

**UniAGES  
Centro Universitário  
Bacharelado em Nutrição**

**FABIANA JESUS DOS SANTOS**

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E AS DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO INDÍGENA:  
revisão integrativa**

**Paripiranga  
2021**

**FABIANA JESUS DOS SANTOS**

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E AS DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO INDÍGENA:  
revisão integrativa**

Monografia apresentada no curso de graduação do Centro Universitário AGES, como um dos pré-requisitos para a obtenção do título de bacharel em Nutrição.

Orientador: Prof. Me. Igor Macedo Brandão

Paripiranga  
2021

**FABIANA JESUS DOS SANTOS**

**INSEGURANÇA ALIMENTAR E AS DOENÇAS CRÔNICAS  
NÃO TRANSMISSÍVEIS NA POPULAÇÃO INDÍGENA:  
revisão integrativa**

Monografia apresentada como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Nutrição à Comissão Julgadora designada pela Coordenação de Trabalhos de Conclusão de Curso do UniAGES.

Paripiranga, 14 de dezembro de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof. Me. Igor Macedo Brandão  
UniAGES

Prof. Me. Fabio Luiz Oliveira de Carvalho  
UniAGES

Prof. Esp. Dalmo de Moura Costa  
UniAGES

SANTOS, Fabiana Jesus dos, 1990

Insegurança Alimentar e as Doenças Crônicas Não transmissíveis na População Indígena: uma revisão integrativa/ Fabiana Jesus dos Santos. – Paripiranga, 2021.

53 f.: il.

Orientador: Prof.<sup>o</sup> Me. Igor Macedo Brandão.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Nutrição) – UniAGES, Paripiranga, 2021.

1. Comunidade Indígena. 2. Doenças Crônicas Não transmissíveis. 3. Insegurança Alimentar e Nutricional. 4. Transição Alimentar e Nutricional. 5. Hábitos Alimentares. I. Título. II. UniAGES.

## AGRADECIMENTOS

Nesse primeiro momento, quero gratificar a Deus e aos meus encantados (seres espirituais) por me revelarem tanta força.

Agradecer à minha rainha, Railda (me emociono toda vez que lembro dela chegando com o pratinho de comida nos horários extensos dos meus estudos), que sempre foi exemplo de coragem, força e cuidado em todos momentos da minha vida, nunca me deixando desistir. Além de decidir priorizar a educação, nos deixando como segunda opção os trabalhos da roça, realidade diferente de alguns amigos meus, portanto, grata por ter tido essa oportunidade. Ao meu pai, Domingos, que sempre foi protetivo, tem muito orgulho de ter filhos alfabetizados e crescendo na vida acadêmica. Também sou grata à minha vozinha, Miliana, uma mulher indígena guerreira, exemplo de força e serviço ao próximo, curando e cuidando das pessoas por meio de seus conhecimentos tradicionais.

Ao meu companheiro de vida, Raphael Muller, que sempre esteve comigo em todos os momentos, acreditando, me fortalecendo e compreendendo cada etapa da minha vida, fazendo parte de toda minha graduação.

A Maria Lúcia, uma irmã que me inspira com seu profissionalismo e sua dedicação aos estudos, sempre contribuindo para minha formação acadêmica. Não há palavras para te agradecer, irmãzinha. Também, aos meus irmãos, Jacimira, José Augusto, Jardison e Sebastião, vocês fazem parte dessa conquista.

Agradecer, infinitamente, aos meus grandes mestres educadores que marcaram minha vida acadêmica, não somente como profissionais excelentes, mas, também, como seres humanos. O anseio pela transformação começa na educação e vocês são exemplos disso. Gratidão infinita aos professores Rôas Costa, Igor Brandão, meu orientador/professor, Daniel Queissada, Dalmo Moura, Jamylle Araújo, e aos preceptores, Jeovani Santana e Íris Patrícia.

Às minhas amigas que fizeram parte desse ciclo e contribuíram, de maneira significativa, nessa longa caminhada. A Débora, uma pessoa que me transmite calma e forças, compartilhamos de várias outras coisas em comum. A Edilma, uma amiga guerreira e inspiradora. Waléria, um ser incrível, sempre esteve presente, e Vanessa Macêdo, uma querida amiga atenciosa e carinhosa comigo. Enfim, obrigada por serem parceiras e tão incríveis.

## RESUMO

A comunidade indígena passou por diversas mudanças com a inserção do processo de industrialização em seu meio e esta modificação teve influência sob muitos quesitos, incluindo os alimentares. O que outrora era pescado, caçado, plantado, atualmente, detém fácil acesso. Assim, estas implicações trouxeram consequências. As principais doenças salientadas nessa comunidade voltavam-se às do tipo epidemiológica, em prol do acesso a alimentos ultraprocessados, calóricos e de baixo teor nutricional, quando surgiram, dentre outras, as doenças crônicas não transmissíveis, a exemplo de sobrepeso, Diabetes Mellitus tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemias, as quais as principais. Em contrapartida, com as mazelas sociais advindas da falta de equidade com estes povos, a insegurança alimentar e nutricional torna-se gritante, principalmente, no público infantil. É relevante voltar os olhos a públicos mais vulneráveis, visando compreendê-los em sua totalidade para, assim, garantir uma intervenção de qualidade.

**PALAVRAS-CHAVE:** Comunidade Indígena. Doenças Crônicas não Transmissíveis. Insegurança Alimentar e Nutricional. Transição Alimentar. Hábitos Alimentares.

## LISTA DE QUADROS

1: Distribuição dos estudos por ano de publicação.....	41
2: Resumo dos trabalhos científicos encontrados nas bases de dados online.....	41
3: Síntese dos estudos relacionados: modificação dos hábitos alimentar e suas respectivas consequências da população indígena.....	44

## LISTA DE SIGLAS

AIS	Agente Indígena de Saúde
CISI	Comissão Intersetorial de Saúde Indígena
CNPCT	Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais
CNSI	Conferencia Nacional de Saúde Indígena
CONSEA	Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
DCNT	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DHAA	Direito Humano a Alimentação Adequada
DM2	Diabetes Mellitus tipo 2
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EMBRAPA	Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAA	Programa de Aquisição de Alimentos
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PT	Populações Tradicionais
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>2 METODOLOGIA</b> .....	<b>12</b>
<b>3 DESENVOLVIMENTO</b> .....	<b>14</b>
3.1 Comunidade Indígena: meus hábitos alimentares, minha história.....	14
3.2 (In)Segurança Alimentar nas Populações Indígenas.....	20
3.3 “Somos o que comemos, comemos o que somos”: transição alimentar no povo indígena.....	28
3.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na Comunidade Indígena....	34
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>40</b>
<b>5 CONCLUSÃO</b> .....	<b>48</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>50</b>

# 1 INTRODUÇÃO

As populações indígenas apresentam entre seus diferentes povos, contatos distintos com a sociedade não indígena, passando, assim, por transformações significativas, as quais envolvem suas vivências e, conseqüentemente, afetam as práticas alimentares, como a saúde dos mesmos, pois, à medida que essas mudanças ocorrem, há uma maior exposição aos riscos, como os problemas nutricionais, dentre outras implicações (GARNELO, 2012).

Dentro dessa realidade, naturalmente, aconteceram tais transformações na alimentação, assim como em outras particularidades da vida indígena, comprometendo a qualidade nutricional com o aumento do consumo dos carboidratos ricos em açúcares, gorduras e sódio (sal). Desse modo, diminuindo o consumo de fibras, vitaminas e minerais, resultado da aquisição e do consumo de alimentos industrializados, influenciando, de forma direta, na mudança da alimentação (TAVARES, 2010).

Considerando todo contexto, vê-se a necessidade de explorar a insegurança alimentar em indígenas (IA), visto que existem poucos estudos sobre tal assunto, carecendo demonstrar maior preocupação diante da situação nutricional dessa população. É certo lembrar dos problemas que a insegurança alimentar pode ocasionar, estando relacionado não somente à desnutrição, mas, também, ao sobrepeso. podendo desencadear o desenvolvimento de doenças cardiometabólicas, sendo as mais comuns diabetes, obesidade, hipercolesterolemia e hipertensão (JORGE, 2014).

As doenças crônicas não transmissíveis se caracterizam como um problema de saúde pública no país entre as populações indígenas do Brasil, acima de tudo, aqueles que já mantêm o contato intersocial há muitos anos. Para tanto, a transição nutricional no processo acelerado tem contribuído para novas epidemiologias, simultaneamente, às mudanças socioeconômicas, no que compete à disponibilidade territorial, inserção da globalização no meio tradicional, possibilidades no meio trabalhista, possui sua parcela de interferência na construção de hábitos alimentares e a alteração dos mesmos, corroborando para o desenvolvimento das enfermidades (GARNELO, 2012).

As disfunções nutricionais têm sido um dos problemas crescentes no meio globalizado, devido não somente ao consumo gradativo de alimentos industrializados/ultraprocessados, mas também decorrente do pauperismo contido na realidade atual indígena, sendo necessário o fortalecimento das políticas públicas, com implementação dos programas da segurança alimentar através de ações coletivas equivalentes à necessidade deste público específico. Para entender a situação da população indígena no Brasil, faz-se necessária uma busca complexa das transformações sociais que sofreram esse impacto no decorrer dos anos, em que se revela um perfil contornado de mudanças alimentares coexistentes na deficiência nutricional, no consumo excessivo e na inadequação alimentar (RIBAS; LEITE *et al.*, 2007).

Santos (2013) afirma a relevância de estudar o cenário atual da alimentação e nutrição voltada para políticas públicas no Brasil, considerando a importância da educação alimentar e nutricional, visando estratégias para uma alimentação saudável, segura e nutricionalmente de qualidade, respeitando o direito humano de uma alimentação adequada. Dentro dessa perspectiva, cabe destacar que a Lei Orgânica de Segurança Alimentar Nutricional (LOSAN nº 11.346) tem em vista o direito fundamental de todo ser humano a uma alimentação adequada, em que o poder público deve assumir através das ações políticas necessárias, a garantia e a segurança alimentar e nutricional da população, devendo levar em conta os aspectos ambientais, econômicos, culturais, regionais e sociais (JORGE, 2014).

A insegurança alimentar, juntamente ao surgimento de doenças crônicas não transmissíveis na população indígena, tem tido influência direta nos hábitos alimentares, necessitando de uma interferência voltada à condição da saúde nutricional, levando em consideração suas perspectivas culturais. Em vista disso, o presente estudo tem por objetivo analisar o contexto que envolve o surgimento das doenças crônicas não transmissíveis, juntamente com os fatores contribuintes para insegurança alimentar e o agravamento da saúde da população originária.

## 2 METODOLOGIA

Refere-se a uma revisão integrativa da literatura, definida como a mais ampla abordagem metodológica relacionada às revisões para uma compreensão completa do fenômeno analisado. Este método de pesquisa tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.

Para a elaboração desta revisão, foram percorridas as seguintes etapas: definição da questão de pesquisa e dos objetivos da revisão; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão dos artigos, leitura dos títulos; leitura dos resumos, seleção das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; análise dos resultados; interpretação e discussão dos resultados. Sendo a última etapa constituída pela apresentação da revisão no formato de artigo científico.

