

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E AMBIENTE (PPGSA)

MAÍRA FERNANDA VEIGA DE SOUSA

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 5
ANOS, DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA, MARANHÃO, BRASIL.

SÃO LUIS- MA

2026

MAÍRA FERNANDA VEIGA DE SOUSA

**ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 5
ANOS, DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA, MARANHÃO, BRASIL.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do título de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. István van Deursen Varga

SÃO LUIS- MA

2026

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Sousa, Maíra Fernanda Veiga de.

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 5 ANOS, DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA, MARANHÃO, BRASIL / Maíra Fernanda Veiga de Sousa. - 2026.

124 f.

Orientador(a): Istvan Van Deursen Varga.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde e Ambiente/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Federal do Maranhão, 2026.

1. Saúde Pública. 2. Nutrição Infantil. 3. Estado Nutricional. 4. Povos Indígenas Guajajara. I. Varga, Istvan Van Deursen. II. Título.

MAÍRA FERNANDA VEIGA DE SOUSA

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 5 ANOS, DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA, MARANHÃO, BRASIL.

Aprovada em: 30 / 01 / 2026

BANCA EXAMINADORA

Orientador

Prof. Dr. Istvan van Deursen Varga- Orientador
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente (PPGSA)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

1º examinador

Prof. Dra. Rosana Lima Viana
Ministério das Cidades

2º examinador

Prof. Dra. Ana Caroline Amorim Oliveira
Programa de Pós-Graduação em Cultura e Sociedade (PGCUL)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

3º examinador

Prof. Dra. Eloisa da Graça do Rosário Gonçalves
Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente (PPGSA)
Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

Dedico aos ancestrais que sonharam com as vitórias que hoje conquistamos, aos que um dia viverão as mudanças com as quais hoje sonhamos, e aos que acreditam que o ontem, o hoje e o amanhã formam o tecido coletivo da humanidade e revelam, em sua essência, a força da coletividade que nos sustenta.

AGRADECIMENTOS

Ao DSEI Maranhão, pela permissão para o uso de dados, e pelo apoio à minha pesquisa;

Ao professor Istvan e sua esposa Alice, pela gentileza, o incentivo e, sobretudo, o respeito a mim, enquanto pesquisadora.

Ao NuRuNI, pelas experiências que alimentam o meu saber e a minha humanidade.

Ao Sagrado, pela força, a direção, os caminhos abertos e as pessoas especiais que trouxe para compartilhar comigo a jornada.

A minhas bisavós “Mãe Sinhá” e “Mãezinha”, e a todas as mulheres que ferozmente construíram a força de nossa família.

Aos meus avós, em especial minha avó Maria por lutar pelo sucesso de seus filhos e netos com a força de quem ama incondicionalmente.

Aos meus tios e tias, por me amarem como filha, sonharem os meus sonhos, viabilizarem o meu acesso à educação e comemorarem cada vitória como se fosse única.

A minha mãe, que com coragem e amor abdicou de tantos sonhos pessoais para que os meus pudessem florescer. Sua dedicação incansável e sua luta diária para garantir que seus filhos tivessem acesso à educação são a base de cada conquista que alcanço hoje, tornando este título fruto de seu sacrifício silencioso e de seu amor incondicional.

Ao meu pai (*in memoriam*), cuja força e coragem viverão para sempre em meu coração;

Aos meus irmãos Leandro e Virna, com quem descobri que o amor não apenas dá sentido à existência, mas também nos move a transformar o mundo por aqueles que carregamos no coração. Todas as minhas conquistas são de vocês!

Ao Márcio de Jesus, com quem construo o presente e o futuro, dividindo as felicidades e os anseios, na certeza de que vivo o raro encontro de um amor melhor do que sonhei;

A tia Eloísa, Mirian, Mariana e Fernanda pelo amor familiar, o apoio e o incentivo;

A minhas amigas Simone e Patrícia, pela mútua admiração e o acolhimento que me incentivam a não desistir diante dos desafios;

A minha amiga Ariana, que cuida dos meus sonhos como se fossem seus e que me ensina como é valioso amar e ser amada pela família que escolhemos.

Aos meus amigos Juarez, Rafael e Rafaele, pela parceria, suporte, apoio e amizade ao longo do mestrado;

“A ancestralidade sempre me ensinou que o sentido da vida é coletivo.”

(Sônia Guajajara)

RESUMO

O estado nutricional é reconhecido como um indicador relevante de saúde. Sua avaliação constitui uma etapa essencial nos estudos com crianças, pois permite monitorar suas condições nutricionais e identificar possíveis desvios no crescimento e no desenvolvimento em relação ao padrão esperado, seja em decorrência de enfermidades ou de condições sociais desfavoráveis. A saúde indígena no Brasil é assegurada por meio do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), integrado ao SUS e operacionalizado pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), como o DSEI Maranhão, responsável pelo cuidado dos povos da etnia Guajajara. Nesse contexto, o objetivo deste trabalho foi analisar o estado nutricional de crianças indígenas da etnia Guajajara, menores de cinco anos, atendidas nos polos de saúde do DSEI Maranhão, no período de 2021 a 2023. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, observacional, retrospectivo e quantitativo, realizado com base em dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI). A amostra incluiu 13.967 crianças de 0 a 59 meses, avaliadas pelos indicadores peso-para-idade e estatura-para-idade, conforme critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS). As análises foram conduzidas no software Stata 14.0, utilizando estatística descritiva, testes de associação e regressão de Poisson para estimar razões de prevalência e intervalos de confiança a 95%. Os resultados revelaram prevalência de déficit estatural de 37% e de déficit ponderal de 8,3%, além da presença de excesso de peso em 2,6% das crianças. Diferenças significativas foram observadas segundo sexo, polo-base e ano de atendimento, evidenciando desigualdades intraétnicas e temporais. Conclui-se que o monitoramento nutricional das crianças Guajajara é essencial para subsidiar políticas públicas interculturais, fortalecer o SASI-SUS e promover a soberania alimentar indígena.

Palavras-chave: Saúde pública. Nutrição Infantil. Estado Nutricional. Povos Indígenas Guajajara.

ABSTRACT

Nutritional status is recognized as a relevant health indicator. Its assessment is an essential step in studies involving children, as it allows monitoring their nutritional conditions and identifying possible deviations in growth and development from the expected pattern, whether due to illnesses or unfavorable social conditions. Indigenous health in Brazil is ensured through the Indigenous Health Care Subsystem (SASI-SUS), integrated into the Unified Health System (SUS) and operated by the Special Indigenous Health Districts (DSEIs), such as the DSEI Maranhão, which is responsible for the care of the Guajajara people. In this context, the aim of this study was to analyze the nutritional status of Guajajara indigenous children under five years of age assisted at health centers of the DSEI Maranhão, between 2021 and 2023. This is a cross-sectional, descriptive, observational, retrospective, and quantitative study, based on data from the Indigenous Health Care Information System (SIASI). The sample included 13,967 children aged 0 to 59 months, evaluated using weight-for-age and height-for-age indicators according to World Health Organization (WHO) standards. Analyses were conducted in Stata 14.0 softwares, employing descriptive statistics, association tests, and Poisson regression to estimate prevalence ratios and 95% confidence intervals. Results showed a prevalence of stunting of 37% and underweight of 8.3%, in addition to overweight in 2.6% of the children. Significant differences were observed by sex, health center, and year of attendance, highlighting intra-ethnic and temporal inequalities. It is concluded that monitoring the nutritional status of Guajajara children is essential to support intercultural public policies, strengthen the SASI-SUS, and promote indigenous food sovereignty.

