os primeiros os mais frequentemente referidos e observados sendo consumido por pelo menos sete crianças, (Quadro 4).

A Sr.^a Ubá, mãe da única criança considerada obesa pelos indicadores apresentados, exemplifica a condescendência ao gosto alimentar da criança e a mudança dos hábitos alimentares entre os indígenas da aldeia.

“...dou carne também, mas ela não é muito de carne, gosta de peixe, mas tem que comprar,...Minha filha come de tudo, eu acho que faço mal, porque ela gosta muito de comer doce, e meu marido é diabético, ele descobriu já era velho, ela come bolacha recheada, gosta de pé de moleque, salgadinho, essas coisas...não dou comida indígena para ela, não tenho mais costume,”
Sr.^a Ubá

As mulheres mais velhas referiram que antigamente não consumiam doces, porque não havia na aldeia, o acesso aos industrializados era mais difícil.

“...no nosso tempo não tinha coisas que faziam mal, no meu tempo não tinha biscoitinhos, meu pai nunca comprava, nunca tinha comido, às vezes comprava bala,...” Sr.^a Nadi

Embora os moradores da aldeia ainda mantinham o hábito da pesca, da caça e da criação de suínos, bovinos e aves, o consumo das carnes estava na dependência da frequência com que pescavam, caçavam ou da possibilidade do abate dos animais. Poucas famílias tinham sustentabilidade para estes itens, a maioria consumia o que conseguia comprar. Segundo o Quadro 4, apenas três crianças consumiam carne.

“..., faço salada que não pode faltar, carne eles gostam mais de frango, tenho que comprar três ou quatro, e peixe, meu marido pesca e caça, pega mais javali, dou para as crianças e eles gostam comem e não faz mal, ...Criação de galinha, pato para tirar as penas e já tem patinhos, tem porco, engorda e mata para comer e as crianças gostam da carne, mas não cozinho com a gordura, a menina gosta, também comemos o ovo das galinhas e a

carne de frango, tem as vacas e os cavalos do marido. Cozinho no fogão a lenha só o feijão.” Sr.^a Uiara

Apenas uma criança comia angu, mingau de fubá, o que reforça a substituição do consumo das comidas preparadas com milho, na forma de farinha, pelo feijão.

Apesar disso, de um modo geral, a alimentação das crianças era muito rica em carboidratos de diferentes origens, associados no preparo com alguma fonte de proteína, quando era possível.

“Ele também, gosta de angu, que é o mingau de fubá, pode ser de milho, faz sopa e pode por pedaços de carne ou moída, coloco o feijão também. Não plantamos nada em casa, só temos os cães e galinhas poucas, ele também gosta dos ovos caipira...” Sr.^a Ibiara

“...eles comem sopa de banana, sustentei eles em Minas com a sopa, eles até hoje gostam, fazia canjiquinha, ...sopa de mandioca também tem muita vitamina, o arroz tem pouca vitamina, dá mais anemia do que essas coisas, ele teve anemia e eu dava sopa de mandioca e inhame, ...acho que já nasceu com anemia...” Sr.^a Upira

9.2.2. O ritual das refeições triviais: o costume dos não índios

Foi observado que as crianças eram alimentadas em suas residências ou na residência das suas avós, com as comidas infantis não indígenas. As refeições das crianças estudadas seguiam um padrão, com horários e tipos de comidas consumidas para cada período do dia e da noite, seguindo os padrões do sistema culinário brasileiro não indígena.

As crianças alimentam-se nos mesmos horários dos adultos, almoçavam por volta das 11h e jantavam às 18h. O desjejum não tinha horário definido, pois dependia da hora que acordavam.

“...criei ela deste jeito, eu falo não sei por que as crianças ficam doentes, eu acho que isto depende da alimentação, que tem que ser na hora certa,...”

Sr.^a Nadi

Eram realizadas três refeições principais e outras três nos intervalos entre as principais. As mulheres denominavam essas refeições de café da manhã, almoço e jantar, como a maioria das sociedades não indígenas.

As comidas que compunham a primeira refeição do dia seguiam um padrão brasileiro, com comidas e bebidas comuns dos não índios.

No período da manhã, o alimento ou bebida mais frequente entre as crianças foi o café com ou sem leite de vaca, seguido pelas bolachas e bolachas imersas no leite de vaca. Em geral, a frequência do consumo de leite varia entre leite materno, de vaca pasteurizado e de vaca *in natura*.

Quadro 5: Distribuição do número de crianças, segundo os alimentos consumidos pelas crianças no período da manhã. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Grupos de Alimentos	Alimentos	Número de crianças
Leites / derivados	Leite de vaca pasteurizado	2
	Leleite humano/leite de vaca	2
	Leite de vaca com achocolatado ou farináceos	4
Bebidas	Café com ou sem leite de vaca	6
Pães / doces	Bolachas	5
	Bolachas com leite de vaca	5
	Pão com margarina	5

No intervalo entre o desjejum e a segunda refeição diária, as crianças eram amamentadas ou tomavam leites não humano, conforme seu tipo de aleitamento já apresentado.

Em algumas residências havia panelas em cima dos fogões, louças em cima das pias, as mesas não eram arrumadas com pratos limpos para o almoço, cada morador pegava seu prato ou bacia e se servia no fogão e sentava-se nas cadeiras à mesa ou não, ou nos sofás nas áreas externas.

As comidas que compunham o almoço e o jantar também seguiam o paladar dos não índios, dos brasileiros em geral tendo como comida principal o arroz com feijão, combinadas com batata, sendo os alimentos consumidos pela maioria.

Quadro 6: Distribuição do número de crianças, segundo os alimentos geralmente consumidos pelas crianças na segunda refeição diária (almoço).

Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Grupos de Alimentos	Alimentos	Número de crianças
Hortaliças / Leguminosas	Cenoura / Tomate / Abóbora	3
	Repolho / Alface	3
	Salada não especificada	4
Cereais / massas	Arroz com feijão	12
	Caldo de feijão com batata	1
	Sopa de fubá e macarrão	3
Carnes / alimentos de origem animal	Frango	4
	Bovina	2
	Peixe	2
	Carne n/e / ovo	2
Leites e derivados	Leite de vaca com água	2
	Leite de vaca com banana	1

No intervalo entre o almoço e o jantar, as crianças tomam leites não humanos ou são amamentadas ou comem bolachas.

O arroz e feijão consumidos no jantar eram complementados com os leites humano, de vaca *in natura* ou pasteurizado. Algumas comiam bolachas e iogurte, após o jantar.

Não foram encontradas diferenças entre os tipos de comidas consumidas no almoço e no jantar.

Quadro 7: Distribuição do número de crianças, segundo os alimentos geralmente consumidos no jantar. Aldeia Vanuíre, estado de São Paulo, 2013.

Grupos de Alimentos	Alimentos	Número de crianças
Hortaliças / Leguminosas	Cenoura / Tomate / Abóbora	5
Doces	Bolachas / iogurte	1
Cereais / Massas	Arroz com feijão	12
	Caldo de feijão com macarrão	1
Carnes	Frango ou peixe	1
	Carne n/e	1
Leites / Derivados	Leite humano	3
	Leite de vaca	4
	Leite de vaca + humano	1

O consumo diversificado de comidas ou alimentos nas refeições não era frequente, pois conforme já relatado, determinados alimentos não eram sempre disponíveis, como as carnes, verduras e leguminosas. Muitas vezes, as crianças comiam arroz com feijão somente.

Quando observado o consumo de leite por essas crianças, chama a atenção que houve referência à ingestão de algum tipo desse alimento por três crianças no almoço, enquanto o consumo é muito maior no jantar, sendo consumido por oito delas.

9.2.3. Sistemas culinários tradicionais indígenas

Neste estudo, percebem-se a preocupação das mulheres mais velhas em resgatar seus costumes quanto às comidas tradicionais indígenas.

As refeições tradicionais indígenas eram preparadas pelas avós estudadas, que as ofereciam a seus netos para ensiná-los a comê-las, formando o paladar e mantendo a tradição.

As avós cozinham e ensinam as refeições tradicionais indígenas às filhas e alimentam os netos.

No entanto, percebe-se que as mulheres mais jovens não demonstraram o hábito ou o conhecimento do preparo dessas comidas em suas residências, pois fazem parte das refeições apenas nas casas das avós.

Tais refeições simbolizam a identidade cultural da etnia, sendo que cada etnia possui suas comidas típicas. São comidas Kaingang: o beiju preparado com a mandioca, o inhamin, e o perfurun preparados com o milho preto ou “bugre”.

“...eu não conhecia a banana verde cozida com peixe que é do Krenack, tem diferenças, comida do Kaingang é o inhamin do milho preto, nós guardamos muitas sementes mas fomos distribuindo para quem pedia, e ficamos sem o milho. Tem uma tradicional que é difícil o jagoré que é do milho amarelo e peixe, soca ele, e faz o inhamin no caldo do peixe, é do milho preto, o perfurun, mingau do milho torrado. O neto já comeu as comidas no ano passado, fez um ano e demos beiju, mas ele não gostou, mas tem que acostumar, agora ele gosta...” Sr.^a Miracema

Na aldeia não há mais o milho preto, mas a lembrança do inhamin é presente e relatada pela maioria das mulheres. O beiju ainda é feito nas datas festivas, como no Dia do Índio, em que eles fazem a comida para ser tradicionalmente comercializada em uma exposição realizada na cidade de Tupã. Essas comidas tradicionais expressam um paladar cultural

historicamente formado que deve ser ensinado para as crianças, como forma de integração grupal e para serem identificadas como tal.

Esse paladar é ensinado para as crianças a partir dos nove meses de idade, no caso do inhamin que era considerado uma comida que fazia bem e era acompanhado por café ou água doce (água com açúcar).

“...faço biju quando tem mandioca e quando tinha milho preto, “milho bugre”, a gente fazia inhamin, bolinho torrado, eles comiam bastante, com café ou água doce, mas agora está em falta , não tem como fazer... O milho preto é bom para as crianças, aqui está em falta, eles têm que conhecer as comidas, mas para procurar é só no Paraná, dei sementes para minha mãe, pode comer o inhamin no almoço, ele é forte...a minha alimentação,... ou fazia beiju, que é coisa de mandioca, rala a mandioca, torce, põe na panela e torra fica que nem um bolo, um bolinho, quando tem eles comem, mingau de mandioca, ...” Sr.^a Nadi

A introdução de outros produtos como o arroz, que foi substituindo o milho, que foi deixando de ser consumido à medida que não foi mais cultivado.

Além dos alimentos, há os utensílios domésticos utilizados, dos quais o pilão fazia parte e atualmente não é mais encontrado na aldeia.

“... a gente não comia arroz, e eu fui acostumando com eles, era só milho preto que plantava e fazia inhamin para comer. A gente socava em três no pilão, ou torrava ou frito, toda casa tinha pilão, dava para as crianças, depois de nove meses, porque é azedo, é meio forte, porque ficava de molho, esta comida sustentava, era plantado sem veneno,....” Sr.^a Marana

“...Fazia biju, inhamin, do milho preto, é comida de índio, é bom dar para os bebês, pode dar em qualquer idade, mas depois de grandinho, quando

nasce não, faz torrado, frito ou assado, faz igual um bife na mão e frita, mas fica duro, torrado fica mais mole, é igual carne moída, mais é milho...agora não acha mais...” Sr.^a Cândia

Toda refeição engloba um ritual de preparo, o qual foi descrito pelas bisavós. Para o inhamin, o milho preto ficava de molho e depois era socado no pilão por três mulheres, elas faziam bolinhos com as mãos e era torrado ou frito. Os pilões faziam parte dos utensílios domésticos da família.

O milho preto também era socado depois de torrado para o perfurun, era peneirado, adicionado ao leite e feito um mingau cozido.

O beiju é de mandioca ralada, torcida e torrada na panela, depois é feito um bolinho, o que pode explicar a diminuição no seu consumo na aldeia. Pois algumas mulheres não se adaptaram ao consumo da mandioca cozida e não mais oferecem esta raiz às crianças, a não ser esporadicamente, quando preparada na sopa para a cura da anemia.

“...acho que já nasceu com anemia, ...com seis meses ainda tomava remédio, e a sopa de mandioca, mesmo assim ele tomava o remédio...” Sr.^a

Upira

Nas refeições tradicionais, entre as mulheres da etnia Krenack, estão a mujica (peixe com banana verde), moqueca ou moqueado (peixe assado na folha de bananeira) acompanhado pelo tacate (pirão de banana verde) ou beiju, e o coco de macaúba, do qual é feita a farinha da amêndoa, esse tipo de palmeira é comum no estado de Minas Gerais.

“...minha mãe criou nós com coco de macaúba, conhece, socava os coquinhos e dava, e também beiju da mandioca, ensinou dar para os meus filhos também, ...” Sr.^a Ierê

“... minha mãe faz peixe com banana verde, quando pescamos, é banana nanica cozida com o peixe, ele gosta, tira os espinhos e dá, ela ensina a comida indígena “ Sr.^a Ibiara

A base da culinária Krenack tradicional é o peixe, e o principal modo de preparo é o cozimento em fogões a lenha ou em fogueiras à beira dos rios.

Também, entre as refeições tradicionais estão as formigas tanajuras ou içás que são capturadas pelas crianças após as chuvas, quando elas voam e caem ao chão. Elas são armazenadas em garrafas até o preparo. São torradas pelas mulheres e comidas pelas crianças a partir dos dois anos de idade.

“...e todo mundo come tanajura, elas começam voar quando chove, esta semana teve, estavam catando, enche uma garrafa vazia, torra e come, já a larva do pé de coco eu não gosto, mas nestes dias na escola falaram para o meu filho que tem que comer porque é tradição, antigamente ... mas a formiga é uma folia quando as crianças saem correndo e pegando, e dá para as crianças a partir de dois anos, ...” Sr.^a Cairu

Os “corós” ou larvas brancas da palmeira babaçu, também são consumidos por algumas crianças, mais sua aceitação é menor do que as tanajuras. Os corós são fritos ou torrados em seu próprio óleo.

