



**ÁGATA GIOVANA ZAQUEU DE ALMEIDA  
NATÁLIA NAOMI MARUYAMA**

**ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE GESTANTES E CRIANÇAS INDÍGENAS  
MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE NO BRASIL**

**LAVRAS – MG**

**2023**

**ÁGATA GIOVANA ZAQUEU DE ALMEIDA  
NATÁLIA NAOMI MARUYAMA**

**ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE GESTANTES E CRIANÇAS INDÍGENAS  
MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE NO BRASIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à  
Universidade Federal de Lavras, como parte das  
exigências do Curso de Nutrição, para a obtenção  
do título de Bacharel.

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Nathália Luíza Ferreira – DNU/UFLA

Orientadora

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Anabele Pires Santos – ENUT/UFOP

Coorientadora

**LAVRAS – MG**

**2023**

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2. MÉTODOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>11</b>
<b>4. DISCUSSÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>5. CONCLUSÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>6. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>21</b>

## RESUMO

Os povos indígenas apresentam um complexo quadro de saúde, persistem dentre as minorias populacionais e não dispõem da devida visibilidade sociocultural e política. Sob um recorte de fases da vida, gera especial preocupação o estado de alimentação e nutrição do público materno-infantil, por sua maior vulnerabilidade diante de quadros de insegurança alimentar e desvios nutricionais. Considerando o contexto social destes grupos, a incipiência de estudos sobre a temática e a importância da nutrição adequada nos primeiros mil dias de vida, o presente trabalho teve como objetivo descrever o perfil de alimentação e nutrição de gestantes e crianças menores de dois anos de idade indígenas no Brasil. Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo de abordagem quantitativa, cujos dados foram obtidos a partir de relatórios públicos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN-Web), entre 2015 e 2021. Para avaliação do estado nutricional de gestantes, foi utilizado o indicador Índice de Massa Corporal (IMC) por semana gestacional. Para as crianças, os índices peso para idade (P/I), peso para estatura (P/E), IMC para idade (IMC/I) e estatura para idade (E/I) foram avaliados, assim como dados sobre consumo alimentar e aleitamento materno (AM). Foram apresentadas as prevalências de cada parâmetro analisado e calculadas as médias das prevalências para o período investigado. Entre 2015 e 2021, foram avaliados dados de 33.013 e 922 gestantes indígenas nos quesitos estado nutricional e consumo alimentar, respectivamente. Em média, mais da metade destas apresentava algum desvio nutricional (56,8%). Em relação às crianças, 945 dados sobre aleitamento materno exclusivo (AME) foram avaliados entre lactentes, 3.107 dados sobre aleitamento materno continuado (AMC) foram analisados entre crianças de 6-23 meses e 3.147 dados relativos ao consumo alimentar foram avaliados entre crianças dessa mesma faixa etária. Já para o estado nutricional, cerca de 68.300 dados foram analisados. Em média, 31,0% destas apresentavam estatura abaixo do indicado, ao passo que 8,2% e 11,1% tinham sobrepeso considerando P/E e IMC/I, respectivamente. Quanto ao consumo alimentar, 79,7% das gestantes e 58,7% das crianças ingeriram alimentos ultraprocessados (AUP) no dia anterior. As prevalências estimadas de AME e AMC foram 55,3% e 66,3%, nesta ordem. Foram obtidas prevalências preocupantes de consumo alimentar pouco saudável e de desvios nutricionais entre gestantes e crianças menores de dois anos, com destaque para prevalências insuficientes de AM, IA precoce, consumo excessivo de AUP, bem como alta prevalência de déficit estatural entre crianças e de excesso de peso nas duas fases da vida avaliadas. Espera-se que os resultados obtidos no presente estudo contribuam para geração de maior visibilidade para a situação de alimentação e nutrição destes povos, e para ampliar a inserção, nas agendas públicas, de ações que repercutam positivamente nas condições de vida e saúde das gestantes e das crianças indígenas brasileiras.

**Palavras-chave:** Saúde de populações indígenas; Nutrição da gestante; Nutrição da criança; Aleitamento materno; Alimentação complementar.

## 1. INTRODUÇÃO

Estudos demográficos apontam que o número de pessoas que se autodeclararam indígenas vem aumentando no Brasil (BRASIL, 2019a). No Censo 2010, 896.917 pessoas se consideravam indígenas – 0,43% da população, das quais 57,7% viviam em Terras Indígenas (TI) oficialmente reconhecidas. A Região Norte do país concentra a maior parcela das comunidades (37,4%). E, como evidência do estreito vínculo com a terra, enquanto 15,6% da população nacional viviam em áreas rurais, no caso dos povos indígenas esse percentual correspondia a 63,8%. Quanto à estrutura etária, observa-se variação conforme as regiões de moradia, sendo identificada alta taxa de natalidade entre os povos que vivem em TI em comparação com aqueles que residem fora delas (BRASIL, 2022c; IBGE, 2013).

Historicamente, os povos indígenas do Brasil têm vivenciado condições econômicas e sociopolíticas desfavoráveis, com perfil epidemiológico marcado pela desigualdade de acesso aos serviços de saúde, pela maior frequência de mortalidade infantil e pela predominância de doenças infecto-parasitárias (DIP) como causas de morbimortalidade (ATHILA & LEITE, 2020). Além disso, prevalências preocupantes de insegurança alimentar e nutricional (IAN) são constatadas, em grande parte, associada a violações de outros direitos constitucionais a que são submetidos. Destaca-se, nesse sentido, a perda gradativa de terras para plantio, o desmatamento de suas áreas devido aos garimpos, à pecuária intensiva, ao cultivo de produtos agrícolas para exportação e a outras formas de exploração dos recursos naturais, além da poluição crescente dos rios, como fatores que têm prejudicado a disponibilidade e o acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequada para esses povos (COSTA & SILVA, 2017; ROCHA, PORTO & PACHECO, 2016).

Ser indígena no Brasil é ter risco aumentado de não atingir o primeiro ano de vida e, durante o crescimento, de desenvolver desnutrição energético-proteica (DEP), anemias, DIP, bem como estar sujeito aos impactos da transição nutricional, com prevalências crescentes de obesidade e condições crônicas não transmissíveis (CCNT), como hipertensão arterial e diabetes *mellitus* (DM) (LEITE et al., 2007b).

Diante da conseqüente IAN e das diferentes formas de desigualdades sociais e políticas, o estado de alimentação, nutrição e saúde da população materno-infantil tem sido especialmente afetado, por, dentre outros motivos, serem fases da vida em que há maior requerimento de calorias e de nutrientes, com maior suscetibilidade à IAN. Em gestantes, o baixo peso ou o ganho de peso insuficiente, assim como as carências nutricionais específicas, podem levar à restrição de crescimento intrauterino (RCIU), parto prematuro, baixo peso do bebê ao nascer,

deficiências de micronutrientes, e conseqüentemente, baixo peso e estatura para a idade da criança (ASSIS et al., 2012). Por outro lado, o excesso de peso ou o ganho ponderal excessivo na gestação estão associados ao aumento do risco de desenvolvimento de DM gestacional, síndromes hipertensivas, como a pré-eclâmpsia, trabalho de parto prematuro, hemorragia puerperal, RCIU, macrossomia, dislipidemia e/ou hipoglicemia neonatal, trauma e sofrimento fetal (OLIVEIRA et al., 2016).

