

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

EDNA MARIA GUEDES AGUIAR

**ETNIA GUAJAJARA/MA: A CULTURA ALIMENTAR E A
EDUCAÇÃO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS MENORES DE
CINCO ANOS**

Brasília

EDNA MARIA GUEDES AGUIAR

**ETNIA GUAJAJARA/MA: A CULTURA ALIMENTAR E A
EDUCAÇÃO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS MENORES DE
CINCO ANOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientadora: Prof.^a Maria do Carmo Soares de Freitas,
Dra. em Saúde Pública (UFBA).

Brasília
Outubro, 2008

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

A282c AGUIAR, Edna Maria Guedes
Etnia Guajajra/Maranhão: A Cultura Alimentar e a
Educação Nutricional das Crianças Menores de Cinco Anos /
Edna Maria Guedes Aguiar — Brasília: [s.n], 2008.
25 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Políticas de
Alimentação e Nutrição) – Programa de Pós-graduação em
Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília, 2008.

1. Alimentação. 2. Comportamento Alimentar. 3. Criança. 4.
Índio. 5. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação I.
Título.

CDD: 612.39

EDNA MARIA GUEDES AGUIAR

**ETNIA GUAJAJARA/MA: A CULTURA ALIMENTAR E A
EDUCAÇÃO NUTRICIONAL DAS CRIANÇAS MENORES DE
CINCO ANOS**

Esta Monografia foi julgada, aprovada e condicionada a modificações para a obtenção do grau de Especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília

BANCA EXAMINADORA

Denise Oliveira e Silva
(Dra. Ciências da Saúde)
FIOCRUZ—Brasília

Erica Ell
(Dra. Em Meio Ambiente e
Desenvolvimento)
FIOCRUZ—Brasília

Prof.^a Maria do C. Freitas, (Dra. Saúde Pública)
Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Este projeto é dedicado aos indígenas que têm permitido a nós, profissionais de saúde, o conhecimento de sua história e de suas lutas na construção de uma saúde melhor.

AGRADECIMENTOS

A Deus pela oportunidade de realizar mais um sonho.

Aos meus pais e irmãos, fontes inesgotáveis de amor, minha eterna gratidão.

À minha família amada: Guedes, Bruno e Beatriz pelo carinho e por compreender minha
ausência.

À amiga inesquecível, Yedda Paschoal “in memoriam”, minha homenagem.

Aos amigos que fiz em Brasília, em especial Cleusa e Kelva.

Aos meus amigos e professores, por compartilharem da minha formação como ser humano
profissional.

Aos indígenas, pela oportunidade.

RESUMO

AGUIAR, Edna Maria Guedes. **Etnia Guajajara/MA: A Cultura Alimentar e a Educação Nutricional das Crianças Menores de Cinco Anos**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

O projeto de intervenção denominado “*Etnia Guajajara/MA: A Cultura Alimentar e a Educação Nutricional das Crianças Menores de Cinco Anos*” pertencentes às aldeias Cachoeira e Sardinha do município de Barra do Corda, Maranhão, tem como objetivo compreender os aspectos socioculturais da realidade indígena para subsidiar ações para a segurança alimentar e nutricional com vistas à condução do processo de educação para saúde/nutrição dessas crianças. Para atingir tal propósito, serão desenvolvidas ações de educação fundamentadas na metodologia participativa, esta que combina com a abordagem qualitativa na busca da compreensão de problemas associados à nutrição como: desmame precoce, desnutrição e obesidade materna. Nesta perspectiva, serão valorizados aspectos da cultura: crença, valores, atitudes e hábitos relativos aos alimentos. Também será dada ênfase ao direito à alimentação, aspecto importante para a segurança alimentar e nutricional. Espera-se com este trabalho melhorar a nutrição desse grupo e também fortalecer o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena através da maior integração entre os profissionais do DSEI/MA e CASAI/PI na condução do processo saúde/ nutrição dos povos indígenas.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura alimentar. Educação nutricional; Crianças indígenas.

ABSTRACT

AGUIAR, Edna Maria Guedes. **Etnia Guajajara/MA: A Cultura Alimentar e a Educação Nutricional das Crianças Menores de Cinco Anos.** Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, 2008.

The intervention project called “*Ethnicity GUAJAJARA / MA: The Culture Food and Nutrition Education of Children Under Five Years*” belonging to the Cachoeira and Sardinha tribes from the rural area of Barra do Corda, Maranhão. The objective of this study is to understand the sociocultural aspects of the Indian reality to aid actions for nutritional and food safety as a conduction of the educational process for the health/nutrition of these children. To carry out such proposal, educational activities will be developed based on participating methodology, which combines with the qualitative approach in the search for the understanding of problems associated with nutrition such as: early weaning, malnutrition, and maternal obesity. Under this perspective, cultural aspects will be considered: beliefs, values, attitudes and habits related to food. Emphasis will also be given to the right to food, an important aspect for food and nutritional safety. With this study we hope to improve the nutrition of this group and also to strengthen the Subsystem for the Assistance to Indian Health through greater integration among professionals of DSEI/MA and CASAI/PI in the conduction of a nutrition/health process of the Indian people.

KEY-WORDS: Food culture. Nutrition education; Indian children

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CASAI	- Casa de Assistência à Saúde Indígena
CNS	- Conferência Nacional de Saúde
CORE/MA	- Coordenação Regional do Maranhão
DSEI	- Distrito Sanitário Especial Indígena
ENDEF	- Estudo Nacional da Despesa Familiar
EVS	- Equipes Volantes de Saúde
FUNAI	- Fundação Nacional do Índio
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
INTERPI	- Instituto de Terras do Piauí
PNAN	- Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PSFI	- Programa Saúde da Família Indígena
SAN	- Segurança Alimentar e Nutricional
SAPS	- Serviços de Alimentação e Previdência Social
SISVAN	- Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SPI	- Serviço de Proteção ao Índio
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSA	- Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1. 1. SITUAÇÃO PROBLEMA	10
1.2. OBJETIVOS DA PROPOSTA	17
1.2.1. OBJETIVO GERAL	17
1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.3. JUSTIFICATIVA	17
2. DESENVOLVIMENTO	20
2.1. REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1.2. O TRABALHO DA CASA DE SAÚDE INDÍGENA DO PIAUÍ - CASAI/PI	22
2.1.3. PROCESSO SAÚDE E DOENÇA	23
2.1.4. A EXPERIÊNCIA NA CASAI- PIAUÍ: REGISTROS DA OBSERVAÇÃO E DAS CONVERSAS	25
2.1.5. POLÍTICAS PÚBLICAS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E EDUCAÇÃO NUTRICIONAL	29
2.2. METODOLOGIA	33
2.2.1. ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO	36
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
3.1. ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO	36
3.2. CRONOGRAMA	38
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40

1. INTRODUÇÃO

1.1. SITUAÇÃO PROBLEMA

A portaria nº 70 /2004 do Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2004). Esta questão integra a Política Nacional de Saúde compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas, suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros. E, sobretudo, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

A trajetória da atenção à saúde indígena tem início no século XX, em 1910, com a criação do SPI - Serviço de Proteção ao Índio, mas somente décadas depois foram feitas as primeiras tentativas de proporcionar aos povos indígenas serviços de saúde de forma sistemática. Em 1952 um médico chamado Nutels¹ elaborou um plano para “a defesa do índio brasileiro contra a tuberculose”, no qual destacou a importância de criar as “barreiras sanitárias” no entorno dos territórios indígenas visando o controle rigoroso de saúde, com ênfase nas doenças contagiosas. Este plano foi posto em ação com o nome de Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), vinculado administrativamente ao Serviço Nacional de Tuberculose. O trabalho das equipes do SUSA priorizava o diagnóstico e a prevenção de doenças infecciosas, com ênfase na tuberculose. No entanto este serviço não conseguiu reverter o grave quadro de saúde da população rural em geral e a indígena em particular, devido à extensão territorial do país, à insuficiência de recursos e à complexidade da questão da saúde nacional.

Em 1967 foi extinto o SPI e criada a Fundação Nacional de Apoio ao Índio - FUNAI, com uma divisão da saúde dentro de uma nova agência. Os serviços de saúde da FUNAI foram organizados em torno de conceitos anteriores como as Equipes Volantes de

¹ Noel Nutels idealizou e dirigiu o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas, SUSA, criado em 1957 pelo Ministério da Saúde, que levou os serviços de saúde pública ao interior da selva amazônica. De 1963 a 1964, Nutels dirigiu o Serviço de Proteção ao Índio. Além de 50 trabalhos científicos publicados no Brasil e no exterior, lecionou em cursos e seminários, no Serviço de Proteção aos Índios, na Universidade de Brasília e em diversas universidades nacionais e estrangeiras.