Ambos também são consumidos crus pelas crianças, durante sua captura, eles retiram apenas a cabeça.

“...minha avó é Terena, minha mãe é Terena, meu pai é Kaingang e Krenack, o costume é comer o peixe, beiju, coró. Este não come, ele come tanajura, torrada, formiga ele gosta, ...” Sr.^a Candé

“...eu acho que as coisas da natureza, nunca comeram uma coisa que fez mal. Ele come a tanajura, não sei com quantos anos ele aprendeu com a

molecada, eu não gosto, mas os Krenacks comem, eles comiam depois de um ano, ...” Sr.^a Upira

Em cada contexto cultural, são múltiplos os fatores que determinam as espécies que podem ou não ser comidas, não havendo critérios universais, como ocorre também com as carnes de caça. Para essas mulheres o que é da natureza não faz mal.

Além do tipo de alimento, o preparo também sofre modificações, influências, como pode ser observado na fala da Sr.^a Miracema da parentela 8. Costuma ir pescar com seu esposo, eles vão para rios distantes da aldeia, por terem maior oferta de peixes. Assam o peixe à beira do rio. É tradição Krenack assar o peixe envolto em folhas de bananeira em um buraco na areia coberto por uma pedra.

“...Esses dias fomos pescar e trouxemos um peixe de couro, ‘mandiúva’, fiz com molho e a netinha comeu e gostou muito, temos que ir pescar longe, mas peixe é só cozido, não usa fritar, eu vim para cá tinha sete anos e conheci frito aqui, lá o Rio Doce passa na aldeia, e eles cozinham tudo, matava muita paca, cotia, capivara, e lá a capivara é diferente, gosto é diferente, daqui é bem diferente, de lá é melhor, ela come obá, tipo uma cana que tem na beira do rio, e daqui come essas ervas-bravas e muda o gosto, eles assam e põe a pedra em cima para o peixe ou a carne assava em baixo, quando vamos no rio pescar faz fogo no chão”

Segundo as mulheres deste estudo, o sabor da carne dos animais abatidos depende do tipo de ervas ou plantas com as quais eles se alimentam às margens dos rios.

Os peixes e a carne de tatu costumam ser oferecidos para as crianças a partir dos sete meses.

“...naquele tempo era carne de caça e pesca, tirava os espinhos do peixe e dava para as crianças com sete meses, e tatu também picava e dava, ...” Sr.^a Marana

“O javali é melhor do que a capivara, tem quando acha, faz frito na frigideira, caça quando tem tempo, demora para ir, é bom ir quando chove para ver o rastro do porco, da casca do tatu faz colar, ...” Sr.^a Caeté

Os Krenack quando se mudaram para a aldeia conheceram a fritura como modo de preparo das comidas, pois as comidas tradicionais indígenas são cozidas. Na Aldeia Vanuíre observa-se o hábito de fritar os alimentos com o uso de óleo e de torrá-los sem o uso de óleo. As mulheres esclarecem que torrar é diferente de assar, pois para a torração é utilizado um recipiente do tipo frigideira que vai diretamente ao fogo.

9.2.4. Comidas que desequilibram o organismo

Alimentos que compõem algumas comidas como o açúcar e o sal estão entre os alimentos que, segundo as crenças das mulheres da aldeia, prejudicam a saúde das pessoas.

As mães de três crianças que tiveram anemia, relacionaram a sua ocorrência à adição de açúcar no leite liofilizado ou como sendo uma doença hereditária ou de causas intrauterinas.

“Ela teve anemia, ela era pequena, eu dava mamadeira e punha açúcar demais, eles falam que não pode por açúcar no leite, então faz mal,...no do

menino não ponho açúcar, também não como açúcar, leite coloco chocolate e não ponho açúcar, no dos meus filhos não adoço” Sr.^a Uiara

As mulheres acreditam que para a prevenção da anemia não se deve ingerir açúcar. E também, acreditam que a alimentação materna tem influência na saúde da criança amamentada, sendo o leite carreador do que é ingerido pela mãe, especialmente o açúcar.

...“...minha neta ela não era gorda era inchada e deu anemia, eu acho porque a mãe dela tomava muito refrigerante, e água doce, açúcar com água, ”chibel”, enquanto amamentava,...sem muito sal, e o sal, está dando pedra na vesícula, pedra nos rins, minha sobrinha passou a noite inteira com dor de estômago esses dias, foi para o postinho de Arco-Íris, não sei se é o sal ou algo sólido que eles comem, limão, eu mesmo comia sal com manga verde, com limão, e hoje eu tenho medo, mas o pai deles não deixa eles comerem, eles tomam muito refrigerante, e aqueles salgadinhos de milho que tem sal, e aqueles produtos, corantes.” Sr.^a Nadi

Entre os produtos consumidos, com alto teor de açúcar, os refrigerantes e bolachas são os que chamam mais atenção.

O consumo do sal também é visto como prejudicial, especialmente, pelas mulheres mais velhas. Algumas doenças ou sintomas como a epigastria e a litíase renal foram associados ao consumo do sal, introduzido pelo contato com os não indígenas.

“... eu sempre falo para ela não dar refrigerante, eles gostam de Coca-Cola, mas não é bom para os ossos, não fortalece, dá fraqueza nos ossos, todo mundo fala...muito doce faz mal, muita bolacha, porque tem mãe que substitui a comida, arroz e feijão por bolacha, exagero,...” Sr.^a Nadi

A Sr.^a Nadi associou a ocorrência do óbito de um adulto da aldeia, causado por colecistite ao consumo de sal e corantes dos alimentos industrializados.

Os alimentos industrializados, como biscoitos salgados, doces e refrigerantes, são considerados causadores de fraqueza nos ossos. Dessa forma, a maioria dos alimentos, processados industrialmente, não são considerados bons para a saúde, da mesma forma que as comidas fritas não são boas só para crianças, mas também para os adultos.

As mulheres preferem as comidas cozidas, pois as frituras fazem mal e o preparo das comidas com gordura também.

“...acho que fritura faz mal, não faço fritura, mais cozido, se não faz mal, se frito é só o bife, frango ...” Sr.^a Cairu

O uso de agrotóxicos nas plantações na aldeia ou fora dela, também são considerados causadores de doenças. Esses “venenos” também estão nas verduras dos supermercados e nos demais alimentos adquiridos fora da aldeia. A Sr.^a Marana expressa claramente que o manuseio da terra, feito por eles, resultaria em um produto melhor, livre de “veneno”.

“...depois já tinha arroz, começamos plantar, naquele tempo não tinha veneno,...eles compram e dão batata, mas o da terra plantado é bem melhor, o comprado tem muita coisa ruim...” Sr.^a Marana

É possível compreender que, embora a oferta de alimento seja maior e mais variável, a qualidade parece não convencer essas mulheres que entregam-se à modernidade, mesmo cientes de que pode não ser o melhor.

“...hoje se come melhor do que antigamente, mas verdura de supermercado não é bom não, para criança, tem muita coisa, veneno, melhor é

o que a gente planta, que não vai veneno, agora está tudo moderno, né?...”

Sr.^a Niara

A neta da Sr.^a Niara comeu bolacha enquanto eu estava em sua residência.

As pessoas mais velhas proíbem certos alimentos às crianças, como o café por causar “nervosismo”, como o peixe, porque as crianças podem engasgar devido à presença das espinhas. Mas todas as comidas devem ser oferecidas para a formação do paladar.

“Dos netos eu falo para ela dar de tudo, para eles, eu dei até jiló, comeu jiló, porque dela que era mais velha e eu era nova eu não dava muitos alimentos, porque os mais velhos falavam, não pode dar café, peixe, e eu nunca dei, peixe, e hoje ela não gosta de peixe, então tem muita coisa que ela não come e eu me sinto culpada, ...os mais velhos falavam que se der café a criança cresce nervosa, e eu não dava, e até hoje fala, e peixe é porque pode engasgar e até hoje, quando eu tive a segunda eu comecei a dar,...” Sr.^a

Aimoré

Assim como, acreditam que alguns alimentos ou comidas fazem mal para a saúde, acreditam que há alimentos que sustentam, são saudáveis e alimentam o paladar.

9.2.5. O simbolismo da alimentação: o saudável, o que sustenta e o que alimenta

O alimento que sustenta para as mulheres indígenas é a comida saudável, que não causa doenças ou que as previnam. As crianças comem

melhor comidas, como bolos, pães e bolachas, que alimentam o paladar, mas engordam, o que não ocorre com as comidas de antigamente que sustentavam, mas não alimentavam.

“...hoje eles comem bolachas, pão, bolo, faço caseiro também, comem melhor, alimenta mais, mas é ruim porque dá doenças diabetes, a gente ouve falar tanta coisa..., que engorda, ah...você sabe, entende o que é alimentar, o outro do jeito que era antigamente era melhor porque não dava doença, mas não alimentava, sustentava, mas hoje é diferente...” Sr.^a Nadi

“...começou a ficar doente com 9 meses, acho que foi depois que começou a comer comida, porque só no peito não ficava. A comida alimenta..., alimenta, né ? mas não é saudável, isto a gente sabe...gostaria de dar milho preto que é bom, mas não tem, não sei para que que é bom, minha mãe diz que é para o sangue, como chama, baixa imunidade, anemia...” Sr.^a Ibiara

As comidas compradas, os doces e os pães saciam o paladar, alimentam, mas não são saudáveis. E as comidas tradicionais indígenas sustentam têm vitaminas, são boas para o sangue e para anemia, dão imunidade, mas não alimentam.

“...sustentei eles em Minas com a sopa, eles até hoje gostam, fazia canjiquinha, ...sopa de mandioca também tem muita vitamina, o arroz tem pouca vitamina, dá mais anemia do que essas coisas...” Sr.^a Upira

As mulheres mais jovens associam o sustentar ao saciar a fome e ser saudável, e os alimentos com essas qualidades são o arroz, o feijão e o leite de vaca não pasteurizado.

“O que sustenta é arroz e feijão, o leite é daqui da aldeia, tem um rapaz que as vacas dele deram cria, e estou comprando...” Sr.^a Cairu

“Dou banana, arroz e feijão, mas a banana não sustenta como o arroz e o feijão,... a arroz e o feijão sim... sustentam, ...” Sr.^a Naara

“...as comidas sustentavam, eles não choravam, quando eles estavam com fome eles choravam, ...” Sr.^a Upira

Outro item importante associado à doença é o consumo de água encanada que também foi uma mudança na aldeia que, segundo as mulheres, trouxe mais doenças para as crianças. Antigamente as indígenas da aldeia consumiam a água de mina.

“As crianças agora ficam mais doentes, naquele tempo não tinha água encanada, tinha que buscar na mina, lavar roupa lá em baixo no córrego, encher dois baldes para dar banho um por um, até as mães chegarem da roça...”

Observou-se também a crença de que a alface deixa as crianças mais saudáveis e agrada ao paladar, ou seja alimenta.

“...eles são saudáveis, é difícil ficar internados no hospital, é o que eles comem, eles comem verdura, uma bacia de alface, para essa vou começar fazer suco de alface, porque as vezes ela fica ressecada,...”

Apesar de consumirem os alimentos industrializados, as mulheres possuem um conceito formado dos seus efeitos dos alimentos sobre a sua saúde dos filhos, com base em suas experiências e tradições, sobre os alimentos e comidas consumidos.

9.3. A alimentação infantil, o movimento entre a tradição e a interculturalidade

Da descrição e análise dos dois temas apresentados: “Aleitamento: tradições e crenças” e “As comidas indígenas: reflexo da interculturalidade,” emergiu o tema central: “A alimentação infantil, o movimento entre a tradição e a interculturalidade”, que apresenta os sistemas envolvidos no aleitamento e na alimentação infantil das crianças menores de cinco anos da Aldeia Vanuíre.

A amamentação e a alimentação das crianças são reflexos dos sistemas que compõem o modo de vida dos moradores da Aldeia Vanuíre. A forma organizacional, desse grupo cultural, suas relações sociais, suas normas e fontes de subsistência refletem as tradições indígenas transmitidas entre as famílias, compreendidas e identificadas ao se conhecer a história de formação da aldeia, além da cultura e dos modos de vida dos Kaingang, Krenack e indígenas, em geral. Refletem, também, as influências interétnicas e interraciais, resultantes da multietnicidade da aldeia, casamentos interétnicos e contato com não indígenas facilitado pelas condições favoráveis de acesso às áreas urbanas próximas.

As características das práticas alimentares infantis resultam da organização social entre os indivíduos da aldeia, que vivem em famílias matrilocais e algumas uxorilocais, formação comum entre os Kaingang e Krenack. Nessas famílias, que se agrupam em parentelas, as mulheres se auxiliam nos cuidados e alimentação dos filhos umas das outras, inclusive na amamentação, o que determina a identidade simbólica das mulheres como mãe de leite. Isso ocorre entre as mulheres parentes por consanguinidade

(irmãs) ou não, da mesma parentela (cunhadas), vizinhas ou não, desde que esteja produzindo leite.

As mulheres valorizam a amamentação por seus aspectos subjetivos e não pelos atributos do leite materno, apesar de conhecerem seus benefícios por meio das informações profissionais do posto médico da aldeia e das Unidades Básicas de Saúde e hospitais localizados nas áreas urbanas. Amamentam para que a criança tenha o aconchego e sinta-se cuidada, identificando a figura materna. Assim, as mulheres da aldeia oferecem a mama para as crianças não somente com a finalidade de alimentar, pois o fazem mesmo fora do período reprodutivo quando não mais produzem leite.

A amamentação faz parte do sistema alimentar indígena, caracterizada culturalmente como alimentação emocional, do paladar, que satisfaz os sentimentos, sacia e acalma com o aconchego da figura materna, ou por ela representada.