Keywords: Public health. Child nutrition. Nutritional status. Guajajara Indigenous people.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURAS

Figura 1 - Subsistema de Saúde Indígena como componente do Sistema Único de Saúde.....	23
Figura 2 - Organização do Distrito Sanitário Especial Indígena e Modelo Assistencial.....	24
Figura 3 - Mapa de Localização do Polo Base de Amarante.....	28
Figura 4 - Mapa de Localização do Polo Base de Arame.....	29
Figura 5 - Mapa de Localização do Polo Base de Barra do Corda.....	30
Figura 6 - Mapa de Localização do Polo Base de Grajaú.....	31
Figura 7 - Mapa de Localização do Polo Base de Santa Inês.....	32
Figura 8- Mapa de Localização do Polo Base de Zé Doca.....	33

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de Indígenas por estado do Brasil.....	17
Gráfico 2 - Proporção de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara com peso e estatura adequadas segundo polo base de Saúde Indígena no Maranhão, Brasil.2021-2023.....	77

QUADROS

Quadro 1 - Índices antropométricos e pontos de corte recomendados pelo MS para avaliação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos de idade.....	53
Quadro 2- Passos para realização da antropometria e do diagnóstico nutricional da criança.....	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização por Polo Base.....	34
Tabela 2 - População por sexo masculino e idade, por Polo Base.....	34
Tabela 3 - População por sexo feminino e idade, por Polo Base.....	35
Tabela 4 - Características sociodemográficas e antropométricas de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas nos polos de Saúde Indígena do Maranhão, Brasil. 2021-2023. N = 13.967.....	62
Tabela 5 - Características sociodemográficas e antropométricas de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas nos polos de Saúde Indígena do Maranhão, Brasil, segundo sexo de nascimento. 2021-2023. N = 13.967.....	68
Tabela 6 - Características sociodemográficas e antropométricas de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas nos polos de Saúde Indígena do Maranhão, Brasil, segundo ano de atendimento. 2021-2023. N = 13.967.....	72
Tabela 7 - Características sociodemográficas e antropométricas de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas segundo polo base de Saúde Indígena do Maranhão, Brasil. 2021-2023. N = 13.967.....	75
Tabela 8 - Razão de Prevalência (RP) e Intervalos de Confiança a 95% (IC95%) de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara com peso e estatura adequadas, Maranhão, 2021 – 2023.....	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CEP	Conselho de Ética em Pesquisa
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
CONDISI	Conselho Distrital de Saúde Indígena
COVID-19	Doença pelo Coronavírus 2019
CRN	Conselho Regional de Nutricionistas
CRN-7	Conselho Regional de Nutricionistas da 7ª Região
DEP	Desnutrição Energético-Proteica
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DIASI	Divisão de Atenção à Saúde Indígena
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI-MA	Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão
E/I	Estatura para Idade
EAAB	Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
IMC	Índice de Massa Corporal
IMC/I	Índice de Massa Corporal para Idade
LOSAN	Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional
MS	Ministério da Saúde
NASI	Núcleo Ampliado de Saúde Indígena
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde

P/E	Peso para Estatura
P/I	Peso para Idade
PB	Polo Base
PENSSAN	Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional
PNAE	Programa Nacional de Alimentação Escolar
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SASI-SUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena - Sistema Único de Saúde
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SISAN	Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UAN	Unidade de Alimentação e Nutrição
UBSI	Unidade Básica de Saúde Indígena
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VAN	Vigilância Alimentar e Nutricional
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	14
3 REERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 Indígenas no Brasil	16
3.2. Indígenas no Maranhão	17
3.2.1 Etnia Guajajara	18
3.3 Saúde Indígena no Brasil	20
3.4. Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA).....	27
3.4.1 Polo Base de Amarante	27
3.4.2 Polo Base de Arame	28
3.4.3 Polo Base de Barra do Corda.....	29
3.4.4 Polo Base de Grajaú	31
3.4.5 Polo Base de Santa Inês.....	32
3.4.2.6 Polo Base de Zé Doca.....	32
3.5 Atribuições do Nutricionista na Saúde Indígena	36
3.6 Insegurança Alimentar de Povos Indígenas.....	40
3.7 Estado Nutricional de Crianças Indígenas no Contexto da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)	46
4 OBJETIVO	59
4.1 Geral	59
4.2 Específicos	59
5 METODOLOGIA.....	60
5.1 Tipo de estudo:.....	60
5.2 População e amostra:	60
5.3 Dados:	60
5.4 Critérios de inclusão:.....	60
5.5 Critérios de não- inclusão:	61
5.6 Variáveis.....	61
5.7 Análises estatísticas:	61
5.8 Uso de imagens:	61
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	83
REFERÊNCIAS	86

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA EMITIDA PELO DSEI-MA	115
ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS, EMITIDA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	116
ANEXO C- AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS PRODUZIDAS PELO	118

1 INTRODUÇÃO

A grande diversidade sociocultural indígena no Brasil, hoje oficialmente reconhecida pelo Estado e com presença distribuída em todas as regiões, coloca a questão da saúde e da segurança alimentar desses povos como pauta prioritária para o SUS e para a pesquisa acadêmica (Brasil, 2024; IBGE, 2023; Santos et al, 2022).

No Nordeste e no Maranhão, essa presença é historicamente relevante e marcada por forte heterogeneidade territorial e cultural. Entre os povos com maior população no País estão os Guajajara (autodenominação Tenetehara), que vivem em mais de dez Terras Indígenas (TIs) do Maranhão. Fontes institucionais e socioambientais descrevem um povo numeroso, com forte presença no centro do estado e dependência histórica de roçados, pesca e coleta, em um cenário contemporâneo de pressões ambientais e conflitos fundiários que impactam modos de vida e, por consequência, alimentação e saúde (ISA, 2020; SESAI/DSEI Maranhão, 2024).

Nesse contexto, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) integra a Política Nacional de Saúde e define um modelo diferenciado, com base nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), na gestão federal e na valorização de saberes e práticas tradicionais (Brasil, 2002), enfrentando desafios epidemiológicos e estruturais e reafirmando a necessidade de ações de atenção, qualificação do cuidado materno-infantil e vigilância nutricional (SESAI/DSEI Maranhão, 2024).

Entre os desafios de cuidado, está a insegurança alimentar (IA) entre povos indígenas brasileiros, que se relaciona a determinantes históricos e contemporâneos, como pressões territoriais, mudanças ambientais, desigualdades socioeconômicas e barreiras de acesso a serviços, e afeta de modo particular as crianças (Pontes et al., 2021; CNS, 2022). Em 2022, o II Inquérito Nacional da Rede PENSSAN (2022) mostrou o agravamento da IA no país no contexto da pandemia, evidenciando a ampliação do contingente de domicílios em IA moderada e grave, sobretudo entre grupos socialmente vulneráveis.

A literatura sobre o estado nutricional dos povos indígenas no Brasil evidencia a presença da dupla carga de má nutrição, caracterizada pela coexistência de desnutrição e excesso de peso dentro de uma mesma população. Apesar do aumento de casos de sobrepeso em alguns grupos, os déficits de crescimento infantil, especialmente o retardo no crescimento linear, ainda se destacam em muitas regiões. A desnutrição em crianças menores de cinco anos continua sendo um desafio histórico para países em desenvolvimento, devido à sua alta incidência e aos efeitos graves sobre o crescimento, o desenvolvimento e a sobrevivência infantil (Monte, 2000; Silva et al., 2024; Jaime et al., 2023). Esse contexto reforça a importância de monitorar o estado nutricional de crianças de 0 a 5 anos, fase de crescimento acelerado e

maior suscetibilidade a agravos, e de orientar ações que considerem práticas alimentares e direitos culturais Guajajara no cuidado em saúde.

A avaliação do estado nutricional infantil, por sua vez, requer procedimentos padronizados e referências adequadas. Desde 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda o uso de Padrões de Crescimento Infantil, nos quais estão inseridos comprimento/estatura para idade e peso para idade, como representação do crescimento fisiológico em condições ideais, aplicáveis a crianças menores de 5 anos, independentemente de etnia ou condição socioeconômica (WHO, 2006). No Brasil, a Norma Técnica do SISVAN orienta a coleta e análise de dados antropométricos nos serviços de saúde, padronizando medidas e índices por ciclo de vida e integrando a vigilância alimentar e nutricional na atenção básica e no SASISUS (Brasil, 2011). No âmbito da saúde indígena, a SESAI mantém painéis e rotinas de vigilância nutricional no SIASI, que são essenciais para acompanhar tendências e apoiar decisões de cuidado (SESAI, 2023).

Contudo, desafios persistem na operacionalização da vigilância nutricional em territórios indígenas, incluindo dificuldades logísticas, rotatividade de profissionais, barreiras linguísticas e limitações tecnológicas, que podem comprometer a qualidade e a utilização estratégica das informações produzidas (Caldas; Santos, 2012; Tavares, 2025). Soma-se a isso a necessidade de incorporar perspectivas interculturais e decoloniais na análise dos dados, reconhecendo que práticas alimentares são profundamente influenciadas por valores culturais, relações territoriais e modos próprios de organização social (Leite, 2007; Barbosa, 2019).