Em relação ao estado nutricional das gestantes brasileiras acompanhadas pela Atenção Primária à Saúde (APS), quase 52% apresentam excesso de peso, sendo relatado o consumo de bebidas adoçadas e alimentos ultraprocessados, no dia anterior, respectivamente, por 56% e 76% delas (BRASIL, 2022a). Panorama semelhante tem sido observado especificamente entre gestantes indígenas, dentre as quais 53,4% e 59,0% apresentavam excesso de peso na primeira e na última consulta de pré-natal, nesta ordem (FALCÃO, 2022). Dentre os possíveis determinantes dessa condição que se perpetua por décadas, enfatiza-se a escassez de áreas para caça e/ou pesca e de terras para plantio e o acesso crescente a alimentos industrializados, de baixo custo e com perfil nutricional desbalanceado (LEITE, 2007c).

Com relação às crianças, particularmente aquelas menores de dois anos, destaca-se que constituem o grupo mais vulnerável aos impactos negativos da IAN, visto que as conseqüências nutricionais são imediatas e tendem a agravar-se mais rapidamente do que em outras faixas etárias, com possíveis repercussões ao longo da vida (BRASIL, 2015a; OLIVEIRA et al., 2009). Quanto à alimentação nessa fase, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde (MS) ressaltam a importância do aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses para o crescimento e o desenvolvimento apropriados. E, após esta idade, deve-se iniciar a introdução alimentar (IA) complementar, mantida conjuntamente ao aleitamento materno continuado (AMC) até os dois anos de idade ou mais (BRASIL, 2019b; WHO, 2003). A prática do aleitamento materno (AM) associa-se ao vínculo, ao afeto, à proteção e à nutrição essenciais para a criança, sendo considerada a intervenção mais econômica e eficaz para redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2015a).

De acordo com os dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) 2019, apesar do aumento das prevalências de AM no Brasil, estas ainda estão aquém do ideal. Crianças menores de dois anos que alguma vez foram amamentadas totalizaram 96,2% da amostra, todavia, menos da metade das crianças menores de seis meses eram amamentadas exclusivamente (45,8%), sendo que a prevalência do AMC entre aquelas com 12 a 23 meses correspondeu a 43,6% (UFRJ, 2021a).

Iniciar oportunamente a IA é de suma importância, uma vez que seu início precoce aumenta o risco de anemia, diarreia, obesidade e morbimortalidade infantil devido à diminuição dos fatores imunológicos e da absorção de ferro decorrentes do possível desmame precoce e principalmente da imaturidade do sistema digestivo (OLIVEIRA, PARREIRA & SILVA, 2014; BRASIL, 2019b). Por outro lado, o atraso na introdução dos alimentos também não é interessante, já que está diretamente associado à DEP, haja vista a insuficiência do leite em suprir integralmente as necessidades nutricionais após os seis meses de idade (UFRJ, 2021b).

Ainda não estão disponíveis informações sobre a prevalência nacional de IA antes dos seis meses, mas dados do ENANI (2019) indicaram que 86,3% das crianças entre seis e oito meses estavam recebendo alimentação complementar. Ainda constatou-se que a qualidade da alimentação oferecida após a IA é igualmente preocupante, com oferta significativa de produtos alimentícios açucarados (68,4%), bebidas adoçadas (24,5%) e AUP (80,5%), os quais são produzidos pela indústria a partir de inúmeras etapas, técnicas de processamento e ingredientes, apresentando, em geral, grandes quantidades de calorias, açúcar, gorduras, sódio e aditivos (BRASIL, 2014).

Acerca do estado nutricional, o país passa por um processo de transição, em que altas prevalências de excesso de peso são observadas, sem que a desnutrição, e outras deficiências de micronutrientes, tenham sido superadas. Em 2019, quase 3,0% das crianças brasileiras menores de cinco anos apresentavam baixo peso para idade, 5,0% possuíam peso elevado para idade, uma a cada dez crianças apresentam excesso de peso (10,1%) e 7,0% baixa estatura para idade, sendo as frequências significativamente maiores entre aquelas de 12 a 23 meses de idade (13,7% e 10,2%, respectivamente) (UFRJ, 2021b). Entre as crianças indígenas, há carência de dados, mas sabe-se do crescimento de excesso de peso para o total de crianças na Região Amazônica, com 27,4% das crianças indígenas acima do peso, em contraponto a 21,2% dentre as não indígenas (FREITAS et al., 2014).

Considerando a escassez de dados sobre a nutrição e a alimentação dos povos indígenas, em especial do público materno infantil; o panorama preocupante refletido pelos incipientes dados disponíveis; a insuficiência de políticas voltadas para esse público; e a importância de melhor conhecer e futuramente ampliar as formas de intervenção nesses ciclos da vida; torna-se imperativo analisar dados nacionais sobre antropometria, aleitamento materno e consumo alimentar de gestantes e crianças indígenas no Brasil.

Está bem estabelecido que exposições adversas nos primeiros mil dias de vida (desde a concepção até os dois anos de idade) podem acarretar inúmeros malefícios para esta população, não somente a curto prazo, mas ao longo da vida, havendo risco aumentado de desenvolvimento

de carências nutricionais, assim como de excesso de peso e CCNT (BRASIL, 2019b; PANTANO, 2018; WHO, 2003). Por isto, ações voltadas para o conhecimento e a promoção de práticas alimentares saudáveis e manutenção do estado nutricional adequado têm grande potencial de favorecer para a melhoria das condições de saúde de gestantes e lactentes, hoje e no futuro (BRASIL, 2021). Logo, o presente estudo se propôs a descrever o perfil de alimentação e nutrição de gestantes e crianças indígenas menores de dois anos de idade atendidas na APS no Brasil entre 2015 e 2021. Espera-se contribuir para um melhor conhecimento do cenário de alimentação e nutrição desses povos, abrindo caminhos para outros futuros trabalhos, que visem lhes assegurar melhores condições nutricionais e de saúde.

## **2. MÉTODOS**

Trata-se de um estudo longitudinal, retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa, baseado na análise do registro de dados secundários sobre o estado nutricional e o consumo alimentar de gestantes indígenas, além da prática de AM e da IA entre crianças indígenas menores de dois anos de idade, oriundos da APS do Sistema Único de Saúde (SUS). No Brasil, a saúde dos povos indígenas é de responsabilidade da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada ao Ministério da Saúde (MS). No âmbito do SUS, a SESAI coordena e executa ações de saúde direcionadas aos povos aldeados por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS). Sendo o SasiSUS o sistema voltado para a atenção aos indígenas brasileiros, garantindo a autonomia de cuidado e a atenção à saúde, o qual tem como gestora operacional, e guardião dos princípios da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI). A SESAI atua nos 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), unidades gestoras que promovem a reordenação da rede de saúde em todo o Brasil (BRASIL, 2019a).

Neste estudo, foram utilizados dados de gestantes e crianças indígenas que, por algum motivo, acessaram o sistema nacional de saúde por meio da APS do SUS. Destaca-se que essa população pode estar inserida em contexto urbano ou até mesmo periurbano, dispondo de provável facilidade de acesso ao sistema nacional de saúde em comparação com os povos que vivem em TI. Na análise, foram utilizados dados públicos disponibilizados pelo Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN-Web) no período de 2015 a 2021. Optou-se por este recorte temporal em função dos relatórios do SISVAN relativos aos marcadores de consumo alimentar estarem disponíveis apenas a partir de 2015.