A pesquisa foi realizada nos períodos de julho a novembro do ano de 2021, nas seguintes bases de dados: SciELO (*Scientific Electronic Library Online*) - 20 artigos, Google acadêmico - 10 artigos, e LILACS - 5 artigos. Mediante o cruzamento dos seguintes descritores: “Saúde Indígena”, “Insegurança alimentar, indígenas”, “Saúde Pública, povos indígenas”, “Doenças crônicas não transmissíveis”, “população indígena”.

O recorte temporal adotado foram artigos publicados nos últimos 20 anos, os quais correspondem aos anos de 1988 a 2021. Para a análise, realizou-se uma leitura crítica dos estudos, procedida da extração dos dados de interesse para a revisão e do preenchimento do quadro sinóptico, conforme o Quadro 2. Este quadro foi organizado em número do artigo, nome dos autores/ano de publicação, título, base de dados, tipos de pesquisa e periódico.

Os critérios de inclusão foram: artigos e monografias originais e confiáveis disponibilizados na íntegra eletronicamente e de forma gratuita, artigos e revistas nos idiomas em português, pesquisas relacionadas à (in)segurança alimentar nas populações indígenas e artigos que respondessem à pergunta norteadora. Foram excluídos: artigos incompletos, artigos em outros idiomas e repetidos, pesquisas

que não incluem o uso de materiais alternativos como recurso didático que não se adequaram ao objetivo principal proposto.

## 3 DESENVOLVIMENTO

### 3.1 Comunidade Indígena: meus hábitos alimentares, minha história

A população indígena é parte de uma comunidade tradicional, conforme o Decreto nº 6.040/2007, o qual traz que comunidade tradicionais são grupos culturalmente diferenciados que se reconhecem como tais e que possuem sua própria forma de organização (BRASIL, 2007). No último Censo, a população indígena foi estimada em 890.000 pessoas distribuídas em 240 etnias em todo o Brasil (IBGE, 2010).

A história indígena é norteadada por um conceito etno-história. No Brasil, com a chegada dos europeus nas terras brasileiras, em 1500, os portugueses não esperavam encontrar outros homens, portadores de outra cultura, muito de seus valores estão relacionados ao meio em que foi construído, a variação territorial, a fauna, a flora, o clima, com os seus padrões adaptativos foi originada a sua tradicionalidade, com os seus primeiros coletores, caçadores, pescadores (CASCUDO, 2004).

Segundo a Constituição Federal, Capítulo VIII, Dos Índios, artigo 231:

São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens (BRASIL, 1988).

A população indígena é uma sociedade tradicional que prega em suas práticas o conceito de gerações, priorizando a cultura como norte de suas ações. Dispõe dos impactos ambientais e isso tem contato direto com as escolhas, incluindo as alimentares (MOURA, 2010).

O viés econômico possui duas vertentes, os conhecimentos tradicionais e a necessidade de novas técnicas capazes de suprir a demanda desta população, com a inclusão de políticas públicas, vai além do autossuprimento, passa a ter retorno financeiro para acessibilidade a novos conceitos (CUSTÓDIO, 2003).

Na década de setenta, a forma de participação indígena na sociedade regional era, basicamente, sob a condição de empregados dos brancos. A presença de extensos latifúndios em meio a poucos lavradores com pequenas parcelas de terra, sem-terra, agregados e colonos, estabeleceu uma hierarquia socioeconômica bem polarizada, formada por fazendeiros com grande poder econômico e simbólico, e patentes atribuídas (coronéis), e por um conjunto quase indistinto de despossuídos, sem quaisquer garantias de direitos sociais. As relações sociais entre as duas frações de classe se desenvolveram sob o signo do preconceito, notadamente de classe, e do paternalismo (PACHECO, 2007).

Segundo a lei que regulamenta a questão indígena no Brasil, conhecida como Estatuto de Povos Indígenas (Lei nº 2.057, de 19 de dezembro de 1991), sua intitulação se dá por 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 (BRASIL, 1991).

A subsistência dos povos indígenas no Brasil está intrinsecamente relacionada à produção agrícola e, para os povos da etnia Kiriri, essa assertiva também é verdadeira. A luta pela terra não constitui, desse modo, uma questão de posse, já que as terras indígenas, em tese, são propriedades coletivas não passível de alienação, mas antes condição indispensável à reprodução biológica e social de cada grupo étnico. Nesse sentido, a Terra Indígena é apropriada, geralmente, em moldes análogos aos do campesinato, ou seja, basicamente para moradia e formação de roças (BRASILEIRO, 2000).

Para a definição de um ser indígena, deve-se ater em alguns aspectos, dentre eles o aspecto cultural como um dos mais marcantes para a identificação. Cultura vai ser toda a identificação da população que não seja biológica, como os costumes, crenças e hábitos que o indivíduo da comunidade adquire de forma natural e intencional ou não e que sejam divididas por todos os membros daquela sociedade (MELATTI, 2007).

As comunidades indígenas sofreram durante anos agressões, preconceitos e exclusões culturais herdadas dos brancos europeus que sempre se colocaram como superiores a essas populações, escravizando-os e conceituando-os como selvagens e perigosos, o que implicou aos povos originários serem seres “marginais” no sentido antropológico; Mélega (2001) descreveu que um homem

marginal é aquele que vive à margem de duas sociedades com culturas diferentes por alguma razão.

Em uma comunidade tradicional é comum que os com mais idade, mais experientes, direcionem a coletividade, nesta cultura é dominado de Pajés, é ele que permite o contato com o divino, a perspectiva social, a funcionalidade popular (ALGARANTI, 2012).

Segundo Fernandes (2010), as primeiras referências sobre a alimentação das sociedades indígenas no Brasil foram feitas por ocasião da chegada dos portugueses, em abril de 1500, quando Pero Vaz de Caminha escreveu ao rei de Portugal. Trechos da carta:

Deram-lhes ali de comer: pão e peixe cozido, confeitos, farteis, mel, figos passados. Não quiseram comer daquilo quase nada; e se provavam alguma coisa, logo a lançavam fora. Trouxeram-lhes vinho em uma taça; mal lhe puseram a boca; não gostaram dele nada, nem quiseram mais. Trouxeram-lhes água em uma albarrada, provaram cada um o seu bochecho, mas não beberam; apenas lavaram as bocas e lançaram-na fora” (FERNANDES, 2010).

“[...] E diziam que em cada casa se recolhiam trinta ou quarenta pessoas, e que lhes deram de comer dos alimentos que tinham, a saber, muito inhame, e outras sementes que na terra dá, que eles comem” (FERNANDES, 2010).

[...] Eles não lavram nem criam. Nem há aqui boi ou vaca, cabra, ovelha ou galinha, ou qualquer outro animal que esteja acostumado ao viver do homem. E não comem senão deste inhame, de que aqui há muito, e dessas sementes e frutos que a terra e as árvores de si deitam. E com isto andam tais e tão rijos e tão nédios que o não somos nós tanto, com quanto trigo e legumes comemos (FERNANDES, 2010).

Discursar sobre alimentação indígena em um país de dimensões continentais como o Brasil requer cautela, para não se basear em generalizações, são muitas as dimensões a serem consideradas. Além dos diversos ecossistemas, com condições ecológicas distintas, temos uma grande sociodiversidade com particularidades de adaptação ambiental. Esta é resultante da reunião de povos indígenas remanescentes, de outros grupos que vieram ou foram trazidos por motivos variados e da população resultante da miscigenação desses contingentes populacionais (ROJAS, 2008).

A nomeação de um local para aldeamento acontece da respectiva forma: é experimentado um local por determinado tempo, no qual o território de uso e perambulação vai sendo traçado gradualmente. Nessa demarcação, pesam tanto observações de ordem física quanto cosmológica, social e religiosa, convertendo-se o território, por conseguinte, num espaço simbólico. O território é, portanto, um elemento dinâmico, funcionando como um espaço onde suas tradições físicas, míticas e culturais são desenvolvidas (BARBOSA, 2007).

Esses sistemas tradicionais não são somente formas de exploração econômica dos recursos naturais, mas revelam a existência de complexos conhecimentos adquiridos pela tradição herdada dos mais velhos, de mitos e símbolos que levam à manutenção e ao uso sustentado dos ecossistemas naturais (SALGADO, 2007).

A relação com a natureza determina o que é preferível na escolha alimentar dos indígenas, é visto com pureza retirar da mesma o fruto da vida, a alimentação, derivada da caça, pesca e plantio. Entretanto, com a evolução econômica e acesso a urbanização, junto comumente à industrialização esta relação foi modificada (SALGADO, 2007).

O alimento é um dos requerimentos básicos para a existência de um povo, e a aquisição desta comida desempenha um papel importante na formação de qualquer cultura. Os métodos de procurar e processar estes alimentos estão intimamente ligados à expressão cultural e social de um grupo, ou seja, a diversidade está na combinação da história, elementos geográficos, sociais e culturais, que unificadas são expressões de identidade (BOTELHO, 2004).

Trouxe que as ações afirmativas surgiram como uma força atuante para que pudesse garantir direitos e melhoria nas condições da população; inicialmente negra e que o passar do tempo o público-alvo variou abrangendo aos grupos de minoria e vulneráveis perante à sociedade. Logo, é entendido que os povos indígenas são parte desse grupo de minoria e vulnerabilidade, principalmente por estar em condição de marginalidade social (MOEHLECKE, 2012).

No que tange à teoria de Diehl (2014), os espaços das aldeias, as teorias indígenas de mundo geralmente os dividem em locais femininos e masculinos, as aldeias indígenas têm grande mobilidade espacial, havendo constantes transferências de famílias, uma roça pertence sempre à família que nela trabalhou. Portanto, não existe entre esses nativos a ideia de propriedade coletiva de uma

roça. Os povos originários reconhecem a cada família a propriedade sobre os produtos de seu trabalho, e enquanto uma antiga roça frutificar o trabalho de alguma família é reconhecido a ela o direito sobre esses produtos.

A concepção de hábitos exige a existência de um padrão costumeiro de prática e reprodução, que interagem no interior de um grupo. Os alimentos são sempre manipulados e preparados a partir de uma determinada técnica, apresentados sob uma forma específica e ingeridos em determinados horários, na companhia de pessoas apropriadas, partindo principalmente de que essas etnias são consideradas grandes famílias (CANESQUI, 2005).

Discutir sobre a cultura indígena é compreender a singularidade de um povo coletivo, são diferentes comunidades que acrescentam no desenvolvimento cultural, social, econômico brasileiro. É o Fulni-ô, Pipipã, Tuxá, Pankararu, Atikum, Xukuru do Ororubá que representam e são representados (ROJAS, 2008).

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 peculiares, resultantes de experiências de vida acumuladas e desenvolvidas em milhares de anos. E distinguem-se também de nós e entre si por falarem diferentes línguas. [...] Embora diferentes, [as línguas dos povos indígenas] compartilham do que todas as quase seis mil línguas do mundo têm em comum: são manifestações da mesma capacidade de comunicar-se pela linguagem (RODRIGUES, 1986).