Saúde – EVS – instaladas em pontos estratégicos do país e vinculadas aos escritórios regionais da FUNAI. Cada EVS devia ser composta por médico, enfermeiro, técnico de laboratório e dentista, e dispor de meios de transporte para a realização de visitas periódicas a aldeias indígenas sob a sua jurisdição. Na cidade, os serviços seriam oferecidos pelas “Casas do Índio”, que serviam para abrigar pacientes indígenas durante o período de permanência por motivos de consultas, tratamentos e convalescença. A atenção primária à saúde oferecida nas aldeias seria de reduzida eficácia, centrada na distribuição de medicamentos. As precárias condições de vida enfrentada pelos funcionários nos postos da FUNAI, juntamente com os baixos salários, desencorajavam as pessoas a seguir uma carreira nesta instituição. Todos esses fatores levavam a uma alta rotatividade dos profissionais de saúde, tanto nos postos como nas EVS.

Nas décadas de 80 e 90 a FUNAI passou por um período de grande instabilidade política. O atendimento à saúde nas áreas indígenas tornou-se ainda mais desorganizado e esporádico. Baseando-se na trajetória de saúde indígena no século XX exposta acima, fica evidente que não houve propriamente dita uma política de saúde dedicada ao povo indígena no país.

A formulação da atual política de saúde indígena teve como ponto de partida a 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986. Este foi um evento fundamental para reformulação da Política Nacional de Saúde ao aprovar as diretrizes básicas da reforma sanitária a serem implementadas com o SUS. Nessa ocasião recomendou-se que a saúde indígena deveria ser coordenada pelo Ministério da Saúde por meio de um subsistema de serviços de saúde vinculado ao SUS. Em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde aprova um modelo de atenção à saúde indígena diferenciada – um subsistema de saúde articulado ao SUS – e organizado em distritos sanitários especiais.

Em 2001 ocorreu a 3ª Conferência Nacional de Saúde Indígena com o objetivo de avaliar a implantação dos DSEI e discutir questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentação. Em 2006 ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, que debateu o território dos DSEI com espaço de produção da saúde, proteção da vida e valorização das tradições indígenas. Em Plenária final, ficou aprovada a permanência da FUNASA como órgão gestor da saúde indígena, assim como a autonomia política, financeira e técnico-administrativa dos DSEI. A partir de 2000 foram publicadas diversas portarias governamentais que tiveram o objetivo de regulamentar aspectos específicos do funcionamento do atual modelo de atenção à saúde indígena. A portaria n.70/2004 do

Ministério da Saúde aprovou as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (BRASIL, 2004). Segundo essas diretrizes, devem-se assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral a saúde, de modo a favorecer a superação dos fatores que os tornam mais vulneráveis aos agravos à saúde. Os investimentos financeiros e a insuficiência de recursos humanos representaram os dois maiores obstáculos na implantação da nova política.

Trabalhando nos últimos dois anos na Casa de Assistência à Saúde Indígena - CASAI/PI com alimentação e nutrição de indígenas que chegam à cidade de Teresina em busca de tratamento de doenças, constatamos que a solução do problema exige a investigação e a correção de suas complexas causas em que se entrelaçam fatores sócio-econômicos, fundiários, sanitários e outros.

Desde a década de 1970 tem sido possível caracterizar e acompanhar o perfil de nutrição da população brasileira graças à realização de grandes inquéritos nutricionais; mas nenhum desses inquéritos incluiu os povos indígenas do país como um seguimento de análise específico.

Em 1994, foi publicado o “Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil”, estudo que abrangeu 22,6% das terras indígena identificadas pela FUNAI. Ficou constatado que 28,3% das comunidades apresentavam dificuldades para garantir, com segurança, um bom padrão alimentar e de saúde (VERDUM,1994).

A desnutrição infantil, que se expressa pelo baixo peso, pelo retardo no crescimento e desenvolvimento, pela maior vulnerabilidade às infecções e pelo maior risco para ocorrências futuras de doenças crônicas não-transmissíveis constitui um grande problema de saúde pública para a maioria dos grupos analisados. Esses estudos indicam prevalências moderadas ou elevadas de déficits de estatura. Evidenciam a existência de condições distintas de uma região para outra, como também a gravidade da situação indígena diante do quadro registrado em seguimentos da sociedade não-indígena.

Os riscos nutricionais de diferentes categorias e magnitudes permeiam todo o ciclo de vida humana desde a concepção até a senectude, assumindo diversas configurações epidemiológicas em função do processo saúde/doença de cada população. Nas três últimas décadas, a constatação dessas evidências converteu-se em amplo consenso, e a segurança alimentar e nutricional passou a ser considerada requisito básico

para a afirmação plena do potencial de desenvolvimento físico, mental e social de todo ser humano (VALENTE, 2002).

A associação entre o comprometimento do estado nutricional e o maior risco de contrair doenças é bastante conhecido, pois a pessoa com estado nutricional normal tem melhores condições de manutenção da saúde; assim, uma alimentação balanceada garantirá as quantidades necessárias dos diversos nutrientes na prevenção e controle das mais diversas patologias, diminuindo o binômio infecção e desnutrição, que com frequência se tem observado em especial na população indígena infantil.

Como exemplo, citamos o estudo de Leite et al (2007) ao apresentar o estado nutricional dos Wari. Uma situação precária de pobreza e isolamento, como ocorre com vários grupos indígenas, determina a elevada prevalência de nanismo nutricional e desnutrição aguda em crianças. As dificuldades socioeconômicas, ambientais e sanitárias, resultam em altos níveis de desnutrição sendo mais grave no período das chuvas quando há uma redução do acesso alimentar pela baixa produtividade agrícola. Seu estudo mostra alta prevalência de nanismo nutricional (61,7%) e desnutrição aguda (51,7%) entre os menores de cinco anos. Esta é uma situação grave de fome crônica e de descaso de políticas públicas em Rondônia (LEITE, et al, 2007). Semelhante situação encontrada anos antes entre grupos indígenas (ESCOBAR, 2003).

As crianças indígenas têm sido geralmente descritas como baixas e pouco pesadas para a sua idade, embora mantenham a proporcionalidade corporal (SANTOS, 1993). Entre os menores de cinco anos, a baixa estatura para a idade é observada em prevalência que vão de 10% a mais de 60%. O baixo peso para a idade é encontrado em frequências também muito variáveis, indo de 5% a mais de 50%. Considerando-se que na Pesquisa de Orçamentos Familiares (BRASIL, 2006) a prevalência média de baixo peso para a idade no país foi de 4,6%, fica evidente a gravidade do quadro encontrado em boa parte das comunidades indígenas. Os resultados dos estudos em crianças menores de cinco anos indicam que a desnutrição infantil constitui um problema de proporções alarmantes, podendo iniciar-se na vida intra-uterina. Também há uma vasta gama de trabalhos que destacam a associação e o sinergismo entre desnutrição e infecção. Crianças desnutridas são acometidas com mais frequência por patologias infecciosas (diarréia, pneumonia) com maior gravidade nos episódios, em um ciclo vicioso que deteriora cada vez mais o estado nutricional. Esta maior vulnerabilidade das crianças desnutridas as torna grupo de atenção prioritária nos serviços de saúde, e a captação e a intervenção precoce evita mortes

inaceitáveis nos dias de hoje. Valorizar a vulnerabilidade das crianças desnutridas é ter atitude de vigilância.

Desta forma, proponho realizar este projeto de intervenção que focaliza aspectos da cultura indígena e quais deles envolvem a alimentação e a nutrição das crianças menores de cinco anos das aldeias Cachoeira e Sardinha, no município de Barra do Corda/Maranhão. Estas comunidades são referenciadas para atendimento de saúde na rede hospitalar de Teresina/PI. Para atingir os propósitos deste projeto, nos apoiamos em teóricos que escrevem sobre cultura e nutrição indígena, para uma análise das relações sociais dessas comunidades.

Os indígenas recebem tratamento de saúde na CASAI/PI há dez anos, o que permite afirmar que por várias vezes chegaram nesta Instituição crianças com desnutrição grave e ocorrências de morte associada ao binômio desnutrição/infecção. O estado nutricional comprometido leva ao maior risco de contrair doenças, assim, uma alimentação balanceada garantirá quantidades necessárias dos diversos nutrientes na prevenção e controle das mais diversas patologias diminuindo a ocorrência do binômio infecção/desnutrição.