O SISVAN é uma ferramenta que realiza a gestão das informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) da população em todas as fases do ciclo da vida atendida pelos serviços e estabelecimentos da APS vinculados ao SUS – incluindo povos e comunidades tradicionais que têm acesso, a fim de diagnosticar agravos e condições de risco (BRASIL, 2017; 2015a; 2011). Este sistema utiliza como instrumentos de coleta de dados, formulários registrados no e-SUS, como o Formulário de Cadastro e Acompanhamento Nutricional, o Formulário de Marcadores de Consumo Alimentar e o Mapa de Acompanhamento do Estado Nutricional (BRASIL, 2017). No presente estudo, os ciclos da vida de enfoque foram as gestantes indígenas e as crianças indígenas menores de dois anos.

Os dados foram obtidos a partir do SISVAN-Web (BRASIL, 2022b), acessando as abas correspondentes aos relatórios de Estado nutricional e Consumo alimentar. Em cada uma das abas, foram selecionados, inicialmente, os anos de referência (2015 a 2021), meses de referência (Todos) e agrupamento (Brasil).

Para extração das informações referentes ao estado nutricional, foram selecionadas as fases da vida (criança ou gestante), sendo que, para as crianças, foram filtrados os dados daquelas com idade entre zero e dois anos incompletos. Além disso, utilizou-se o filtro relativo à raça/cor, sendo selecionada a categoria “5 – Indígena”. Quanto aos filtros relativos à região de cobertura, sexo, acompanhamentos registrados, povo e comunidade, e escolaridade, selecionou-se a categoria padrão “Todos”.

Para a análise do estado nutricional das gestantes, foi avaliado o Índice de Massa Corporal (IMC) por semana gestacional, o qual pode ser classificado em: baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade (ATALAH et al., 1997). Cabe ressaltar que, em função do recorte temporal, os dados antropométricos disponibilizados no SISVAN-Web foram baseados na até então vigente Norma Técnica do SISVAN (2011), cuja forma de avaliação do estado nutricional de gestantes não é mais a recomendada, haja vista a atualização do protocolo em 2022, o qual se pauta em curvas de ganho de peso gestacional específicas para cada classificação do peso pré-gestacional (BRASIL, 2022d; KAC et al. 2021). Quanto ao consumo alimentar, foram avaliadas as variáveis: realização de no mínimo três refeições principais do dia e refeições assistindo à televisão, além do consumo, no dia anterior, de feijão, frutas, verduras/legumes, AUP, hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoito salgado, e biscoito recheado, doces ou guloseimas. No módulo consumo alimentar, outros filtros foram selecionados, incluindo: faixa etária “2 anos ou mais”, fases da vida “gestantes (todas)”, raça/cor “5-Índígena”, sendo que para as abas sexo, acompanhamentos registrados, povo e comunidade, e escolaridade, selecionou-se a categoria padrão “Todos”.

Para a avaliação do estado nutricional das crianças menores de dois anos, foram analisados dados correspondentes a todos os índices antropométricos recomendados para essa faixa etária: IMC por idade (IMC/I), peso por idade (P/I), peso por estatura (P/E) e estatura por idade (E/I). A classificação do estado nutricional de crianças pelo SISVAN, é baseada nos pontos de corte das curvas de crescimento OMS (2006), apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Classificações adotadas para avaliação do estado nutricional de crianças indígenas menores de dois anos.

Pontos de corte		Índices antropométricos			
		P/I	P/E	IMC/I	E/I
<Percentil 0,1	< Escore-z-3	Muito baixo P/I	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa E/I
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z-2	Baixo P/I	Magreza	Magreza	Baixa E/I
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z-1		Eutrofia	Eutrofia	
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1	Adequado P/I	Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	Adequada E/I
>Percentil 85 e ≤ Percentil 97	>Escore-z+1 e ≤ Escore-z +2				
>Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	>Escore-z+2 e ≤ Escore-z+3	Elevado P/I	Sobrepeso	Sobrepeso	
>Percentil 99,9	>Escore-z+3		Obesidade	Obesidade	

Fonte: Adaptado de: BRASIL, 2011.

Nota: E/I: Estatura para idade; IMC/I: Índice de Massa Corporal por idade; P/I: Peso para idade; P/E: Peso para estatura.

Em relação ao consumo alimentar, dentre as crianças selecionadas na categoria Raça/cor como “5- Indígena”, foi avaliada a prevalência de AME entre aquelas menores de seis meses, e de AMC entre as crianças de seis a 24 meses, além da diversidade alimentar mínima, do indicador conjunto de frequência mínima e da consistência adequada; consumo de alimentos ricos em ferro (carnes, ovos, feijões e vegetais verde-escuros) e em vitamina A (frutas e legumes amarelo alaranjados, vegetais verde-escuros, leite e derivados, ovos e vísceras), consumo de AUP, hambúrguer e/ou embutidos, bebidas adoçadas, macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados, e biscoito recheado, doces ou guloseimas no dia anterior. Nos filtros relacionados ao sexo, acompanhamentos registrados e, povo e comunidade, e escolaridade foi selecionada a opção padrão “Todos”.

O SISVAN considera AME, crianças até cinco meses e 29 dias de idade que receberam, exclusivamente, leite materno no dia anterior à avaliação. Já o AMC, refere-se a crianças de seis a 23 meses e 29 dias que receberam leite materno no dia anterior à avaliação. O indicador

diversidade alimentar e consistência adequada, também abrange crianças de seis a 23 meses e 29 dias, avaliando aquelas que receberam leite, frutas, legumes e vegetais ou frutas de cor alaranjada, folhas verdes escuras, carnes e ovos, feijão e cereais no dia anterior à avaliação, além de comida de sal com frequência e consistência adequadas – alimentos picados, amassados ou cozidos (BRASIL, 2015).

Os dados extraídos do SISVAN-Web foram tabulados no programa Excel (versão 2013), apresentando as variáveis referentes ao estado nutricional e ao consumo alimentar segundo as fases da vida e os anos de referência (2015-2021). Tabelas foram construídas para apresentação das prevalências dos indicadores de estado nutricional e consumo alimentar de cada ano, de modo a expor a tendência temporal dos indicadores do estado nutricional, AM e consumo alimentar ao longo do período investigado. Para análise do período, também foram calculadas as médias das prevalências.

### **3. RESULTADOS**

Durante o período de estudo, 2015 a 2021, 33.013 e 922 dados de gestantes indígenas foram registrados no SISVAN nos quesitos Estado Nutricional e Consumo Alimentar, respectivamente. Em todos os anos investigados, mais da metade das gestantes indígenas avaliadas apresentou desvios nutricionais (baixo peso, sobrepeso ou obesidade) segundo o IMC gestacional, sendo a média no período de 56,8%. Dentre os desvios nutricionais, teve destaque o sobrepeso, identificado, em média, em 27,4% das gestantes. Considerando uma linha do tempo entre os anos analisados (2015 a 2021), houve aumento no percentual de gestantes indígenas com obesidade, sobretudo entre 2020 e 2021, resultando em uma média no período de 14,4% (Tabela 1).

No que se refere ao consumo alimentar, em média, quase 40,0% das gestantes indígenas relataram realizar três ou mais refeições ao dia, ao passo que 33,1% informaram realizar as refeições assistindo televisão. Sobre o consumo alimentar no dia anterior, a média do período evidenciou que 72,1% das gestantes indígenas consumiram frutas, 66,3% verduras e legumes e 61,1% feijão. Em contrapartida, 79,7% ingeriram AUP, 59,4% bebidas adoçadas e 44,3% biscoitos recheados, doces ou guloseimas (Tabela 2).