O alimento é elemento chave para explorar os significados da globalização, o mesmo é capaz de identificar cultura local, simbologia, meio econômico, tradição, e agronomia, ressaltando os efeitos sociais e ambientais do grupo analisado (CASCUDO, 2004).

[...] pode-se comer a própria comida, mas pode-se também falar sobre ela, ou até mesmo falar com ela; pensar sobre a comida ou através dela; lembrar-se através dela; sentir e reviver sensações através dela; estimular-se sexualmente através da comida; experimentar a si mesmo e ao mundo através da comida; tentar efetivar mudanças através da alimentação, como na greve de fome; e, é claro, pode-se usá-la para a tortura, como no caso de uma alimentação forçada (AZEVEDO, 2017).

Tratando-se da comunidade indígena, a construção do hábito alimentar é apontada por meio da tradição, baseando-se na crença, incluindo suas liberações, proibições e punições. Existe uma seleção dos alimentos por consentimento étnico,

ambiental, político e social. Cada povo indígena tem sua particularidade, é pré-determinado a forma de morrer, de construir seus lares, selecionar os alimentos, organizar a aldeia e de governá-la (MOURA, 2010).

Vale ressaltar que as Populações Tradicionais – PT, são reconhecidas assim por afirmarem nacionalmente a sua gama de cultura, costumes, capazes de traçar um perfil étnico (SILVA, 2018).

Cada grupo indígena, como de resto toda comunidade humana, conta com um conjunto de crenças que explica a origem do universo e da própria comunidade bem como o caráter do vínculo que a unifica internamente e a contrapõe a outros grupos humanos e a toda natureza (RIBEIRO, 2013).

A alimentação apresenta a ligação desses povos com o meio ambiente através de sua simbologia, hábitos e tradições alimentares que juntas constituem uma herança cultural, que é recebida junto com o leite materno e que permanecerá tanto no nível consciente das prerrogativas religiosas ou dietéticas como no nível inconsciente das mentalidades e gostos coletivos (MONTINARRI, 2005).

O contato com o homem branco permitiu ruptura do povo nativo com sua tradicionalidade, mesmo que estes declarassem resistência, integrando novos sistemas sociais, e a alimentação, a reunião para fazer as refeições era o momento o qual este grupo poderia declarar a sua instrução (AZEVEDO, 2017).

A inserção desta comunidade com outras não tradicionais impactou em todo o seu processo de escolha e de acesso aos outros tipos de alimentos, resultando na vulnerabilidade biológica (SANTOS, 2004).

Neste contexto, os hábitos alimentares passam a ser modificados por meio a ocidentalização de suas construções alimentares, levando a consequências de médio e longo prazo. A análise do consumo alimentar assume uma importância particular no caso dos povos indígenas do Brasil, diante das evidências que apontam para a ocorrência de desordens de carências alimentícias e em qualidade de vida (LEITE, 2007).

Disso resulta que há vulnerabilidade biológica, além de doenças crônicas, afetando o desenvolvimento das crianças, mulheres em idade reprodutivas e qualidade de vida dos idosos, contribuindo para o pertencimento de um segmento da população brasileira particularmente sujeito a condições de vida adversas e, conseqüentemente, à ocorrência de problemas nutricionais (BARROS, 2007).

A partir do funcionamento do Estatuto, este grupo populacional passou a ser coberto perante aos seus direitos, dentre estes a autodeterminação jurídica e política das sociedades indígenas, direitos ancestrais à terra e à diferença cultural, autoidentificação, gestão comunitária de patrimônio cultural, ambiental. Do que compete aos quesitos de saúde sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas; prevê participação comunitária por meio de conselhos de saúde no que assegura tratamento e prevenção de forma equivalente (DIEHL, 2014).

Adentro dos princípios das Políticas Públicas, surgiu a necessidade de extensão imediata, tal qual aconteceu o surgimento das Políticas Afirmativas, que são ações especiais determinadas pelo próprio Estado com o objetivo de eliminar as desigualdades sociais acumuladas de forma histórica, a fim de garantir igualdade em toda a sociedade, compensando as perdas incitadas pela discriminação e marginalidade social (CLÈVE, 2016).

A democracia brasileira ressenete-se de severas limitações no plano do reconhecimento dos direitos humanos fundamentais, assim como no do Estado de direito que permita a toda a sociedade usufruir da riqueza e do desenvolvimento produzidos pela nação. A desigualdade e a exclusão, condições presentes no Brasil desde da chegada dos europeus, se acirraram a partir do processo de globalização implantado pela política neoliberal em curso, capitaneada, principalmente, pelos países ricos, com sérias repercussões nos processos de produção de bens, relações de trabalho, política educacional, políticas de saúde etc., gerando, como consequência, drástica redução no bem-estar social de grandes contingentes populacionais (PACHECO, 2007).

### **3.2 (In)Segurança Alimentar nas Populações Indígenas**

No Brasil, os povos originários apresentam 305 etnias reconhecida pelo estado brasileiro, nas quais se falam 274 línguas, dentro dos dados demográficos, essa população específica demonstra a exposição de situações vulneráveis, tanto no quesito social, como também na saúde, tendo os principais indicadores, a anemia, desnutrição e obesidade (FÁVARO, 2019).

De 50% a 80% da população indígena durante a infância apresentam anemia e desnutrição, em contrapartida, a população adulta caminha para o excesso de peso, sendo superior à média nacional, conseqüentemente, aumentam os riscos de desenvolvimento das doenças cardiovasculares. O desmonte das políticas públicas voltada para a saúde indígena se agravou nos últimos anos, tendo seus direitos ameaçados, principalmente no direito à alimentação adequada, impactando em seus estilos de vida (LEITE *et al.*, 2020).

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, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (COIMBRA, 2014).

No texto da Declaração das Nações Unidas sobre os Direitos dos Povos Indígenas (2007) foi advertido que os povos indígenas têm como direito a participação de forma ativa na elaboração e determinação dos programas de saúde, acesso a qualquer serviço de saúde sem discriminação e que o Estado tem o dever de tornar as medidas que sejam necessárias para que haja pleno gozo do direito; deixando claro sobre o direito a ações de políticas públicas afirmativas de reparação, quando necessário (COSTA, 2019).

No Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (PNSAN) 2012-2019 fica estabelecido que:

A segurança alimentar e nutricional é a disponibilidade suficiente e estável de alimentos, o acesso e o consumo atempado e permanente dos mesmos em quantidade, qualidade e segurança por todas as pessoas, em condições que permitam o seu uso biológico adequado, para uma vida saudável e ativa.

Para Jorge (2014), foram avaliados na população estudos e critérios, para além de conhecimentos socioeconômicos, pois, deve-se considerar a realidade de cada família, para algumas pode estar abaixo da linha da pobreza, porém, dentro da segurança alimentar, do contrário, poderia algumas famílias estarem na posição do corte da pobreza e apresentando insegurança alimentar. Visto isso, houve levantamentos de estudos qualitativos, capazes de apurar a insegurança alimentar,

servindo como base para os pesquisadores do departamento de pesquisa, iniciando-se nos Estados Unidos, a fim de produzir uma ferramenta eficiente para avaliar a amplitude da insegurança alimentar, passando a ser utilizada, adaptada e validada para a população brasileira, fazendo parte de muitos estudos, sendo conhecida como a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA).

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e também os seus saberes, sistemas econômicos e organização social (FUNASA, 2002).

A atual atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros, expressa em 1999 como um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de movimentos surgidos na década de 1980, pautados na ideia do direito à diferença e do multiculturalismo, e em um modelo que, além da biomedicina, considera formas específicas de atenção à saúde e à doença usadas pelos diversos povos e comunidades indígenas (DIEHL, 2014).

Direitos atribuídos ao Ministério de Saúde por meio a Portaria de nº 254, de 31 de janeiro de 2002, consistem em:

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, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura.

Considerando a conjuntura de saúde em meio à diversidade dos povos indígenas do Brasil, Leite e Athila (2020) afirmam que é necessário estudar as pluralidades, visando a aplicação do instrumento tendo em conta as diferentes visões, como a organização social, no que concerne ao entendimento básico de condições de vidas ideais para aquele povo. Devendo haver ações com iniciativas de diálogos diretos com essas visões nativas, voltado para o que se refere à alimentação, dado que permite avaliar as noções através das escalas em relação à qualidade e quantidade da comida, levando em conta a ligação dos mesmos com alimentação.

A realização do Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena constitui um importante marco da saúde coletiva brasileira, por ser a primeira iniciativa do gênero que almejou uma amostra representativa da população indígena no país. Este é capaz de apontar as condições regionais entre as aldeias, saneamento básico, consumo de água potável e alimentício (MOURA, 2010).

A incorporação de indígenas nos serviços como agentes indígenas de saúde já era uma estratégia utilizada antes da implementação do subsistema, porém, como apontam as revisões a inserção e o trabalho destes profissionais a partir de 1999 aconteceram (e ainda acontecem) com ambiguidades e conflitos, deixando muitas dúvidas e lacunas sobre quais seriam as formas mais adequadas de encaminhar tais processos. Da mesma maneira, profissionais não indígenas de saúde, como membros das Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena (EMSI), também se mostram despreparados para atuarem em contextos interétnicos muito heterogêneos (OLIVEIRA, 2015).

Do ponto de vista nutricional, a alta relevância da desnutrição crônica (demonstrada pelo Indicador Altura/Idade), de longa duração, aliada à estabilização da relação Peso/Altura, representa reduzida garantia de segurança alimentar infantil, não só ao nível doméstico, mas também comunitário, assim como precárias condições de prevenção e manutenção da saúde (PACHECO, 2007).

O retardo de crescimento encontra-se relacionado a um menor rendimento escolar, atraso no desenvolvimento e imunocompetência reduzida em crianças, e ao maior risco de problemas cardiovasculares e menor capacidade para o trabalho em adultos, sendo que sua determinação está mais ligada à desnutrição por privação alimentar ou morbidade recorrente do que a fatores genéticos (DRACHLER *et al.*, 2003).

Para a compreensão do processo de saúde–doença dos povos indígenas, é necessária a integração de múltiplas perspectivas, oriundas da história, da antropologia e da saúde pública. É preciso olhar para o passado a fim de entender as dinâmicas contemporâneas. Configura-se fundamental atentar para a cultura desses povos, sua riqueza e seus conhecimentos, assim como para as formas de interação com a sociedade nacional, de modo a entendermos como os povos indígenas respondem às doenças em seu cotidiano (BARROS 2007).

Em destaque a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas:

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde [dos povos indígenas], mas sim de dados parciais [...]

Embora precários, os dados disponíveis indicam, em diversas situações, taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes maiores que aquelas encontradas na população brasileira geral. O alto número de óbitos sem registro ou indexados sem causas definidas confirma a pouca cobertura e a baixa capacidade de resolução dos serviços disponíveis (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002, p. 10).