Diante desse panorama, torna-se fundamental analisar de forma sistemática o estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos, utilizando dados oficiais e parâmetros antropométricos reconhecidos internacionalmente. A avaliação dos indicadores peso para idade e estatura para idade possibilita compreender tendências temporais, identificar grupos mais vulneráveis e qualificar o planejamento das ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais dos DSEI.

Investigar o estado nutricional das crianças Guajajara não se limita à descrição de medidas corporais, mas constitui instrumento de análise das condições de vida, da efetividade das políticas públicas e da garantia de direitos fundamentais. Assim, a produção de conhecimento científico nessa área contribui para o fortalecimento do SUS, para o aprimoramento da gestão em saúde indígena e para a promoção da equidade em saúde

2 JUSTIFICATIVA

A realização desta pesquisa justifica-se pela relevância epidemiológica, social e ética do monitoramento do estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos no contexto do DSEI Maranhão. Entre povos indígenas, as desigualdades estruturais historicamente acumuladas agravam vulnerabilidades relacionadas à alimentação, ao acesso a serviços de saúde e às condições socioambientais. Estudos apontam que déficits nutricionais na primeira infância estão associados a piores desfechos educacionais, maior risco de doenças crônicas na vida adulta e perpetuação do ciclo intergeracional da pobreza (Black et al., 2013). Dessa forma, monitorar e intervir precocemente constitui estratégia fundamental para reduzir iniquidades.

Estudar o estado nutricional de crianças Guajajara menores de cinco anos é, portanto, socialmente relevante e cientificamente necessário por pelo menos quatro razões. Primeiro, porque a primeira infância é janela crítica para prevenir déficits lineares e déficits ponderais que comprometem desenvolvimento neuropsicomotor, aprendizagem e saúde ao longo da vida (WHO, 2006; Brasil, 2011). Segundo, porque evidências anteriores mostram desigualdades persistentes em indicadores antropométricos entre crianças indígenas, demandando análises localmente contextualizadas para subsidiar ações efetivas (Cardoso et al., 2009).

Terceiro, porque a pandemia de COVID-19 agravou determinantes sociais da saúde e da alimentação, com impactos documentados na segurança alimentar de populações vulneráveis e alertas específicos para povos indígenas (Rede PENSSAN, 2022; Pontes et al., 2021). Por fim, porque o DSEI Maranhão aponta desafios epidemiológicos e logísticos que exigem qualificação contínua das ações da Atenção Primária em territórios Guajajara (SESAI/DSEI Maranhão, 2024).

Nesse cenário, o nutricionista tem papel estratégico na saúde indígena. No desenho da PNASPI e do SASISUS, equipes multiprofissionais atuam na atenção básica em territórios indígenas com ênfase em ações de promoção, prevenção e cuidado culturalmente sensível; a vigilância alimentar e nutricional, o apoio ao aleitamento materno, a orientação alimentar para a primeira infância, a prevenção de deficiências e a articulação com produção e acesso a alimentos adequados são campos em que o nutricionista contribui de forma direta (Brasil, 2002; Brasil, 2011; SESA, 2023).

Para além do cuidado individual, a atuação do nutricionista qualifica o uso de sistemas de informação (SISVAN/SIASI), orienta compras e logística de insumos alimentares e participa do planejamento de ações intersetoriais com educação, assistência social e proteção territorial, respeitando práticas alimentares tradicionais e direitos culturais (CRN 7, 2023).

A presente dissertação, ao caracterizar o estado nutricional de crianças Guajajara de 0 a 5 anos, contribui para preencher lacunas locais de informação e para fortalecer a tomada de decisão no DSEI Maranhão, possibilitando identificar perfis de risco, como déficits ponderais e lineares, excesso de peso; qualificar estratégias de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada e culturalmente sensível; apoiar a vigilância contínua e o cuidado clínico-nutricional; e subsidiar o planejamento intersetorial para superar determinantes estruturais da má nutrição infantil em territórios Guajajara (DSEI Maranhão, 2024; Garnelo; Teixeira; Langdon, 2024).

Investir na saúde nutricional de crianças Guajajara representa não apenas ação técnica, mas compromisso com direitos humanos, justiça social e valorização da diversidade cultural brasileira. Ao integrar dados oficiais e literatura científica com foco na infância indígena, este estudo dialoga com as diretrizes da PNASPI e com o princípio do respeito às especificidades étnico-culturais, oferecendo evidências para qualificar políticas, programas e práticas de cuidado. Dada a magnitude demográfica dos Guajajara no Maranhão e a centralidade da primeira infância para a saúde ao longo do curso de vida, investigar, monitorar e agir sobre o estado nutricional dessas crianças é uma prioridade sanitária e ética para o SUS e para a sociedade brasileira (IBGE, 2023; Brasil, 2002).

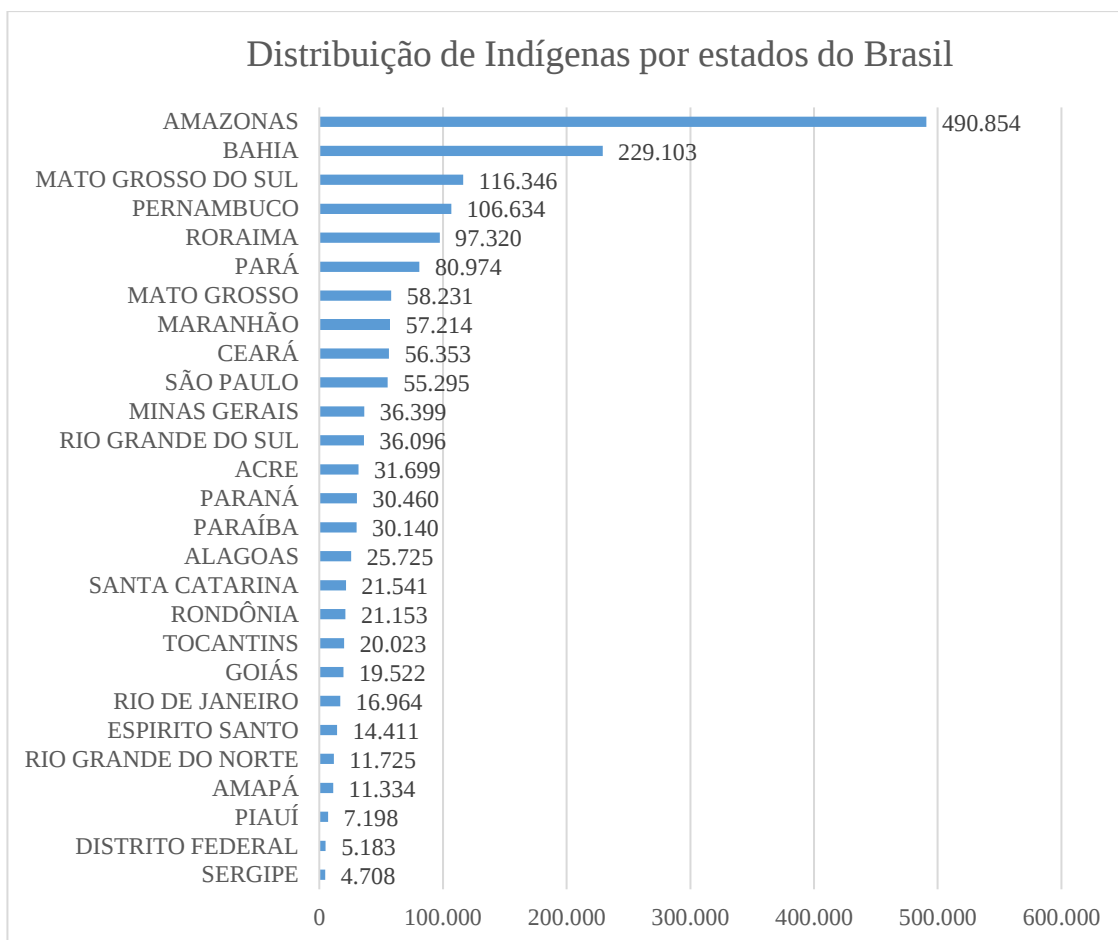
3 REERENCIAL TEÓRICO

3.1 Indígenas no Brasil

A diversidade étnica, linguística e cultural dos povos indígenas no Brasil é significativa. (IBGE, 2023). Historicamente marginalizados, esses povos têm buscado reconhecimento e direitos assegurados pela Constituição Federal (1988). O Censo Demográfico de 2022, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), trouxe dados atualizados que permitem uma análise mais precisa sobre a situação dos indígenas no país, especialmente na região Nordeste.