**Tabela 1. Estado nutricional de gestantes indígenas. Brasil, 2015-2021.**

Indicadores	GESTANTES														n total do período	Média do período (%)
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<i>IMC gestacional</i>																
Baixo peso	627	17,2	726	15,0	628	14,7	558	14,0	724	15,7	823	14,5	843	14,2	33.013	<b>15,0</b>
Eutrofia	1.659	45,6	2.186	45,1	1.911	44,8	1.704	42,6	1.996	43,3	2.320	40,8	2.387	40,1		<b>43,2</b>
Sobrepeso	932	25,6	1.334	27,5	1.125	26,4	1.106	27,6	1.247	27,1	1.624	28,6	1.739	29,2		<b>27,4</b>
Obesidade	424	11,6	597	12,3	606	14,2	633	15,8	642	13,9	922	16,2	990	16,6		<b>14,4</b>

\* Nota: IMC: Índice de Massa Corporal.

**Tabela 2. Consumo alimentar de gestantes indígenas. Brasil, 2015-2021.**

Indicadores	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Média do período (%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<i>Realização de <math>\geq 3</math> refeições/dia</i>	44	73,0	57	56,0	75	59,0	48	37,0	36	26,0	20	14,0	28	13,0	<b>39,7</b>	
<i>Refeições assistindo televisão</i>	11	18,0	42	41,0	43	34,0	39	30,0	49	36,0	52	36,0	82	37,0	<b>33,1</b>	
Consumo no dia anterior	Feijão	43	72,0	64	63,0	89	70,0	84	65,0	99	73,0	57	39,0	103	46,0	<b>61,1</b>
	Frutas	42	70,0	75	74,0	98	77,0	94	73,0	110	81,0	106	73,0	126	57,0	<b>72,1</b>
	Verduras e legumes	35	58,0	66	65,0	87	69,0	89	69,0	100	74,0	86	59,0	157	70,0	<b>66,3</b>
	Alimentos ultraprocessados	51	85,0	82	80,0	101	80,0	98	76,0	107	79,0	114	79,0	177	79,0	<b>79,7</b>
	Hambúrguer/Embutidos	21	35,0	29	28,0	36	28,0	37	29,0	43	32,0	45	31,0	82	37,0	<b>31,4</b>
	Bebidas adoçadas	39	65,0	65	64,0	81	64,0	69	53,0	77	57,0	81	56,0	128	57,0	<b>59,4</b>
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	37	62,0	38	37,0	49	39,0	48	37,0	48	35,0	44	30,0	83	37,0	<b>39,6</b>
Biscoitos recheados, doces ou guloseimas	33	55,0	41	40,0	54	43,0	55	43,0	56	41,0	61	42,0	103	46,0	<b>44,3</b>	

Em torno de 68.300 dados de crianças indígenas menores de dois anos foram avaliados, com variação no tamanho da população a depender do indicador considerado. Dentre todos os parâmetros analisados – P/I, P/E, E/I, IMC/I, durante o período em questão, a maioria das crianças indígenas brasileiras apresentou estado nutricional adequado/eutrófico (variando entre 51,5% - IMC/I e 86,4% - P/I), ou seja, apresentavam crescimento e peso aceitáveis para a faixa etária e estatura. Entretanto, causa preocupação o fato de, em média, mais de três a cada 10 crianças indígenas menores de dois anos apresentarem estatura abaixo do indicado (31,0%), sendo que 15,6% destas foram classificadas com baixa E/I e 15,4% muito baixa E/I. Ademais, nos parâmetros P/E e IMC/I foram constatadas médias elevadas de “risco de sobrepeso”, alcançando, respectivamente, 19,3% e 21,8%. Também foram significativas as prevalências médias de crianças indígenas com sobrepeso, 8,2% e 11,1%, considerando os indicadores P/E e IMC/I, nesta ordem (Tabela 3).

Adicionalmente, 945 dados relativos ao indicador AME entre lactentes menores de seis meses foram avaliados, assim como 3.107 dados sobre AMC e 3.147 dados referentes ao consumo alimentar no dia anterior entre crianças de seis a 23 meses. Em média, 55,3% das crianças menores de seis meses estavam em AME e 66,3% daquelas com idade entre seis e 23 meses estavam em AMC. Ademais, em média, 58,7% consumiram AUP no dia anterior e 42,3% bebidas adoçadas. Ainda, 40,0% ingeriram alimentos fontes de vitamina A e apenas 8,3% consumiram alimentos fontes de ferro. A diversidade alimentar mínima foi alcançada por 59,0% das crianças menores de dois anos no período, ao passo que o indicador conjunto referente à frequência mínima e à consistência adequada dos alimentos foi constatada entre 78,7% destas (Tabela 4).

**Tabela 3. Estado nutricional de crianças indígenas menores de dois anos. Brasil, 2015-2021.**

Indicadores	CRIANÇAS														n total do período	Média do período (%)
	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<i>Peso por idade</i>																
Muito baixo peso	253	2,4	257	2,4	255	2,3	184	2,3	279	2,2	163	2,2	192	2,4	68.301	<b>2,3</b>
Baixo peso	560	5,3	575	5,4	582	5,2	408	5,1	633	5,1	365	4,9	348	4,4		<b>5,0</b>
Adequado	9.081	86,3	9.013	84,4	9.713	86,9	6.965	87,2	10.873	86,7	6.513	86,7	6.827	86,6		<b>86,4</b>
Peso elevado	624	5,9	836	7,8	626	5,6	429	5,4	761	6,1	470	6,3	516	6,6		<b>6,2</b>
<i>Peso por estatura</i>																
Magreza acentuada	428	4,1	426	4,0	399	3,6	214	2,7	406	3,2	256	3,4	261	3,3	68.304	<b>3,5</b>
Magreza	345	3,3	362	3,4	364	3,3	212	2,7	371	3,0	265	3,5	282	3,6		<b>3,2</b>
Eutrofia	6.259	59,5	6.344	59,4	6.638	59,4	4.936	61,8	7.499	59,8	4.451	59,3	4.663	59,2	<b>59,8</b>	
Risco de sobrepeso	2.028	19,3	1.957	18,3	2.196	19,7	1.581	19,8	2.457	19,6	1.474	19,6	1.484	18,8	<b>19,3</b>	
Sobrepeso	857	8,2	800	7,5	927	8,3	651	8,2	1.051	8,4	628	8,4	668	8,5	<b>8,2</b>	
Obesidade	601	5,7	793	7,4	652	5,8	392	4,9	763	6,1	437	5,8	526	6,7	<b>6,1</b>	
<i>Estatura por idade</i>																
Muito baixa estatura	1.658	15,8	1.626	15,2	1.803	16,1	1.227	15,4	2.025	16,1	1.156	15,4	1.066	13,5	68.300	<b>15,4</b>
Baixa estatura	1.718	16,3	1.613	15,1	1.832	16,4	1.369	17,1	2.135	17,0	1.075	14,3	1.026	13,0		<b>15,6</b>
Estatura adequada	7.142	67,9	7.442	69,7	7.541	67,5	5.390	67,5	8.385	66,8	5.280	70,3	5.791	73,5		<b>69,0</b>
<i>IMC por idade</i>																
Magreza acentuada	493	4,7	521	4,9	448	4,0	260	3,3	614	4,9	356	4,7	363	4,6	68.304	<b>4,4</b>
Magreza	298	2,8	311	2,9	300	2,7	182	2,3	480	3,8	289	3,9	317	4,0		<b>3,2</b>
Eutrofia	5.114	48,6	5.282	49,5	5.395	48,3	4.004	50,1	6.969	55,5	4.036	53,7	4.306	54,6	<b>51,5</b>	
Risco de sobrepeso	2.487	23,7	2.425	22,7	2.691	24,1	1.909	23,9	2.404	19,2	1.505	20,0	1.503	19,1	<b>21,8</b>	
Sobrepeso	1.255	11,9	1.177	11,0	1.387	12,4	1.046	13,1	1.193	9,5	779	10,4	765	9,7	<b>11,1</b>	
Obesidade	871	8,3	966	9,0	955	8,6	585	7,3	887	7,1	546	7,3	630	8,0	<b>7,9</b>	

\* Nota: IMC: Índice de Massa Corporal.