No que tange à teoria de Santos (2012), este cenário tende a se modificar com a inserção de políticas públicas equivalente a este grupo, advindos da temática Segurança Alimentar e Nutricional. A abordagem deu início em 2001, na Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI), a partir da recomendação da Comissão Intersetorial de Saúde indígena (CISI), resolveu colocar nas pautas de trabalho, a presença de órgãos governamentais durante as sessões, tendo finalidade a realização das articulações relacionadas à segurança alimentar, saneamento básico e ambiental dentro das comunidades. Na busca de ações para a implementação do programa, fomentada pelos os órgãos convidados (FUNAI, FUNASA, PNAE, EMBRAPA) nos anos de 2002 e 2003, com representação regional no país tendo o I fórum de SAN dos povos indígenas (JORGE, 2015).

No Brasil se conceitua a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) como um desafio em sua abordagem, voltada para as diferentes áreas de conhecimento, como a educação, a agricultura, economia, nutrição e saúde, dentre outras envolvidas, para tanto, cada uma tem suas expectativas e perspectivas em compreender a utilização dos conceitos, o que se resume em um marco teórico particular, porém, esses marcos conceituais disciplinares não são suficientes quando tomados de forma isolada, dificultando o entendimento integral do problema (CORRÊA; KEPPLER, 2008).

A lei orgânica do ano 2006, descreve a SAN como um direito e acesso aos alimentos de qualidade, quantidades suficientes de forma regular e permanente em suas práticas alimentares, que não comprometa outras necessidades básicas, respeitando a diversidade cultural, dentre outras. Em 2010, marcado por incluir a alimentação entre os direitos sociais na constituição Federal do artigo 6º, contudo, está longe da nossa realidade mundial sobre o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA), o que tem crescido esses desafios diante do cenário atual da COVID-19 (SILVA *et al.*, 2020).

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) criado pela Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006 (LOSAN), tem por objetivos formular

e executar políticas e planos de segurança alimentar e nutricional visando o monitoramento e a avaliação destes perfis. Para isso, o Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) propõe diferentes programas propiciando suporte como Bolsa Família, Alimentação Escolar, Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar e Vigilância Alimentar e Nutricional, estimulando a participação social.

Recentemente, a partir de 2006, a FUNASA passou a distribuir uma cesta básica para famílias com crianças de 0 a 5 anos desnutridas, através de diagnóstico, pelos AIS (Agente Indígena de Saúde), na coleta de peso realizada periodicamente. Esse projeto é uma parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e, apesar da irregularidade da entrega do benefício, constitui um procedimento festejado pela comunidade. Em alguns meses, essa cesta básica foi também distribuída entre os idosos (CHAGAS, 2020).

O SISAN (Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional) recebeu um fortalecimento com o lançamento do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional 2012-2015 (PLANSAN), que possui 8 diretrizes básicas:

I - promoção do acesso universal à alimentação adequada e saudável, com prioridade para as famílias e pessoas em situação de insegurança alimentar e nutricional;

II - promoção do abastecimento e estruturação de sistemas sustentáveis e descentralizados, de base agroecológica, de produção, extração, processamento e distribuição de alimentos;

III - instituição de processos permanentes de educação alimentar e nutricional, pesquisa e formação nas áreas de segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada;

IV - promoção, universalização e coordenação das ações de segurança alimentar e nutricional voltadas para quilombolas e demais povos e comunidades tradicionais de que trata o art. 3º, inciso I, do Decreto nº 6.040, de 7 de fevereiro de 2007, povos indígenas e assentados da reforma agrária;

V - fortalecimento das ações de alimentação e nutrição em todos os níveis da atenção à saúde, de modo articulado às demais ações de segurança alimentar e nutricional;

VI - promoção do acesso universal à água de qualidade e em quantidade suficiente, com prioridade para as famílias em situação de insegurança hídrica e para a produção de alimentos da agricultura familiar e da pesca e aquicultura;

VII - apoio a iniciativas de promoção da soberania alimentar, segurança alimentar e nutricional e do direito humano à alimentação adequada em âmbito internacional e a negociações internacionais baseadas nos princípios e diretrizes da Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006;

VIII - monitoramento da realização do direito humano à alimentação adequada.

Em relação a Comunidades Tradicionais, como os indígenas, através do decreto de 27 de dezembro de 2004, foi criada a Comissão Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (CNPCT), que tem como meta pactuar a atuação conjunta de representantes da Administração Pública direta e membros do setor não governamental pelo fortalecimento social, econômico, cultural e ambiental dos povos e comunidades tradicionais. Entre suas principais atribuições estão coordenar e acompanhar a implementação da Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais (JORGE, 2015).

A distribuição de alimentos a grupos específicos tem objetivo de atender, em caráter emergencial e complementar, famílias que se encontram em situação de insegurança alimentar e nutricional, através da distribuição de cestas de alimentos gratuitas contendo gêneros alimentícios básicos para alimentação da família. É desenvolvida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), atende cerca de 340 mil famílias por ano. Os itens que compõem essas cestas também são adquiridos de agricultores participantes do PAA - Programa de Aquisição de Alimentos (DIEHL, 2014).

Araujo *et al.* (2017) explicam a importância desses povos ocuparem seus territórios para a garantia da SAN, sendo fundamental não somente para o sustento, como traz um valor simbólico para essa população. O autor também trouxe a fala de Verdum (1995), a qual ressalta que a diminuição territorial, implica em suas vidas, se resumindo em fome durante períodos constantes ou até mesmo provisórios. A forma de manter a sustentabilidade alimentar é construir em suas bases estruturais, a execução de novas alternativas para produção de alimentos nas comunidades (BANIWA, 2006).

A segurança alimentar é descrita como o acesso regular e permanente de alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde, que respeitam a diversidade cultural e que sejam social, econômica e ambientalmente sustentáveis (JORGE, 2007).

Em um estudo com os povos Huni Kui, Pinilk (2019) ressalta que para a realidade indígena deveria haver mais atenção, uma vez que, no ano de 1995, o Mapa da Fome já se expressava em todas etnias do Brasil, demonstrando problemas em garantia e soberania da segurança alimentar. Em 2010, a partir da investigação com 83,2% das aldeias, trouxe resultados que a saúde e nutrição dos povos originários dependiam de épocas do ano para garantir alimentos, passando por dificuldades durante alguns períodos.

A classificação do estado nutricional seguiu também os critérios internacionais preconizados pela OMS (WHO, 1995), sendo que, crianças com valores de desvio padrão menor que 2 do valor da mediana foram diagnosticadas como desnutridas para o indicador analisado, as que apresentaram valores entre - 2 e + 2 do valor da mediana foram diagnosticadas como eutróficas ou normais e os valores acima de 2 em relação à mediana considerada como sobrepeso (OLIVEIRA, 2011). A nutrição infantil é, por sua vez, um aspecto extremamente sensível às condições gerais de vida desfrutadas pela família e pela sociedade como um todo (MONTEIRO, 2000).

Em complemento, o Instituto Brasileiro de Desenvolvimento (IBID) 2020 ressalta:

[...] o diagnóstico e a vigilância das condições nutricionais das crianças brasileiras constituem forma prática e sensível de avaliar, ao mesmo tempo, condições e tendências da saúde infantil, o grau com que vêm sendo atendidos direitos humanos elementares da população e as próprias possibilidades de desenvolvimento da sociedade.

O conhecimento das condições nutricionais das crianças de um determinado grupo social pode orientar políticas públicas específicas e gerais que venham a minimizar os efeitos deletérios de desajustes estruturais na organização socioeconômica e de saúde da comunidade. No caso dos grupos indígenas, as

ações públicas na área de alimentação e nutrição são incipientes e não precedidas por estudos preliminares (KUHL, 2019).

Para a análise estatística, é necessário fazer comparações entre o desfecho representado pela categorização da criança na condição de desnutrida/eutrófica e os outros dados coletados (sexo, grupo local, escolaridade, idade, aleitamento), considerados fatores de risco, usa-se a análise bivariada com intuito de responder as hipóteses de interesse. Para verificar a associação entre os fatores de risco e o desfecho (desnutrição/eutrofia), o teste Qui-Quadrado foi utilizado. Em alguns casos tais hipóteses foram verificadas pelo Teste Exato de Fisher (BRITO, 2014).

As premissas que categorizam a qualidade da segurança alimentar na população originária, parte das condições territoriais, que mostra uma análise do quão importante é cuidar da terra, fazer uso de produtos naturais sem agroquímicos, sendo marcante no quesito da qualidade alimentar. Sendo assim, destaca a importância da preservação, da conservação dos hábitos e práticas alimentares, mas também se constituindo em um processo de resistência contra informações externas, em que a produção de alimentos industrializados está cada vez mais presente nessas realidades, caracterizando-se na produção em um curto tempo (TAMAYO, 2018).

### **3.3 “Somos o que comemos, comemos o que somos”: transição alimentar no povo indígena**

De acordo com Pimentel (2014), a relação das mudanças alimentares na população indígena também é destacada pelo sedentarismo atuante direto no estado nutricional desses povos, como se não bastasse as doenças infecciosas existentes, têm crescido cada vez mais as doenças crônicas, principalmente as que estão relacionadas à obesidade. A diminuição do consumo dos alimentos tradicionais demonstra o quão tem comprometido as práticas alimentares, sendo um risco exposto para a segurança alimentar desses povos.

A desnutrição infantil assume proporções preocupantes, com prevalências de anemia ferro priva e de déficits estaturais e ponderais, na ampla maioria dos casos, superiores às médias regionais e nacionais, enquanto

a obesidade entre os adultos começa a constituir um sério problema em algumas etnias, associada ao surgimento de doenças crônicas não-transmissíveis (LEITE, 2007).

De outro lado, a influência da urbanização e da industrialização são alguns sinais perceptíveis do desenvolvimento econômico, conseqüentemente um cenário que traz novas mudanças epidemiológicas. Houve mudanças com relação ao perfil de saúde, apresentando uma diminuição nas doenças infecciosas e deficiências nutricionais para um grande aumento significativo de mortes das doenças cardiovasculares, devendo levar em conta, os diferentes níveis epidemiológicos, como as diversas particularidades culturais e organizacionais de cada povo, critérios importantes que envolvem a avaliação das comunidades indígenas (PATRIOTA; LADEIA *et al.*, 2020).

A transição alimentar é inerente aos processos de tecnicização vinculados aos alimentos. Tais eventos assumiram escala planetária, alcançando aqueles cujas vidas se situam em polos mais distantes da linha principal da globalização, como os povos indígenas (GARNELO, 2009).

No que tange à teoria de Santos (2018), a alimentação tornou-se comprometida, dando espaço a enfermidades que outrora não eram possíveis dentro da perspectiva desta comunidade.

Tratando-se de alimentos tradicionais da população indígena é destacado o peixe, os tubérculos, a farinha de tapioca, os chás, alimentos altamente nutritivos, tudo preservando a natureza. Com a inserção da tecnologia passou-se a consumir óleos refinados, enlatados, açúcar, refrigerantes, alimentos processados, calóricos e maléficos a saúde, em excesso desempenha inúmeras doenças (RODRIGUES, 2003).