A situação dos indígenas no Brasil merece cada vez mais atenção dos órgãos públicos, dos formuladores de políticas sociais e da sociedade em geral, dadas as condições de vida, características demográficas, econômicas e sociais desse grupo populacional.

Para realizar um projeto de intervenção em comunidades indígenas é necessário conhecermos melhor as diretrizes dessa política e propor ações de caráter permanente e de ação continuada; respeitar as especificidades dos indígenas; conhecer o Processo Saúde-Doença; Situação e Determinantes de Saúde e Nutrição da População Brasileira, Políticas Públicas em Alimentação e Nutrição e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.

O conhecimento do perfil nutricional tem papel estratégico na reorganização da assistência nos serviços de saúde em nível local e na qualificação das ações prestadas. Os dados e as informações do estado nutricional, consumo alimentar e de morbidade, produzidos rotineiramente na dinâmica da assistência individual, podem ter uso imediato para os benefícios de ações e programas. Essas informações poderão subsidiar as políticas e medidas de intervenção coletiva nos diferentes níveis de gestão municipal, estadual e nacional. O conhecimento do perfil nutricional da população brasileira servirá como

arâmetro para comparação com a situação nutricional de outros espaços geográficos brasileiros e/ou grupos específicos, observando as possíveis diferenças.

A população brasileira apresenta um perfil nutricional, bastante complexo e heterogêneo. Os inquéritos nutricionais realizados nos últimos trinta anos mostram que houve uma enorme diminuição da prevalência de desnutrição em todos os indicadores apresentados P/I; E/I e P/E e em todas as regiões do país. Mas esse declínio não se deu de maneira uniforme entre as regiões Nordeste e Centro - Sul. Observando o indicador P/I, em 1975 e 1989, o diferencial entre estas regiões mostrava-se desfavorável para o Nordeste (prevalência de três vezes maior que o Centro-Sul); no entanto, entre 1989 e 1996, registrou-se uma redução dessa prevalência no Nordeste (de 12,8% para 8,3%), diminuindo essa desvantagem em relação ao Centro-Sul. Observamos também uma tendência da desnutrição infantil a se constituir em um problema eminentemente rural ou concentrado em áreas delimitadas, como favelas urbanas e assentamentos (BARROS, 2007).

Existem indicativos importantes sobre deficiência de micronutrientes e que exigirão medidas concretas para debelá-los, em especial a deficiência de iodo, vitamina A e de Ferro, cujo impacto para a população materno-infantil é importante. (VALENTE, 2002).

Entre as crianças menores de cinco anos, a obesidade ainda é uma alteração nutricional de baixa prevalência no país; entretanto, a frequência de adolescentes com excesso de peso foi de 16,7% em 2002-2003, sendo um pouco maior em meninos (17,9%) do que em meninas (15,4%). O percentual de adolescentes brasileiros obesos foi de aproximadamente 2% (IBGE, 2004). Observamos que o problema do excesso de peso e obesidade está aumentando, particularmente em adolescentes do sexo masculino. O excesso de peso em meninos duplicou entre 1989 e 2003 (de 8% para 17,9% respectivamente).

Nos adultos brasileiros, a obesidade é uma alteração nutricional que vem crescendo de forma alarmante, associada às doenças crônicas não-transmissíveis como hipertensão arterial, dislipidemias e *diabetes mellitus* tipo II.

O Brasil, assim como em outros países, passa por uma transição nutricional, convivendo com a diminuição da desnutrição e com o aumento da obesidade em adultos. A obesidade está relacionada ao estilo de vida moderno e às mudanças ocorridas em nossa sociedade, tornando-se problema emergente e de relevância epidemiológica na população adulta brasileira. Na população indígena, como na população brasileira e mundial, problemas nutricionais são bastante prevalentes diferindo conforme o estágio epidemiológico em que cada povo se encontra. Com a transição nutricional observa-se redução da desnutrição e o aumento da obesidade em adultos. A obesidade acarreta prejuízos à saúde do indivíduo, tais como doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão, (BARROS, 2007).

Ainda sobre a transição nutricional é interessante considerar o que diz Popkin:

É entendida aqui como as mudanças ao longo do tempo em padrões nutricionais que resultam de modificações na estrutura da dieta dos indivíduos e que se correlacionam com mudanças econômicas, sociais, demográficas e de saúde. (POPKIN, 1993).

É uma preocupação dos estudiosos, dos gestores de políticas públicas conhecer os fatores que influenciaram o estabelecimento deste perfil da população e de que maneira eles atuam ao longo do tempo. Os estudiosos da área de saúde pública, na avaliação das causas de uma situação nutricional e suas tendências, constroem um modelo teórico ou uma hipótese mais provável, relacionando os fatores potenciais que contribuem para a determinação da situação. O perfil nutricional brasileiro é bastante complexo e heterogêneo, pois o nosso país convive com vários problemas de forma concomitante.

Temos muito a fazer pela população, portanto devemos propor ações de promoção da saúde respeitando a diversidade dos problemas e a realidade local para obtenção do sucesso nas políticas públicas. Para uma melhor compreensão, vale lembrar que uma

política pública se define como aquela ação de governo federal, estadual ou municipal, em conjunto ou não com a sociedade civil, voltada para atender as necessidades da população em geral, não se limitando a grupos específicos, ou seja, objetivando a redução da desigualdade social no país. Devemos considerar, sobretudo, a necessidade de atender a demandas específicas da sociedade; bem como a intersetorialidade das ações desenvolvidas.

1.2. OBJETIVOS DA PROPOSTA

1.2.1. OBJETIVO GERAL:

Implantar ações de educação nutricional considerando os aspectos da cultura para a melhoria do estado nutricional das crianças indígenas menores de cinco anos nas comunidades indígenas de Cachoeira e Sardinha, do município de Barra do Corda/MA.

1.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Discutir com a comunidade indígena as práticas alimentares, seus hábitos, crenças, tradições e a qualidade dos alimentos.
- Produzir instrumentos metodológicos de cunho educativo sobre alimentação saudável a partir da cultura indígena.
- Promover eventos de capacitação em vigilância alimentar e nutricional para os profissionais de saúde que trabalham na comunidade indígena.
- Resgatar e catalogar práticas alimentares da cultura indígena das gerações passadas, associando-as com as atuais práticas alimentares desta etnia.

1.3. JUSTIFICATIVA

Com a implantação da nova Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, a partir de julho de 1999, ficaram garantidas na Legislação normas e diretrizes que garantem um atendimento específico e diferenciado na Atenção Básica dos diversos grupos étnicos existentes no Brasil. Contudo, na prática, têm-se deparado com dificuldades de ordem técnico-operacional em adequar as especificidades culturais dos

diversos grupos étnicos ao atendimento oferecido na rede de referência e contra-referência do SUS. Desta forma, sente-se a necessidade imediata de se trabalhar elementos que permitam desenvolver ações específicas e diferenciadas com o intuito de garantir a equidade e a humanização no atendimento direcionado á clientela indígena.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena está organizado na forma de Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) e como um subsistema, deve funcionar articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS), devendo considerar os conceitos de saúde e doença próprios dos povos indígenas e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente com base em um processo de planejamento participativo; possuir instâncias de controle social formalizadas em todos os níveis de gestão. Cada DSEI dispõe de uma rede de saúde dentro de seu território e que deve funcionar de forma integrada e hierarquizada, complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. A rede de serviços de um DSEI prevê a existência de unidades básicas de saúde nas aldeias ou em pólos-base. As casas de saúde do índio, sob responsabilidade da FUNASA, integram a rede de referência do subsistema, servindo para abrigar e cuidar dos pacientes e seus acompanhantes durante períodos de tratamento em serviços de referência fora das aldeias.

A CASAI-PI – Casa de Assistência à Saúde Indígena, localizada no bairro Ladeira do Uruguai, em Teresina, é uma instituição pública vinculada e mantida pela FUNASA e foi fundada há 10 anos por reivindicação dos indígenas do Maranhão em busca de atendimento médico no Piauí. Atende aos indígenas vindos dos diversos estados da nação, em busca de atendimento de saúde para si e para seus familiares, sendo a maior demanda do Estado do Maranhão.

A Instituição possui capacidade física e uma equipe multiprofissional habilitada para o trato com as questões indígenas, oferece atendimento de média e alta complexidade através das parcerias realizadas com as redes estadual e municipal de saúde, perfazendo uma média de 100 atendimentos dia.