**Tabela 4. Consumo alimentar de crianças indígenas. Brasil, 2015-2021.**

Indicadores	2015		2016		2017		2018		2019		2020		2021		Média do período (%)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
<b>Crianças menores de 6 meses</b>																
<i>Aleitamento materno exclusivo</i>	84	59,0	95	49,0	84	61,0	82	52,0	73	61,0	46	60,0	52	45,0	<b>55,3</b>	
<b>Crianças de 6 a 23 meses</b>																
<i>Aleitamento materno continuado</i>	297	71,0	347	66,0	370	73,0	368	69,0	335	68,0	205	69,0	181	48,0	<b>66,3</b>	
<b>Consumo no dia anterior</b>	Alimentos fontes de ferro	24	6,0	45	9,0	64	13,0	44	8,0	49	10,0	18	6,0	22	6,0	<b>8,3</b>
	Alimentos fontes de vitamina A	165	39,0	216	41,0	232	46,0	225	42,0	201	41,0	108	36,0	133	35,0	<b>40,0</b>
	Alimentos ultraprocessados	262	62,0	353	68,0	315	62,0	324	61,0	300	61,0	169	57,0	152	40,0	<b>58,7</b>
	Hambúrguer/Embutidos	66	16,0	84	16,0	93	18,0	87	16,0	88	18,0	44	15,0	37	10,0	<b>15,6</b>
	Bebidas adoçadas	187	45,0	254	49,0	227	45,0	225	42,0	215	44,0	120	40,0	115	31,0	<b>42,3</b>
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados	164	39,0	215	41,0	185	37,0	169	32,0	182	37,0	96	32,0	93	25,0	<b>34,7</b>
	Biscoitos recheados, doces ou guloseimas	147	35,0	205	39,0	191	38,0	179	34,0	170	34,0	81	27,0	100	27,0	<b>33,4</b>
<i>Diversidade alimentar mínima</i>	222	53,0	322	62,0	333	66,0	342	64,0	289	59,0	161	54,0	207	55,0	<b>59,0</b>	
<i>Frequência mínima e consistência adequada</i>	338	80,0	434	83,0	432	86,0	445	84,0	412	83,0	243	82,0	200	53,0	<b>78,7</b>	

#### 4. DISCUSSÃO

Historicamente, situações de desvios nutricionais têm sido frequentes entre os povos indígenas e com alterações importantes ao longo das décadas. As mudanças ambientais, socioculturais e econômicas em curso vêm impactando significativamente os modos de vida e de subsistência das comunidades indígenas, ecoando em seus hábitos alimentares e estado nutricional (RIBAS et al., 2007). Enquanto antes os agravos predominantes relacionavam-se a quadros carenciais, nos últimos anos a transição nutricional tem avançado, com aumento das prevalências de excesso de peso.

Ao comparar o estado nutricional de gestantes indígenas e a população total de gestantes brasileiras registradas no SISVAN-WEB no período, são reveladas variações notáveis. Entre gestantes indígenas avaliadas no presente estudo, 56,8% apresentavam alguma alteração no estado nutricional, dentre as quais, 41,8% tinham excesso de peso. Destaca-se que estes dados são superiores aos obtidos em análise de gestantes indígenas acompanhadas entre 2015 e 2017 pelo SIASI, compreendendo 34,4% (BRASIL, 2019a), mas ainda não atingiram valores tão elevados quanto os observados para a população total de gestantes brasileiras. Em média, 63,5% destas possuíam algum tipo de desvio nutricional, sendo 47,2% com sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2022a).

Estes achados refletem o intenso avanço da transição nutricional dentre os povos indígenas. É inegável o impacto da redução exponencial das áreas destinadas à habitação e ao plantio dos alimentos nesse quadro, impulsionada sobremaneira pela expansão do agronegócio, da pecuária e do garimpo para fins de exportação, nas terras indígenas. Associado a isso, tem-se também o papel das mudanças alimentares que ocorreram ao longo dos anos – de maneira espontânea ou forçadamente por adaptação ao ambiente e à sociedade em constante desenvolvimento, com conseqüente redução das opções alimentares, as quais incluem, principalmente, a inserção dos AUP na rotina alimentar, contribuindo para o incremento do excesso de peso e de outras CCNT dentre os povos indígenas (BARROS et al., 2007).

Em relação ao consumo alimentar, verificou-se que, em média, 79,7%, 59,4%, 44,3% e 71,0% das gestantes indígenas consumiram, respectivamente, AUP, bebidas adoçadas, biscoitos recheados/doces/guloseimas e frutas no dia anterior, prevalências bastante semelhantes às identificadas para a população total de gestantes brasileiras (79,3%, 59,3%, 43,1% e 72,1%, nesta ordem) (BRASIL, 2022b). Em contrapartida, constatou-se menor prevalência de consumo de legumes e verduras entre gestantes indígenas (66,3%) em comparação com a população total de gestantes brasileiras (73,1%) – mesmo considerando o



aumento gradual no consumo entre as gestantes indígenas ao longo dos anos até 2017 e a inversão dessa prevalências em 2019 (74% para 72%). Este panorama parece ser representativo das mudanças anteriormente discutidas, revelando a ampliação do acesso/consumo de AUP e a ingestão aquém da recomendada de alimentos *in natura* e minimamente processados, o que pode estar diretamente relacionado às restrições territoriais relativas a áreas de plantio e coleta de alimentos de origem vegetal por parte dos povos indígenas (SILVA, 2018).

No que concerne às crianças indígenas menores de dois anos de idade, foram identificadas prevalências de 14,3% e 19,0% de excesso de peso segundo os parâmetros P/E e IMC/I, respectivamente. Chamou especial atenção a considerável média no período de estatura abaixo do indicado, atingindo 31% das crianças indígenas avaliadas. A análise dos indicadores para o total de crianças brasileiras registradas no SISVAN-Web, com a mesma faixa etária, indicou prevalências de excesso de peso muito similares, alcançando 14,2% e 17,5%, de acordo com P/E e IMC/I, nesta ordem. Por outro lado, a prevalência de estatura abaixo do adequado correspondeu a menos da metade da observada entre as crianças indígenas (14,6%) (BRASIL, 2022b). A esse respeito, um estudo conduzido por Orellana, et al. (2019), com crianças Yanomami menores de cinco anos de idade, revelou que, no fim de 2014, os déficits nutricionais entre elas eram os mais graves já relatados entre crianças indígenas no continente americano, com ênfase para as estarrecedoras prevalências de baixa estatura: superiores a 80% da amostra e de baixo P/I constatadas entre 60% delas.