Aumentando o uso da tecnologia, ocorre, conseqüentemente, a diminuição da mão de obra, em sociedade autóctone, que tem como norte de seus afazeres a caça, a pesca, o plantio e a coleta, possibilitando um tempo maior para a dedicação de outros meios de economia como propagação da sua cultura por meio de artesanatos, produtos naturais medicamentosos, vestimenta e rituais (COIMBRA, 2006).

No Brasil, os discursos científicos e institucionais sobre a saúde indígena têm alertado sobre o rápido incremento de doenças crônicas associadas ao crescente consumo de alimentos industrializados e às mudanças nos padrões de

atividade física. Como ocorre em outros grupos populacionais, essa transição alimentar redundou em sobrepeso e obesidade em adolescentes e adultos, associando-se a doenças cardiocirculatórias, hipertensão e diabetes e coexistindo, não raro, com desnutrição infantil. Soluções para o problema demandariam transformações individuais e coletivas de comportamentos, de extrema complexidade, que transcendem os atuais modos de vida indígenas. Nessa ótica, a mudança da alimentação deve ser entendida como um fenômeno simultaneamente local e global (GUIMARÃES, 2020).

Em concordância com Granelo (2009), o empobrecimento das dietas indígenas consequente à afluência de um grupo restrito de alimentos industrializados adquiridos de modo próprio ou priorizados nas ações de segurança alimentar, implica risco à diversidade sociocultural do Brasil indígena. A perspectiva mais estreitamente biológica na área de nutrição não leva em consideração as dimensões simbólicas e afetivas intrínsecas ao consumo alimentar das etnias atendidas. Parte do problema está ligado ao desconhecimento das ricas e variadas culturas alimentares indígenas e de suas implicações na manutenção de níveis nutricionais adequados.

Essa globalização alimentar se dá por conta da globalização de cidadania, vez que os “índios” se encontram em constante luta de posse de seu próprio território, onde desde o processo de colonização suas terras são tomadas e cada vez seu espaço natural e livre se encontra menor, forçando a inserção na sociedade não indígena como forma de resistência à sua sobrevivência, aderindo, então, novos costumes (FILHO, 2000).

Hábitos alimentares implicam no conhecimento da comida e das atitudes em relação a ela, e não somente a classe de alimentos consumidos por uma população, essa combinatória é denominada de culinária, um conjunto que engloba manipulação, técnicas de cocção, representações e práticas sobre as comidas e as refeições, este mecanismo é a transformação do alimento em comida, ou seja, nos pratos, que juntos são capazes de produzir representatividade (BARBOSA, 2007).

Alimentos que outrora eram caçados e plantados com a extensão de suas terras, atualmente estão à mercê do que é cabível perante ao mundo globalizado e diminuição territorial, a falta de oportunidades trabalhistas condicionam a população indígena às mazelas sociais, visando que:

O engenho de agrupamento indígena leva sempre em consideração prioritariamente, a segurança física e o abastecimento alimentar, que se refere aos recursos extrativistas, à água e à terra adequada ao plantio de seus legumes. Igualmente importantes são as questões de abastecimento com matérias-primas diversas para construção, remédios e confecção de utensílios, ligados tanto ao desenvolvimento da arte utilitária quanto ritual (SALGADO, 2006).

Tratando-se das comunidades indígenas, o acesso à água potável é um dos grandes problemas vividos por toda a comunidade: inexistem cursos de rio na TI (Tribos Indígenas) e as lagoas encontram-se assoreadas e, portanto, secas ou com uma quantidade pequena de água, de modo que a qualidade não é compatível com o consumo humano. Nessa situação encontra-se a Lagoa Grande, a maior lagoa da aldeia, a exemplo específico a Comunidade do povo kiriri, tais condições salientaram doenças controladas pela vigilância sanitária (PACHECO, 2007).

As grandes fazendas da região mantinham atividade pecuária intensiva, o que degradou as condições ambientais, principalmente o desmatamento de amplas áreas para favorecer, notadamente, a bovinocultura (a caprinocultura também se desenvolve nessas terras), assim como a produção de capim para o gado. Essas atividades também foram responsáveis pela compactação extrema do solo, inviabilizando seu uso para a agricultura de subsistência (PACHECO, 2007).

Na década de noventa, período de intensa revitalização da “indianidade” das comunidades, ao longo do qual se concretizou o processo de reorganização sociopolítica do grupo, observa-se uma intensa confrontação entre fazendeiros e indígenas, com a ocupação de fazendas incidentes na TI, por parte desses, e repressão baseada na força física, por parte daqueles (COSTA, 2017).

No território escolhido desempenham o seu viver, a sua integridade física e social, assim, retirando deste meio sua segurança. Para ser mantido existem leis que protegem a comunidade indígena, inclusas no Estatuto do Índio, Lei nº 6.001, 1973, esta apresenta o reconhecimento desta comunidade em necessidade de terra, seus direitos originários sobre o ambiente tradicionalmente habitado por eles.

A Constituição Federal (art. 231) determina que o território indígena é inalienável e indisponível e os direitos sobre ele, imprescritível. Este comprometimento jurídico é detalhado no EI (Estatuto do Índio), Lei nº 6.001, de 1973, tendo em vigor:

“Art. 18: As Terras Indígenas não poderão ser objeto de arrendamento ou de qualquer ato ou negócio jurídico que restrinja o pleno exercício da posse direta pela comunidade indígena ou pelos silvícolas”.

“Art. 21: É garantido ao índio o exclusivo exercício da caça e pesca nas áreas por ele ocupadas, devendo ser executadas por forma suasória as medidas de polícia que em relação a ele eventualmente tiverem de ser aplicadas”.

“Art. 24: O usufruto assegurado aos índios ou silvícolas compreende o direito à posse, uso e percepção das riquezas naturais e de todas as utilidades existentes nas terras ocupadas, bem assim ao produto da exploração econômica de tais riquezas e utilidades”.

“Art. 28: Nessas áreas, é vedada a qualquer pessoa estranha aos grupos tribais ou comunidades indígenas a prática da caça, pesca ou coleta de frutos, assim como de atividade agropecuária ou extrativa”.

Mesmo com as leis que asseguram as suas terras, a distribuição das mesmas é comprometida, ou seja, é um território curto para um número significativo da população, o que levou a sociedade indígena a conviver com outros tipos de sociedade (COIMBRA, 2006).

Este contato é capaz de resultar numa desestruturação em seu nível ideológico, no sentido de que cada grupo social, inclusive os indígenas, carregam consigo suas crenças, tradições e respostas diante de todas as coisas existentes, este elo, quando rompido, leva a formas adaptativas de cultura (WORTTMAN, 2008).

A FUNAI – Fundação Nacional do Índio (2013), traz a discussão do contato da sociedade indígena com outro tipo de sociedade, afirmando que *“existem grupos indígenas com ausência de relações permanentes com as sociedades nacionais ou com pouca frequência de interação, seja com não-índios, seja com outros povos indígenas”*; entretanto, há povos com contato recente, o que também é descrito pela FUNAI:

Povos ou grupos indígenas que mantêm relações de contato permanente e/ou intermitente com segmentos da sociedade nacional [...] grupos que mantêm fortalecidas suas formas de organização social e suas dinâmicas coletivas próprias, e que definem sua relação com o Estado e a sociedade nacional com alto grau de autonomia.

Estas relações distintas possuem níveis de interferências culturais na mesma proporção.

A atual atenção à saúde dos povos indígenas brasileiros, expressa em 1999 como um subsistema vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS), é fruto de movimentos surgidos na década de 1980, pautados na ideia do direito à diferença e do multiculturalismo, e em um modelo que, além da biomedicina, considera formas específicas de atenção à saúde e à doença usadas pelos diversos povos e comunidades indígenas (YUYAMA, 2008).

Apesar dos avanços teóricos sobre a SAN, a insegurança neste campo é um problema comum e crescente no mundo, afetando os grupos mais vulneráveis, principalmente os indígenas (PEÑA-VENEGAS *et al.*, 2009).

Segurança alimentar para as comunidades indígenas está mais centrada nas possibilidades diárias, e não nas possíveis perspectivas em longo prazo, pois os itens alimentares, nas comunidades, são fornecidos por meio de sazonalidade (disponibilidade de frutos oriundos da floresta ou os cultivados em quintais) e encontros casuais (em relação às fontes proteicas, à caça e à pesca).

O contato com a civilização urbana levou essa população a consumir “comida do branco” – alimentos industrializados - e a uma redução da atividade física, pois o que antes era obtido pela caça, pesca e agricultura de subsistência - plantavam- se milho, mandioca, banana, amendoim, cana, batata-doce, abacaxi e coletava-se mel – passou a ser adquirido pelo trabalho remunerado nos centros urbanos ou na produção e venda de artesanatos (MOURA, 2010).

Em decorrência destes maus hábitos, a subnutrição aparece com maior incidência nessas populações, sendo a principal causa de óbitos infantis, dessa forma, o consumo inadequado de alimentos, em termos qualitativos e quantitativos, pode ter contribuído para o desenvolvimento de diarreia, desidratação, anemia, obesidade, diabetes, hipertensão e aumento da mortalidade infantil na comunidade indígena (BARROS, 2007).

De início, não é demais afirmar que a situação nutricional nas áreas indígenas, de modo geral, é precária e os valores que a evidenciam compõem o quadro dos resultados das investigações que aí se inserem. Ainda que de forma tímida, começa a tomar corpo, no país, a produção de dados mais sistemáticos sobre essas condições (COIMBRA, 2000).

A necessidade de se reverter a invisibilidade demográfica e epidemiológica das populações indígenas nas estatísticas oficiais em saúde, de tal forma que a dimensão étnico-racial possa representar um papel importante nos modelos explicativos dos processos de desigualdades sociais, que interferem, diretamente, nas condições de saúde e embasam as políticas públicas na área (PACHECO, 2007).

### **3.4 Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) na Comunidade Indígena**

O Brasil, assim como outros países em todo o mundo, passa, desde a década de 60, por processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, resultando em diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, aumento progressivo tanto da expectativa de vida quanto da proporção de idosos, e importantes modificações no estilo de vida, com consequente alteração no padrão de ocorrência de doenças, com aumento das prevalências das doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) (MALTA, 2006)

Com o processo de transição nutricional em comunidades indígenas sob influências sociodemográficas, socioeconômicas e socioculturais, evidencia-se uma realidade de saúde preocupante, como o intenso surgimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), ainda que a população indígena represente 5% da população da população global, 15% dos níveis de pobreza são decorrentes desta comunidade, contribuindo para as disparidades sociais e de saúde (ROVÊDENÊ, 2021).

Oliveira (2010) trouxe que desde o primeiro contato com os colonizadores, os “índios” passam a ser seres considerados “aculturados”, no sentido de que os colonizadores conseguiram ao longo do contato esvaziar a noção de cultura do povo. Nesse sentido, o indígena desde então passou a ter a “necessidade” de se “inserir na cultura branca” por uma questão de aceitação, vez que, se continuassem como “índios” caracterizados seriam tidos como seres selvagens e impuros.