O Brasil possui uma população indígena de aproximadamente 1.693.535 milhão de pessoas (0,83% da população total do país), distribuídos em 305 etnias, falantes de mais de 150 línguas diferentes. Este número mostra um aumento significativo em relação ao Censo de 2010, quando a população indígena era de cerca de 896 mil pessoas, refletindo tanto o crescimento populacional quanto uma maior visibilidade e reconhecimento da identidade indígena (IBGE,2023; IBGE, 2010).

A população indígena está distribuída principalmente nas regiões Norte e Nordeste do Brasil. Mais da metade dos indígenas (51,2%) vive na região da Amazônia Legal, que abrange os estados do Norte, sobretudo o Amazonas, que abriga cerca de 490 pessoas, e algumas partes de Mato Grosso e Maranhão. Na Amazônia Legal também estão concentradas as maiores Terras Indígenas (IBGE, 2023). No gráfico 1, é possível observar a distribuição dessa população, por estados brasileiros.

Gráfico 1 - Distribuição de Indígenas por estado do Brasil.

Fonte: Adaptado de IBGE (2023).

A região Nordeste concentra 31,22% da população indígena do Brasil, sendo a segunda maior, tendo Bahia (229.103), Pernambuco (106.634) e Maranhão (57.214) como os estados com maior número de indígenas, respectivamente (IBGE, 2023).

A urbanização da população indígena tem aumentado ao longo das últimas décadas. Em 2022, 53,97% da população indígena vivia em áreas urbanas, um aumento significativo em relação a 2010, quando esse índice era de 36,22%. No entanto, ainda 46,03% da população indígena reside em áreas rurais, principalmente em Terras Indígenas (IBGE, 2024).

3.2. Indígenas no Maranhão

O estado do Maranhão abriga uma diversidade de povos indígenas, com diferentes línguas, culturas e histórias de resistência, cuja presença remonta a períodos anteriores à colonização portuguesa, com registros de oposição e luta frente às investidas coloniais (Vale, 2019). Esses povos são classificados em dois troncos linguísticos principais: Tupi-Guarani e

Macro-Jê (Brasil, 2024). Dos 57.214 indígenas no estado, 72,93% vivem nas 17 terras indígenas demarcadas, enquanto 27,07% (15.488 mil) residem fora desses territórios, em áreas urbanas ou não demarcadas (IBGE,2023).

Há no estado uma rica diversidade étnica, sendo lar de povos originários com culturas, línguas e modos de vida distintos (IBGE, 2023; Ubbiali, 2004). Atualmente, os povos indígenas residentes no Maranhão pertencem às etnias Krikati, Krepyn katejê, Timbira, Canela Memörtumre, Canela Ramkokamekrak, Gavião Pukobjê, Krenjê, Guajajara, Ka'Apor, Awa Guajá, Gamela, Tremembé, Tikuna, Awrao, Anapuru Muypurá, Kariu Kariri e Tupinambá (Brasil, 2021). Ainda lutam por reconhecimento étnico e por território os Krenyê (Nascimento, 2010), Akoá Gamella (Santos Neto, 2020), Tremembé da Raposa, Tremembé do Engenho (Silva, 2021), Kariú Kariri (Alves,2023), Anapuru Muypurá (Oliveira, 2020) e Tupinambá (Silva,2024).

3.2.1 Etnia Guajajara

Os Guajajara são um dos maiores povos indígenas do Brasil e vivem em mais de 10 Terras Indígenas no estado do Maranhão (IBGE, 2023). O primeiro contato registrado com os não indígenas aconteceu em 1615, quando uma expedição francesa chegou ao rio Pindaré. Desde então, passaram por mais de 380 anos de convivência, cheios de altos e baixos, incluindo momentos de aproximação, dominação, revoltas e tragédias. Um exemplo marcante foi a revolta de 1901 contra os missionários capuchinhos, que terminou com uma dura repressão do exército. Mais tarde, surgiram outros conflitos por causa do crescimento desordenado de grandes fazendas, principalmente na região de Cana-Brava, e com a chegada do Programa Grande Carajás nas décadas seguintes (CIMI,1988). Mesmo com o fim das lutas armadas, ainda há conflitos e desentendimentos com outros povos indígenas, como os Canelas e os Guajás (ISA,2020).

Além de se chamarem Guajajara, esse povo indígena também usa outro nome mais amplo: Tenetehára, que também inclui o grupo conhecido como Tembê. Ambas as palavras vêm da língua Tupi-Guarani e, enquanto Guajajara quer dizer "donos do cocar" (ISA,2020), Tenetehára é formada pelo verbo /ten/, que quer dizer "ser", junto com a palavra /ete/, que significa "verdadeiro" ou "intenso". Depois, junta-se o termo /hara/, que pode ser entendido como "aquele que é íntegro" ou uma pessoa completa, verdadeira. Assim, Tenetehara pode ser traduzido como "os que são verdadeiramente humanos", "pessoas verdadeiras" ou "nós somos os verdadeiros seres humanos" (Moraes; Parkatejê; Oliveira, 2022).

A língua falada pelos Guajajara faz parte do tronco linguístico Tupi-Guarani, e é dividida em quatro dialetos, que são variações da mesma língua, mas que todos conseguem entender sem dificuldade. Nos territórios, o Guajajara é a principal língua usada pelas pessoas, enquanto o português é falado como uma segunda língua, usada para se comunicar com pessoas de fora, e é entendido pela maioria (Gomes, 2002; Melatti, 2007).

As Terras Indígenas onde vivem os Guajajara ficam no centro do estado do Maranhão, nas regiões dos rios Pindaré, Grajaú, Mearim e Zutiua. Essas áreas têm florestas densas da Amazônia e também matas do tipo cerrado, formando uma zona de transição entre os dois ambientes naturais. Hoje, a maior parte da população Guajajara — cerca de 85% — vive nas Terras Indígenas Araribóia, Bacurizinho e Cana Brava. Em algumas dessas terras, eles dividem o território com outros povos, como os Guajá, os Tabajara e os Gavião-Pukobyê (ISA, 2020).

O sistema alimentar tradicional Tenetehara-Gujajara baseia-se na agricultura de roça, na caça, na pesca e na coleta de frutos nativos, sendo a agricultura a principal atividade de subsistência. Entre os cultivos mais comuns estão mandioca, macaxeira, milho, arroz, abóbora, melancia, feijão, fava, inhame, cará, gergelim e amendoim. Durante a estação seca (de maio a novembro), realizam-se práticas como broca, derrubada, queima e limpeza do terreno. Já entre novembro e fevereiro ocorrem o plantio e as capinas (Diniz, 2002).

As áreas cultivadas por família geralmente são pequenas. Essa variação depende, em grande parte, do grau de envolvimento das famílias e comunidades na comercialização dos produtos agrícolas. Alguns territórios mantêm grandes roças comunitárias voltadas para projetos coletivos, especialmente para o plantio de arroz e frutas com fins comerciais (Swiderska et al., 2022).

A pesca é mais comum entre os territórios situados à beira de rios. Há pesca de cerca de 36 espécies diferentes, sendo cará, cascudo, lampreia, mandi, pacu, piau e traíra as mais frequentes. Pequenos açudes também são construídos próximos a alguns desses territórios afastados de cursos d'água, como parte de projetos comunitários. Esses açudes servem tanto à pesca de subsistência quanto à comercialização (Almeida, 2005).

Já a caça tem se tornado cada vez menos produtiva nas últimas décadas, devido pressão de caçadores não indígenas e a diminuição das áreas disponíveis. Tradicionalmente, os Guajajara caçam mais de 56 espécies, entre elas caititu, cutia, jacamim, jacu, queixada, além de diversos tipos de macacos e tatus. A coleta vem sendo gradualmente substituída pela fruticultura nas roças e “aldeias”. Atualmente, os Guajajara cultivam cerca de 30 espécies de frutas e

palmeiras. O mel é o único produto florestal ainda coletado em maior escala com fins comerciais (ISA,2019).