Tal cenário denota que os impactos da qualidade e da privação alimentar, bem como da transição nutricional parecem não se restringir a uma determinada faixa etária, sendo observadas mudanças no perfil nutricional dos povos indígenas desde o início da vida, justificando o fato de que diversos fatores podem repercutir negativamente sobre a saúde dos indivíduos desde o período intrauterino. Ademais, uma elevada proporção de indivíduos adultos indígenas tem sido relatada com baixa estatura, inclusive entre gestantes, o que indica a cronicidade desses processos adversos na alimentação e a possível perpetuação intergeracional de déficits estaturais (ORELLANA et al., 2019).

A prevalência de baixa estatura para idade para crianças é especialmente preocupante por ser um indicador de desnutrição energético-proteica (DEP) crônica, revelando períodos prolongados de insuficiência de calorias e nutrientes para suprir as necessidades de crescimento e desenvolvimento. No entanto, não se pode deixar de ponderar que, assim como a DEP, o excesso de peso também é uma condição de insegurança alimentar, uma vez que pode ser reflexo do acesso limitado a alimentos de qualidade e variedade adequada. O AM, ainda pouco prevalente, em conjunto com a introdução da alimentação complementar de forma precoce, e

com qualidade nutricional inadequada são fatores que podem influenciar ambos os quadros (GIESTA et al., 2019). Destaca-se, ainda, que a prevalência de déficit estatural no presente estudo foi superior à obtida no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena (2009), no qual 25,7% das crianças indígenas apresentavam DEP crônica, alcançando 40,8% na região Norte do país (COIMBRA JR, 2014). Este inquérito também evidenciou que mais da metade das crianças indígenas no Brasil apresentava anemia (51,2%) (LEITE, 2013).

Como mencionado, é indiscutível que o perfil antropométrico identificado entre as crianças indígenas menores de dois anos também seja decorrente das mudanças alimentares que estes povos têm sido sujeitos. Em média, 58,7% destas consumiram AUP no dia anterior, 42,3% bebidas adoçadas, 33,4% biscoitos recheados/doces/guloseimas, 40,0% ingeriram alimentos fontes de vitamina A e, apenas, 8,3% alimentos fontes de ferro. Entre a população total de crianças brasileiras registradas no SISVAN-Web, observou-se menores prevalências de AUP (47,1%), bebidas adoçadas (31,4%) e biscoitos recheados/doces/guloseimas (27,3%), e valores superiores de marcadores de alimentação saudável, incluindo alimentos fontes de vitamina A (60,0%) e ferro (12,4%) (BRASIL, 2022b). São, portanto, diferenças muito proeminentes, indicando que as crianças indígenas estão nitidamente mais expostas a uma alimentação de reduzida qualidade nutricional em comparação com a média nacional.

Em relação ao AM, em média, 55,3% das crianças indígenas menores de seis meses estavam em AME e 66,3%, com idade entre seis e 23 meses, em AMC. Já as médias gerais das crianças brasileiras atingiram 53,9% e 49,1% para AME e AMC, respectivamente (BRASIL, 2022b). É válido ressaltar, no entanto, que apesar de serem observadas prevalências maiores de AM entre crianças indígenas, são valores ainda muito aquém dos ideais, tendo em conta o papel fundamental do AM na redução da morbimortalidade infantil, o que é particularmente importante ao considerar as maiores prevalências, dentre os povos indígenas, de insegurança alimentar, DEP crônica, DIP, desvios nutricionais acentuados e predisposição a CCNT apontadas pela literatura (TAMASIA & SANCHES, 2016).

É válido ressaltar que o leite materno é capaz de suprir, exclusivamente, as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses, e continua sendo uma fonte complementar indispensável de nutrientes até, pelo menos, o fim do segundo ano de vida. Quando o AM ocorre desde a primeira hora de vida, iniciam-se os processos de nutrição adequada e proteção imunológica do recém-nascido – diminuindo possibilidades futuras de desenvolvimento de morbidades, além de vantagens psicológicas, sociais, econômicas e ambientais que repercutem na vida da criança, da família e da sociedade como um todo (ARAÚJO et al., 2006). O AM, à vista disso, proporciona melhor qualidade de vida e saúde, considerando que as crianças

amamentadas exclusivamente até os seis meses adoecem menos, e, conseqüentemente, necessitam de menos atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e uso de medicamentos (ABREU et al., 2019).

Em estudo de SÍRIO et al. (2015), desenvolvido com 349 crianças Xakriabá (MG) menores de três anos, verificou-se que 92,7% mamaram por, pelo menos, um dia, sendo que o tempo mediano de amamentação foi próximo de 12 meses e o percentual de crianças que deixaram de receber o leite materno nesse tempo foi cerca de 49%. Porém, com uma semana de vida, metade dessas crianças amamentadas passou a receber água, chás, outros tipos de leite ou alimentos além do leite materno, com a justificativa de que os demais líquidos saciam a sede e preveniriam cólicas (SÍRIO et al., 2015). Na Aldeia Vanuíre (SP), o tempo máximo de AM predominante era de oito meses, contudo o AME praticamente não existia, pois, desde o nascimento, os bebês recebiam água, chás medicinais e leite de vaca, sendo que 75% das crianças começaram a receber alimentos sólidos entre quatro e seis meses, com destaque para batata e caldo de feijão (SILVA, 2013). Já nas etnias de Katukina, Poyanawa, Nukini e Nawa, localizadas na Amazônia Ocidental brasileira, 94 crianças de até dois anos de idade foram analisadas, evidenciando que, das crianças com até seis meses de idade, apesar da maioria estar em AM (89,5%) e em AME (52,6%), 42,1% delas consumiam água (MACIEL, 2021). E na etnia Karapotó (AL), entre 98 crianças de seis a 59 meses, observou-se prevalência de AM de 44,8%, sendo mais expressivo dentre as crianças menores de dois anos. Ademais, aproximadamente três a cada dez crianças consumiram macarrão instantâneo, refrigerantes ou embutidos, e 75,6% ingeriram açúcar (SILVA, 2014). Comparativamente, estudos em diferentes localidades apontaram que, na população geral, cerca de 35% das crianças da rede pública de ensino de Curitiba (PR) iniciaram a IA antes dos seis meses (GURMINI et al., 2017). Ademais, 73,5% e 48,1% das crianças atendidas pela APS de Campinas receberam líquidos e alimentos sólidos, respectivamente, de forma precoce (MAIS et al., 2014).

Estes resultados reforçam como é marcante a introdução alimentar precoce na população geral e, sobretudo, nas comunidades indígenas brasileiras, sendo, possivelmente, pelo desfecho decorrente de questões culturais e das modificações alimentares gerais que estão em curso, além de quadros graves de desnutrição entre lactentes de alguns desses povos, o que pode impactar negativamente em sua produção de leite materno (LEITE, 2007d). São necessárias ações amplas e efetivas para que os conseqüentes desvios nutricionais sejam prevenidos, uma vez que deficiências de nutrientes ou condutas inadequadas quanto à prática alimentar podem não só levar a prejuízos imediatos na saúde da criança, como causar repercussões futuras (LIMA, 2020). Nesse sentido, ações que promovam o AM por tempo recomendado e a IA em momento

oportuno são fundamentais para evitar o desenvolvimento de agravos, com destaque para a DEP, a obesidade, a anemia e outros quadros carenciais.