Os usuários contam com os serviços de enfermagem, odontologia, nutrição, psicopedagogia, psicologia e terapia ocupacional realizados pelos profissionais da casa. Desenvolve oficinas, palestras, fóruns sobre as mais variadas demandas das comunidades indígenas, a destacar a tuberculose, hanseníase, vacinação, prevenção do câncer ginecológico, vigilância alimentar e nutricional dentre outros.

A convivência com os indígenas desenvolvendo as ações de alimentação e nutrição na CASAI fez perceber a existência de vários casos de desnutrição entre os indígenas dos diversos municípios referenciados para a CASAI-PI, o que motivou realizar este projeto de intervenção neste município através da extensão das atividades realizadas nesta casa, junto a essas comunidades para melhor compreender e intervir reduzindo as causas dessa desnutrição e contribuindo com a melhoria das condições de alimentação e nutrição.

A extensão dessas ações se dará também através de oficinas a serem acordadas com a coordenação regional da FUNASA/ MA, de modo a atender as necessidades dos indígenas em seu habitat natural, o que sem dúvida contribuirá para a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) através da cultura do alimentar saudável de cada região; do acesso ao alimento com qualidade e em quantidade para as crianças menores de cinco anos, do conhecimento das diversas etapas do circuito alimentar (produção, processamento, distribuição, abastecimento e consumo consciente) e da educação para conscientização e consumo adequado do alimento reconhecendo seu significado cultural e social.

A pertinência deste projeto de intervenção se justifica em duas vias. Em primeiro lugar, porque embora seja abundante, a literatura acerca de cultura, a relação entre cultura alimentar e a situação nutricional dos povos indígenas no país ainda é pouco conhecida. Em estudos nacionais, como o Estudo Nacional da Despesa Familiar (ENDEF, 1975), a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (BRASIL, 1990), e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (BEMFAM, 1996) os povos indígenas não foram incluídos. Em segundo lugar, pela possibilidade de troca de experiência com outras Casas de Saúde Indígena (CASAIs) existentes no país, e em particular no Maranhão, de onde são referenciados para tratamento de saúde em Teresina/Piauí. Esta intervenção contribuirá sensivelmente, para o fortalecimento das ações desenvolvidas nas demais CASAIs, bem como se propõe a promover mudanças do estado de saúde das crianças através da participação efetiva das famílias, sujeito da pesquisa, sem as quais inviabilizaria o projeto.

As condições de saúde e nutrição da população apontam para um empobrecimento gradativo da diversidade alimentar em função da diminuição do plantio de alimentos de subsistência, o que tem contribuído negativamente com a alteração dos hábitos alimentares, condições de saneamento inadequadas, dentre outros fatores que estão contribuindo para a atual situação de insegurança alimentar, principalmente das crianças

menores de cinco anos, o que justifica uma abordagem integrada e precoce das ações de saúde voltadas a este grupo específico.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico para o desenvolvimento deste projeto se apóia nos estudos sobre cultura e educação, bem como numa abordagem da história e formação social brasileira e busca explicar a exclusão social dos grupos indígenas no Brasil. O pano de fundo desta cena é a sociedade brasileira, as desigualdades sociais e, para tanto, foi necessário um mergulho nas disciplinas das ciências sociais, a exemplo de MINAYO, 2002.

De início, vale lembrar a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, conhecida como Estatuto do Índio (Lei n.6.001, 1973): o índio *“é todo indivíduo de origem e ascendência pré-colombiana que se identifica e é identificado como pertencente a um grupo étnico cujas características culturais o distinguem da sociedade nacional”*.

As comunidades, povos ou nação indígenas são aqueles que, apresentando uma continuidade com sociedades pré-coloniais que se desenvolveram em seus territórios no passado, consideram-se diferentes de outros segmentos que, na atualidade, predominam nesses territórios ou em parte deles. Essas comunidades, povos ou nação indígena formam os seguimentos não dominantes da sociedade e manifestam o compromisso de preservar e desenvolver suas culturas e transmitir para gerações futuras seus territórios ancestrais, suas identidades étnicas, tendo por base sua existência contínua como povos, de acordo com seus padrões culturais, instituições sociais e sistemas jurídicos.

As estimativas feitas por diversos estudiosos, antropólogos, demógrafos e profissionais de saúde, sobre as populações indígenas afirmam que a maioria dos povos indígenas tem crescido, em média, 3,5% ao ano, muito mais do que a média de 1,6% estimada para o período de 1996 a 2000 para a população brasileira em geral (Povos indígenas no Brasil, 1996/2000). No entanto, o contingente populacional indígena no Brasil é muito pequeno quando comparado ao de outros países da América.

Isto se justifica, em parte, pelos processos históricos de formação totalmente distintos. A maioria dos países das Américas teve colonização espanhola, com propostas

distintas daquela da exploração portuguesa que ocorreu no Brasil. Por exemplo, o Peru possui mais de 90% da população nacional formada por indígenas. Como podemos ver, há diferenças na formação dos países e nas conseqüências sobre as populações indígenas. Essas sociedades apresentavam uma complexidade organizacional e política significativa. Tenderam a desaparecer logo nos primeiros anos de colonização, pois estavam localizadas nas primeiras regiões desbravadas pelos europeus, como também foi o caso do litoral.

No Brasil, nas comunidades indígenas dos diversos locais por onde andamos, percebemos as conseqüências desse processo histórico, nas doenças, perseguições, rupturas econômicas e sociais que perfazem os principais fatores responsáveis pela redução populacional dos indígenas, tendo sido as epidemias de doenças infecciosas os principais fatores responsáveis pelo maior número de mortes entre os indígenas no nosso país.

A diversidade social e cultural dos povos indígenas manifesta-se em múltiplos aspectos, a exemplo do número de línguas faladas, que são aproximadamente 180 diferentes línguas no Brasil, o que caracteriza o país como uma das regiões do mundo mais ricas e diversificadas do ponto de vista lingüístico.

Os índios do Brasil não são um povo: são muitos povos, diferentes de nós e diferentes entre si. Cada qual tem usos e costumes próprios, com habilidades tecnológicas, atitudes estéticas, crenças religiosas, organização social e filosofia peculiar resultantes de experiências de vida acumuladas e desenvolvidas em milhares de anos.

A diversidade também se faz presente no plano da ecologia, da economia, da política, da cosmologia, da vida ritual e assim por diante, constituindo o que hoje chamamos sociodiversidade. Neste contexto temos ainda a reprodução biológica e sociocultural dos povos indígenas no que se refere à importância da terra, a qual podemos observar no texto da Constituição Federal de 1988. No Capítulo VIII, artigo 231, sobre a questão das terras, dos quais cito: parágrafo 1:

São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos naturais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus costumes e tradições. (Constituição Federal, 1988).

Sabemos que à medida que foram sendo construídas relações entre índios e não-índios no Brasil, esse país desenhava seu perfil relativo às formas de acesso à terra. Um bem de início amplamente disponível distribuído na forma de capitânicas hereditárias e sesmarias foi configurando-se como um bem cujo acesso necessitava ser regulamentado. Os índios que aqui viviam, senhores soberanos da terra até a chegada dos colonizadores, passaram a disputar com esses o contato sobre a terra.

Vale lembrar a lei de Terras de 1850 que redefiniu o acesso à terra, restringindo-o a quem tinha poder aquisitivo para adquiri-la mediante compra. Posse e domínio passaram a estar necessariamente juntos. Índios e trabalhadores rurais ficaram à margem do processo de produção capitalista que caracteriza o Brasil como um país de latifundiários (COELHO, 2002).

2.1.2. O TRABALHO DA CASA DE SAÚDE INDÍGENA DO PIAUÍ - CASAI/PI

Esta instituição tem maior cobertura para os povos indígenas provenientes do estado do Maranhão devido à proximidade e a preferência dos mesmos pelos serviços de saúde do Piauí. São sete nações indígenas no Maranhão: os Tenetehara (Guajajara), os Awá(Guajá), os Ka apor(Urubu), os Krikatí, os Pukobiê (Gavião) e os Ramkokamekra-Kanelas e Apaniek, além de um grupo de remanescentes de uma nação que fala uma língua filiada à família lingüística Timbira.