A alimentação para esse povo não é apenas uma dieta, mas uma cosmologia alimentar, na qual práticas e saberes se articulam a valores espirituais, relações de gênero, conhecimentos ambientais e normas de convivência. A organização da roça, as técnicas de caça e pesca e os calendários de coleta se inscrevem na territorialidade do grupo, revelando a estreita ligação entre alimentação, ambiente e cultura. Apesar das pressões culturais, econômicas e territoriais, preservam práticas fundamentais de seu sistema tradicional, como o preparo do beiju, a caça ritualizada, a pesca coletiva e o uso de frutos nativos continuam presentes na vida cotidiana, operando como formas de resistência cultural. Assim, a alimentação revela uma capacidade notável de adaptação sem ruptura, preservando elementos simbólicos essenciais mesmo quando se incorporam novos alimentos ou técnicas. A cultura alimentar, nesse sentido, emerge como um espaço privilegiado de resistência, resiliência e reafirmação identitária, demonstrando a persistência de valores culturais profundamente enraizados (Frasão, 2019).

Nas relações econômicas com não indígenas, as principais fontes de renda incluem a venda de produtos agrícolas, artesanato e trabalhos eventuais para fazendeiros ou instituições como a Funai, mas, ainda que representando uma minoria, a inserção dos povos indígenas no mercado de trabalho tem se ampliado nas últimas décadas, refletindo tanto os processos de urbanização quanto as transformações internas das comunidades. Além disso, atuam em diversos setores, como educação, saúde, agricultura, construção civil, turismo, e em serviço público por meio de seletivos específicos, principalmente nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) e nas prefeituras (BRASIL, 2002; ISA, 2017).

3.3 Saúde Indígena no Brasil

A construção da saúde indígena como um direito diferenciado no Brasil é resultado de um processo histórico e jurídico que se intensificou a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, a qual representou um marco fundamental ao reconhecer a pluralidade étnico-cultural dos povos indígenas e garantir seus direitos originários às terras, às tradições e ao acesso à saúde de forma específica (Brasil, 1988). O artigo 231 da Constituição (1988), rompe com a lógica integracionista anterior, reconhecendo a legitimidade das formas próprias de organização social dos povos indígenas. Além disso, o artigo 196 (1988), estabelece que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, reforçando a obrigatoriedade do Estado em garantir

esse direito de maneira universal e igualitária, ainda que respeitando as particularidades culturais.

Porém, mesmo marcada por avanços jurídicos e institucionais, autores apontam que a prática estatal muitas vezes reproduz lógicas coloniais que diminuem a efetividade das políticas públicas, uma vez que o reconhecimento das especificidades culturais raramente se traduz em ações concretas (Langdon; Diehl, 2007; Athias; Machado, 2001). Estudos evidenciam que os serviços ainda se estruturam predominantemente sob o modelo biomédico hegemônico, deixando a interculturalidade restrita ao âmbito de discussões (Garnelo, 2012; Pontes; Garnelo, 2014), enquanto que, na prática, os saberes tradicionais permanecem em caráter secundário e poucos programas valorizam curandeiros, pajés e práticas rituais como parte legítima do cuidado.

A criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), formalizado com a alteração da Lei nº 8.080/1990 pela Lei nº 9.836/1999, foi considerado um avanço importante e prometeu incorporar ao SUS um modelo de atenção voltado para as populações indígenas, reconhecendo suas especificidades territoriais, culturais e epidemiológicas, propondo uma atenção diferenciada e próxima das comunidades, em consonância com os princípios de equidade e integralidade do SUS (Brasil, 1999).

Nesse mesmo período, o Decreto nº 3.156/1999 instituiu os 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) como unidades descentralizadas de gestão e execução das ações de saúde nos territórios indígenas. Criados a partir das diretrizes definidas na II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, em 1993, com o objetivo de garantir uma atenção integral, diferenciada e culturalmente adequada às populações indígenas, os DSEIs foram concebidos para superar o modelo fragmentado e assistencialista anterior, estruturando uma rede territorializada que integra saberes tradicionais e serviços do SUS, orientada pelas diretrizes da PNASP e pela participação social assegurada pelos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), instrumento fundamental de controle social (Brasil, 1993; Brasil, 2002).

Estabeleceu-se que divisão dos DSEIs superaria os limites geográficos impostos pelo Estado, sendo definida por critérios socioculturais, étnicos e territoriais, podendo abranger áreas de mais de um estado ou coexistir em uma mesma unidade federativa, de modo a respeitar melhor as especificidades dos povos indígenas, reconhecendo a territorialidade indígena como eixo central na estruturação dos serviços de saúde (Brasil, 2002; Garnelo et al., 2003; FUNASA, 2007). No entanto, essas instituições ainda enfrentam dificuldades estruturais e logísticas,

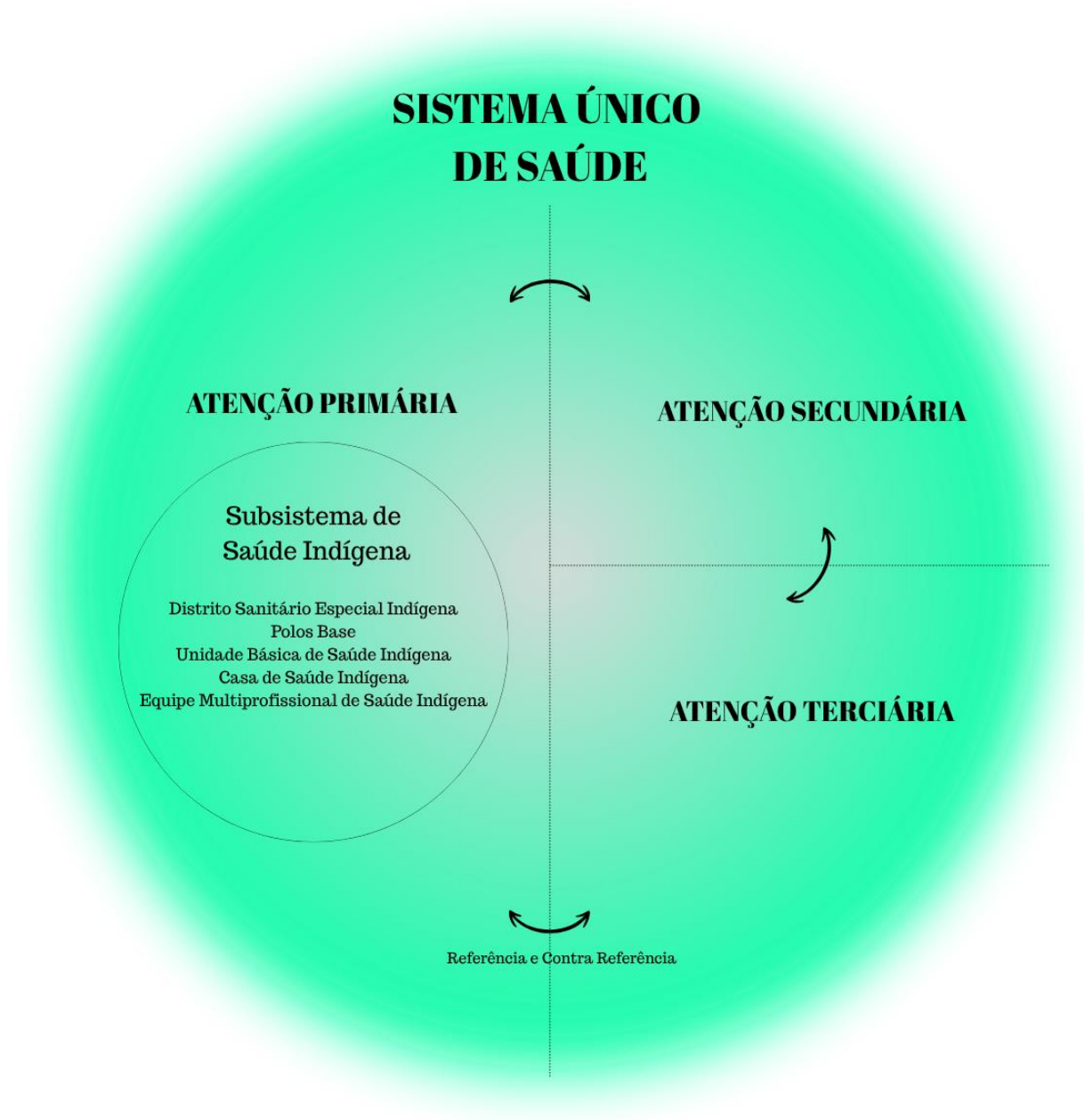
descontinuidade de políticas públicas (Varga, 2010) e, muitas vezes, tornam-se espaços de disputa política, distanciando-se de sua proposta original de gestão descentralizada e participativa, o que reforça a importância do fortalecimento e da participação do controle social indígena para consolidar um modelo de atenção intercultural, integral e resolutivo (Langdon; Diehl, 2007).