Apesar do crescente interesse em avaliar o estado nutricional e a saúde dos povos indígenas nas últimas décadas, os trabalhos nesse sentido ainda são incipientes, o que ressalta a relevância de investigações, como a realizada no presente estudo. Pondera-se, no entanto, que os achados aqui expostos devem ser interpretados tendo em vista potenciais limitações. Os dados, possivelmente, não são representativos de todos os povos indígenas, tanto por sua grande heterogeneidade cultural, social e de saúde, quanto por se restringirem aos indivíduos avaliados na APS brasileira e que tiveram seus dados registrados no SISVAN-Web. Estudos relativos à população geral indicam que a cobertura do SISVAN ainda carece de expansão, o que é potencializado quando se trata de povos e comunidades tradicionais, sendo contemplados majoritariamente aqueles que vivem em territórios urbanos/periurbanos, e/ou que têm acesso facilitado a equipes de saúde (OLIVEIRA et al., 2021; CALDAS & SANTOS, 2012). Acredita-se, à vista disso, que os indicadores aqui abordados representem um panorama mais positivo do que seria a realidade dos povos indígenas brasileiros. Outro ponto a se considerar na interpretação das informações é que os últimos anos analisados neste estudo, 2020 e 2021, foram marcados pela pandemia de COVID-19, e este fato, possivelmente interferiu no número de pessoas avaliadas nas APS, visto que, além das dificuldades de transporte para locais mais afastados, houve a necessidade de isolamento, o que pode ter impactado nas estimativas geradas no período. Todavia, acredita-se que esses aspectos não comprometem a importância e a urgência indicada pelos resultados obtidos, especialmente em face à carência de trabalhos com essa abrangência temporal, de ciclos da vida e de indicadores contemplados, bem como pelo atual momento sociopolítico pelo qual o país vem passando.

Para mais, o presente estudo engloba um compilado de dados públicos atualizados que revelam a premente necessidade de implementar e ampliar ações governamentais, envolvendo um conjunto articulado de políticas, programas e órgãos públicos, como a Fundação Nacional dos Povos Indígenas (Funai), relativas não somente aos campos da saúde, alimentação e nutrição, mas que sejam amplamente intersetoriais, tendo em vista a complexidade inerente à crônica situação de descaso com as condições de vida desses povos. Espera-se que o panorama, aqui traçado, coloque luz sobre a necessidade de aprimoramento das ações executadas, sobretudo no âmbito do SasiSUS, devido à sua maior capilaridade nos territórios indígenas, deixando clara a celeridade com que intervenções amplas e contextualizadas devem ser tomadas. A dívida social do Brasil com os povos indígenas é imensurável, e defrontar-se com indicadores ainda tão preocupantes como os apresentados neste trabalho mostra que essa ainda

está muito distante de ser ressarcida.

## 5. CONCLUSÃO

Foram obtidas prevalências preocupantes de desvios nutricionais e de consumo alimentar pouco saudável entre gestantes e crianças menores de dois anos indígenas. As prevalências insuficientes de AM, a inserção precoce de alimentos complementares, o baixo consumo de alimentos *in natura* marcadores de saudabilidade e o consumo excessivo de AUP são algumas das condições evidenciadas, bem como taxas significativas de déficit estatural entre crianças e de excesso de peso nas duas fases da vida avaliadas. Espera-se que os resultados obtidos no presente estudo contribuam para gerar maior visibilidade para a situação de alimentação e nutrição destes povos e para ampliar a inserção, nas agendas públicas, de ações que repercutam positivamente nas condições de vida e saúde das gestantes e das crianças indígenas brasileiras.

## 6. REFERÊNCIAS

ABREU, A. D., OLIVEIRA, E. F. B., VASCONCELOS E. L. P., SILVA, S. D. B., GRANITO C. C. D. O aleitamento materno e seu impacto social. Rev Jopic, v. 2, n. 5, p. 77-83, 2019.

ARAÚJO, M. F. M., ARAÚJO, T. M., BESERRA, E. P., CHAVES, E. S., O papel imunológico e social do leite materno na prevenção de doenças infecciosas e alérgicas na infância. Rev. RENE, v. 7, n. 3, p. 91-97, 2006.

ASSIS, A. M. O., SANTOS, S. M. C., FREITAS, M. C. S., SANTOS, J. M., SILVA, M. C. M. O Programa Saúde da Família: contribuições para uma reflexão sobre a inserção do nutricionista na equipe multidisciplinar. Rev Nutr, v 3, n. 15, p. 255-266, 2012.

ATALAH S. E., CASTILLO L. C., CASTRO S. R., ALDEA P. A. Proposta de um novo padrão para avaliação nutricional em gestantes. Rev Med/Chile, v. 125 n. 12, p. 1429-36, 1997.

ATHILA A. R., LEITE M. S. “A medida da fome”: as escalas psicométricas de insegurança

alimentar e os povos indígenas no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 36, n. 10, 12 p. 2020.

BACKES, A. C., CANCELIER, A. C. L. Práticas alimentares em crianças menores de dois anos: consumo de açúcar e bebidas adoçadas. Arq Catarin Med, v. 47, n. 1, p. 71-81, 2018.

BARROS, D. C., SILVA, D. O., GUGELMIN, S. A. Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena. Editora FIOCRUZ, 2007. 260 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Situação alimentar e nutricional de gestantes na Atenção Primária à Saúde no Brasil. Brasília, 2022a. 21p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Relatórios de Acesso Público. Brasília, 2022b. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/index>. Acesso em: 19 dez. 2022.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. Último censo do IBGE registrou quase 900 mil indígenas no país. Ministério da Saúde, 2022c. Disponível em: <https://www.gov.br/funai/pt-br/assuntos/noticias/2022-02/ultimo-censo-do-ibge-registrou-quase-900-mil-indigenas-no-pais-dados-serao-atualizados-em-2022>. Acesso em: 20 out 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Caderneta da Gestante. Brasília, 2022d. 25 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Fascículo 3: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes. Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo, 2021. 15p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS. 2019a. 83p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Guia alimentar para crianças brasileiras

menores de dois anos. Brasília, 2019b. 265p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Manual operacional para uso do sistema de vigilância alimentar e nutricional – SISVAN. Brasília, v. 3, 2017c. 39 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Marco de referência da vigilância alimentar e nutricional na atenção básica. Brasília, 2015a. 59 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília, 2015b. 184 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Orientações para avaliação de marcadores de consumo alimentar na atenção básica. Brasília, 2015c. 33 p.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Guia alimentar para a população brasileira. 2 ed.– Brasília, 2014. 156p.

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. Brasília, 2011. 76 p.

CALDAS, A. D. R., SANTOS, R. V. Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde. Rev. Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 545-65, 2012.

CARVALHAES, M. A. B. L., GOMES, C. B., MALTA, M. B., PAPINI, S. J., PARADA, C. M. G. L. Sobrepeso pré-gestacional associa-se a ganho ponderal excessivo na gestação. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., v.35 n.11 p.523-9, 2013.

COIMBRA JR, C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. *Cad Saúde Pública*, v. 30, n. 4, p. 855-59, 2014.

COIMBRA JR., C. E.A., SANTOS, R. V. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança socioeconômica: o grupo indígena Suruí do estado de Rondônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 7, n. 4, 1991. 25 p.

COSTA R. N. L., SILVA L. M. S. Soberania alimentar e povos indígenas: a questão territorial e a insegurança alimentar e nutricional. Universidade Federal do Maranhão, 2017. 11 p.

DINIZ, R. L. P. Crescimento e desenvolvimento da criança Indígena: um estudo da Etnia Pitaguary – Ceará. Universidade de São Paulo, 2010. 179 p.