A colonização do Maranhão é datada de 1534, quando D. João III divide a História do Brasil Colônia em Capitânicas Hereditárias, sendo o Maranhão parte de 4 delas. Quanto ao Piauí, este estado possuía na época de sua colonização povos primitivos denominados indígenas e que, em decorrência da invasão dos colonizadores, foram quase totalmente exterminados e os que sobreviveram fugiram para os estados vizinhos. Sendo assim, muitos dos indígenas do Maranhão tiveram suas origens em terras piauienses. Atualmente existe em nosso estado um grupo de pessoas (2.664 indivíduos) que segundo, o senso do IBGE, se autodenominaram indígenas. No Piauí, o governo do Estado, através do Instituto de Terras do Piauí – INTERPI, fez uma doação de Terras para a construção da sede da CASAI, o que reduzirá os gastos com despesas de aluguel e proporcionará um ambiente mais próximo de sua realidade cultural. Nós piauienses temos uma preocupação em pagar uma dívida histórica com os primeiros habitantes destas terras, como também em propiciar

as condições fundamentais para a sobrevivência daqueles que se auto-denominam indígenas e em preservar a diversidade cultural brasileira, conforme a Constituição Federal.

2.1.3. PROCESSO SAÚDE E DOENÇA

Os povos indígenas no Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde que, associado às particularidades socioculturais de cada etnia, está diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais atreladas à expansão de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional, nas diversas regiões do país. Para compreendermos o processo de saúde-doença dos povos indígenas, é necessário lançar mão de múltiplas perspectivas oriundas da história, da antropologia e da saúde pública. É preciso olhar para o passado para compreender as dinâmicas contemporâneas. Ao longo dos séculos, as frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer seja por meio de introdução de novos patógenos, especialmente vírus, ocasionando graves epidemias - quer seja pela usurpação de territórios, dificultando ou individualizando a subsistência, e/ou pela perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras. No presente, surgem outros desafios à saúde dos povos indígenas, que incluem as doenças crônicas não-transmissíveis (a contaminação ambiental e a dificuldade de sustentabilidade alimentar).

Como define a Lei Orgânica da Saúde, a vigilância epidemiológica é:

O conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças. (Lei 8.080/90)

A percepção da vulnerabilidade provocada por doenças pode ser diferente entre a comunidade indígena e a equipe de saúde. A suplementação de alimentos recomendada

pela equipe para a criança desnutrida pode não ser compreendida pela mãe ou cuidador por vários motivos, como estarem fora dos hábitos ou regras alimentares para a idade, um possível não convencimento acerca de sua real necessidade, ou mesmo pela adequação da forma de preparo (BARROS, 2007).

Aspectos da organização social da comunidade indígena, como os papéis definidos para cada pessoa, regras de distribuição de alimentos, prescrições ou proibições alimentares para a categoria de idade ou o gênero, podem interferir na distribuição pretendida pela equipe de saúde, demandando cuidadoso acompanhamento de cada caso, paciente trabalho de informação e convencimento e mesmo o estudo de alternativas culturalmente aceitas para a intervenção nutricional necessária. Até um passado recente, epidemias de viroses, como gripe e sarampo, chegavam a dizimar milhares de indígenas em um curto intervalo de tempo, o que comprometia a continuidade cultural e social dos grupos atingidos.

A raridade de tais eventos no presente não elimina o peso exercido pelas doenças infecciosas no cotidiano da maioria dos povos indígenas. Infelizmente, a inexistência de um sistema de informação impede uma análise detalhada acerca da epidemiologia das doenças infecciosas e parasitárias nas populações indígenas, como também limita uma tentativa de avaliação de programas de controle das principais endemias. A tuberculose destaca-se como uma das principais endemias que acomete os povos indígenas do país; a relevância para a malária no perfil da população indígena também é inquestionável. Uma característica marcante da maioria das áreas indígenas é a precariedade das condições de saneamento, o que complica ainda mais a situação. Dizem alguns indígenas da região que quando os índios adoecem nas aldeias são transportados para a cidade onde ficam as Casas de Assistência à Saúde Indígena, tendo o Maranhão três delas, localizadas em São Luís, outra em Imperatriz e uma terceira em Teresina/Piauí. As precárias condições de vida também têm contribuído para o aumento das doenças entre os indígenas.

Em Barra do Corda/Maranhão, mais precisamente nas aldeias que ficam às margens da BR 226, a população indígena tem sido influenciada positivamente, já que a estrada viabiliza o acesso rápido às aldeias, contribuindo favoravelmente para a implantação de projetos agropecuários, abastecimento de água e energia elétrica. No entanto, indígenas destas proximidades têm imitado os hábitos de vida negativos de não indígenas como o uso de álcool, drogas e prostituição o que é muito comum ocorrer nesta localidade. As patologias que mais acometem as crianças indígenas dessa região são diarreia e gripe

(IRAS); e entre os adultos é febre e dor de cabeça como também casos de hanseníase e tuberculose.

Há muitos casos de gravidez precoce, já que as meninas, após a menarca já dão início à atividade sexual com toda a naturalidade dos povos dessa cultura. A saúde bucal também deixa muito a desejar - são muitas as crianças e adultos precisando de uma assistência mais intensa e regular. A falta de transporte regular é apontada como um dos principais problemas dessa comunidade.

Há impactos muito fortes gerados pelos índios desta localidade, tais como o bloqueio da rodovia, atropelamentos, tráfico de drogas e DSTs e AIDs. Infelizmente, as mudanças que estão ocorrendo pelo contato com a forma de vida do não-indígena têm feito surgir doenças que nunca existiram entre os indígenas, o que nos leva a perguntar que alternativas devemos ter para sair dessa situação.

Em atividades realizadas no município de Barra do Corda, no intercâmbio de saúde entre os profissionais da rede hospitalar de Teresina, pudemos presenciar a realidade dessas comunidades, dentre as quais destacamos o tipo de moradia, iguais as utilizadas pelos caboclos da nossa zona rural, tendo em vista que suas casas são cobertas de palha, às vezes de telha, e paredes revertidas de taipa. Quanto aos seus hábitos e costumes, pudemos observar que eles não utilizam mais os remédios caseiros, que antigamente eram amplamente usados por eles e de forma eficiente. Atualmente eles só querem fazer uso de medicações alopáticas. Percebemos que a índia é um ser passivo na aldeia, porque não tem o direito de se manifestar, ficando a maior parte do tempo calada. O aleitamento materno não é problema para as indígenas dessa região. As índias mantêm o aleitamento por tempo prolongado, sem a introdução correta da alimentação complementar. Essa é inclusive uma das hipóteses para os casos de desnutrição. A alimentação complementar realizada de forma inadequada pode estar contribuindo para o aparecimento dos casos de desnutrição.

2.1.4. A EXPERIÊNCIA NA CASAI - PIAUÍ: REGISTROS DA OBSERVAÇÃO E DAS CONVERSAS

Nossa experiência na CASAI-PI, ao trabalhar com diversas etnias, pode afirmar que estas tiveram contato com os não-índios, saíram para as áreas urbanas em busca de atendimento médico, recebimento de benefícios sociais e outras atividades afins. Tiveram a mesma oportunidade de mudança de hábitos alimentares, mas a etnia Guajajara foi a que

mais modificou seus hábitos e costumes. Isso fortalece a idéia de que cada sociedade faz suas análises, seu juízo de valores antes de aderirem ao novo costume. As mudanças nas práticas alimentares desses povos ocorrem em função da necessidade de adaptação ou não aos costumes de uma nova sociedade. Para os Guajajaras, essa necessidade tem sido maior em virtude de seus filhos terem que freqüentar as escolas na cidade como forma de ampliar seus contatos com o mundo e, assim, expandir e atualizar os parentes com o que há de novo nas outras culturas para não ficarem pra trás, como dizem eles.

Diante da diversidade alimentar, os Kanelas afirmam que nada é mais importante que seus preceitos, e nada justifica o abandono de suas crenças, por isso preservam ainda a maioria de seus costumes e hábitos alimentares. Essas análises feitas por eles nos fazem confirmar a idéia de que a adoção de novas práticas alimentares não acontece sem a mediação da população, isto é, sem que as idéias e valores que permeiam seu cotidiano “filtrem” o processo de mudanças, adotando os elementos que lhes parecem mais adequados.

A situação fundiária dessas duas etnias nos assegura que ao longo dos anos a seca ou o “verão” é o fator que mais tem prejudicado sua produção de alimentos, embora também existam na região problemas com os madeireiros. A caça e a pesca ainda são bastante praticadas, sendo para essas etnias a principal fonte de proteína de origem animal. As áreas próximas das aldeias são mais exploradas, sendo necessário ir buscar em locais mais distantes, conhecer os ciclos da natureza e do comportamento das espécies procuradas.