A ingestão de alimentos industrializados com baixo valor nutricional juntamente a baixa escolaridade, disparidades no acesso aos serviços, bens e

informações, consumo de bebidas alcoólicas, hábitos de vida modificáveis que constituem fatores de risco. A condição de saúde de muitos povos indígenas no Brasil é evidenciada, segundo estudos, por presença de hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), sedentarismo, síndrome metabólica (OLIVEIRA, 2011).

Apesar da saúde indígena ainda se caracterizar por elevada prevalência de doenças infecto-parasitárias e desnutrição infantil, novos desafios como a obesidade, as DCNT, o alcoolismo e a violência, fazem parte da atualidade. Sabe-se que o acúmulo excessivo de gordura na região central do corpo (obesidade central) está associado ao desenvolvimento de alguns tipos de câncer e a distúrbios metabólicos, tais como as dislipidemias, hipertensão arterial e o diabetes, todos conferindo maior risco cardiovascular (SALVO, 2009).

Estima-se que cerca de 25% das mortes de crianças de 0 a 5 anos do Nordeste brasileiro estão associadas à desnutrição grave (VALENTE, 2002). Por outro lado, carências nutricionais advindas ao longo do período entre a concepção e os três anos de idade predis põem o indivíduo a desenvolver, na idade adulta, doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, acidentes vasculares cerebrais, obesidade e doenças coronarianas (PACHECO, 2007).

Em função de a obesidade e suas comorbidades representarem importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo, com dados escassos, pouco precisos e dispersos para a população indígena, torna-se relevante avaliar seu estado nutricional e metabólico, a fim de identificar alterações de saúde e nutrição desses sujeitos (SALVO, 2009).

No Brasil, as informações sobre o processo da transição nutricional para os povos indígenas são limitadas quando comparadas às disponíveis para o restante da população. A razão principal é que esse segmento populacional não tem sido sistematicamente incluído nos inquéritos de saúde e nutrição realizados no país. No entanto, diversos estudos de caso em comunidades específicas têm apontado para a ocorrência de elevadas prevalências de excesso de peso e obesidade em adultos indígenas (SANTOS, 2016).

Mais recentemente, os resultados do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, que teve por foco crianças menores de 5 anos e mulheres, mostraram que o excesso de peso e a obesidade atingem, respectivamente, 46,1% e 15,8% das mulheres de 14 a 49 anos. Transformações

socioeconômicas, em geral vinculadas a modificações nas atividades de subsistência e novas formas de trabalho, são consideradas importantes fatores relacionados a esse quadro, uma vez que se vinculam diretamente a padrões de alimentação e atividade física (FAVARO, 2015).

Logo, é de grande valia que haja um resgate da cultura alimentar indígena, vez que, sabendo que a base da sua alimentação foi moldada a partir de alimentos *in natura* à base da tapioca, milho, caça, pesca, cultivo de verduras e frutas (LEITE, 2010). Essa base de alimentação é saudável, logo, a partir desta existirá promoção e manutenção de saúde e a falta implicará na diminuição de saúde e aparecimento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) (GOMES; FRINHANHI, 2016).

A emergência e a magnitude das DCNTs entre os povos indígenas são consequências de um cenário epidemiológico complexo de mudanças significativas nos modos de vida entre as sociedades indígenas e que incluem a expansão de fronteiras agrárias, a degradação ambiental, a restrição dos territórios tradicionalmente percorridos, os conflitos pela terra e o crescente contato com não indígenas. Ainda que com nuances locais, somam-se a tal quadro a proximidade dos centros urbanos e o acesso facilitado a alimentos ultraprocessados, as modificações na maneira de trabalhar e a redução da atividade física (CHAGAS, 2020).

A hipertensão arterial sistêmica (HAS), presente no conjunto das DCNTs, apresenta proporções epidêmicas em todo o mundo, sendo responsável pelo aumento da carga de doenças e perda da expectativa de vida devido às incapacidades geradas em decorrência dessa condição crônica (ROVÊDENÊ, 2021).

A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. Essa doença tem alta prevalência, porém, baixas taxas de controle. É considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde públicas que interfere diretamente nas doenças circulatórias e cardíacas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

As estatísticas sobre hipertensão arterial sistêmica são alarmantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 600 milhões de pessoas no mundo tenham hipertensão arterial sistêmica. A Sociedade Brasileira de Hipertensão constata que a prevalência de hipertensão arterial sistêmica na população adulta varia de 22,3% a 43,9% e, em crianças e adolescentes, entre 2% e 13% (GALVÃO, 2013).

Ressalta-se ainda que o surgimento das DCNT e metabólicas, como o DM e HAS tem sido determinado por condições sociais, tais como a baixa escolaridade, disparidades no acesso aos serviços, bens e informações, além dos hábitos de vida modificáveis que constituem fatores de risco, a exemplo, o tabagismo, a ingestão de bebida alcoólica, a nutrição inadequada e/ou deficiente e o sedentarismo, passíveis de prevenção (OLIVEIRA, 2011).

O diabetes está vigente em toda a população, é um distúrbio metabólico caracterizado por hiperglicemia resultante da produção, secreção ou utilização deficiente de insulina. Existem tipos de diabetes que se diferem: tipo 1, tipo 2 e outros tipos, a exemplo, síndrome genética associada ao diabetes e diabetes gestacional. Na comunidade indígena na maioria dos casos são identificadas através do tipo 2 (BRITO, 2014).

Diabetes Mellitus não insulino dependente (DMNID) é causada pela resistência à insulina dos tecidos-alvo aos defeitos metabólicos da insulina. Isso ocorre quando a produção de insulina é diminuída, os estudos dizem que a resistência à insulina procede a um defeito na secreção de insulina, sendo assim, a diabetes se instala somente quando a secreção de insulina torna-se inadequado, tem origem forte comprometimento genético evidenciado pelo padrão familiar. Em contraste com a diabetes tipo 1, a morfologia das células beta do pâncreas apresenta-se normalmente durante a maior parte da doença, e verifica-se elevada secreção de insulina, já a diabetes tipo 2 desenvolve em adultos, por isso é chamado de diabetes de início, com mais frequência em adultos com mais de quarenta anos e obesos (FAEDA, 2006).

Globalmente, o DM alcança proporções epidêmicas. Pelos custos elevados, que envolvem o controle e o tratamento de suas complicações, tornou-se um crescente problema para a saúde pública. Atualmente, existem mais de 285 milhões de diabéticos nos cinco continentes; aproximadamente 90% são do tipo 2, que envolve resistência ou produção diminuída de insulina, e 10% são do tipo 1, no qual a insulina não é produzida. Cerca de 197 milhões de indivíduos em todo o mundo têm tolerância à glicose diminuída. Estima-se que, em 2025, esse número

chegará a 420 milhões de pessoas (SBD - SOCIEDADE BRASILEIRA de DIABETES, 2021).

A primeira referência ao DM em grupos indígenas no Brasil é dos anos 1970, entre os povos Caripunas e Palikures, no Amapá. A transição epidemiológica e a emergência de morbimortalidade relacionada às doenças crônicas não transmissíveis entre os indígenas são atribuídas às alterações no estilo de vida desses povos e têm exigido atenção, treinamento e recursos especiais para ações de prevenção, diagnóstico e tratamento (OLIVEIRA, 2011).

Na Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE) do ano de 2009 constatou-se que em relação aos adolescentes o principal problema nutricional atualmente é o excesso de peso. As prevalências mais elevadas de excesso de peso e obesidade encontram-se entre os adolescentes das escolas privadas, filhos de mães com maior nível de escolaridade e residentes das regiões Sul e Sudeste do país (ARAUJO, 2010).

No que toca às DCNTs, o Diabetes Mellitus (DM) é um grande problema de saúde pública do século XXI, com uma prevalência de 9%, tornando o Brasil o sexto no ranking mundial de óbitos pela doença (FREITAS, 2016).

Outro fator importante é a dislipidemia, um quadro clínico caracterizado por concentrações anormais de lipídios ou lipoproteínas no sangue e é determinada por fatores genéticos e ambientais. Evidências indicam que níveis elevados de colesterol total (CT), LDL colesterol (LDL-c) e triglicerídeos (TG), assim como níveis reduzidos de HDL colesterol (HDL-c), estão relacionados com maior incidência de hipertensão e doença aterosclerótica (PEREIRA, 2010).

As consequências do colesterol elevado, somadas a outros fatores de risco, constituem um problema mundial de saúde pública. Do ponto de vista clínico, a vigilância e a detecção precoce dos fatores de risco associados à hipercolesterolemia são fatores primordiais nas ações preventivas, com destaque para a obesidade infantil, cujo controle por meio da obtenção e manutenção do peso adequado para altura, sexo e idade, é factível em ações primárias de atenção à saúde (GALVÃO, 2010).

As comunidades indígenas do Brasil já não caçam, pescam e cultivam seu alimento como faziam antigamente. O “contato com a civilização urbana” levou essa população a grandes mudanças socioculturais e, atualmente, consomem alimentos industrializados, como os povos não indígenas, além da redução de