Segundo os resultados deste estudo, o aleitar com o leite de *vaca in natura* é a alimentação que sustenta, é forte, é natural e sacia a fome, regulariza o padrão intestinal e a criança não adocece.

Apreende-se ainda que a associação do uso dos leites, ao processo saúde-doença infantil, pode ser originada da crença de que o aleitamento materno exclusivo previne a ocorrência de algumas doenças, mas como tudo que é aprendido, antes de ser incorporado na vida dos indivíduos, é avaliado e ou experimentado. Assim a oferta de diferentes leites tem sido analisada pelas mulheres, com base em sua vivência e costume, como o aleitar com o leite de *vaca in natura*, concluíram que ao receberem esse alimento, as crianças não

adoecem. Construiu-se, portanto, um padrão de consumo de leites pela criança que caracteriza a ausência de aleitamento exclusivo entre elas.

Outra prática das mulheres é a de oferecer água e chás de ervas na ocorrência de gripes, cólicas e para acalmar a criança, entre outras situações por elas percebidas. No caso da água, é oferecida para saciar a sede do bebê no calor. Culturalmente, não só entre os indígenas, a água é exclusivamente associada à sede e a hidratação do organismo, mesmo para os adultos. Quanto aos chás, seu uso e relação com o processo saúde-doença é histórico, foi e continua presente no cotidiano dos indígenas, como se observa na fala das mulheres deste estudo, são mais apropriados para as crianças, enquanto os medicamentos são considerados “fortes”, pouco adequados, e evitados. Também é interessante notar que a colheita das ervas e o preparo do chá deve ser realizado pelo pai ou avô da criança.

Com o uso dos chás e da água, independente da idade da criança, reitera-se que o aleitamento exclusivo não é praticado na aldeia. A introdução da água e dos chás é precoce, e da mesma forma é introduzido o leite de vaca *in natura* ou, menos frequentemente, os leites industrializados. Também é oferecido o leite de outros animais, como cabra ou égua, estes são usados especialmente quando as crianças apresentam doenças, sendo estas tradicionalmente relacionadas à alimentação.

Os leites industrializados e os aditivos lácteos foram inseridos na comunidade em situações específicas pelos profissionais de saúde não indígenas das áreas urbanas. Apenas uma criança fazia uso dos aditivos e estava em situação de risco para sobrepeso e duas consumiam leites liofilizados, uma também estava em risco de sobrepeso.

Mesmo com a introdução de outros leites ofertados em mamadeiras, as crianças menores de cinco anos foram amamentadas até a idade de 50 meses e 70,8% estavam em situação eutrófica, quanto ao estado nutricional.

Não foi observado o fenômeno denominado de “confusão de bicos” entre as crianças, e também não houve relatos de que o leite materno tenha diminuído ou “secado” após a introdução do leite de vaca.

No entanto, as mulheres buscam consumir alimentos que podem aumentar sua produção de leite, mesmo sem adotar os rituais realizados tradicionalmente na época reprodutiva de suas avós, referentes ao preparo e ao consumo das comidas tradicionais. Alimentos, como o milho, utilizado no preparado da canjica, continuam sendo consumidos com tal finalidade. Elas relatam que antigamente eram preparadas comidas indígenas com um tipo de milho, conhecido como “preto ou bugre”, hoje não é mais cultivado naquela região.

A amamentação faz parte do cotidiano das mulheres, é costume e tradição, por isso é considerada e vivenciada como natural. Ocorre sem regras locais próprios, sem observar nas mulheres sentimento de vergonha, constrangimentos ou recriminações. É comum uma mulher amamentar uma criança com quatro anos de idade publicamente sem atrair a atenção dos demais. Considera-se, assim, que amamentar entre as índias é um costume, pois constitui-se em uma prática diária, aceita pela comunidade e transmitida entre gerações. Tal qual, como costume, é uma tradição entre as mulheres da aldeia, não sendo propriamente uma obrigação.

Como motivação prática do aleitamento entre as mulheres indígenas prevalece a crença, o costume e a tradição, mais do que as possíveis

orientações dos profissionais de saúde embasados no saber, eminentemente, técnico ou científico.

No entanto, as mães das crianças estudadas, ou seja, as mulheres mais jovens, apresentaram traumas mamilares no início da prática da amamentação e utilizaram medicações tópicas e a casca de banana prescritas pelos profissionais de saúde, não sendo observado algum tipo de hábito da cultura indígena sobre o que utilizar nesse tipo de lesão.

Os traumas mamilares e a necessidade de se ausentar do domicílio, constituíram-se como fatores determinantes do momento de se introduzir outro tipo de leite ou de se recorrer a uma mãe de leite, mas não levaram ao desmame, só ocorreu, especificamente, quando a nutriz se dava conta de outra gestação, nas doenças puerperais e neonatais e no caso de crianças gemelares.

A escolha do tipo de leite a ser introduzido ocorreu com base, principalmente, na crença no seu valor simbólico e no costume vigente entre as mulheres da aldeia, conforme as narrativas. Mas, ao considerar o contexto ambiental, é possível o estabelecimento de relações entre a disponibilidade, acesso ao produto e os custos para aquisição. O leite de vaca *in natura* era ordenhado, diariamente, das vacas de algumas famílias da aldeia ou das propriedades vizinhas, para a maioria das crianças. As demais consumiam outros tipos de leites, conforme sua adaptação alimentar.

Assim, o aleitamento materno é predominante ou misto, o leite de vaca *in natura* é o que sustenta, sendo associado à amamentação que alimenta o emocional, o “paladar”, e é símbolo da maternidade, além de ser um costume.

O preparo dos leites administrados em copo ou caneca ou por mamadeira, também é parte do sistema alimentar indígena. Os leites devem ser oferecidos quentes, ou seja, devem ser esquentado ou fervido, pois servi-los frios não faz bem para as crianças. A mamadeira deve ser preparada pelas mulheres e o uso de bicos artificiais pelas crianças se restringe à finalidade de alimentação, não se observou o uso de chupetas.

Assim como a amamentação e o aleitar, a alimentação por sólidos é complexa e envolve os critérios de escolha dos alimentos, das receitas e do cardápio, o preparo das comidas tradicionais ou não, a etiqueta à mesa, os horários e números das refeições são constituídos e padronizados culturalmente e associados ao sistema socioeconômico, com forte influência do padrão e dinâmica de refeições dos não índios.

Em uma cultura em que se consegue manter um longo período de aleitamento materno, pode haver uma ligação simbólica e afetiva envolvida nessa prática, mas que cede ao gosto e ao paladar da criança, em detrimento do valor nutricional dos alimentos.

Os alimentos sólidos são introduzidos pelas mulheres da aldeia aos filhos em sua maioria, entre os quatro e seis meses de idade. Os alimentos são escolhidos conforme a sua disponibilidade no cultivo doméstico nos quintais das avós e possibilidades de aquisição, portanto não foi possível determinar uma frequência no consumo dos alimentos. Quanto ao tipo, seguem os de consumo dos adultos, que têm como comidas principais o arroz cozido e o feijão, sendo oferecido o seu caldo misturado com um pouco de arroz ou batata cozida amassada para a criança,

As frutas oferecidas são principalmente a banana e a maçã, e depende da disponibilidade de oferta. Alimentos industrializados, como o iogurte, estão entre os primeiros alimentos oferecidos, por algumas mulheres, aos seus filhos, dependendo das condições de acesso ao produto, tanto aquisitivo quanto físico.

Embora a mandioca tenha sido um alimento de consumo tradicional do povo indígena, atualmente, foi substituída pela batata, pois as mulheres não costumam oferecer mandioca aos filhos, por serem de difícil cozimento e pelo fato de que seu cultivo na aldeia é para fins comerciais e centrado na mandioca própria para a fabricação de farinha. O milho também não costuma ser oferecido, sendo que não há o seu cultivo deste alimento. Talvez a mudança no modo de preparo das comidas com esses alimentos, tenha causado dificuldades adaptativas para o seu consumo, como no caso do milho.

As principais refeições seguem os padrões dos não indígenas, distribuídas em café da manhã, almoço e jantar. O mesmo ocorre com os tipos de alimentos consumidos durante as refeições.

As crianças costumam consumir doces e outros alimentos industrializados ou tomam leite nos intervalos das refeições. É comum observar em muitos alimentos, os que fazem parte da alimentação infantil, atendem à necessidade do paladar e não necessariamente alimentar, pois explica o alto consumo de doces, biscoitos e refrigerantes. As consequências de tais mudanças foram observadas em 25% das crianças em situação de risco para sobrepeso e em 4,16% em situação de obesidade.

As comidas tradicionais são preparadas pelas avós e oferecidas aos netos, de acordo com sua idade, para a formação do paladar e da identidade

indígena, geral e entre etnias, pois existem comidas típicas Krenack e típicas Kaingang. Costumam ser preparadas em grande quantidade para serem comercializadas nas comemorações do Dia do Índio.

As carnes consumidas são compradas nas áreas urbanas ou são provenientes dos animais de caça ou das aves criadas nos espaços domésticos. A carne bovina, proveniente do abate do gado comunitário da aldeia, só é consumida nos eventos festivos, como casamentos entre indígenas.

A caça é atividade exclusiva masculina, mas a pesca pode ser exercida pelo casal, porém o preparo das carnes é exclusivamente feminino. O peixe costuma ser preparado cozido ou assado, as carnes vermelhas podem ser fritas com uso de óleos ou gordura, mas reconhecem que as frituras prejudicam a saúde.

As mulheres reconhecem e classificam os alimentos ou comidas conforme suas crenças. Para elas, certos alimentos fazem mal para a saúde e alguns causam doenças específicas.

Assim, há a crença de que o uso do sal no preparo dos alimentos causa “pedra na vesícula” e nos rins, e nas crianças causa “dor no estômago”. Também o açúcar utilizado, especialmente, para adoçar o leite das crianças é tido como gerador de anemia. Da mesma forma, quando consumido pela nutriz, por passar para o leite e prejudicar a saúde da criança.

Ainda as mulheres acreditam que os doces e alimentos industrializados fazem mal, assim como as verduras e legumes comprados nos mercados, pois possuem agrotóxicos.

Existem também os alimentos saudáveis, os que sustentam e os que alimentam. Sustentar, para as mulheres indígenas, no caso das comidas, é ser saudável, ou seja, aqueles que não causam doenças ou que as previnem. Ainda observou-se que as crianças consomem com mais prazer doces e pães, embora suas mães tenham conhecimento que não são saudáveis, mas permitem para alimentar o paladar.

O que não ocorre com as comidas tradicionais indígenas que sustentam, têm vitaminas, são boas para o sangue e para anemia, dão imunidade, mas não alimentam.

Segundo as mulheres, o arroz e feijão sustentam as crianças e são as principais comidas consumidas, mas elas comem doces e alimentos industrializados, nos intervalos das refeições, conforme a disponibilidade.

A alimentação infantil na Aldeia Vanuíre é parte do seu sistema cultural, onde as tradições se misturam aos novos hábitos decorrentes do contato com a cultura não indígena. Tal fato já está se refletindo no estado nutricional das crianças menores de cinco anos.

10. Discussões

Desde o início do contato com as mulheres, mães das crianças menores de cinco anos, e a descoberta dos sistemas socioculturais, sendo evidenciados no modo e características da vida na Aldeia Vanuíre, foi sendo delineada a compreensão da complexidade dos sistemas alimentares infantis desse grupo cultural, incluindo-se a amamentação.

Estudos sobre aleitamento materno evidenciam os aspectos culturais e suas influências na amamentação. Esta pesquisa, embora tenha sido realizada em um contexto diferente da maioria desses estudos, também demonstrou que o aleitar e alimentar as crianças são práticas construídas culturalmente. Os elementos culturais dos indígenas da Aldeia Vanuíre interferem na amamentação e estão relacionados entre si, dependendo dos sistemas ambientais, socioeconômicos e religiosos. em diferentes sociedades Tais fatores são variáveis e isso pode ser explicado e compreendido historicamente.

Geertz (2011) afirma que o indivíduo durante a sua vida está enredado a um conjunto de significados interligados, decorrentes da sua própria história, que representa a sua cultura. A alimentação e a amamentação fazem parte da dimensão cultural que interage dependentemente com o meio ambiente, o social e o econômico.

Em relação à dimensão social, foi evidenciado na Aldeia Vanuíre que as mulheres auxiliavam-se nos cuidados, na alimentação e na amamentação dos filhos e isso ocorria em uma mesma parentela ou não, independente de serem parentes, como um dever. Para Lévi-Strauss (1963), pertencer a uma parentela

significa ter um lugar na sociedade e define os direitos e deveres de cada pessoa com seus parentes.

A composição e organização familiar tradicional Kaingang e Krenack é a matrilocidade, ou seja, os filhos, mesmo após o casamento, continuam morando na residência materna ou em outra, mas no mesmo espaço doméstico, formando-se famílias extensas, uxori-locais, por questões políticas e econômicas para a subsistência. Tal padrão de residência é comum a todos os indígenas das etnias dos grupos Jê (Tommasino, 2006; Cunha, 2006).

A matrilocidade observada neste estudo mostrou que favorecia o consumo dos alimentos cultivados pelos avós, o aprendizado do paladar e gosto das comidas tradicionais indígenas, que eram preparadas e oferecidas aos netos e também a introdução precoce aos lactentes, dos chás de ervas para cólicas, gripes ou resfriados, entre outras alterações de saúde e da água.

O fato das avós influenciarem no aleitamento materno dos netos recomendando o oferecimento da água e ou chás, não é exclusividade indígena, pois é presente em outras populações, até mesmo nas urbanas. Isso aumentou significativamente o risco para a criança não estar sendo amamentada exclusivamente no final do primeiro mês (Susin *et al.*, 2005).

O uso do chá de plantas, reconhecidas empiricamente como medicinais, faz parte da tradição indígena. A cólica abdominal é comum entre os lactentes, e seus sintomas são aliviados pelos chás segundo a revisão de literatura realizada por Kosminsky, Kimura (2004). No entanto, tal prática é contraindicada, ao considerar-se os aspectos nutricionais do aleitamento materno.