A necessidade de permanecer próximo aos postos de saúde e das escolas indígenas também é uma realidade para os índios kanelas e guajajara que precisam se deslocar para áreas mais distantes em busca de frutas, exigindo do grupo maior conhecimento dos locais e espécies em produção. A situação fundiária difere para as 225 etnias hoje oficializadas no Brasil, mas podemos afirmar que a partir do contato com o não-índio, a disponibilidade de terras se reduz significativamente. A produção de alimentos em terras indígenas segue a sazonalidade, variações na produção e consumo de alimentos, de acordo com a estação do ano. Mas é principalmente a seca que provoca para os indígenas dessa nossa região a escassez de produtos, comprometendo o estado nutricional da população.

Além das mudanças pelas quais passaram as populações indígenas, as dificuldades relativas à produção de alimentos têm sido apontadas como responsáveis pelos problemas de escassez de alimentos registrados em diversas terras indígenas do país. As mudanças

pelas quais as populações indígenas passaram também afetam sua alimentação, de modo geral, negativamente. O empobrecimento dos hábitos alimentares, o abandono de alimentos de uso tradicional e o aumento do consumo de produtos industrializados, com menor valor nutricional, ocorridos pela redução da diversidade alimentar, têm tornado a dieta monótona. Os novos alimentos adquiridos contêm maior teor de açúcar, gordura e sódio, como também são pobres em fibras, proteínas, vitaminas e minerais, o que pode estar contribuindo para o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis, que se juntam às doenças parasitárias que predominam no perfil de saúde das populações indígenas.

Nossa esperança na resolução dos problemas de saúde e nutrição dos indígenas pode estar no desenvolvimento das ações do SISVAN - sistema de vigilância alimentar e nutricional, que, mesmo sendo um sistema novo quando comparado com o programa da merenda escolar, já apresenta características bem específicas, como tratar os desiguais de forma desigual, respeitando suas especificidades.

Considerando o conceito de direitos humanos como sendo o conjunto das condições essenciais que todo ser humano tem pelos simples fato de ter nascido; Considerando a Segurança Alimentar como a realização do direito humano ao acesso regular e permanente a uma alimentação saudável, de qualidade e quantidade suficiente, e que não comprometa o acesso a outras necessidades essenciais e ao sistema alimentar futuro; Considerando ainda que a Soberania Alimentar é um direito dos povos a definir suas próprias políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição e consumo de alimentos que garantam o direito à alimentação para toda a população, com base na pequena e média produção, respeitando suas próprias culturas e a diversidade dos modos camponeses, pesqueiros e indígenas de produção agropecuária, comercialização e de gestão dos espaços rurais, nos quais a mulher desempenha um espaço fundamental. Fica clara a existência de uma associação positiva entre os fatores de naturezas distintas, tais como fatores econômicos, psicossociais, étnicos, políticos e culturais, entre outros que contemplam a diversidade dos povos indígenas. Podemos afirmar que a aplicação dos conceitos de direito humano, segurança alimentar e soberania alimentar para as populações indígenas são amplamente aplicáveis, passíveis de discussão pela sua universalidade de abrangência, independente da etnia, idade, religião, ideologia, orientação sexual ou outra característica pessoal, em especial, a soberania alimentar, que é um direito humano mais amplo que segurança

alimentar, pois é um direito dos povos definir suas próprias políticas e estratégias sustentáveis de produção, distribuição e consumo de alimentos.

Na concepção de Tassinari (1987), para melhor compreendermos a diversidade cultural, faz-se necessário considerar as diferenças existentes entre as sociedades indígenas e a nossa sociedade, como também as diferenças existentes entre os próprios povos indígenas. O termo “sociedades indígenas” abarca um conjunto grande e diverso de culturas e modos de vida, os quais só podem parecer relativamente semelhantes e comparáveis quando confrontados com este outro conjunto de estilos de vida que chamamos de forma também genérica de “nossa sociedade”. Ainda na concepção de Tassinari, “cultura é o conjunto de símbolos compartilhados pelos integrantes de determinado grupo social e que lhes permite atribuir sentido ao mundo em que vivem e às ações”.

O fundamento social da cultura nos aponta a característica de que toda cultura é dinâmica, ou seja, vai se transformando através da história, isto contradiz algumas idéias muito divulgadas sobre as culturas indígenas, como a de que são “paradas no tempo” ou até desaparecerem ao tornarem-se aculturadas. Atualmente, reconhece-se que, como código de significados compartilhados socialmente, toda cultura passa por mudanças. Ou seja, a cultura não se define mais como um conjunto fixo de costumes, artefatos e crenças que podem ser armazenadas ou resguardadas em museus ou livros independentemente das pessoas. Cada pessoa tem maneiras próprias de interpretar sua tradição, tem traços pessoais que imprime às formas de agir e aos objetos que produz. Não existe uma história única a ser trilhada por todos os povos e, por isso, se uma sociedade indígena passa por alterações, ela não precisa necessariamente mudar no sentido da nossa sociedade e tornar-se “igual a nós”.

Para Thomas (1987), cultura é um fenômeno unicamente humano, e se refere à capacidade que os seres humanos têm de dar significado às suas ações e ao mundo que os rodeia. Sobre a diversidade cultural, lembra este autor que, a não ser em tempos muito remotos, a diversidade cultural tem acompanhado a própria história da humanidade.

Na população indígena, como na população brasileira e mundial, problemas nutricionais são bastante prevalentes diferindo conforme o estágio epidemiológico em que cada povo se encontra em transição nutricional. Entende-se por problemas nutricionais as doenças como desnutrição, obesidade, diabetes, hipertensão, anemia, hipovitaminoses, osteoporose entre outras.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integra a Política de saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da saúde com as da Constituição Federal, que reconhece aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais (FUNASA, 2000).

A diversidade sócio-cultural dos povos indígenas deve ser considerada na construção de políticas e programas públicos. No campo da saúde, incluindo a nutrição, o saber biomédico e o saber tradicional devem levá-la em consideração. Os alimentos e nutrição têm diversos significados durante todo o processo de vida. Estágios de reclusão, fabricação do corpo, rituais de iniciação, prática terapêuticas, entre outros, podem levar a uma restrição alimentar que deverá ser considerada na atuação das equipes para identificação dos principais padrões de causalidades dos problemas nutricionais.

Para Flávio Valente (2002), o ato de alimentar-se está intimamente relacionado à cultura, à família, aos amigos e festividades coletivas. De fato, muitos rituais indígenas envolvem atos de preparo e comunhão de alimentos.

Considerando a necessidade de ações que possam atingir os grupos mais vulneráveis, fez-se a opção por trabalhar com os sujeitos mais próximos da família indígena, seus representantes, agentes de saúde indígena, lideranças, professores, dentre outros de referência, para subsidiar a condução do processo saúde/nutrição, contribuindo para a fortalecimento de sua cultura com as ações de segurança alimentar e nutricional promovendo o crescimento e desenvolvimento das crianças dessas comunidades.

2.1.5. POLÍTICAS PÚBLICAS EM ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E A EDUCAÇÃO NUTRICIONAL.

A primeira iniciativa em termos de políticas de alimentação e nutrição foi a criação dos Serviços de Alimentação e Previdência Social (SAPS) em 1940, que se propunha assistir a alimentação dos trabalhadores, um grupo populacional específico. A política federal de alimentação e nutrição do período de 1940 - 1972 teve como características e conjuntura programas verticais e centralizados, forte perspectiva desenvolvimentista, fome e desnutrição associadas ao subdesenvolvimento, sendo o programa da merenda escolar, o único que se manteve e continua ativo atualmente. Desde a década de 1930 os governos vêm realizando ações desse tipo por meio de diferentes programas, atuando nas linhas de suplementação alimentar, produção e comercialização de alimentos e educação alimentar.

Atualmente, passamos por um momento em que o governo federal está inovando através de uma nova linha de atuação, através da transferência ou complementação de renda ou programas de garantia de renda mínima, o que propicia às famílias com rendimento mensal menor que meio salário mínimo o acesso aos alimentos por meio financeiro. Os principais beneficiários dessas políticas têm sido as crianças, gestantes escolares e trabalhadores. As políticas de alimentação e nutrição implementada no Brasil são realizadas por diferentes instituições, ministérios e setores do governo: a saúde, a educação, o trabalho e a agricultura, sendo então denominadas de políticas intersetoriais.