FALCÃO, L. C. S. Estado Nutricional e de saúde de gestantes indígenas Kaiowá, Guarani e Terena do Mato Grosso do Sul, Brasil. Universidade Federal da Grande Dourados, 2022, 16 p.

FREITAS, D. A., SOUSA, A. A. D., LIMA, C. A. G., JONES, K. M., CALDEIRA, A. P. Sobrepeso e obesidade entre crianças indígenas e não indígenas. *Rev Enferm UFPE*, v. 8, n. 6, p. 1687-91, 2014.

GIESTA, J. M., ZOCHÉ, E., SILVEIRA, S., BOSA, V. L. Fatores associados à introdução precoce de alimentos ultraprocessados na alimentação de crianças menores de dois anos. *Rev. Ciênc Saúde Coletiva*, v. 24, n. 7, p. 2387-2397, 2019.

GURMINI, J., PORELLO, E. B., BELLEZA, M. S. S., SILVA, K. N., KUSMA, S. Z. Análise da alimentação complementar em crianças entre 0 e 2 anos de escolas públicas. *Rev. Med. UFPR*, v. 4, n. 2, p. 55-60, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO. O Brasil Indígena. 2013. Disponível em: [https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/folder\\_indigenas\\_web.pdf](https://indigenas.ibge.gov.br/images/pdf/indigenas/folder_indigenas_web.pdf). Acesso em: 20 out 2022.

KAC, G., CARRILHO T. R. B., RASMUSSEN, K. M., REICHENHEIM M. E., FARIAS, D. R., HUTCHEON, J. A. Gráficos de ganho de peso gestacional: resultados do Consórcio



Brasileiro de Nutrição Materno-Infantil. *Am J Clin Nutr*, v. 113, p. 1351–1360, 2021.

LEITE, M. S., CARDOSO, A. M., COIMBRA JR, C. E. A., WELCH, R. J., GUGELMIN, S. A., LIRA, P. C. I., et al. Prevalência de anemia e fatores associados em crianças indígenas no Brasil: resultados do I Levantamento Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas. *Nutrition Journal*, v. 12, n. 69, p. 11, 2013.

LEITE, M. S., BARROS, D. C., SILVA, D. O., GUGELMIN, S. A. Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007a. 260 p.

LEITE, M. S.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR, C. E. A., ALVARES. C. E. Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007b. 16 p.

LEITE, M. S., SANTOS, R. V., COIMBRA JR, C. E. A. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari, Rondônia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 23, n. 11, 2007c. 11 p.

LEITE, M. S. Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007d. 239 p.

LIMA, A. T. A., LIMA, C. L. S., BARBOZA, A. A. A., LIMA, V. S., VIANA, K. K. G., LIRA, S. M. Influência da introdução alimentar precoce para o desenvolvimento da obesidade infantil: uma revisão de literatura. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 8, 2020. 18 p.

MACIEL, V. B. S., COCA, K. P., CASTRO, L. SA., ABRÃO, A. C. F. V. Diversidade alimentar de crianças indígenas de dois municípios da Amazônia Ocidental brasileira. *Rev. Ciênc Saúde Coletiva*, v. 26, n. 7, p. 2921-2928, 2021.

MAIS L. A., DOMENE S. M. A., BARBOSA M. B., TADDEI, J. A. A. C. Diagnóstico das práticas de alimentação complementar para o matriciamento das ações na Atenção Básica. *Rev. Ciênc Saúde Coletiva*, v. 19, n. 1, p. 93-104, 2014.

OLIVEIRA, A. C., ALMEIDA, L. B., LUCCA, A., NASCIMENTO, V. Estudo da relação entre ganho de peso excessivo e desenvolvimento de diabetes mellitus e doença hipertensiva

específica na gestação. *J Health Sci Inst*, v. 34, n. 4, p. 231-9, 2016.

OLIVEIRA, B. B., PARREIRA, B. D. M., SILVA, S. R. Introdução da alimentação complementar em crianças menores de um ano: vivência e prática de mães. *Rev. Enf Atenção Saúde*, v. 3, n. 1, p. 2-13, 2014.

OLIVEIRA, F. G., OLIVEIRA, P C. P., FILHO, R. N. B. O., MOURA, H. S. D., SILVA, D. G., LIMA, R. C. C., et al. Desafios da população indígena ao acesso à saúde no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Res., Soc. Dev*, v. 10, n. 3, 2021. 9 p.

OLIVEIRA, J. S., LIRA, P. I. C., ANDRADE, S. L. L. S., SALES, A. C., MAIA, S. R., FILHO, M. B. Insegurança Alimentar e estado nutricional de crianças de São João do Tigre, no semiárido do Nordeste. *Rev. Bras. Epidemiol*, v. 12, n. 3, p. 413 – 423, 2009.

ORELLANA, J. D. Y., MARRERO, L., ALVES, C. L. M., RUIZ, C. M. V., HACON, S. S., OLIVEIRA, M. W., et al. Associação de baixa estatura severa em crianças indígenas Yanomami com baixa estatura materna: indícios de transmissão intergeracional. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 24, n. 5, p. 1875-1883, 2019.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra: OMS, 2006, 21 p.

PANTANO, M. Primeiros 1.000 Dias de Vida. *Rev Assoc Paul Cir Dent*, v. 72, n. 3, p. 490-94, 2018.

RIBAS, D. L. B.; LEITE, M. S.; GUGELMIN, S. A. Perfil nutricional dos povos indígenas do Brasil. Editora FIOCRUZ, p. 211-235, 2007.

ROCHA, D. F., PORTO, M. F. S., PACHECO, T., A luta dos povos indígenas por saúde em contextos de conflitos ambientais no Brasil (1999-2004). *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 24, n. 2, p.383-392, 2019.

SILVA, D. A. V. Consumo Alimentar e Estado Nutricional de Crianças da Etnia Karapotó em Alagoas. Universidade Federal de Alagoas, 2014. 126 p.

SILVA, E. C. A. Povos indígenas e o direito à terra na realidade brasileira. Universidade Federal de Pernambuco, 2018. 21 p.

SILVA, E. M. Perfil Epidemiológico e Nutricional de Crianças Indígenas da Etnia Atikum, Pernambuco, Brasil. Universidade de Brasília, 2014. 45 p.

SILVA, L. M. 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. Universidade de São Paulo, 2013. 313 p.

SÍRIO, M. A. O., FREITAS, S. N., FIGUEIREDO, A. M., GOUVÊA, G. D. R., PENA, J. L., COELHO, G. L. L. M. Tempo de aleitamento materno entre indígenas Xakriabá aldeados em Minas Gerais, Sudeste do Brasil. Rev. Nutr., v. 28, n. 3, p. 241-252, 2015.

TAMASIA, G. A., SANCHES, P. F. D. Importância do aleitamento materno exclusivo na prevenção da mortalidade infantil. Faculdades Integradas do Vale do Ribeira, 2016. 15 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Estado Nutricional Antropométrico da Criança e da Mãe: Prevalência de indicadores antropométrico de crianças brasileiras menores de 5 anos de idade e suas mães biológicas: ENANI 2019. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2022. 96 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Aleitamento materno: Prevalência e práticas de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de 2 anos: ENANI 2019. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021a. 108 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Alimentação Infantil I: Prevalência de indicadores de alimentação de crianças menores de 5 anos: ENANI 2019. Rio de Janeiro, RJ: UFRJ, 2021b. 135 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global strategy for Infant and Young Child Feeding. World Health Organization. 2003.