Entretanto, devido à introdução dos chás e ainda, de água para os recém-nascidos, o aleitamento materno exclusivo não foi observado como uma prática das mulheres da Aldeia Vanuíre, como foi também, evidenciado no estudo de Leite (2007), realizado com indígenas da etnia Wari', entre os quais, o aleitamento materno assumiu um caráter exclusivo em poucos casos, pois era frequente a administração de água ou chás aos bebês, muitas vezes pouco tempo após o nascimento, ou mais tarde, em torno do primeiro mês de idade.

A crença no poder dos chás em aliviar os sintomas relacionados às doenças é parte do sistema de cuidado cultural indígena, assim como as crenças em relação aos tipos de leites.

Enfim, as nutrizes deste estudo costumavam oferecer também, outros leites para os filhos, mesmo antes dos seis meses de idade, principalmente o leite de vaca *in natura*, porque acreditam que "sustenta", é "forte", é natural e é o alimento que sacia a fome; por isso, pode-se afirmar que o aleitamento materno passa de uma condição predominante para misto em quase todas as crianças.

A crença que se percebe em muitas sociedades, de que o leite materno tem atributos positivos, porém não sacia a fome da criança, também é percebida entre as mulheres deste estudo. Da mesma forma que se vê reiterada a valorização do leite de vaca na alimentação dessas crianças por ser considerado o leite que melhor satisfaz a criança.

Em diversas sociedades, os alimentos são classificados em diferentes categorias como "alimentos fortes e fracos", "pesados e leves", "têm vitamina e não têm vitamina". A noção de alimento "forte" foi atribuída aos alimentos que tem sabor marcante e que "sustentam", já a noção de alimentos "fracos" foi

atribuída aos que não sustentam e não tem gosto (Ramalho, Saunders, 2000; Canesqui, 2005).

No entanto, desde a década de 1970, Jelliffe, Jelliffe (1978) apontavam que era sabido, ainda no final do século XIX, que as altas taxas de desnutrição e mortalidade infantil eram relacionadas à queda do número de crianças amamentadas e ao aumento do emprego do leite animal. Cientificamente sabe-se que o consumo do leite de vaca aumenta o risco do desenvolvimento da anemia ferropriva (Levy-Costa, Monteiro, 2004).

Segundo Geertz (2012), o senso comum pode ser compreendido como um sistema cultural, um corpo de crenças e juízos, e todos aqueles que o possuem têm total convicção de seu valor e de sua validade. Como os pensamentos tidos como verdades na comunidade indígena. Dessa forma, é possível dizer que a crença de que o leite de vaca *in natura* e o leite humano são associados à ocorrência ou não de doenças nas crianças, são concepções pertencentes ao senso comum entre as mulheres indígenas da Aldeia Vanuíre.

Segundo Leininger, McFarland (2006), o ser humano, para nascer, crescer, manter sua vida e morrer, precisa ser cuidado, porém cada cultura, de acordo com seu ambiente e estrutura social, terá sua própria visão de saúde, doença e cuidado. Dentro dessa perspectiva, o leite materno e os leites não humanos adquiriram um espaço entre os hábitos e práticas populares, da Aldeia Vanuíre, existentes no sistema de cuidado de prevenção das doenças infantis.

A concepção aceita como uma verdade entre as mulheres da aldeia é a de que as crianças que consomem o leite de vaca *in natura* e são amamentadas não ficaram doentes e as que foram somente amamentadas

ficam doentes com mais frequência. Entretanto, deve ser lembrado que as crianças recebiam ambos os leites. É possível inferir que o processo de construção dessa crença tenha sido uma constante comparação entre as condições de saúde das crianças e sua dieta, a base do leite humano e *in natura*. Esse processo de constante avaliação e interpretação dos elementos contextuais também foram descritos por Silva (1997), cujo modelo afirma que a amamentação e alimentação da criança estão sob constante julgamento materno e dos familiares, e dependendo dessa avaliação, são tomadas as decisões sobre a definição da oferta dos alimentos.

O leite humano, assim comparado ao leite de vaca *in natura* pelas mulheres deste estudo, foi avaliado em relação à incidência e frequência de doenças nas crianças, com base em suas vivências, para depois fazer parte de seus costumes.

Tal comparação pode ter sido determinada pelo contato com informações ou conceitos diferentes dos seus, relacionados aos benefícios do aleitamento materno na prevenção de doenças, decorrentes do contato com indivíduos de fora da aldeia, ou dos profissionais de saúde.

O contato intercultural proporciona experiências diferentes, significativas, interpretadas e apreendidas pelos indivíduos que percebem, raciocinam, julgam e agem, no sentido de incluí-las ou não no seu estilo de vida, modificá-lo ou não, dando vida ou não aos símbolos culturais de acordo com sua utilização Geertz (2011). No caso do aleitamento, as mulheres não modificaram sua prática de alimentar com o leite de vaca *in natura*, porque o fato de que o adoecer é determinado por vários fatores e, apesar das propriedades do leite

materno, a amamentação não pode por si só evitar as doenças, mesmo as mais comuns, como a gripe.

Entretanto, as mulheres continuam amamentando porque acreditam que o ato acalma e simboliza a figura materna cuidadora. A mama é oferecida para as crianças não somente com a finalidade de alimentar, pois o fazem mesmo na ausência de leite, senão ainda para acalmar ou porque o filho quer ficar com a mãe.

Essa prática também é comum entre as mães não índias, porém para os lactentes; não se observando para as crianças maiores, como foi constatado e relatado neste estudo. Enquanto que para as mulheres indígenas, continuar oferecendo o peito para o filho, mesmo em situações de ausência de produção láctea, significa dar acolhimento para a criança, enquanto que na sociedade não indígena, tal prática é tida como não nutritiva e não recomendada pela preocupação de ocorrências de lesões mamilares nas nutrizes (Giugliane, 2004)

Em algumas sociedades, a amamentação, apesar de ter conhecidos seus benefícios e sua relação com os aspectos emocionais, é baseada na nutrição da criança, o manejo da prática e as técnicas ensinadas refletem o enfoque alimentar, apesar de possuírem um discurso técnico mais amplo.

Atividades elementares e vitais, como a amamentação e o cuidado das crianças, são controladas por padrões culturais e não pelo instinto. A prova são as extensas variações dessas atividades, que foram verificadas em sociedades diferentes (Silva, 1990). Ao se deparar com as diferentes realidades que mostram a diversidade de tratamento de um mesmo fenômeno, como a prática de amamentar e de alimentar as crianças em diferentes sociedades, ou no

caso deste estudo, como se observou na Aldeia Vanuíre, revela o que Geertz (2011) afirma que os seres humanos têm várias maneiras de construir suas vidas, em um estudo como este, nos ajuda a entender e a aceitar.

Com base neste estudo, compreendeu-se que as mulheres da aldeia amamentam por costume, nos lugares comunitários da aldeia, mesmo as crianças maiores, sem restrições, com naturalidade. É um hábito, algo comum e natural, sem sentimentos, como a vergonha e preocupações, em qualquer lugar. O termo “amamentar com naturalidade” não se refere ao instinto, mas sim a um modo de vivenciar a amamentação regida pela cultura e costumes indígenas, sendo, portanto, um cuidado prestado à criança inerente à condição materna, como algo que é parte de sua vida.

O que foi descrito por Baldus (1970 *apud* Silva, 1990), retrata a naturalidade dessa prática para a mãe e seu filho quando se refere aos tupinambás, descrevendo uma criança, sem a guarda dos adultos, que brinca correndo com outras crianças e se sacia ainda nos seios maternos. Mesmo com as mudanças no modo de vida indígena ocorridas ao longo do tempo, constatou-se que ainda permanecem algumas semelhanças entre o que foi historicamente descrito e o costume de amamentar.

Costume é regido por normas que são tudo o que é transmitido, estabelecido e que adquiriu um significado moral, próprio ou impróprio, bom ou mau, com padrões de comportamento normais ou não para uma cultura (Bernardi, 1974).

Almeida, Novak (2004) consideram a amamentação um ato híbrido de natureza e cultura, além de biologicamente determinada é socioculturalmente

condicionada, sendo um ato impregnado de ideologias e determinantes que resultam das condições concretas de vida.

Chama a atenção, entre os resultados deste estudo, a amamentação dos bebês por outras mulheres da família ou por aquelas reconhecidas na aldeia como mães de leite, feitas para auxiliarem as mães que por algum motivo estivessem apresentando problemas ou dificuldades para amamentar, ou ainda quando precisavam se ausentar do lar. Entre essas dificuldades estavam os traumas mamilares, para os quais as mulheres utilizavam medicações tópicas e casca de banana para cicatrização. No entanto, o efeito terapêutico da casca de banana na cicatrização das fissuras não foi comprovado cientificamente e podem causar infecção (Novak, Almeida, Silva, 2003).

A prática das mulheres amamentarem crianças de outras mulheres é antiga, apesar de repleta de variações ao longo da história. Prática esta disseminada pelos franceses e trazida pelos portugueses ao Brasil, ocorria de diferentes maneiras, indo desde a obrigação pela condição de escravidão, até a prática com ou sem fins lucrativos. Antes da chegada dos negros africanos, os europeus tentaram utilizar as índias como amas de leite, mas elas não aceitavam tal imposição, porque teriam que abandonar os seus filhos (Silva, 1990).

Atualmente, há poucos estudos que se referem à amamentação cruzada entre os indígenas, como o estudo de Leite (2004), ao afirmar a existência dessa prática entre os índios da etnia Wari'.

Desde 1993, pela Portaria número 1.016, de 26 de agosto de 1993, foi proibido que mães amamentem outros recém-nascidos que não os seus, ou

seja, a amamentação cruzada. Essa medida foi devido ao risco de transmissão vertical do vírus HIV, dentre outras doenças, pelo leite humano. Esta prática não é recomendada pelo Ministério da Saúde.

Mesmo com a ampla divulgação dos riscos dessa prática, ela foi encontrada na Aldeia Vanuíre e está enraizada nas tradições femininas, assim deve ser analisada com cautela, sem etnocentrismo. Deve-se compreender que, como ocorre na alimentação em geral, o aleitamento é uma questão fundamentalmente socioantropológica. Estabelece uma relação essencial entre o homem e sua cultura e está ligado ao biológico, mas há uma autonomia relativa em face das transformações econômicas, mas pode ser influenciado por elas (Silva, 1990).

Assim, exige uma compreensão ampla, considerando-se suas variações entre as diversas culturas, pois em alguns países as proibições ou permissões relacionadas à amamentação sofrem adaptações, conforme as necessidades das crianças, por exemplo, a denominada “Amamentação em situações de emergência” defendida nos países africanos, onde o aleitamento materno, por mães portadoras do vírus HIV, é permitido (OMS, 2001).

Mesmo sem as tradições de suas avós, as mulheres nutrizes continuam com a crença no poder de certos alimentos em aumentar a produção de leite, no entanto, utilizam os mesmos tipos de alimentos que são considerados para esta finalidade entre as mulheres não indígenas, como o milho. Mas, o preparo das comidas modificou-se entre as gerações, resultando em alimentos diferentes. podendo ser devido ao processo de interculturalidade pela proximidade com a população não indígena, o que levou a uma possível perda das tradições dos rituais que envolviam seu preparo. Antigamente, o “perfurun”

não era preparado pela mulher, que iria consumi-lo, mas pela que a auxiliara no parto, geralmente a mais idosa. Era preparado na mesma oca, sua moradia na época.

Esses alimentos lactogogos costumam ser consumidos pelas mulheres no puerpério, independente das características de sua produção de leite, como uma medida preventiva, pois no caso de considerarem que sua produção não está suficiente, geralmente recorrem para as mães de leite, e se o bebê chorar oferecem o leite de vaca *in natura*.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1994) afirma que a dieta materna pouco interfere no conteúdo energético e de macronutrientes do leite materno; contudo, pode haver diminuição no volume de leite produzido caso a ingestão energética for inferior a sua demanda. Em relação aos micronutrientes, estes estão relacionados com a dieta da mãe, bem como com o estado nutricional da lactante, sendo assim, o seu teor no leite será diretamente proporcional à ingestão e à situação nutricional da mãe durante a amamentação.

Portanto, recomenda-se que a mulher lactante receba, por meio de sua alimentação, grande quantidade de água, glicídios, proteínas, lipídios, sais minerais e vitaminas, elementos que serão utilizados para a formação do leite, com a finalidade de não desfaltar suas reservas orgânicas (Baião, Deslandes, 2006).

Neste estudo, compreendeu-se que não há um limite de idade pré-determinado para a criança ser desmamada.

O aleitamento materno era frequentemente interrompido, dado pela ocorrência de uma nova gestação, que contraindicava a sua continuidade, na

crença de que o novo bebê nasceria “fraco”. Entre as mulheres indígenas são comuns os curtos intervalos interpartais, e quando uma nova gestação não ocorre, as mulheres amamentam por períodos prolongados e passam grande parte de suas vidas grávidas ou amamentando (Leite, 2007).

A anemia nas mulheres ainda é presente, mesmo com o aumento dos intervalos interpartais, situação em que aumenta suas necessidades nutricionais (Leite, 2007). Neste estudo não foi abordada a alimentação materna, no entanto, foi observado que a alimentação, tanto das crianças quanto dos adultos, não é diversificada, às vezes comem apenas arroz e feijão.

As mães utilizam a mamadeira como principal meio para alimentar seus filhos. Deve ser preparada, higienizada e o leite deve ser esquentado ou fervido, pois o leite frio não faz bem para as crianças, segundo as mulheres da Aldeia Vanuíre.