A área da alimentação e nutrição tem sido um dos campos de atuação das políticas e dos programas públicos no Brasil. Quando falamos de ações desenvolvidas pelos governos federal, estadual e municipal em conjunto com a sociedade para garantir o direito à alimentação a toda população e também intervindo nas consequências negativas de uma alimentação não saudável, estamos nos referindo a uma política de alimentação e nutrição.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999, integra a Política Nacional de Saúde e atesta o compromisso do Sistema Único de Saúde com o direito a alimentação humana e alimentação adequada e contribui para a execução da Política de Segurança Alimentar no país. Suas principais diretrizes consistem em: estímulos às ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos; garantia da segurança e da qualidade dos alimentos, monitoramento da situação alimentar e nutricional; promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis; prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição; promoção do desenvolvimento de linhas de investigação e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos.

Cardoso et al (2007) contempla a lei Orgânica de saúde (Lei 8080 de 1990) que dispõe sobre a organização e funcionamento do SUS, em que são citados fatores determinantes e condicionantes de saúde, alimentação, moradia, o saneamento, o ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços entre outros.

O nutricionista tem sido definido como um “tradutor da ciência da nutrição”, com conhecimentos de bioquímica, fisiologia, nutrição normal, técnica dietética e outras disciplinas afins, ele está capacitado a interpretar os avanços da ciência da nutrição e

“traduzi-los” em práticas alimentares que permitam a melhoria da alimentação de indivíduos e coletividades.

A educação é uma atividade essencialmente criativa onde os conceitos são explicados e ilustrados, analisados, apresentados de múltiplas formas, conforme as características do público-sujeito, a fim de que as idéias neles contidas possam transferir-se para a prática, convertendo-se em ações; mas não só a ciência da nutrição deve ser a fonte de conhecimentos para a educação nutricional. São as ciências humanas que nos indicam como desenvolver a ação educativa no que ela tem de pedagógico e didático.

A educação alimentar não é um substituto para o senso comum. A educação alimentar é um recurso para corrigir as distorções neste senso comum, induzidas por mitos, tabus, crenças, propagandas, falsas informações veiculadas pelas propagandas, por curiosos e por charlatões.

A educação nutricional justifica-se à medida que, constatado um problema, se desenvolva uma ação técnica visando solucionar esse problema (MOTTA, 1997).

A educação nutricional, nas últimas décadas, tem sofrido inúmeras reflexões e se estreitado mais com a área de pedagogia, valendo-se desta para entender o fenômeno educativo e sua relação com a saúde. Assim, tendências pedagógicas ajudaram a identificar o papel da educação alimentar e nutricional e sua práxi. A educação nutricional foi dividida em duas ideologias dominantes, onde se pode citar a tradicional, que coloca como causa principal da alimentação inadequada a ignorância, embora reconheça que o poder aquisitivo é um fator limitante, e a teoria tecnicista, que procura não interferir nas questões políticas e limita-se a ensinar técnicas apropriadas para facilitar o aprendizado. As pedagogias não dominantes têm como principal representante a libertadora, que é dialógica, e a crítica social dos conteúdos. Ambas discutem a organização social, a exploração econômica da classe trabalhadora e o modo de produção capitalista. A educação nutricional crítica analisa a causas da fome e desnutrição, desvelando as questões políticas, econômicas e sociais subjacentes, compreendendo a fome pelo estudo profundo de suas causas básicas, mediatas e imediatas (VALENTE, 1989). Existem diferenças profundas entre educação nutricional e orientação nutricional e estas diferenças contribuem para definir o papel do nutricionista enquanto educador. A primeira grande diferença é a duração do processo, que na orientação nutricional é imediata, enquanto na educação é a médio e a longo prazos. Na educação nutricional há uma preocupação com as representações sobre o comer e a comida, com o conhecimento, as atitudes e as mudanças

de práticas alimentares. Na orientação predomina a atenção no segmento da dieta. Na educação, o profissional é um parceiro onde existe diálogo, e enquanto se educa se aprende. As transgressões na educação nutricional são consideradas previsíveis, tendo em vista que o processo educativo é difícil e lento. Os objetivos em educação nutricional são definidos em função do público sujeito e de suas necessidades. Na orientação os objetivos são definidos a partir das metas estabelecidas pelo profissional (MOTTA, 1987).

A educação nutricional tem um papel importante também em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. Cerqueira (1985) a considera medida de alcance coletivo com o fim primordial de "*proporcionar os conhecimentos necessários e a motivação coletiva para formar atitudes e hábitos de uma alimentação sadia, completa, adequada e variada*". Infelizmente, as experiências documentadas sobre os programas e as atividades de educação nutricional no Brasil são em número exíguo, e raríssimas as iniciativas junto à rede básica de saúde (MOTTA, 1987), motivo pelo qual não se encontra na literatura dados relativos a resultados de intervenções. Encontra-se, sim, estudos diagnósticos analisando possibilidades de intervenções educativas. Diferentes autores vêm apontando o fato de que, "mesmo em condições macroambientais igualmente desfavoráveis, a desnutrição energético-protéica não ocorre em todos os indivíduos, indicando a coexistência de outros fatores" (Nóbrega & Campos, 1996). Esses fatores foram estudados por Solymos (1997), que aponta como elementos importantes para o enfrentamento de situações adversas, entre outros, o incremento das redes de relacionamentos através de atendimentos especializados e os relacionamentos de ajuda. Assim, as atividades de educação em saúde, direcionadas, por exemplo, à área materno-infantil, dentro de uma proposta pedagógica de ensino baseada na situação concreta de vida, desempenham estes papéis, sobretudo quando realizadas em grupo.

A intervenção nutricional tem como objetivo a prevenção de doenças, a proteção e a promoção de uma vida mais saudável, conduzindo ao bem-estar geral do indivíduo.

A educação ou aconselhamento nutricional é o processo pelo qual os clientes são efetivamente auxiliados a selecionar e implementar comportamentos desejáveis de nutrição e estilo de vida. O resultado desse processo é a mudança de comportamento, e não somente a melhora do conhecimento sobre nutrição.

A mudança desejada de um comportamento deve ser específica às necessidades e à situação de cada indivíduo. O paciente deve reconhecer que existe o problema e que existe

de fato o desejo de mudá-lo. Sem esse desejo interno de cada indivíduo, todo o trabalho de educação é inútil.

Esse projeto de intervenção vem, portanto, contribuir com ações de educação nutricional nas comunidades indígenas, em especial junto ao grupo materno–infantil, buscando o bem-estar obtido com a satisfação das necessidades de alimentação quantitativa e qualitativamente, harmônica e adequada para preencher satisfatoriamente as necessidades biológicas de nutrientes, bem como as psicológicas e sociais ligadas á alimentação.

2.2. METODOLOGIA

Este projeto tem como objetivo implantar ações de educação nutricional para a promoção da segurança alimentar e nutricional nas comunidades indígenas de Cachoeira e Sardinha, do município de Barra do Corda/MA, visando melhorar o estado nutricional das crianças indígenas menores de 5 anos.

O pressuposto é considerar a educação nutricional como um processo construtivo e participativo junto às comunidades indígenas. Para tanto, é necessário compreender os aspectos culturais que envolvem o comer e os diversos valores do mundo cotidiano.

Para promover a participação social para esta proposta nas aldeias acima citadas, a equipe formada pelos profissionais da CASAI/PI buscará o envolvimento dos sujeitos representados pelas lideranças indígenas, profissionais de saúde do Programa Saúde da Família Indígena - PSFI, gestores da saúde e as famílias das crianças inscritas no PSFI desse município para apresentação e discussão deste projeto de intervenção.

Para o seu desenvolvimento será utilizada uma metodologia participativa, buscando evidenciar os valores, atitudes e hábitos dos sujeitos. Os aspectos socioculturais e alimentares dos indivíduos serão uma constante na busca da compreensão do processo saúde e nutrição. As famílias das crianças participarão de várias atividades visando contribuir para a evolução e compreensão do binômio saúde e nutrição das crianças. Como exemplo, buscaremos resgatar antigos receituários da dietética indígena e suas relações com chás e medicamentos populares.

O projeto de intervenção se dará necessariamente com a aprovação da Coordenação Regional do Maranhão - CORE/MA, e com a participação dos profissionais de saúde que trabalham nas aldeias objeto de intervenção.

Os procedimentos técnicos serão realizados sob a coordenação da nutricionista e colaboração da equipe técnica da Casa de Assistência à Saúde Indígena do Piauí - CASAI-PI. Para tanto, haverá reunião com os profissionais de saúde da comunidade indígena e os profissionais de saúde da CASAI-PI para formular o processo de condução do planejamento estratégico situacional para considerar a pluralidade dos atores e seus diferentes modos de compreender o processo saúde - nutrição.