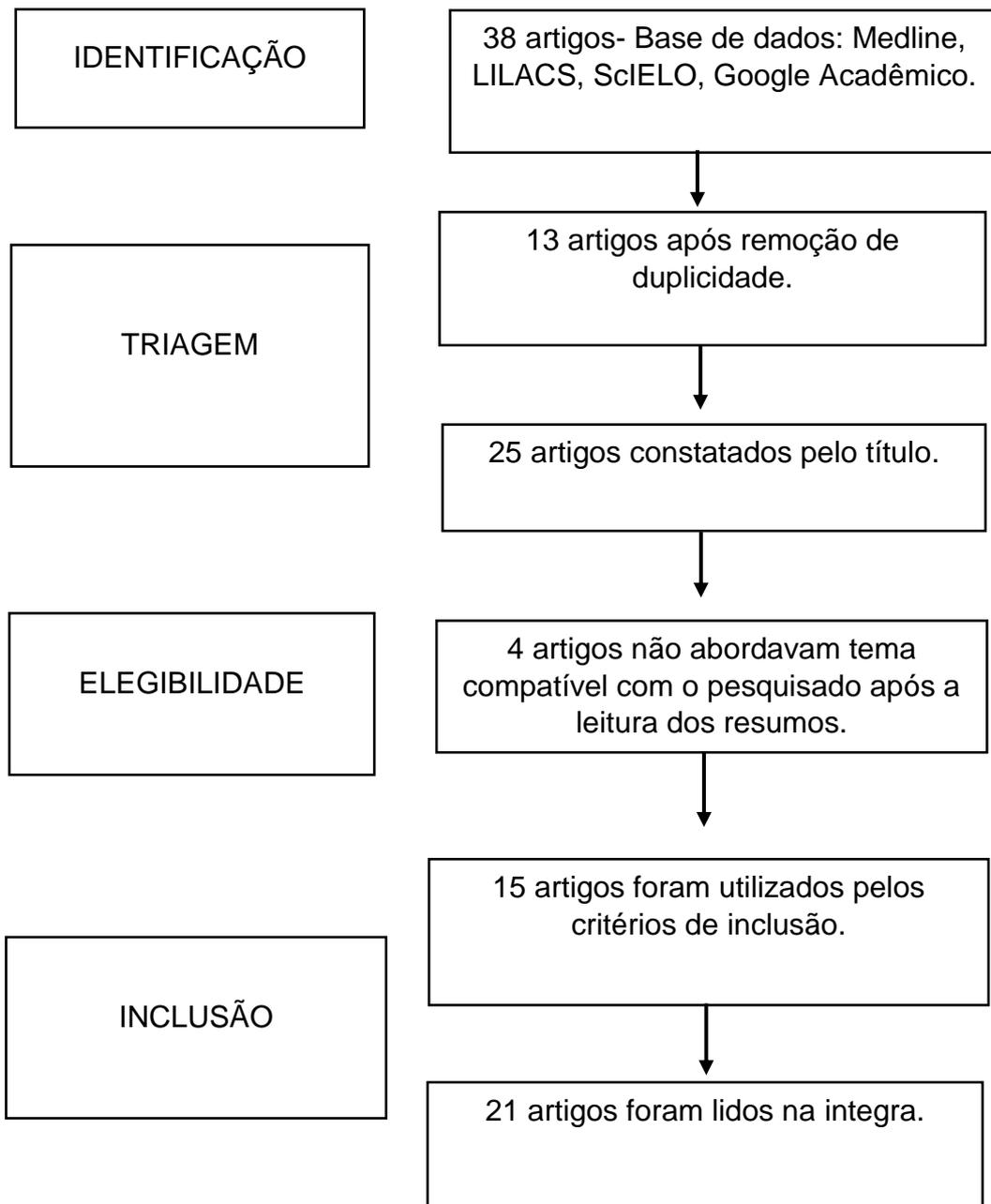
atividade física, pois o que era produzido a partir da caça, pesca e agricultura de subsistência, passou a ser adquirido pelo trabalho remunerado. Este comportamento demonstra uma realidade de sedentarismo e má nutrição, e está associado tanto à incidência, quanto à prevalência de nativos com sobrepeso e obesidade (CARDOSO, 2018).

Boaretto, (2014)<sup>6</sup> constatou alta prevalência de sobrepeso e obesidade em mulheres Kaingang, de 45,9% e 21,7%, respectivamente. Nas mulheres Guaranis a prevalência foi de 25% e 8,3%, respectivamente, em estudo realizado com indígenas Kaingang e Guarani do Estado do Paraná, Gimeno *et al.* (2007) registraram prevalência de sobrepeso e obesidade de 51,8% e 15%, respectivamente, nos indígenas do povo Aruák do Alto Xingu.

Para melhoria destes quadros, as políticas públicas devem analisar de perto seus costumes, juntamente a suas disparidades sociais, buscando de forma equivalente conduzir uma equipe multiprofissional, que trabalhem na perspectiva de tratamento, mas também na prevenção com melhor acesso a informações e entendimento da combinação do tradicional e contemporâneo (SALVO, 2020).

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A apresentação dos resultados foi ilustrada no Quadro 1, tendo o objetivo de sintetizar as principais características metodológicas e os resultados dos artigos escolhidos.



**Figura 1:** Organograma da triagem dos estudos utilizados.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (produzida em 2021).

<b>Ano de Publicação</b>	<b>Número de Estudos</b>
1988	1
2004	1
2007	1
2008	1
2009	1
2010	1
2011	1
2014	2
2015	1
2017	1
2018	1
2019	1
2020	1
2021	1
<b>TOTAL</b>	<b>15</b>

**Quadro 1:** Distribuição dos estudos por ano de publicação.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (produzido em 2021).

<b>Nº</b>	<b>AUTOR/ ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>BASE DE DADOS</b>	<b>TIPO DE PESQUISA</b>	<b>PERIÓDICO</b>
01	DIEL, 2014	SAÚDE E POVOS INDÍGENAS NO BRASIL: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais	MEDLINE	Abordagem Qualitativa.	Caderno de Saúde Pública.
02	SANTOS, 2018.	ESTADO NUTRICIONAL E CONDIÇÕES AMBIENTAIS E DE SAÚDE DE CRIANÇAS PATAXÓ, MINAS GERAIS, BRASIL	Google Acadêmico.	Transversal de caráter Descritivo.	Caderno de Saúde Pública.

03	COIMBRA, 2014.	SAÚDE E POVOS INDÍGENAS NO BRASIL: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena	Google Acadêmico.	Abordagem qualitativa e exploratória.	Caderno de Saúde Pública.
04	BARROS, 2009.	VIGILÂNCIA ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A SAÚDE INDÍGENA	LILACS	Pesquisa Bibliográfica.	Escola Nacional de Saúde Pública do Rio de Janeiro.
05	FÁVARO, 2010.	SEGURANÇA ALIMENTAR EM FAMÍLIAS INDÍGENAS TERENA, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL	Google Acadêmico.	Estudo observacional e descritivo.	Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul.
06	OLIVEIRA, 2011.	PREVALÊNCIA DE DIABETES E TOLERÂNCIA À GLICOSE DIMINUÍDA NOS INDÍGENAS DA ALDEIA JAGUAPIRU, BRASIL	Google Acadêmico.	Abordagem Qualitativa.	Revista Panam Salud Publica.
07	ROVÊDENÊ, 2021.	RASTREANDO DOENÇAS CRÔNICAS NA COMUNIDADE INDÍGENA	Google Acadêmico.	Abordagem Qualitativa.	Revista Científica de Enfermagem.
08	CASTRO, 2019.	PREVALÊNCIA ESTIMADA E FATORES ASSOCIADOS À HIPERTENSÃO ARTERIAL EM INDÍGENAS ADULTOS KRENAK DO ESTADO DE	SciELO.	Transversal de Caráter Descritivo.	Caderno de Saúde Pública.

		MINAS GERAIS, BRASIL			
09	LEITE, 2007.	TRANSFORMAÇÃO E PERSISTÊNCIA: antropologia, alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica	SciELO	Transversal de caráter descritivo, abordagem qualitativa.	<i>Research, Society and Development.</i>
10	BRITO, 2015.	DIABETES TIPO 2 E SUA RELAÇÃO COM HÁBITOS ALIMENTARES NA COMUNIDADE INDÍGENA TABALASCADA LOCALIZADA NO MUNICÍPIO DE CANTÁ – RORAIMA	MEDLINE	Pesquisa Bibliográfica.	Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.
11	COSTA, 2008.	AS NARRATIVAS DO POVO KIRIRI: uma literatura do reconhecimento	Google Acadêmico.	Transversal de Caráter Descritivo.	Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Literatura e Cultura, do Instituto de Letras da Universidade Federal da Bahia – UFBA.
12	CARVALHO, 2004.	GESTÃO AMBIENTAL KIRIRI: etnografia, história, ambiente	Google Acadêmico.	Transversal de Caráter Descritivo.	Dissertação de Mestrado em Ciências Sociais na Uni. Federal da Bahia
13	OLIVEIRA, 2002.	Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu	Google Acadêmico.	Pesquisa Bibliográfica.	Revista Brasileira de Enfermagem.

14	COSTA, 2017.	AÇÕES DO ESTADO PARA PROMOVER ALIMENTAÇÃO ADEQUADA PARA PREVENÇÃO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM COMUNIDADES INDÍGENAS NA BAHIA	SciELO	Transversal de Caráter Descritivo.	Monografia apresentada ao curso de Nutrição da Faculdade Maria Milza.
15	SALVO, 2020.	PERFIL METABÓLICO E ANTROPOMÉTRICO DOS SUYÁ, PARQUE INDÍGENA DO XINGU, BRASIL CENTRAL.	Google Acadêmico.	Pesquisa Bibliográfica.	Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP.

**Quadro 2:** Resumo dos trabalhos científicos encontrados nas bases de dados online.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (produzido em 2021).

Autor/ Ano	Temática	Resultados da pesquisa
DIEHL, 2014.	Hábitos Alimentares da Comunidade Indígena.	A população indígena é uma sociedade tradicional que prega em suas práticas o conceito de gerações, priorizando a cultura como norte de suas ações. Dispõe dos impactos ambientais e isso tem contato direto com as escolhas, incluindo as alimentares. A relação com a natureza determina o que é preferível na escolha alimentar da população indígena, é visto com pureza retirar da mesma o fruto da vida, a alimentação, derivada da caça, pesca e plantio.
LEITE, 2007.	Transição Alimentar na População Indígena.	A diminuição do consumo dos alimentos tradicionais demonstra o quão tem comprometido as práticas alimentares. A influência da urbanização, da industrialização, são alguns sinais perceptíveis do desenvolvimento econômico, conseqüentemente, um cenário que traz novas mudanças. Aumentando o uso da tecnologia ocorre conseqüentemente a diminuição da mão de obra, em sociedade autóctone em

		quem tem como norte de seus afazeres a caça, a pesca, o plantio e a coleta, possibilita um tempo maior para a dedicação de outros meios de economia como propagação da sua cultura.
YUYAMA, 2008.	(In) Segurança Alimentar e Nutricional.	De 50% a 80% da população indígena durante a infância apresentam anemia e desnutrição, em contrapartida, a população adulta caminha para o excesso de peso, sendo superior à média nacional, conseqüentemente, aumentam os riscos de desenvolvimento das doenças cardiovasculares. O desmonte das políticas públicas voltada para a saúde indígena se agravou nos últimos anos, tendo seus direitos ameaçados, principalmente no direito à alimentação adequada, impactando em seus estilos de vida.
GALVÃO, 2013.	Doenças Crônicas não Transmissíveis.	A emergência e a magnitude das DCNTs entre os povos indígenas são conseqüências de um cenário epidemiológico complexo de mudanças significativas nos modos de vida entre as sociedades indígenas e que incluem: a expansão de fronteiras agrárias, a degradação ambiental, a restrição dos territórios tradicionalmente percorridos, os conflitos pela terra e o crescente contato com não indígenas. Ainda que com nuances locais, somam-se a tal quadro a proximidade dos centros urbanos e o acesso facilitado a alimentos ultraprocessados, as modificações na maneira de trabalhar e a redução da atividade física.

**Quadro 3:** Síntese dos estudos relacionados: modificação dos hábitos alimentar e suas respectivas conseqüências da população indígena.

**Fonte:** Dados da pesquisadora (produzido em 2021).

Analisando o Quadro 1, é perceptível notar uma variação de trabalhos publicados em decorrência dos anos, para melhor levantamento do tema perante a revisão bibliográfica. É importante buscar em diferentes plataformas, por distintas

perspectivas para uma gama de possibilidades do tema central, este viés, foi apresentado no Quadro 2.

No Quadro 3, foram destacados os autores que diretamente debateram a temática. Diante dos estudos analisados, é perceptível a influência da globalização na modificação dos hábitos alimentares das populações indígenas, isso se dá por meio do processo de industrialização, conseqüentemente, afetando-os com morbidades.