O SASI-SUS funciona por meio dos DSEIs e tem seu desenho operacional fortemente ancorado na Atenção Primária à Saúde (APS), com foco na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento de agravos mais prevalentes nas comunidades indígenas. Cada DSEI planeja e executa as ações de saúde, promovendo serviços que incluem atenção básica, imunização, saúde da mulher e da criança, vigilância em saúde e saneamento, com foco na promoção e prevenção da saúde (FUNASA, 2001; Brasil, 2002). Sua gestão é de responsabilidade da SESAI, que coordena as ações dos DSEIs, define diretrizes técnicas e administrativas, é responsável por políticas de formação, contratação e distribuição de profissionais para atuação em contextos indígenas, e atua em parceria com os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI), devendo assegurar a participação das comunidades indígenas na gestão (Brasil, 2010).

Os cuidados em saúde são realizados por meio de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), que atuam diretamente nos territórios, nas Unidades Básicas de Saúde Indígena (UBSI) e nos Polos Base, estabelecendo o primeiro nível de contato das comunidades com o sistema de saúde (Brasil, 2002; Brasil, 2010).

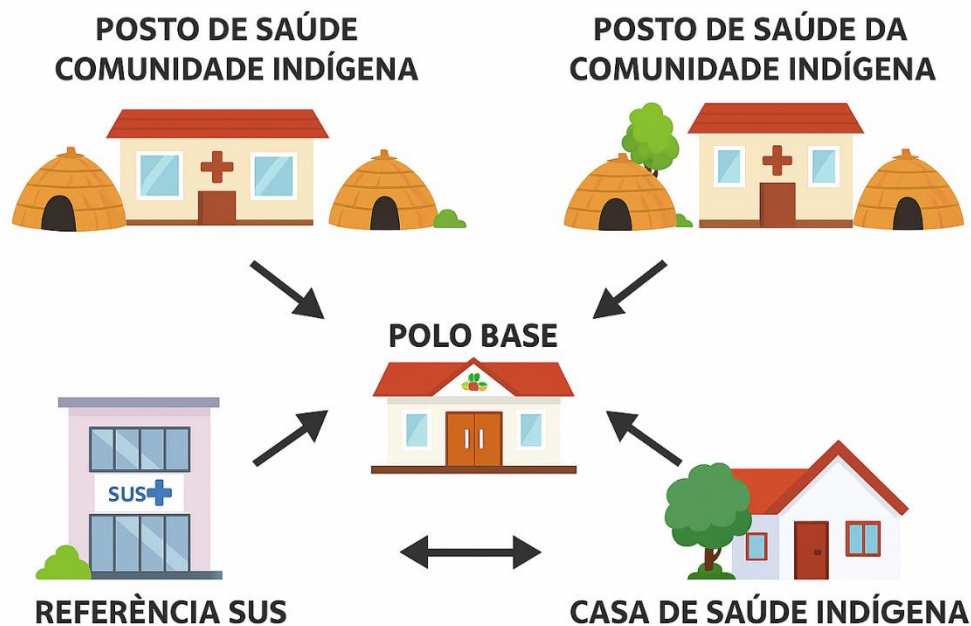
Quando as necessidades de saúde ultrapassam a capacidade da atenção primária, como nos casos que requerem exames especializados, cirurgias ou internações, o atendimento deve ser garantido nos níveis de média e alta complexidade por meio da articulação com a rede municipal ou estadual do SUS, ainda marcada por desafios como descontinuidade do cuidado, barreiras logísticas e dificuldades de acesso, sobretudo em regiões remotas. Esse fluxo assistencial é operacionalizado via referenciamento institucional mediado pelas Coordenações dos DSEIs e pelas Casas de Saúde Indígena (CASAI), que, embora não realizem atendimento médico direto, oferecem abrigo e suporte temporário nas cidades e são essenciais para assegurar a continuidade do cuidado e reduzir os impactos da permanência dos indígenas em contextos urbanos e hospitalares não indígenas (Brasil, 2002; Brasil, 2010 Barros; Silva; Gugelmin, 2007; Coimbra Jr. et al., 2013). Na figura 1, é possível visualizar como SASI-SUS está inserido dentro do âmbito da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde (SUS) e na figura 2, observa-se o fluxo assistencial do DSEI.

Figura 1 - Subsistema de Saúde Indígena como componente do Sistema Único de Saúde.



Fonte: Imagem produzida pela autora (2025).

Figura 2 – Modelo assistencial do Distrito Sanitário Especial Indígena.



Fonte: Adaptado de SESAI (2023).

Embora represente uma inovação institucional, a criação do SASI-SUS e do DSEI apresenta fragilidades persistentes, através de problemas como sub financiamento, alta rotatividade de profissionais, precarização de contratos e gestão verticalizada, o que compromete a continuidade do cuidado e o diálogo com as comunidades, criando também obstáculos na articulação entre os sistemas de conhecimento tradicional e científico (Garnelo; Sampaio, 2005; Teixeira, 2015). Seu fortalecimento exige investimentos contínuos, valorização do controle social e formação de profissionais preparados para atuar em contextos interculturais, garantindo o direito à saúde com equidade e respeito à diversidade (Coimbra Jr. et al., 2013).

Outro grande desafio enfrentado, é o seu recorte populacional limitado, pois o atendimento prestado pelo SASI-SUS está restrito exclusivamente aos indígenas que vivem em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas. Indígenas que residem em contexto urbano não são atendidos pelo subsistema, ficando sob responsabilidade da rede regular do SUS (Brasil, 2002; Varga, 2010), o que cria uma situação de invisibilidade institucional para os indígenas em contexto urbano, os quais, apesar de manterem vínculos étnicos, culturais e identitários com seus povos de origem, não têm acesso às políticas de saúde indígena diferenciada. Segundo

Garnelo et al. (2003), esse modelo de atendimento reforça a ideia de que a "indigenidade" está condicionada à vida na "aldeia", desconsiderando a mobilidade territorial e a diversidade dos modos de vida indígenas contemporâneos.

Com a estimativa de que cerca de 53,97% da população indígena brasileira viva em áreas urbanas (IBGE, 2023), fica evidenciada a inadequação do atual modelo, que ainda vincula a identidade indígena a uma localização geográfica específica. Como apontam Cardoso e Oliveira (2018), a exclusão dos indígenas urbanos do SASI-SUS aprofunda as desigualdades de acesso aos serviços públicos de saúde e nega o direito à atenção intercultural que é assegurado aos povos indígenas pela Constituição Federal (1988).

Em 2002, o governo federal publicou a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), aprovada pela Portaria nº 1.901/GM/MS, que passou a orientar as ações dos DSEIs e consolidou o papel do Estado em assegurar o respeito às práticas tradicionais de cura e aos valores culturais dos povos indígenas no contexto do atendimento em saúde, sendo o principal instrumento normativo que orienta a organização e a execução das ações e serviços de saúde voltados para os povos indígenas no Brasil (Brasil, 2002).

A perspectiva da interculturalidade reconhece que os sistemas de saúde indígenas não devem ser vistos como obstáculos à assistência médica, mas como componentes legítimos e fundamentais na promoção da saúde nas aldeias. A política propõe, portanto, uma abordagem interdisciplinar e interétnica, que valoriza o diálogo entre agentes de saúde, lideranças indígenas e profissionais do SUS. A articulação entre agentes indígenas de saúde, pajés, parteiras e profissionais do SUS é fundamental para garantir a efetividade do cuidado e a aceitação dos serviços (Langdon; Diehl, 2007).