Para iniciar o processo de vivência com o grupo será organizado um encontro com as lideranças da comunidade indígena do município de Barra do Corda, representantes indígenas e profissionais de saúde para apresentação e discussão do projeto de intervenção, apresentação do plano de ação e demais informações para sua execução.

O desenvolvimento da convivência em grupo para troca de experiências e demonstrações das preparações alimentares com a comunidade estimula à participação e ao resgate de sua cultura, como os hábitos, as histórias, as referências pessoais.

As práticas alimentares saudáveis serão desenvolvidas nas aldeias utilizando os temas de conversas sobre higiene e saúde e “Os Dez Passos para a Alimentação Saudável”, sempre de forma bem interativa e com atividades lúdicas como desenhos, teatro de fantoches com bonecos elaborados com a comunidade entre tantos outros objetos que serão construídos a partir da problematização que surja a cada encontro.

Para o alcance dos objetivos esperados serão realizadas as seguintes ações, conforme as estratégias de intervenção apresentadas no quadro abaixo:

ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

AÇÃO	OBJETIVO	SUJEITOS	METODOLOGIA	RESPONSÁVEL
Rodas de conversa	Discutir com a comunidade indígena as práticas alimentares, seus hábitos, crenças, tradições e qualidade	A comunidade e indígena, os profissionais de	Metodologia participativa através da interação entre os grupos de familiares indígenas e os profissionais de	Nutricionista da CASAI-PI Agente de Saúde Indígena Pedagoga da CASAI-PI.

	dos alimentos;	saúde.	saúde.	
Realizar oficinas de educação em saúde.	Produzir instrumentos metodológicos de cunho educativo (cartilha e álbum seriado) sobre alimentação saudável a partir da cultura indígena; Descrever os valores nutricionais; Introduzir novas formas de preparação dos alimentos com gêneros alimentícios locais.	Agentes de saúde do PSFI, famílias indígenas.	Metodologia participativa através do desenvolvimento de atividades práticas e lúdicas.	Nutricionista da CASAI/PI e Terapeuta ocupacional DA CASAI-PI.
Realizar oficina sobre antropometria (peso e altura).	Promover eventos de capacitação em vigilância alimentar e nutricional.	Agentes de saúde indígena.	Exposição dialogada sobre o tema, sua importância; Preenchimento de formulários; Mutirão.	Nutricionista da CASAI-PI e Nutricionista do DSEI/MA
Identificar as práticas alimentares da cultura indígena.	Resgatar e catalogar práticas alimentares da cultura indígena	Famílias indígenas	Utilização de técnicas de Dinâmica de Grupo e práticas, através da preparação de alimentos próprios da cultura indígena.	Nutricionista da CASAI-PI e Nutricionista do DSEI/MA

2.2.1. ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJETO.

O acompanhamento das atividades será feito sistematicamente com o objetivo de verificar se as atividades realizadas estão de acordo com o planejado na perspectiva de serem continuadas, reformuladas ou acompanhadas. O referido acompanhamento e avaliação serão feitos pelos profissionais envolvidos - nutricionistas, agentes de saúde e a comunidade indígena.

O processo de avaliação será feito através do monitoramento sistemático das ações, procurando utilizar alguns indicadores necessários:

- Coerência entre objetivos, estratégias e resultados previstos no plano de trabalho;
- Correlação entre demanda e acompanhamentos realizados;
- O comprometimento dos profissionais envolvidos;
- Melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida das crianças indígenas;
- Elaboração de relatório técnico contendo dados qualitativos e quantitativos.

A divulgação das metas alcançadas será efetuada junto à comunidade das aldeias trabalhadas, CASAI-PI, DSEI/MA, FUNASA, outros parceiros envolvidos e à população em geral. Também poderão ser utilizados os meios de comunicação e o relatório final.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

3.1. ANÁLISE DE VIABILIDADE DE IMPLEMENTAÇÃO

- Este é um projeto de interesse dos povos indígenas, uma vez que se dispõe a conhecer os aspectos da cultura alimentar esquecidos e que, visualizados poderão contribuir com a valorização das tradições e, conseqüentemente, o pertencimento, a identidade social, a estima desses grupos humanos socialmente excluídos do processo de desenvolvimento;
- Fortalecimento das ações de saúde e nutrição desenvolvidas nas CASAIS de São Luis e Imperatriz (MA);

- Fortalecimento dos serviços de nutrição da rede hospitalar do Estado do Piauí nos períodos de internação hospitalar, respeitando hábitos e as práticas alimentares dessa clientela para melhor condução do processo saúde e doença;
- Viabilidade econômica: recursos para financiamento das ações de saúde indígena da FUNASA;
- Convivência da proponente com indígenas aumentando percepção dos problemas. Além do interesse em contribuir para a definição de uma estratégia de intervenção junto à população para a construção de uma boa política pública;
- Possibilidade de articulação com os parceiros (gestores, profissionais de saúde e lideranças indígenas) para pactuação das ações, em especial as relacionadas à alimentação e nutrição;
- Monitoramento de doenças e agravos, definindo prioridades e a organização dos serviços de saúde, contribuindo para efetivação de ações de segurança alimentar e nutricional.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, Francisco. CAPRI, Lúcia. RIBEIRO, Marcus Vinicius T. **História da Sociedade Brasileira**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1984.

BARROS, Denise C.; SILVA, Denise S. GUGELMIN, Sílvia A. (org). **Vigilância Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena**. São Paulo: Fio Cruz, 2007.

BEMFAM. ONG Bem estar familiar. Brasil, 1996.

BURLANDY, L. Políticas em alimentação e nutrição no Brasil. In: BARROS et al. **Curso de vigilância alimentar e nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. CD-ROM.

BRASIL. Lei n.6.001, de 19 de dezembro de 1973.

_____. Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90).

_____. Portaria nº. 70 /20004 do Ministério da Saúde.

_____. Pesquisa de orçamento familiares de 2006.

_____. Constituição Federal de 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª ed. 2008. 19 p.

CHAVES, M. B. G; CARDOSO, A.M; ALMEIDA, C. Implementação da política de saúde indígena no Pólo-base Angra dos Reis. **Brasil: entraves e perspectivas**. Rio de Janeiro: Caderno de Saúde Pública, v.22, n.2, p.295-305, fev. 2006.

COELHO Elisabeth Maria Beserra. **Territórios em confronto: a dinâmica da disputa pela terra entre índios e brancos no Maranhão**. São Paulo: HUCITEC, 2002.

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

ENDEF: Estudo Nacional da Despesa Familiar, 1975.

ESCOBAR AL, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Avaliação nutricional de crianças indígenas Pakaanóva (Wari'), Rondônia, Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant* 2003, 3:457-61.

FUNASA. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

GIOVALELLA,L. ET AL. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

Indicadores do SISVAN (Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional). Anos: 1975 a 1996.

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2004.

LEITE, MS; SANTOS, RV; COIMBRA, C.E Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari', Rondônia, Brasil Cad. Saúde Pública vol.23 no.11 Rio de Janeiro Nov. 2007).

LINHARES, Maria Yedda Leite; Silva, Francisco Carlos Teixeira da. **História política do abastecimento:** 1918 - 1974. Brasília: BINAGRI, 1979.

MINAYO, M. Cecília de Souza et all, **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 21 ed, Vozes, Petrópolis, 2002

MOTTA, Denise Giacomo da.; BOOG, Maria Cristina Maria. **Educação nutricional.** São Paulo: IBRASA, 1987.

POPIN, B.M. Nutritional patterns and transitions. **Population and Development Review**, v. 19, n. 1, p. 138-157, 1993.

SANTOS, R.V. et al. Saúde dos povos indígenas e políticas públicas no Brasil. In: SILVA, D. et al. **Sisvan:** instrumentos para o combate aos distúrbios nutricionais de saúde: o

diagnóstico coletivo. Rio de Janeiro: Fiocruz/Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição, 2001.

TASSINARI, Antonella M. Imperatriz. “Sociedades Indígenas: introdução ao tema da diversidade cultural”. In: vários autores. **A Temática Indígena na Escola**. Brasília: MEC. 1987

THOMAZ, Omar Ribeiro. “a antropologia e o Mundo Contemporâneo: cultura e diversidade” In: Vários Autores. **A Temática Indígena na Escola**. Brasília: MEC.

VALENTE, Flávio Luiz Schieck. **Direito humano à alimentação: desafios e conquistas**. São Paulo: Cortez, 2002.

VERDUN, R.(Org.) Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil(I): uma contribuição á formulação de políticas de segurança alimentar. Brasília: INES