Em conformidade com Leite (2007), a alimentação desta comunidade outrora baseada em frutas, leguminosas, tubérculos, peixes e carnes, atualmente é preenchida por alimentos instantâneos, ultraprocessados, com altas calorias e baixo teor nutricional. Tratar dos hábitos alimentares desta população é compreender duas vertentes. Yuyama (2008) aborda a primeira, as disparidades sociais, a disponibilidade territorial, a redução de atividade física, pois o que era produzido a partir da caça, pesca e agricultura de subsistência, tem influência perante a rentabilidade destes povos, logo, o acesso à alimentação, levando à insegurança nutricional.

Grande parte desta coletiva sofre desnutrição ou/e anemia infantil, o que traz conseqüências no desenvolvimento, aprimoramento escolar, desenvolvimento empírico. Diehl (2014) apresenta em sua tese que toda prática cultural, social e alimentar implica na formação de hábitos, entretanto, seguindo a teoria de Leite (2007), a economia corrompida, compromete a qualidade nutricional dos mesmos, a insegurança neste campo é um problema comum e crescente no mundo, afetando os grupos mais vulneráveis.

Se faz importante o conhecimento das políticas públicas gerais e as equivalentes a este grupo, com o propósito de propiciar segurança alimentar e nutricional, o trabalho de Leite (2007) ressalta a visibilidade dentro da comunidade possibilidades de desenvolvimento e retorno de suas atividades, em suma, é direito de todo cidadão o acesso à comida na perspectiva qualitativa e quantitativa.

Referindo-se aos hábitos, o autor Diehl (2014) apresenta a mudança drástica da população indígena no ciclo adulto, neste momento, as principais questões são advindas do sobrepeso, Galvão (2013) apresenta a magnitude do desenvolvimento de doenças crônicas nas aldeias, cita o Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica, Dislipidemias como as principais.

A equipe multidisciplinar disponibilizada pelo SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - deve primeiramente compreender o aporte cultural desta comunidade, que mesmo em transição e adaptação ao mundo moderno, existe a tradição, o trabalho em equipe, a funcionalidade de cada povo indígena, para só assim conseguir intervir de forma significativa na saúde dos mesmos.

## 5 CONCLUSÃO

Na área da nutrição, são cabíveis percepções para além da estreitamente biológica, assim, é de suma necessidade voltar-se ao leque de possibilidades existentes, tornando momentoso compreender as dimensões simbólicas e afetivas intrínsecas ao consumo alimentar das etnias atendidas.

A comunidade indígena carrega consigo tradição e adaptação do mundo globalizado, bem como todas as carências territoriais e sociais interferem na concepção de mundo e formação dos hábitos, incluindo os alimentares.

As mazelas sociais pertencentes a este grupo propiciam a insegurança alimentar, principalmente, tratando-se das crianças, o que intercede o desenvolvimento cognitivo e físico, para isso, surge a necessidade do conhecimento perante as políticas públicas.

As políticas indigenistas têm aplicabilidade desde a regulamentação de suas terras, a medidas protetivas, educacionais e de saúde. Estas, imprescindíveis para o conhecimento do profissional em atendimento, visando perpassar a informação, mas, também, a sustentação do direito: comida para todos de forma sustentável.

Segurança alimentar para as comunidades indígenas está mais centrada nas possibilidades diárias, e não nas possíveis perspectivas em longo prazo, pois os itens alimentares nas comunidades são fornecidos por meio de sazonalidade, mudanças nas práticas alimentares por influência externa que afetam a autonomia dessas populações.

Portanto, deve-se considerar que, por integralidade, não se entende apenas o acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de complexidade. A efetivação da integralidade no SUS é objeto da Política Nacional de Humanização, norteadas para a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, sejam usuários, trabalhadores e gestores.

Ao relacionar-se com comunidades indígenas, o sistema de saúde se depara com a dimensão intercultural, o que remete diretamente à discussão sobre a adequação ética e cultural das práticas sanitárias ocidentais e sua relação com os sistemas indígenas de saúde, sendo, atualmente, um desafio.

O mundo globalizado proporcionou à comunidade inúmeras interferências no que compete à alimentação e nutrição, o que outrora era caçado, plantado, passou a ser de acesso “prático”, alterando, assim, o gasto energético de seus integrantes, aumentando os casos de sedentarismo, juntamente aos alimentos industrializados, consumo de bebidas alcoólicas, consumo de tabagismo, levando ao maior índice de doenças crônicas não transmissíveis, tendo sempre em vista as vivências e particularidades desses povos.

Anteriormente, ao tratar de doenças desta população, destacavam-se as epidemiológicas, falta de saneamento básico, aspectos sanitários, ausência de vacinação, conseqüente de sarampo, gripe, coqueluche. Mas, atualmente, as doenças que sobressaem são diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, sobrepeso, desnutrição e anemia.

Conclui-se que a promoção e a prevenção em saúde possuem significância, porém, inferem a existência e a efetivação de políticas em saúde eficazes que permitam o enquadramento total nos diferentes contextos sociais e populacionais. A promoção da saúde na comunidade indígena necessita do desenvolvimento de ações integradas e articuladas ao comportamento dos mesmos, focado em seu ambiente cultural diferenciado, seu estilo de vida e a relação entre eles e o meio ambiente, devendo colocar em prática as intervenções dentro de suas realidades de forma que venham a atender às suas reais necessidades.

## REFERÊNCIAS

BARROS, Denise Cavalcante; SILVA, Denise Oliveira e; GUGELMIN, Sílvia Ângela. Vigilância alimentar e nutricional para a saúde Indígena. **Editora FIOCRUZ**, v.1, Rio de Janeiro, 2007.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. Atenção à saúde indígena. In: BRASIL, editor. **100 anos de saúde pública: a visão da FUNASA**. Brasília/ Distrito Federal, 2006.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas. Ministério da Saúde. 2ª ed. Brasília/DF, 2002.

BRITO, Yanuska Crispim Rodrigues de. **Diabetes tipo 2 e sua relação com hábitos alimentares na comunidade indígena tabalascada localizada no município de Cantá – Roraima**. Universidade Federal de Santa Catarina, Boa Vista, 2014.

CARDOSO, Gabriel Novais. “Um pra você, muitos pra gente”: situação política e distintividade intra-étnica no povo Kiriri. **Universidade Federal da Bahia Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas Departamento de Antropologia e Etnologia**, Salvador - Bahia, 2018.

COIMBRA, Júnior de. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014.

COIMBRA, Júnior de. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Rev. Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro/RJ, 2000.

COSTA, Ágatha Maria Fric Americano da. **Ações do estado para promover alimentação adequada para prevenção de diabetes mellitus tipo 2 em comunidades indígenas na Bahia**. Faculdade Maria Milza, Bacharelado em Nutrição, Mangabeira, 2019.

COSTA, Thiane Pinheiro. **As narrativas do povo Kiriri: uma literatura do reconhecimento**. Universidade Federal da Bahia Instituto de Letras Programa de Pós-Graduação em Literatura e Cultura, Salvador - Bahia, 2017.

DIEHL, Eliana Elisabeth. Saúde e povos indígenas no Brasil: o desafio da formação e educação permanente de trabalhadores para atuação em contextos interculturais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2014.

TAMAYO, Maria Paio; FARFÁN, Juan Camilo Calderón; TORRES, Dolly Arias; GÓMEZ, Martha Nidia Papamija. Condições de segurança alimentar em uma

comunidade indígena na Colômbia. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 28, Rio de Janeiro, 2018.

FÁVARO, Tatiana Regina; FERREIRA, Aline Alves; CUNHA, Geraldo Marcelo. Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Maceió/AL, 2019.

TAVARES, Felipe Guimarães. Epidemiologia da Hipertensão Arterial e níveis tensionais em adultos Indígenas Suruí, Rondônia, Brasil. Editora **FIO CRUZ.**, Rio de Janeiro, 2010.

GALVÃO, Patrícia Paiva de Oliveira. **Estado nutricional, doenças crônicas e condição socioeconômica das famílias Khisêdjê que habitam o Parque Indígena do Xingu.** Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

LEITE, Mauricio Soares. **Transformação e persistência:** antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

LEITE, Maurício Soares; FERREIRA, Aline Alves; BRESAN, Deise. O protagonismo indígena no contexto da insegurança alimentar em tempos de Covid-19. **Revista de Nutrição**, Santa Catarina, 2021.

LEITE, Maurício Soares; SANTOS, Ricardo Ventura. Sazonalidade e estado nutricional de populações indígenas: o caso Wari', Rondônia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007.

LEITE, Mauricio Soares; FERREIRA, Aline Alves; ATHILA, Adriana Romano. A medida da fome: as escalas psimétricas de Insegurança Alimentar e os Povos Indígenas do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio e Janeiro, 2020.

MOURA, Patrícia Garcia de; BATISTA, Luciana Rodrigues Vieira; MOREIRA, Emília Addison Machado. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Rev. Nutr.**, Campinas, 2010.

OLIVEIRA, Jonas Welton Barros; AQUINO, Jael Maria; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles. Promoção da saúde na comunidade indígena Pankararu. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2012.

PILNIK, Málika, Simis. Isso é comida de Huni Kui. Etnobotânica da Alimentação Indígena no Baixo Rio Jordão. IMPA. Manaus, 2019.

RIBAS, D. L. B; LEITE, M. S. and GUGELMIN, S. Ã., orgs. VIGILANCIA Alimentar e Nutricional para a Saúde Indígena. **Editora FIOCRUZ**, 2007.

ROVÊDENÊ, Leticia Penariwê Sousa; SOUZA, Marise Ramos de; MARTINS, Marlene Andrade. Rastreado doenças crônicas na comunidade indígena. **Rev. Recien: Revista Científica de Enfermagem**, São Paulo, 2021.

SALVO, Vera Lúcia Morais Antônio de; RODRIGUES, Douglas; BARUZZI, Roberto. Perfil metabólico e antropométrico dos Suyá no Parque Indígena do Xingu, Brasil Central. **Rev. Bras Epidemiol**, Minas Gerais, 2009.

SANTOS, Anabele Pires; MAZZETI, Camila Medeiros da Silva; FRANCO, Maria do Carmo Pinho. Estado nutricional e condições ambientais e de saúde de crianças Pataxó, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, 2018.

SANTOS, José Wilson dos; BARROSO, Rusel Marcos B. **Manual de Monografia da AGES: graduação e pós-graduação**. Paripiranga: AGES, 2019.

VERDUM, Ricardo. Etnodesenvolvimento e mecanismos de fomento do desenvolvimento dos povos indígenas: a contribuição do subprograma Projetos Demonstrativos (PDA). **Contracapa Livraria/LACED**, Rio de Janeiro/RJ, 2002.

YUYAMA, Lucia Kiyoko Ozaki; PY-DANIEL, Victor; ISHIKAWA, Noemia Kazue. Percepção e compreensão dos conceitos contidos na Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, em comunidades indígenas no estado do Amazonas, Brasil. **Rev. Nutr.**, Campinas, 2008.