A PNASP também estabelece mecanismos de controle social e participação indígena na gestão do sistema, como os Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e a Conferência Nacional de Saúde Indígena (CNSI). Esses espaços permitem que os povos indígenas participem da formulação, avaliação e monitoramento das políticas de saúde que os afetam, garantindo maior transparência, legitimidade e adequação cultural das ações governamentais (Brasil, 2002).

Apesar de seus avanços conceituais e jurídicos, e de ser fruto de processos participativos, a implementação dessa Política também enfrenta inúmeros desafios práticos, com diversas diretrizes ainda permanecendo mais normativas do que efetivas, especialmente no que diz respeito à integração entre biomedicina e práticas tradicionais. A ênfase em

protocolos biomédicos e indicadores quantitativos tende a descaracterizar abordagens próprias dos povos indígenas, produzindo um atendimento que nem sempre dialoga com suas concepções de corpo, território e espiritualidade (Ferreira, 2013; Langdon, 2013). Nesse mesmo sentido, a própria construção deste estudo, realizado a partir de um banco de dados baseado exclusivamente em dados quantitativos, limita a compreensão de fatores socioeconômicos, culturais e simbólicos que influenciam profundamente os modos de vida e os padrões alimentares indígenas, reduzindo a complexidade dessas práticas a números que não captam dimensões fundamentais para a análise integral do fenômeno.

A criação da SESAI, por meio do Decreto nº 7.336/2010, se deu para responsabilidade exclusiva pela implementação da PNASP e para ampliar a capacidade do Estado em garantir serviços de saúde adequados às realidades socioculturais e territoriais das comunidades indígenas, mas Garnelo (2019) aponta que a centralização e a burocratização contribuíram para manter a dependência dos DSEIs em decisões administrativas que são distantes das realidades locais. A autonomia das comunidades na gestão da saúde continua limitada, e o controle social enfrenta dificuldades para influenciar efetivamente as decisões governamentais. Além disso, há limitações na articulação entre os diferentes níveis de governo e entre a saúde indígena e outros setores, como saneamento, educação e meio ambiente, fundamentais para a melhoria dos determinantes sociais da saúde indígena (Coimbra Jr. et al., 2013).

A ratificação da Convenção nº 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 2004, representou um marco fundamental para o reconhecimento dos direitos coletivos dos povos indígenas no Brasil. Essa Convenção, adotada originalmente pela OIT em 1989, estabelece a obrigatoriedade de que Estados nacionais garantam processos de consulta livre, prévia e informada (CLPI) sempre que medidas administrativas, legislativas, programas, projetos ou empreendimentos possam afetar direta ou indiretamente os povos indígenas (OIT, 1989; Brasil, 2002; Brasil, 2010).

Porém, há registros de decisões governamentais que desconsideram esse processo de consulta ou o realizam de maneira meramente formal (Souza Lima, 2015). Um exemplo emblemático ocorreu em 2019, quando o governo federal propôs a municipalização do SASI-SUS sem dialogar com as comunidades, gerando forte mobilização nacional contra mudanças que afetariam diretamente os DSEIs e a forma de organização do cuidado (CIMI, 2019; APIB, 2019). De modo semelhante, alterações nos regimes de contratação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, realizadas entre 2015 e 2018, foram conduzidas sem participação dos Conselhos Distritais (CONDISI), resultando em alta rotatividade de

profissionais, insegurança assistencial e descontinuidade do cuidado (Garnelo & Pontes, 2012; Langdon & Diehl, 2007) e reforçando a persistência de práticas que restringem a autonomia indígena.

Assim, embora o arcabouço legal da saúde indígena no Brasil seja robusto, sua implementação revela distanciamento entre o discurso oficial e a realidade vivida nos territórios. A manutenção de desigualdades estruturais, a subvalorização dos sistemas tradicionais de cura e a gestão frequentemente distante do território indicam que a saúde indígena ainda opera sob marcas profundas do colonialismo estatal. Nesse sentido, autores defendem que o desafio não é apenas ampliar recursos, mas repensar o modelo a partir de uma perspectiva realmente intercultural, que reconheça a autonomia e os saberes próprios dos povos indígenas (Langdon, 2013; Garnelo, 2012).

3.4. Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA)

O DSEI Maranhão, cuja sede está na cidade de São Luís, possui extensão territorial de 19.083,89 km², que abrange vinte e três municípios com população indígena sob sua jurisdição, com aproximadamente setecentos e trinta e cinco comunidades. Suas atividades são executadas por meio de seis Polos Base, que desempenham funções técnicas e administrativas, localizados nos municípios de Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca. Além disso, conta com três Casas de Saúde Indígena (CASAI), situadas nas cidades de São Luís e Imperatriz, no estado do Maranhão, e em Teresina, no estado do Piauí. (SESAI,2023). Na figura 4, é possível visualizar os municípios maranhenses com Povos Indígenas sob a jurisdição do DSEI Maranhão.

A divisão desses territórios em Polos Base foi criada para atendimento direto aos territórios indígenas, adaptando ações de atenção básica, vigilância e promoção à saúde às realidades culturais, linguísticas e geográficas próprias de cada região. Cada polo difere em extensão territorial, número de “aldeias” e população indígena atendida.

3.4.1 Polo Base de Amarante

O Polo Base Amarante, localizado no município de Amarante do Maranhão, conta com 9.000 indígenas residentes em 126 comunidades, com quatro Equipes Multidisciplinares de

Nas tabelas 1, 2 e 3, é possível observar o quantitativo e a porcentagem de indígenas sob abrangência do DSEI Maranhão, por Polo Base, segundo sexo e idade.

Tabela 1 - Caracterização por Polo Base.

Polo Base	População	%	Distância da sede do DSEI-MA
Amarante	9.000	20.55%	778 km
Arame	5.636	12.88%	489 km
Barra do Corda	15.743	35.95%	439 km
Grajaú	8.640	19.74%	557 km
Santa Inês	2.434	5.56%	251 km
Zé Doca	2.329	5,32%	316 km
Total	43.782	100%	

Fonte: DSEI Maranhão (2024).

Tabela 2. População por sexo masculino e idade, por Polo Base.

Polo Base	População						Total
	Masculino						
	<1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-49 anos	50-59 anos	>= 60 anos	
Amarante	119	589	646	2.674	183	181	4.392
Arame	76	366	388	1.724	100	126	2.780
Barra do Corda	246	987	1.183	4.689	334	326	7.765
Grajaú	115	540	583	2.586	166	198	4.188
Santa Inês	29	154	181	753	48	60	1.225
Zé Doca	08	200	205	680	32	50	1.175
Total	593	2.836	3.186	13.106	863	941	21.525

Fonte: DSEI Maranhão (2024).

Tabela 3. População por sexo feminino e idade, por Polo Base.

Polo Base	População						Total
	Feminino						
	<1 ano	1-4 anos	5-9 anos	10-49 anos	50-59 anos	>= 60 anos	
Amarante	140	554	663	2.287	288	205	4.137
Arame	68	359	418	1.705	94	150	2.794
Barra do Corda	214	1.062	1.177	4.893	332	338	8.066
Grajaú	124	498	624	2.827	144	242	4.459
Santa Inês	34	156	193	706	32	55	1.166
Zé Doca	10	209	190	649	40	47	1.145
Total	590	2.828	3.265	13.067	930	1.087	21.767

Fonte: DSEI Maranhão (2024).

O DSEI-MA monitora uma série de indicadores de saúde fundamentais para orientar suas ações junto às comunidades indígenas. Entre os principais, estão os de saneamento básico, como o acesso à água potável e à infraestrutura sanitária, assim como dados epidemiológicos sobre doenças transmissíveis (como tuberculose, hepatites virais e infecções sexualmente transmissíveis). Também são registrados e analisados por meio do SIASI indicadores nutricionais, como os níveis de desnutrição, sobrepeso e obesidade, especialmente em crianças e gestantes; os indicadores de saúde materno-infantil, como a cobertura de pré-natal, mortalidade infantil e materna, e a prevalência do aleitamento materno exclusivo; além da cobertura vacinal em crianças menores de cinco anos, que reflete a efetividade da atenção básica (Reis, 2014).