Conforme a “teoria das doenças quentes e frias”, para manter a saúde, é preciso manter o equilíbrio da temperatura interna corporal, então para estados ou doenças quentes ingerem-se alimentos frios e doenças frias, alimentos quentes, isso é simbólico e não se restringe somente à temperatura dos alimentos, mas também aos banhos e uso de roupas (Helman, 2003). Em algumas etnias, se a mãe permanecer ao sol não deve amamentar a criança logo em seguida, porque o leite está quente na mama (Leite, 2004).

Mesmo com a utilização de outros leites oferecidos na mamadeira para alimentar as crianças, ficou evidente a continuidade da amamentação.

Autores sugerem que faltam evidências científicas consistentes sobre o fenômeno de confusão de bicos (Dubois, Girard, 2003, Flidel-Rimon, Shinwell, 2006). A revisão sistemática de Pedras (2008) permitiu concluir que existem

poucos estudos controlados que avaliaram a prevalência e a duração do aleitamento materno, em face do uso de bicos artificiais.

Segundo a revisão sistemática da literatura de Jayasekara (2012), do Joanna Briggs Institute, a alimentação por copo confere mais benefícios do que a alimentação por mamadeira, como complemento à amamentação. No entanto, a falta de fortes evidências para dar suporte a cada caso, significa que as circunstâncias deveriam ser individualmente avaliadas a fim de se encontrar o melhor caminho para a promoção da alimentação suplementar.

Mesmo com a introdução de outros leites em mamadeiras, as crianças menores do que cinco anos foram amamentadas até a idade de 50 meses, 70,8% estavam em situação de eutrofia, quanto ao seu estado nutricional.

Os leites industrializados e os aditivos lácteos, como as farinhas de milho ou arroz enlatados, que foram introduzidos na aldeia em situações específicas pelos não indígenas, principalmente pelos profissionais de saúde, independente da idade da criança. E associados ao consumo dos alimentos industrializados influenciaram no estado nutricional infantil, o que foi evidenciado no excesso de peso e obesidade.

Entre as seis crianças em risco de sobrepeso, três não foram amamentadas ou seu tempo em AMP foi de até 30 dias. Uma esteve em AMP de um a dois meses e duas de quatro a seis meses. Apenas uma criança fazia uso dos aditivos e estava em situação de risco para sobrepeso e duas consumiam leites liofilizados, uma também estava em risco de sobrepeso.

A única criança obesa esteve em AMP de quatro a seis meses, está em aleitamento misto, com leite de vaca *in natura* e consome alimentos industrializados, como doces e biscoitos salgados.

LaRowe *et al.* (2010) estudou crianças pré-escolares indígenas de dois a cinco anos das tribos indígenas da cidade de Madison, Estado de Wisconsin (EUA) e concluiu que elas não comem o recomendado em relação às frutas e verduras, e excedem o preconizado para a ingestão de açúcar, com alto consumo de bebidas adoçadas, ao possuírem facilidades no acesso aos alimentos industrializados.

Os resultados de LaRowe *et al.* (2010) acima descritos, corroboram para os que foram encontrados neste estudo, demonstrando que, apesar dos índios da Aldeia Vanuíre apresentarem dificuldades econômicas para acesso a uma variedade de alimentos naturais ou industrializados, estes últimos estão muito presentes na dieta infantil, apontando para mudanças de paladar e também, para possíveis prejuízos em sua saúde, significando marcos culturais em movimento de mudanças.

Estudos realizados tanto em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, como em países industrializados, demonstram que a introdução precoce de alimentos complementares aumenta a morbimortalidade infantil como consequência de uma menor ingestão dos fatores de proteção existentes no leite materno, além de os alimentos complementares serem uma importante fonte de contaminação para as crianças (Dewey *et al.*, 2001).

Estudos recentes identificaram casos de sobrepeso entre crianças de diversas etnias indígenas brasileiras (Ferreira *et al.*, 2012), esses casos, ainda que em prevalências reduzidas, ganham relevância diante das evidências de importantes mudanças no estilo de vida dos povos indígenas (Leite, Santos, Coimbra Jr., 2007; Sampei *et al.*, 2007). Essas geralmente acontecem em direção à redução dos níveis de atividade física e à ocidentalização da dieta, o

que inclui o aumento do consumo de carboidratos simples e gorduras, e a redução da ingestão de fibras, e parecem estar associadas ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (Kuhl *et al.*, 2009; LaRowe *et al.*, 2010; Espino-Monárrez *et al.*, 2010; Balcáza *et al.* 2009).

Quando a diversificação alimentar ocorre antes dos quatro meses de idade, as crianças geralmente apresentam um ganho ponderal excessivo com repercussão negativa ao longo do tempo, com o aumento do risco de obesidade, de diabetes do tipo dois e de doença cardiovascular. Já os lactentes que iniciam a diversificação alimentar depois dos seis meses apresentam um declínio no ganho ponderal e estatural (Guerra *et al.*, 2012).

A alimentação infantil na Aldeia Vanuíre é parte do seu sistema cultural, em que as tradições se misturam aos novos hábitos decorrentes do contato com a cultura não indígena. A cultura alimentar é constituída pelos hábitos alimentares em um domínio que a tradição e a inovação têm a mesma importância (Mintz, 2001), ou seja, a cultura alimentar não diz respeito apenas ao que possui raízes históricas, mas, principalmente, aos nossos hábitos cotidianos, que são compostos pelo que é tradicional e pelo que se constitui como hábitos novos.

Os hábitos alimentares fazem parte de um sistema cultural repleto de símbolos, significados e classificações, de modo que nenhum alimento está livre das associações culturais que a sociedade lhe atribui e determinam aquilo que se come, o que é ou não comestível. Símbolos, significados, situações, comportamentos e imagens que envolvem a alimentação podem ser analisados como um sistema de comunicação, no sentido de que comunicam sobre a sociedade que se pretende analisar (Geertz, 2011; Braga, 2004).

Um dos aspectos da introdução dos alimentos industrializados, restringindo-se aos doces e biscoitos salgados, na alimentação infantil foi o gosto das crianças, ou seja, as mães permitem e oferecem tais alimentos para satisfazer a vontade dos filhos. O gosto é interpretado como uma apreensão cultural que orienta as escolhas e hábitos alimentares (Diez-Garcia, Castro, 2011).

Crianças amamentadas podem aceitar mais facilmente novos alimentos do que as não amamentadas, pois, por intermédio do leite materno, a criança é exposta precocemente a diversos sabores e aromas, que variam de acordo com a dieta da mãe. Assim, pelo leite materno, a criança é introduzida aos hábitos alimentares da família (Monte, Giugliane, 2004).

Os novos hábitos também foram encontrados na introdução dos alimentos sólidos, pelas mulheres da aldeia aos filhos entre os quatro e seis meses de idade. Os alimentos eram escolhidos, conforme a sua disponibilidade no cultivo doméstico nos quintais das avós.

O tipo dos alimentos introduzidos às crianças era o mesmo dos consumidos pelos adultos, como comidas principais o arroz cozido e o feijão, pois as mulheres da aldeia não costumavam cozinhar a comida dos filhos separadamente; portanto, o consumo dos adultos influenciava na escolha das comidas oferecidas aos filhos, por não exigir o preparo de outro tipo de alimento específico para a criança. No entanto, há o costume de amassar as comidas, por exemplo, o arroz é amassado e misturado ao caldo do feijão, assim como as batatas cozidas.

Assim, percebe-se que na aldeia há a preocupação com a consistência das comidas oferecidas às crianças, conforme é recomendado cientificamente.

Os alimentos introduzidos aos lactentes devem ser, inicialmente, semissólidos e macios, devendo ser amassados e nunca peneirados ou liquidificados, pois a consistência inadequada dos alimentos compromete a ingestão adequada de nutrientes pela criança. A partir dos oito meses, a criança pode receber os alimentos consumidos pela família, desde que amassados, desfiados, picados ou cortados em pedaços pequenos (Monte, Giugliane, 2004).

As descrições históricas de Thevet (1558 *apud* Chaves, 2000), sobre as índias, afirmavam que o alimento do recém-nascido era o leite materno, mas pouco tempo depois já lhe davam frutas e farinha mastigada. O que é confirmado por d'Abbeville (1614 *apud* Rocha, 1947), ao afirmar que "além de amamentá-los, alimentam-nos com manipoí, espécie de papa de mandioca". Atualmente a batata cozida substituiu a mandioca.

O ato de comer, além de ser uma atividade social necessária e constante, é a esfera em que, desde a infância, sempre que possível e permitido, existe alguma possibilidade de escolha, influenciada tanto por questões objetivas quanto subjetivas (Mintz, 2001). Entre estas estão os aspectos do meio ambiente, acesso às áreas urbanas, poder aquisitivo e possibilidades de preparo das receitas.

Lévi-Strauss (1969), ao classificar o cru e o cozido em extremos opostos, associa o primeiro à esfera da natureza, enquanto que o segundo se situa na esfera da cultura. A culinária, ao transformar os alimentos, opera a passagem entre a natureza e a cultura.

Como exemplo de culinária tem-se o preparo das comidas tradicionais indígenas pelas avós e oferecidas aos netos. Alguns alimentos utilizados são

os mesmos do uso cotidiano atual, mas o que se modificou foi a forma de preparo, mostrando a mudança na cultura.

Em torno do valor simbólico e nutritivo do alimento está o ato culinário, próprio da espécie humana, que se manifesta de maneira particular conforme a realidade cultural do homem. A forma como o alimento é adquirido, transformado, armazenado e até mesmo o que é comida ou não são fatores presentes no imaginário definidos pela classificação culturalmente estabelecida (Maciel, 2001).

A preparação do alimento, combinando elementos para transformá-lo em comida, representa as cozinhas, dentre estas há a cozinha indígena. Existe uma grande complexidade para determiná-la já que existem aspectos históricos e materiais de relatos sobre alimentação, principalmente a indígena, são muito escassos no Brasil. No entanto, as cozinhas agem como referências na identidade e expressam os hábitos e estilo de vida de um determinado grupo (Maciel, 2001). O que explica as diferenças entre a culinária Kaingang e Krenack.

No entanto, em relação às novas comidas consumidas, como o arroz e o feijão, não foram observadas diferenças em relação às etnias, assim como os horários e frequência das refeições também são os mesmos, e seguem os padrões dos não indígenas.

A busca, a seleção, o consumo e a proibição de certos alimentos existem em todos os grupos sociais e são norteados por regras sociais diversas, carregadas de significações. Cabe, portanto, à antropologia apreender a especificidade cultural dessas questões, que precisam ser explicadas em cada contexto particular (Canesqui, 2005).

As mulheres reconhecem e classificam os alimentos ou comidas conforme suas crenças. Para elas, certos alimentos fazem mal para a saúde e alguns causam doenças, enquanto outros são bons e deveriam ser consumidos. Existe uma associação apreendida entre a ingestão de alimentos e os seus efeitos no organismo (Schiffman, Graham, 2000; Helman, 2003, Salve, Silva, 2009).

Embora Salve e Silva (2009, p 47) tenham feito um estudo com mães não indígenas, é possível traçar um paralelo entre seus resultados e os que encontramos neste estudo, e também considerar quando afirmam que "a lógica do senso comum, que determina a proibição ou a decisão do uso de um alimento, constrói-se por meio de certa observação e experimentação, distinguindo-se da lógica científica ou médica, mas nem por isso deve ser considerada desprovida de consistência ou mesmo ignorada, mas ouvida e compreendida pela riqueza cultural que contém."

Conforme Geertz (2011) o significado simbólico nutricional varia segundo o contexto cultural, assim como a inclinação individual em obedecer às regras impostas pela cultura a abordagem cultural, interessada nos gostos, hábitos, tradições culinárias, representações, identidades práticas, preferências, repulsões, ritos e tabus, isto é, no aspecto simbólico da alimentação.

11. Considerações Finais

A amamentação e a alimentação infantil na Aldeia Vanuíre são práticas culturalmente construídas espontaneamente e transmitidas de um indivíduo para outro no cotidiano e inter-relacionadas aos sistemas ambientais, socioeconômicos e de saúde. Neste estudo, tais práticas se apresentaram influenciadas pelo contato cultural com os não indígenas, decorrentes da proximidade e facilidade de acesso às áreas urbanas e parece estar resultando no comprometimento do estado nutricional infantil, evidenciadas por situações de excesso de peso, presentes quando se constata que há o consumo de aditivos lácteos, doces e refrigerantes por parte das crianças. Como todo processo de mudança cultural, neste estudo também se percebe que as influências dos não indígenas existem, são experimentadas, avaliadas e pouco a pouco incorporadas, a partir do momento em são aceitas pelos indígenas, misturadas e conviventes com as tradições e os costumes dos membros dessa aldeia.

Assim, o aleitar e a amamentação preservam muito das tradições indígenas. Apesar da introdução dos leites industrializados na aldeia, principalmente pelos profissionais de saúde que assistem as mulheres e as crianças na área urbana. De maneira geral, considerando-se o contexto ambiental e cultural indígena, concluiu-se que o conteúdo técnico científico, utilizado atualmente pelo sistema de saúde, é incoerente às tradições e costumes indígenas.

Diante disso, são necessárias ações que visem à atualização profissional baseadas nos aspectos culturais indígenas, em um esforço de promover o aleitamento materno e os cuidados fundamentais ao lactente e às crianças.

A alimentação infantil, na aldeia Vanuíre, depende da disponibilidade de alimentos tanto dos cultivados nos espaços domésticos familiares, quanto dos adquiridos no mercado das áreas urbanas, que demandam poder aquisitivo. Também, as práticas da pesca e da caça ficaram cada vez menos praticadas pelos indígenas, devido às limitações de espaço, diminuição de opções de locais de pesca e a proximidade com as áreas urbanas, o que faz com que os problemas de sustentabilidade alimentar surjam, e tornam-se necessárias medidas mais amplas e objetivas nos sistemas de subsistência, alimentar e socioeconômicos.

Ações de incentivo ao cultivo de alimentos tradicionais, como o milho “bugre” e ao preparo das comidas tradicionais, como o uso de tecnologias alternativas para o preparo das comidas das diferentes etnias e a preservação, estímulo e disponibilidade de receitas de comidas preparadas tanto com ingredientes próprios da cultura indígena ou com os alimentos atualmente disponíveis, mantendo-se os princípios da culinária indígena, como a preferência pelo preparo dos alimentos cozidos.

Portanto, são necessárias medidas tanto para preservação quanto para o resgate das tradições indígenas e de adaptações, conforme o ambiente e condições atuais da aldeia.

Dessa forma, ressalta-se a necessidade de fortalecimento da autonomia e do protagonismo dos povos indígenas, com a construção e definição das

políticas que promovam a sua qualidade de vida com a adoção de soluções sustentáveis que valorizem seus conhecimentos tradicionais de seu povo, visando à construção de estratégias diferenciadas de cuidado e atenção na saúde indígena, conforme a concepção de etnodesenvolvimento.

Na aldeia há um movimento para preservação das tradições, conforme é incentivado pelos órgãos indígenas e que eles mesmos tentam manter. Porém, são ações isoladas e centradas no artesanato, nas comemorações do Dia do Índio e na proposta pedagógica da escola local que estimula o desenvolvimento de hábitos, costumes próprios daquele povo, entre as crianças. No entanto, em relação à alimentação, às condições de subsistência doméstica, como para o plantio, não parecem ser favoráveis, não garantem sustentabilidade para que eles possam ir além da manutenção de algumas tradições e induz o consumo de alimentos disponíveis em mercados comuns.

Este estudo mostrou que o contato com não indígenas ocorre geralmente em bases desfavoráveis para as populações indígenas. Dada a condição de trabalho e subsistência, as pessoas têm pouca escolha, o que se reflete em sua alimentação e condições ambientais.

No tocante à amamentação, pode-se considerar que os hábitos e costumes dessas mulheres participantes do estudo, surpreende no que diz respeito às orientações profissionais, apesar de elas existirem, as mulheres introduzem chás e água na dieta do lactente, tornando o aleitamento materno exclusivo, praticamente inexistente. Mas mostra que os hábitos e os costumes com os quais guiam suas ações acerca da amamentação são mais significativos e operam forte influência, denotando autonomia na maioria das decisões das nutrizes ou das demais mulheres que, praticamente, definem em

conjunto o rumo dos cuidados às crianças. A prática da amamentação cruzada é outro fator a ser considerado, a que ponto é possível interferir e o quanto é desejável a mudança desse comportamento, qual tem sido o papel dos profissionais diante dessa situação? A influência dos profissionais é percebida, mas focalizada em situações específicas e na facilitação de oferta de produtos lácteos, como o leite industrializado.

Da mesma forma, observa-se a dificuldade de manutenção de um equilíbrio na dieta de crianças maiores e até cinco anos, com uma forte influência dos apelos do paladar exercido pelos produtos adocicados ou salgados industrializados. A leniência materna e as opções ofertadas às famílias e crianças, exercem influência no padrão alimentar das crianças, afetando e mostrando uma tendência para a incidência do sobrepeso, com casos de crianças em situação de risco para este distúrbio.

De maneira geral, percebe-se que mesmo ao afirmar que devem ser considerados os aspectos culturais dos indivíduos, no caso dessa comunidade, o discurso oficial técnico-científico distancia-se de sua real operacionalização nos aspectos relacionados à cultura dos povos, principalmente, ao se considerar as diferenças etnicorraciais e as minorias populacionais. Essa característica ocorre principalmente na amamentação reconhecida como uma prática construída socioculturalmente, porém que os resultados deste estudo demonstra que o conhecimento das particularidades transculturais quanto a esta prática ainda é escasso e distante da formação dos profissionais de saúde.

Também, mostra que, apesar das orientações e proximidades físicas dos profissionais junto à população indígena, parece ainda haver um

distanciamento que não permite uma ação mais concreta e certa sobre as necessidades básicas, como a alimentação infantil.

Diante dos resultados deste estudo, questiona-se o quanto ainda deve-se de caminhar para propiciar aos indígenas uma situação digna de vida, seja na promoção social, como no cuidado com as interfaces e influências com a cultura não indígena. Qual o limite entre o cuidado na interferência em uma cultura e o interesse legítimo em promover as possibilidades de escolha de adoção e incorporação de novos elementos culturais pelo índio em seu cotidiano, preservando sua tradição e mostrando a face positiva da interculturalidade.

11.1. Implicações do estudo

Este estudo propiciou a compreensão da cultura da amamentação e alimentação infantil indígenas, que demonstrou ainda existir em muitas especificidades em sua prática, que diante da grande sociodiversidade dessa população suscita a reflexão sobre o quanto ainda são desconhecidos seus sistemas alimentares e suas influências no estado nutricional infantil.

Além disso, no decorrer da realização desta pesquisa deparou-se com o quanto as populações indígenas ainda são desconhecidas ou ignoradas pelos não índios. Isso leva a considerar o quão difícil pode ser a compreensão deste estudo por aqueles que vivem nas grandes cidades em uma realidade distinta ou desconhecem a vida dos povos indígenas.

Isso traz implicações para a pesquisa, ensino e prática de saúde.

Além de proporcionar o conhecimento das práticas de amamentação e alimentação indígenas da Aldeia Vanuíre, este estudo, indiretamente, também evidenciou e mostrou a presença dessa população no interior do estado de São Paulo, demonstrando a necessidade de se realizar pesquisas com as diversas populações indígenas, considerando-se suas diferenças étnicas, regionais e culturais, com associações de vários objetos de estudo, ou seja, que não se limitem a determinados temas, como o estado nutricional infantil, sendo que este ainda precisa ser aprofundado.

Em relação aos conteúdos mais específicos apresentados neste estudo, ressalta-se a necessidade de se direcionar as pesquisas para as implicações da prática da amamentação cruzada, além de ser imprescindível a realização de pesquisas em com enfoque cultural, para se conhecer as diferenças entre os povos, há a necessidade de se realizar revisões sistemáticas de literatura em amamentação e estudos clínicos, para se adequar os conteúdos acadêmicos com base em evidências científicas, tendo em vista o uso de bicos artificiais e o manejo clínico em geral.

Outra questão relevante foi em relação à metodologia utilizada para a realização desta pesquisa, que deve ser incentivada para estudos com populações indígenas, por propiciar maior completude e associações entre os vários sistemas organizacionais, familiares, econômicos, históricos e culturais que compõem o modo de vida e visão de mundo, em associação com conteúdos expressos quantitativamente, que relacionam-se à amamentação e à alimentação infantil.

Em relação ao ensino e à prática de saúde, tem-se a necessidade de inclusão de conteúdos sobre a amamentação e alimentação infantil sob um

enfoque transcultural, nas grades curriculares do ensino superior brasileiro, para que sejam consideradas as diferenças culturais existentes entre estas populações. Também, é necessária a aproximação dos discentes à realidade indígena, para que os futuros profissionais tenham uma formação que reduza os relativismos e etnocentrismos, e adquiram condições para o desenvolvimento do respeito às tradições indígenas em prol da sua preservação. E ainda, que sejam desenvolvidas ações e estratégias que possam trazer melhorias na qualidade de vida dessas populações e que tenham sustentabilidade para resistirem às influências da sociedade não índia.

Referências

Abrasco. Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fundação Nacional de Saúde. Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: Relatório Final. (Análise dos Dados) n.7. Ministério da Saúde Rio de Janeiro; 2009.

Aerts DRGC, Giugliani ERJ. Vigilância do Estado Nutricional da Criança. In: Duncan BB. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. p180-189.

Almeida JAG, Novak FR. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. J Pediatr. Rio de Janeiro. 2004; 80(5supl): 119-25.

Amarante JM, Costa VLA. A tuberculose nas comunidades indígenas brasileiras na virada do século. Boletim de Pneumologia Sanitária. 2009; 8(2): 5-12.

Anchieta J de. A Província do Brasil (1585). Ed. 2 de Coleção brasileira de divulgação: História. Ed S.D. do M.E.S.; 1946. 46p. *Apud*: Chaves AM. Os significados das crianças indígenas brasileiras (séculos XVI e XVII). Rev Bras Cresc Desenv Hum. São Paulo. 2000; 10(1).

Baião MR, Deslandes SF. Alimentação na gestação e puerpério. Rev Nutr. 2006; 19(2): 245-253.

Balcáza M, Pasquet P, Garine I. Dieta, actividad física y estado de nutrición en escolares tarahumaras, México. Rev. Chil. Salud Pública. 2009; 13(1): 30-37.

Baldus H. A Tapirapé: tribo tupi no Brasil Central. São Paulo: Ed. Nacional/Edusp, Brasileira. 1970. 512p. *Apud*: Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1990.

Barbosa H. Puericultura indígena. J. Ped.1969; 34(1-2): 19-25. *Apud*: Silva AAM. Amamentação: fardo ou desejo? Estudo histórico social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1990.

Barros RP, Biron L, Carvalho M, Fandinho M, Franco S, Mendonça R, Rosalém A, Scofano A, Tomas R. IPEA. Determinantes do desenvolvimento na primeira infância no Brasil; 2010.

Barreto CTG. Estado nutricional de crianças indígenas Guarani no sudeste do Brasil. [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca; 2011.

Braga V. Cultura Alimentar: contribuições da antropologia da alimentação. *Saúde Rev.* 2004; 6(13):37-44.

Bernardi B, editor. Introdução aos estudos etno-antropológicos. Lisboa: Edições 70; 1974. Natureza e cultura; p.19-47.

Borelli SHS. Os Kaingang no estado de São Paulo: constantes históricas e violência deliberada. *In: Monteiro JM, et al. Índios no estado de São Paulo: resistência e transfiguração.* São Paulo: Yankan/Pró-Índio; 1984.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. II Amostra de Alimentação e Nutrição do SUS. I Seminário Internacional de Nutrição da Atenção Primária. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN. Brasília-DF; 2007.

Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria de Assuntos Legislativos do Ministério da Justiça. Estudo dos Povos Indígenas. Série Pensando o Direito. nº 19, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Portal Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Conheça a SESAI. [homepage na internet] 2011a. [Acessado em outubro de 2013] Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde : Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. 76 p : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. 5ª Conferência Nacional de Saúde Indígena. “Subsistema de atenção à saúde indígena e SUS: direito, acesso, diversidade e atenção diferenciada”. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Canesqui AM. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Canesqui AM, Garcia RWD, organizadoras. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2005. 306 p. (Coleção Antropologia e Saúde).

Cardim F. Tratados da Terra e Gente do Brasil (1584). Col. Brasiliana, 149-150. São Paulo: Ed. Nacional; 1939. (Notas de Batista Caetano, Capistrano de Abreu e Rodolfo Garcia). *Apud: Rocha JM da. Introdução a História da Puericultura e Pediatria no Brasil (1500/1882).* Rio de Janeiro: Nestlé, 1947.

Castro TG, Schuch I, Conde WL, Veiga J, Leite MS, Dutra CLC, Zuchinali P, Barufaldi LA. Estado nutricional dos indígenas Kaingáng matriculados em escolas indígenas do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* (Rio J). 2010; 26(9): 1766-76.

Chaves AM. Os significados das crianças indígenas brasileiras (séculos XVI e XVII). *Rev Bras Cresc. Desenv Hum.* São Paulo; 2000; 10(1).

Chaves MBG, Cardoso AM, Almeida C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis, Rio de Janeiro, Brasil: entraves e perspectivas. *Cad Saúde Pública*. Rio J. 2006; 22(2).

Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Perfil Epidemiológico da População Indígena no Brasil: Considerações Gerais. Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ. Rio de Janeiro; 2001. 40p.

Coimbra JR. CEA, SANTOS RV, ESCOBAR AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

Costa RS, Kac G. Avaliação Antropométrica do Estado Nutricional de Crianças. In: Accioly E, Saunders C, Lacerda EMA. *Nutrição em obstetria e pediatria*. 2º ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 247-260.

Coutinho JG, Gentil PC, Tora N. Desnutrição e obesidade com base na agenda única da nutrição. *Cad Saúde Pública* (Rio J). 2008; 24 Sup 2: S332-S340.

CPI. Comissão Pró-Índio de São Paulo. Fundação Nacional do Índio. São Paulo; 2009.

Cruz LO. Historicidade do contato entre índios e os não-índios no oeste paulista. *Revista de Iniciação Científica da FFC*. 2006; v.6, n.1/2/3: 39-45,.

Cunha, M C. História dos índios no Brasil. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

Cunningham-Sabo L, Bauer M, Pareo S, Phillips-Benally S, Roanhorse J, Garcia L. Qualitative Investigation of Factors Contributing to Effective Nutrition Education for Navajo Families. *Journal of Maternal and Child Health*. 2008.

d'Abbeville C. História da Missão dos Padres Capuchinhos na Ilha do Maranhão, 1614; tradução brasileira por Sérgio Milliet, São Paulo: Martins; 1945. *Apud*: Rocha JM da. *Introdução a História da Puericultura e Pediatria no Brasil (1500/1882)*. Rio de Janeiro: Nestlé; 1947.

d'Evreux Y. Voyage dans Le Nord Du Brésil (1613-1614), 77, Introduction et notes de M Ferdinand Denis, A. Franck, Leipzig-Paris, 1864. *Apud*: Rocha JM da. *Introdução a História da Puericultura e Pediatria no Brasil (1500/1882)*. Rio de Janeiro: Nestlé, 1947.

Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Landa Rivera L. Effects of exclusive breastfeeding for 4 versus 6 months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr.* 2001; 131: 262-7.

Diez-Garcia RW, Castro IRR de. A culinária como objeto de estudo e de intervenção no campo da Alimentação e Nutrição. *Ciênc saúde coletiva [online].* 2011; 16(1): 91-98.

Driessnack M Sousa VD, Mendes IAC. An overview of research designs relevant to nursing: Qualitative designs. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2007; July-August; 15(4):684-8.

Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of the breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEO 1998-2002). *Can J Public Health.* 2003; 94: 300-5.

Espino-Monarréz J, Béjas-Lío GI, Vásques-Mendoza G. Adecuacion de la dieta servida a escolares en albergues indigenistas de la Sierra Tarahumara, México. *Salud pública Mex.* 2010; 52(1): 23-29.

Fernandes F. *Organização Social dos Tupinambá.* 2^a.ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro; 1963. 375p.

Ferraz L, Boehs AE. O cuidado prestado à criança pela família e comunidade indígena na percepção dos profissionais de saúde da ESF. *In: Anais do 2º Seminário Nacional de Diretrizes de Enfermagem na Atenção Básica em Saúde (SENABS).* Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). Realizado em 21 de agosto de 2009. Anais id.114.

Ferreira AA, Welch JR, Santos RV, Gugelmin SA, Coimbra Jr CEA. Nutritional status and growth of indigenous Xavante children, Central Brazil. *Nutr J.* 2012; 11: 2-9.

Flidel-Rimon O, Shinwell ES. Breastfeeding twins and high multiples. *Arch Dis Child Fetal Neonatal.* 2006; 91: 377-80.

Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas. 2^a Ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde; 2002.

Geertz C. *A interpretação das culturas.* 1^a ed. Rio de Janeiro: LTC; 2011.

Geertz C. *O saber local: novos ensaios em Antropologia interpretativa.* Petrópolis: Vozes; 2012.

Giugliani ERJ. Problemas comuns na lactação e seu manejo. *J Pediatr (Rio J)*. 2004; 80(5 Supl): S147-S154.

Gualda DMR. Etnografia. In: Merighi MAB, Praça NS. *Abordagens Teórico-Metodológicas Qualitativas- A Vivência da Mulher no Período Reprodutivo*. 1ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p19-29.

Guerra A, Rego C, Silva D, Ferreira GC, Mansilha H, Antunes H, Ferreira R. Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediatr Port*. 2012; 43(2):S17-S40.

Helman C. *Cultura, saúde e doença*, 4ª. Ed., Porto Alegre: Artmed; 2003. A abrangência da antropologia médica; 11-23.

IBFAN. Rede Internacional do Direito de Amamentar. População indígena recebe cartilha sobre aleitamento. IBFAN Brasil. Notícias em 28/11/2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [homepage na internet]. 2012. 2010 Population Census: general characteristics of the indian population - Results of the universe. [Acessado em outubro de 2013] Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/110QI>.

Jayazekara R. Breastfeeding: Cup Feeding. The Joanna Briggs Institute. [Acessado em 13 de janeiro de 2012]. Disponível em: <http://joannabriggs.org/>.

Jelliffe DB, Jelliffe EF. *Human Milk in the modern world- psychosocial, nutritional, and economic significance*. Oxford University Press, 1978. 500p.

Jomori MM, Proença RPC, Calvo MCM. Determinantes de escolha alimentar. *Rev. Nutr., Campinas*; 2008,21(1):63-73, jan./fev.

Kosminsky FS, Kimura AF. Cólica em recém-nascido e lactente: revisão da literatura. *Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS)*. 2004; 25(2):147-56.

Kühl AM, Corso ACT, Leite MS, Bastos JL. Perfil nutricional e fatores associados à ocorrência de desnutrição entre crianças indígenas Kaingang da Terra Indígena de Manguaerinha, Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 2009; 25(2): v10, 420.

LaRowe TL, Adams AK, Jobe JB, Cronin KA, Vannatter SM, Prince RJ. Dietary intakes and physical activity among preschool-aged children living in rural American Indian communities before a family-based healthy lifestyle intervention. *J Am Diet Assoc*. 2010; 1049-57.

Leininger MM. *Culture care diversity and universality: a theoría of nursing*. New York (NY): National League for Nursing Press; 1991.

Leininger MM, McFarland MR. *Transcultural nursing; concepts, theories, research & practice*. New York: McGraw-Hill; 2002.

Leininger MM, McFarland MR. Culture Care Diversity and Universality: a worldwide nursing theory. 2nd. Ed. Massachusetts: Jones and Bartled Publishers; 2006.

Leite MS. Iri' karawa, iri'wari': um estudo sobre práticas alimentares e nutrição entre os índios Wari' (Pakaanova) do sudoeste amazônico. Ministério da saúde Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro 2004

Leite MS. Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

Leite MS, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari', Rondônia, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, nov. 2007; 23 (11).

Léry J de. Histoire d'un Voyage fait en La terre Du Brésil, autrement dite Amerique. A la Rochele Antoine Chuppin. 1578. Nova edição de *Frank Lestrignant*, Presses du Languedoc/Max Chaleil Editeur;1992. *Apud*: Rocha JM da. Introdução a História da Puericultura e Pediatria no Brasil (1500/1882). Rio de Janeiro: Nestlé, 1947.

Levy-Costa RB, Monteiro CA. Consumo de leite de vaca e anemia na infância no Município de São Paulo. Rev Saúde Pública. 2004; 38(6): 797-803.

Lévi-Strauss C. Structural Anthropology. Nova York: Basic Books, 1963.

Lévi-Strauss C. The raw and the cooked. São Paulo: Cosac & Naify, v.2, Introduction to a Science of Mithology. 1969.

Maciel, ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? Horiz. antropol.[*online*]. 2001; 7(16): 145-156.

Malinowski B. Os Argonautas do Pacífico Ocidental. Malinowski, Coleção os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural; 1976.

Malinowski B. Um Diário no Sentido Estrito do Termo. Rio de Janeiro: Record; 1997.

Mintz S. Comida e antropologia: uma breve revisão. Rev Bras CiSoc. 2001;16 (47): 31-42.

Mondini L, Rodrigues D, Gimeno SGA, Baruzzi RG. Estado nutricional e níveis de hemoglobina em crianças Aruak e Karibe: povos indígenas do Alto Xingu, Brasil Central, 2001-2002. Rev bras epidemiol. 2009; 12(3): 469-477.

Monte CMG. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. Jornal de pediatria. (Rio J.). 2000; 76(Supl.3): S285-S297.

Monte CMG, Giugliane ERJ. Recomendações para a alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J pediatr.* (Rio J.). 2004; 80 (Supl.5): S131-S141.

Nakashima EY. Reatando as pontas da rama: a inserção dos alunos da etnia indígena Pankararu em uma escola pública na cidade de São Paulo [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo; 2009.

National Center for Health Statistics: Growth Curves for Children, Birth-18 years. Hyattsville: National Center for Health Statistics, Department of Health, Education and Welfare; NCHS, 1977.

National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention [homepage on the Internet]. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services; [updated May 20, 2004; cited 2004 November 4]. 2000 CDC Growth Charts: United States; [about 3 screens]. Available from: <http://www.cdc.gov/growthcharts>.

Novak FR, Almeida JAG de, Silva RS de. Casca de banana: uma possível fonte de infecção no tratamento de fissuras mamilares. *J. Pediatr.* (Rio J.) [online]. 2003; 79(3): 221-26.

Orellana JDY, Santos RV, Coimbra Jr CEA, Leite MS. Avaliação antropométrica de crianças indígenas menores de 60 meses, a partir do uso comparativo das curvas de crescimento NCHS/1977 e OMS/2005. *J Pediatr* (Rio J.). 2009; 85(2): 117-121.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Alimentação infantil: bases fisiológicas. São Paulo: IBFAN Brasil, OMS, OPAS, UNICEF; 1994.

OMS. Novos dados sobre a prevenção da transmissão de mãe para filho do HIV e suas implicações políticas. Conclusões e recomendações. Consulta Técnica da OMS em nome da Equipe de Trabalho Interinstitucional FUNUAP/UNICEF/OMS/UNAIDS. Genebra, 2001.

Ornellas LH. A alimentação através dos tempos. FENAME. Rio de Janeiro. 1978; 288p. (Séries Cadernos Didáticos).

Pagliari H, Mendonça S, Carvalho NS, Macedo ES de, Baruzzi RG. Fecundidade e Saúde Reprodutiva das Mulheres Suyá (Kisêdje), Parque do Xingu, Brasil Central. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambu- MG, Brasil, de 29 de setembro a 2 de outubro de 2008.

Pardal R. Medicina aborígene americana. Buenos Aires: Anesi; 1937. *Apud*: Rocha JM da. Introdução a História da Puericultura e Pediatria no Brasil (1500/1882). Rio de Janeiro: Nestlé, 1947.

Pereira LM. Imagens Kaiowa do sistema social e seu entorno. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.

Pedras CTP de A; Pinto EAL da C; Mezzacappa MA. Uso do copo e da mamadeira e o aleitamento materno em recém-nascidos prematuros e a termo: uma revisão sistemática. Rev Bras Saúde Mater Infant (Recife). jan./mar, 2008; 8(2).

Poulain J-P. Sociologia da Alimentação. Tradução: Proença RPC, Rial CS, Conte J. Florianópolis: EDUFSC; 2004. (Série Nutrição).

Poulain J-P; Proença, RPC. O espaço social alimentar: um instrumento para o estudo dos modelos alimentares. Rev Nutr (Campinas). 2003; 16(3): 245-56.

Pícoli RP, Carandina L, Ribas DLB. Saúde materno-infantil e nutrição de crianças Kaiowá e Guaraní, Área Indígena de Caarapó, Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública (Rio J.). jan. 2006; 22(1).

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

Prefeitura Municipal de Arco-Íris. Site oficial: Administração 2009-2012. [homepage na internet] 2013. [Acessado em outubro de 2013]. Arco-Íris estado de São Paulo. Disponível em: <http://www.arcoiris.sp.gov.br/index.cn=historia>.

Ramalho RA, Saunders C. Educação nutricional no combate às carências nutricionais. Rev Nutr (Campinas). 2000; 13(1): 11-16.

Ribas DLB, Sganzerla A, Zorzatto JR, Philippi ST. Nutrição e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública (Rio J.). mar-abr, 2001; 17(2):323-31.

Ribeiro D. A Política Indigenista Brasileira. Rio de Janeiro. Ministério da Agricultura. Serviço de Informação Agrícola; 1962.

Ribeiro D. Os índios e a civilização. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1970.

Ribeiro D. Os índios e a civilização: a interpretação das populações indígenas no Brasil moderno. 7ª Ed. São Paulo: Companhia das Letras; 1996.

Rocha JM da. Introdução a História da Puericultura e Pediatria no Brasil (1500/1882). Rio de Janeiro: Nestlé; 1947.

Roche ML, Creed-Kanashiro HM, Tuesta I, Kuhnlein HV. Infant and young child feeding in the Peruvian Amazon: the need to promote exclusive breastfeeding and nutrient-dense traditional complementary foods. Matern Child Nutr. 2011; 7(3):284-94.

Rodrigues RA. Os caçadores-ceramistas do sertão paulista: um estudo etnoarqueológico da ocupação Kaingang no Vale do RioFeio/Aguapeí. [tese]. São Paulo: Programa de Pós-graduação em Arqueologia do Museu de Arqueologia e Etnologia da Universidade de São Paulo; 2007.

Romanelli G, Biasoli-Alves ZMM (orgs.). Diálogos Metodológicos sobre práticas de pesquisa. Ribeirão Preto-SP: Legis Summa;1998.

Salve JM, Silva IA. Representações sociais de mães sobre a introdução de alimentos complementares para lactentes. *Acta Paul Enferm.* 2009; 22(1): 43-8.

Sampei MA, Cano EN, Fagundes U, Lima EES, Rodrigues D, Sigulem DM, et al. Avaliação antropométrica de adolescentes Kamayurá, povo indígena do Alto Xingu, Brasil Central (2000-2001). *Cad Saúde Pública.* 2007; 23(14): 43-53.

Santos-Filho LC. História Geral da Medicina Brasileira. São Paulo: Hucitec/Edusp; 1977. 2º v. *Apud*: Chaves AM. Os significados das crianças indígenas brasileiras (séculos XVI e XVII). *Rev Bras Cres Desenv Hum.* (São Paulo). 2000; 10(1).

Schiffman SS, Graham BG. "Taste and smell perception affect appetite and immunity in the elderly." *European Journal of Clinical Nutrition.* 2000; 54(3): S54.

Sepp A. Viagem às missões jesuíticos (1698). In: Viagem às missões jesuíticas e trabalhos apostólicos. Belo Horizonte, Itatiaia/SP: EDUSP; 1980.

Silva AAM da. Amamentação: Fardo ou Desejo? Estudo histórico-social dos saberes e práticas sobre aleitamento materno na sociedade brasileira. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990. 236p.

Silva IA. Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios. São Paulo: Robe Editorial; 1997.

Silva LM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. *Acta Paul. Enf.* 2004; 17(3): 286-9.

Silva LM, Barbieri M, Fustinoni ZM. Vivenciando a experiência da parturição em um modelo assistencial humanizado. *RevBrasEnferm.* Brasília, 2011. jan-fev; 64(1):60-5.

Silva LM, Silva IA. O estado nutricional e a alimentação de crianças ameríndias: uma revisão sistemática da literatura. *In*: Anais da XII Conferencia de Educación em Enfermeria; V Encuentro de Investigación Educativa em Enfermeria. ALADEFE/UDUAL. Realizado de 9 a 13 de setembro de 2013, em Montevideo, Uruguai.

Spradley JP. *The Ethnographic Interview*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1979.

Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influência das avós na prática do aleitamento Materno. *Rev Saúde Publica*. 2005; 39(5): 141-7.

Thevet A. (1558). *As singularidades da França Antártica*. Belo Horizonte, Itatiaia / São Paulo: EDUSP; 1978. *Apud*: Chaves AM. Os significados das crianças indígenas brasileiras (séculos XVI e XVII). *Rev Bras Cres. Desenv Hum*. 2000; 10(1).

Tommasino K. Os Kaingang no Paraná: aspectos históricos e culturais. In: Paraná. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência de Educação. Departamento de Ensino Fundamental. Coordenação da Educação Escolar Indígena. *Educação Escolar Indígena / Secretaria de Estado da Educação*. Curitiba: SEED – Pr., 2006. 88p. (Cadernos Temáticos)

Twinn S. Status of mixed methods research in nursing. In: Tashakkori A, Teddlie C, editors. *Handbook of mixed methods in social & behavioral research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2003. 541-56.

Victoria CG, Araújo CL, Onis M. Uma nova curva de crescimento para o século XXI [homepage na Internet]. [acessado em 2013]. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/nova_curva_cresc_sec_xxi.pdf

Vieira AA; Braga JU; Moraes CL. Condições de saúde e nutrição de crianças indígenas e não-indígenas que vivem às margens do rio Solimões, estado do Amazonas, Brasil. *Cad Saúde Pública (Rio J)*. 2000; jul-set; 16(3):871-873.

Wilson WM, Bulkan J, Piperata BA, Hicks K, Ehlers P. Nutritional status of Makushi Amerindian children and adolescents of Guyana. *Ann Hum Biol*. 2011; 38(5):615-29.

World Health Organization. *Physical Status: The use and interpretation of Anthropometry*. WHO Technical Report Service 845, Geneva; 1995.

World Health Organization. *Who child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age. Methods and development*. WHO (nonserial publication). Geneva, Switzerland: WHO, 2006.

World Health Organization. *WHO growth reference for school-aged children and adolescents: height-for-age [homepage da internet]*. 2007. [Acessado em 05 de junho de 2013]. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/>.

World Health Organization. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices : conclusions of a consensus meeting held 6–8 November 2007*. Washington D.C., USA. World Health Organization, 2008

Anexo 1



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO - FUNAI
PRESIDÊNCIA DA FUNAI
ASSESSORIA DE ACOMPANHAMENTO AOS ESTUDOS E PESQUISAS
SEPS 702/902 - Ed. LEX - 3º Andar - CEP 70340-904 - Brasília-DF
Fone: (61) 3313.3846/3606/3559 - Fax: (61) 3313.3846

Ofício nº 421 /GAB/PRES/13

Brasília, 28 de maio de 2013.

A Senhora
Larissa Mandarano da Silva
Rua João Passalacqua, 140, Apto. 29
Bairro Bela Vista
01326-020 São Paulo - SP



Assunto: Ingresso em terra indígena (Proc. nº.007839/2013-14)

1 Cumprimentando-a, estamos encaminhando original da Autorização para Ingresso em Terra Indígena nº.34/AAEP/PRES/2013 (em anexo), concedida a Vossa Senhoria, com o objetivo de desenvolver o projeto de doutorado intitulado "O aleitamento materno e a alimentação infantil entre os indígenas da região oeste do estado de São Paulo", sob a orientação da Profa. Dra. Isliá Aparecida Silva.

Atenciosamente,

Marco Antônio do E. Santo
Assessor Técnico

Anexo 2

Arco-Íris, 07 de maio de 2.013.

Ofício s/n.º

Assunto - Informa Autorização

Cumprimentando-o cordialmente, informamos a autorização do desenvolvimento do projeto de Doutorado de Larissa Mandarano da Silva, na Aldeia Vanuíre de Arco-Íris, pela escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, abordando como tema "O Aleitamento Materno e Alimentação Infantil, entre os Povos Indígenas das Regiões Oeste do Estado de São Paulo".

Sendo só o que se apresenta para o momento, aproveitamos a oportunidade para renovar a Vossa Senhoria os nossos protestos de respeito e consideração.

Gerson Cecilio Damaceno
Gerson Cecilio Damaceno
Cacique

Irineu Cotui
Irineu Cotui
Vice Cacique

Silvia Cristina Benites Morini
Silvia Cristina Benites Morini
Enfermeira Responsável Técnica

A EXMOº SR
LUIS GONEAGA DE ALMEIDA SANTOS
CHEFE COORDENAÇÃO TÉCNICA LOCAL EM TUPÃ
TUPÃ - SP

Apêndice 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido A

Prezado(a) Sr(a),

Eu, Larissa Mandarano da Silva, enfermeira, Coren: 90115, estou realizando a pesquisa “ *O Aleitamento Materno e a Nutrição Infantil entre os Indígenas*”. Estou convidando você a participar desta pesquisa.

Quero conhecer como é a alimentação das crianças com menos de 5 anos de idade na comunidade indígena, como isso é feito na prática do dia a dia. Quero compreender os costumes e crenças das mulheres da família em relação à alimentação das crianças, e descrever os hábitos alimentares (horários das refeições, tipos de alimentos, preferências e escolhas dos alimentos). E ainda conhecer o peso e a altura das crianças para verificar o seu estado nutricional (se tem problema de desnutrição ou obesidade).

Para isso solicito sua autorização para coletar informações do prontuário de saúde do seu filho(a), que se encontra no posto médico da aldeia, para pesar e verificar sua estatura e para a realização de uma primeira entrevista com a senhora em sua residência, que não será gravada.

Caso concorde em participar, solicito a assinatura deste termo. Este documento contém duas cópias, sendo que uma ficará com você e a outra comigo. E também, sua rubrica em cada página deste documento.

Agradeço desde já a sua colaboração e fico à disposição para qualquer dúvida pelos telefones 14 3496-3676 ou 11 6281- 8224 (pesquisadora) ou Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: (11) 3066-7548.

Eu, _____,
tendo recebido as informações acima, aceito participar voluntariamente da pesquisa e estou sabendo e concordo com os meus direitos explicados a seguir:

-Tenho a liberdade de deixar de participar no estudo

-Estou ciente de que este estudo poderá me causar danos como constrangimento, estigmatização, desrespeito, preconceitos, agora ou mais tarde, tanto individualmente quanto para a aldeia;

-Estou ciente de que serão respeitados sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e necessidades e diferenças presentes entre eles, sendo assegurado o respeito às mesmas;

-Estou certo(a) de que as informações ofertadas por mim serão utilizadas com fins científicos;

-Em nenhum momento o meu verdadeiro nome será divulgado, bem como, será mantido sigilo das informações; assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima

Assinatura ou Impressão Digital do
colaborador(a): _____ RG. n.º : _____

Pesquisadora: Larissa Mandarano da Silva

Assinatura: _____

Tupã, ____ de _____ de 2012.

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido B

Prezado(a) Sr(a),

Eu, Larissa Mandarano da Silva, enfermeira, Coren: 90115, estou realizando a pesquisa “ *O Aleitamento Materno e a Nutrição Infantil entre os Indígenas*”. Estou convidando você a participar desta pesquisa.

Quero conhecer como é a alimentação das crianças com menos de 5 anos de idade na comunidade indígena, como isso é feito na prática do dia a dia. Quero compreender os costumes e crenças das mulheres da família em relação à alimentação das crianças, e descrever os hábitos alimentares (horários das refeições, tipos de alimentos, preferências e escolhas dos alimentos). E ainda conhecer o peso e a altura das crianças para verificar o seu estado nutricional (se tem problema de desnutrição ou obesidade).

Para isso solicito sua autorização para realizar uma segunda entrevista em que vamos conversar sobre os costumes da alimentação das crianças, e essa entrevista terá a gravação somente da voz, para que seja mais fácil registrar o que for falado.

Caso concorde em participar, solicito a assinatura deste termo. Este documento contém duas cópias, sendo que uma ficará com você e a outra comigo. E também, sua rubrica em cada página deste documento.

Agradeço desde já a sua colaboração e fico à disposição para qualquer dúvida pelos telefones 14 3496-3676 ou 11 6281- 8224 (pesquisadora) ou Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: (11) 3066-7548.

Eu, _____,
tendo recebido as informações acima, aceito participar voluntariamente da pesquisa e estou sabendo e concordo com os meus direitos explicados a seguir:

-Tenho a liberdade de deixar de participar no estudo;

-Estou ciente de que este estudo poderá me causar danos como constrangimento, estigmatização, desrespeito, preconceitos, agora ou mais tarde, tanto individualmente quanto para a aldeia;

- -Estou ciente de que serão respeitados sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e necessidades e diferenças presentes entre eles, sendo assegurado o respeito às mesmas;
- -Estou certo(a) de que as informações ofertadas por mim serão utilizadas com fins científicos;
- -Em nenhum momento o meu verdadeiro nome será divulgado, bem como, será mantido sigilo das informações; assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a auto-estima;

Assinatura ou Impressão Digital do
colaborador(a): _____ RG. n.º : _____

Pesquisadora: Larissa Mandarano da Silva

Assinatura: _____

Tupã, ____ de _____ de 2012.

Apêndice 3

Roteiro da Observação Não-Participante e Participante

- A- Observar o atendimento realizado às crianças de zero a cinco anos, no posto médico.
- B- Observar durante o período de observação as crianças utilizam chupetas, mamadeiras, se são amamentadas ou se recebem algum tipo de alimento.
- C- No domicílio: observar a presença de alimentos na cozinha, o tipo de alimentos, se a criança ingere algum tipo de alimento durante a permanência da pesquisadora na residência, a existência de eletrodomésticos, se possuem fogão à lenha, e estão preparando alguma refeição.
- D- Na área externa do domicílio: observar o cultivo de hortaliças, legumes, frutas e raízes. E se possuem ovinos, suínos e bovinos.

Apêndice 4

Roteiro para coleta de dados quantitativos

Dados dos prontuários das crianças

Data: / /

N.º:

Nome: _____ DN: ____/____/____

Tipo de parto:

Sexo da criança: Masculino 1 () Feminino 2 ()

1. Doenças atuais, ou que a criança já tenha vivenciado.
2. Faltas no atendimento de puericultura.
3. Exames realizados (anotar resultados dos últimos seis meses).
4. Medidas Antropométricas (anotar as duas últimas medidas)
5. Peso, estatura, PC e PT ao nascer.
6. Idade Gestacional no nascimento. Capurro.
7. Intercorrências ocorridas durante a gestação. Como prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino, doença hipertensiva específica da gestação, diabetes gestacional, entre outros.

Roteiro para entrevista

Data: / /

A - Identificação materna ou responsável pela alimentação da criança.

Nome: _____

Endereço:

Data de nascimento: / /

Escolaridade (em anos): _____

Trabalha? () sim () não Direito a licença maternidade?

() sim () não

Ocupação: _____

N.º de filhos vivos: _____

B – Performance de sua amamentação e alimentação

1. A senhora amamenta (ou) seu filho? Sim () Não ()

2. Se sim²: AE () ; AP () ou AM ()

Para AP () ou AM () : (meses completos e dias)

3. Até quando a criança mamou só no peito?

Para desmame: (meses completos e dias) _____

² Aleitamento exclusivo (AE); Aleitamento predominante (AP); Aleitamento materno (AM).

4. Utiliza chupeta? Quantos meses a criança tinha quando começou a oferecer? _____

Utiliza mamadeira? Quantos meses a criança tinha quando começou a oferecer? _____

5. Até quando a criança mamou no peito junto com outros alimentos?
_____ (meses completos e dias)

6. Quando iniciou a introdução de alimentos? (meses completos e dias)

7. Qual o primeiro alimento introduzido?

8. Alimentos preferidos de serem oferecidos pela senhora:

9. Alimentos preferidos pela criança:

10. Tipos de alimentos ingeridos pela manhã:

11. Tipos de alimentos ingeridos à tarde:

12. Tipos de alimentos ingeridos à noite:

13. Quantas refeições são realizadas por dia?

14. Em quais horários?

15. Alimentos preferidos da criança:

16. Gosta dos alimentos cultivados em sua residência? Quais consome?

C - Estilo de vida

17. Atualmente a senhora vive:

Com companheiro 1 () Sem companheiro 2 () Viúva 3 ()

18. Quantas pessoas moram na casa? _____

19. A casa possui luz elétrica?

Sim 1 () Não 2 ()

20. Quantos aparelhos eletroeletrônicos possui?

21. Possui aparelho de televisão? () 1 Sim () 2 Não

Em quais períodos assistiu? () manhã () tarde () noite

22. A senhora possui alguém que a ajude no trabalho em casa? Sim 1 ()
Não 2 () Quem a ajuda?

23. Qual a renda familiar mensal em reais? _____

D. Acesso à zona urbana

Costuma ir à cidade de Tupã de quanto em quanto tempo?

Finalidade?

Com quem?

Costuma ir à cidade de Arco-Íris de quanto em quanto tempo?

Finalidade?

Com quem?

Onde compra seus produtos alimentícios?

Com que frequência faz suas compras?

Possui parentes ou amigos que moram na cidade?

Como se locomove até a cidade?

E - Identificação da família

Gostaríamos de fazer algumas perguntas sobre as pessoas que fazem parte da sua família.

Parentesco	Idade	Escolaridade*	Trabalha	Naturalidade	Etnia
1. Mãe					
2.					
3.					
4.					

(*) Escolaridade: Completar com ensino fundamental, médio ou superior.

Quantas pessoas trabalham na lavoura? Quem trabalha?

Cultiva alimentos na área residencial?

Quais os tipos de alimentos cultivados?

Quem contribui no cultivo de alimentos na área residencial?

Quais as dificuldades no cultivo destes alimentos?

Apêndice 5

Roteiro para coleta dos dados qualitativos - Entrevista

Data: / /

Nº:

Perguntas Norteadoras:

Conte como foi a história de alimentação do seu filho do nascimento até hoje.

Desde o parto.

Para as mulheres que tem filhos com idade acima de cinco anos.

Conte como foi a história de alimentação do seu filho do nascimento até aos 5 anos de idade?

Como foi a alimentação de seus filhos e como é a de seus netos?

O que sente em relação à alimentação das crianças como era e como é hoje?

Itens a serem abordados durante a entrevista:

- Orientação recebida pelos profissionais.
- Orientação recebida pelos familiares.
- Critérios ou elemento de escolha do primeiro alimento complementar.
- Sentimentos da mãe durante a fase da introdução de alimentos

complementares

- Sentimentos da mãe sobre a alimentação da criança