Nesse contexto, há desafios históricos relacionados à logística, ao acesso e à garantia de continuidade da atenção à saúde, envolvendo territórios dispersos em vasto território, muitas deles em áreas remotas e de difícil deslocamento, o que dificulta a atuação das equipes de saúde, o transporte de insumos e a vigilância epidemiológica. A alta rotatividade de trabalhadores e a insuficiência de equipes dificultam a consolidação de vínculos e a implementação de ações continuadas de cuidado (Oliveira, 2021). Além disso, análises sobre o acesso dos povos

indígenas maranhenses à saúde durante a pandemia de Covid-19 revelam que práticas de controle e homogeneização do Estado dificultaram a inclusão de comunidades em retomada, prejudicaram o acesso à vacinação e reforçaram desigualdades já existentes (Folhes; Araújo; Oliveira, 2024).

No caso dos povos Guajajara, estudos mostram que mudanças nos modos de vida têm modificado práticas alimentares tradicionais, contribuindo para o aumento de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão (Frasão, 2019). Esse cenário alimenta desigualdades relacionadas à nutrição, ao acesso a alimentos tradicionais e à vulnerabilidade socioeconômica, especialmente em comunidades situadas em regiões de maior pressão territorial e ambiental, evidenciando a necessidade de políticas mais consistentes, financiamento adequado e fortalecimento das formas de participação indígena nesse contexto complexo, no qual questões territoriais, estruturais e interculturais se entrelaçam.

3.5 Atribuições do Nutricionista na Saúde Indígena

Com o intuito de orientar os processos de trabalho no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) no contexto dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, a Coordenação-Geral de Atenção Primária à Saúde Indígena, vinculada ao Departamento de Atenção à Saúde Indígena da Secretaria Especial de Saúde Indígena, elaborou a Nota Técnica nº 17/2018-DIASI/CGAPSI/DASI/SESAI/MS (Brasil, 2018), estabelecendo diretrizes operacionais para as Divisões de Atenção à Saúde Indígena (DIASI), bem como define as atividades dos Polos Base, a composição e as atribuições das Equipes Multidisciplinares de Atenção à Saúde Indígena, as funções do Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI), e o papel das Casas de Saúde Indígena. Tais definições visam garantir a integralidade, a resolutividade e o respeito à interculturalidade no cuidado à saúde das populações indígenas, considerando suas especificidades socioculturais (Mendes et al, 2018; Langdon & Diehl, 2007).

Considerando que a Nota Técnica nº 17/2018 não contempla, de forma específica, as atribuições do profissional nutricionista no interior dos DSEIs (Brasil, 2018), o Conselho Estadual de Nutricionistas da 7ª Região (CRN-7) (2023), lançou documento oficial, sistematizando as principais atividades que vêm sendo desempenhadas por nutricionistas nos diferentes pontos de atenção da APS indígena, com base nas referências disponíveis no Ministério da Saúde (2011; 2012; 2019; 2021), na SESAÍ (2018) e protocolos utilizados na prática profissional dos nutricionistas que atuam na área.

Já o DSEI Maranhão emitiu nota técnica nº 15/2022- MA/DIASI/MA/DSEI/SESAI/MS (Brasil, 2022), descrevendo as atribuições e competências do profissional nutricionista nos diversos campos de atuação da saúde indígena no DSEI Maranhão.

Entre as atribuições do profissional nutricionista alocado na DIASI, na sede do DSEI, destacam-se ações estratégicas relacionadas ao planejamento, à implementação e ao monitoramento das atividades de Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) voltadas para os povos indígenas sob sua jurisdição. Compete também a esse profissional a operacionalização de programas de suplementação nutricional, bem como o acompanhamento e a avaliação dos indicadores nutricionais e epidemiológicos pertinentes (Brasil, 2022; CRN7, 2023).

Quando lotado no Polo Base, o profissional da Nutrição integra o Núcleo Ampliado de Saúde Indígena (NASI), equipe multiprofissional e interdisciplinar criada com o objetivo de complementar e apoiar tecnicamente as EMSI. A composição profissional do NASI é definida com base na autonomia da Coordenação do DSEI e da chefia da DIASI, devendo ser estruturada em consonância com as necessidades específicas de cada território indígena (Brasil, 2018; Brasil, 2022).

Nesse contexto, o nutricionista desempenha papel estratégico na promoção da integralidade do cuidado. Entre suas atribuições destacam-se o planejamento conjunto de ações com as EMSI e com o Polo Base; a participação em discussões de casos e na construção compartilhada de projetos terapêuticos; o desenvolvimento de ações de educação permanente com foco na qualificação das práticas de saúde e nutrição; a atuação intersetorial para promoção da saúde e prevenção de doenças em todos os ciclos de vida; além da proposição de intervenções voltadas à melhoria das condições alimentares e nutricionais das populações indígenas (Brasil, 2022; CRN7, 2023). Também é um profissional que contribui para a análise crítica do processo de trabalho das equipes, promovendo práticas colaborativas, resolutivas e culturalmente adequadas. (Brasil, 2018).

O nutricionista que atua na CASAI desempenha um papel fundamental na qualificação do cuidado prestado aos usuários acolhidos nessas unidades de retaguarda. Entre suas principais atribuições, está a realização do acompanhamento nutricional individualizado dos pacientes, considerando os diagnósticos clínicos, o contexto sociocultural e os hábitos alimentares próprios de cada povo indígena. Além disso, o nutricionista é responsável pelo planejamento e execução de ações educativas, tais como oficinas temáticas, rodas de conversa e palestras, abordando conteúdos pertinentes às necessidades em saúde e nutrição do público atendido, com

ênfase na promoção da saúde e na prevenção de agravos (Brasil, 2018; Brasil, 2021; CRN; 2023).

Outro aspecto relevante dessa atuação profissional, é a articulação interinstitucional com hospitais e centros de referência, com vistas à elaboração de planos terapêuticos nutricionais individualizados, sempre que necessário. Essa atuação deve considerar a singularidade dos casos clínicos, respeitando as particularidades culturais e o contexto de vida dos pacientes. O nutricionista também acompanha e supervisiona as atividades da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) da CASAI, assegurando a adequação técnica e sanitária dos serviços de alimentação oferecidos, bem como a qualidade nutricional das refeições fornecidas (Brasil, 2022).

Através das ações de monitoramento, educação e prevenção de agravos relacionados à alimentação, a atuação do nutricionista na saúde indígena é fundamental para promover a segurança alimentar, uma vez que esse profissional contribui tanto para a atenção à saúde individual quanto para o fortalecimento de práticas coletivas que respeitam a cultura e os modos de vida tradicionais. (Barros; Silva; Gugelmin, 2007).

A literatura destaca que a inserção da nutrição em políticas públicas específicas para povos indígenas possibilita a construção de estratégias interculturais, integrando saberes científicos e tradicionais, e assegurando o direito humano à alimentação adequada (Andrade; Ferreira; Schmitz, 2022; Brito, 2019). Dessa forma, a presença do nutricionista em contextos indígenas se mostra essencial para reduzir desigualdades, promover a saúde coletiva e fortalecer a segurança alimentar desses povos ao mesmo tempo em que enfrenta os desafios impostos pela insegurança alimentar e nutricional que afeta várias comunidades (Barboza; Leite; Gugelmin, 2007; Freitas et al., 2025).

Desse modo, o trabalho de nutricionistas dentro das comunidades indígenas precisa reconhecer que saúde e alimentação são inseparáveis da cosmologia, da territorialidade e dos saberes tradicionais. Como destaca Baniwa (2018), intervenções externas que ignoram as formas indígenas de produzir e consumir alimentos correm o risco de intensificar processos de desnutrição, dependência alimentar e perda de autonomia cultural. O nutricionista que atua com povos indígenas, portanto, deve adotar uma postura dialógica, pautada na escuta, no respeito e na valorização das práticas de manejo, cultivo e preparo ancestrais.

Isso significa compreender que a introdução de alimentos ultraprocessados, mudanças nas dinâmicas territoriais ou políticas inadequadas de assistência podem interferir diretamente na saúde física e espiritual das comunidades. Para Potiguara (2004), a saúde indígena depende

da preservação dos territórios e das práticas que constituem a memória do corpo e da coletividade, dentre elas, o modo de comer e de se relacionar com a natureza. Assim, o nutricionista tem um papel importante no apoio à soberania alimentar indígena, trabalhando para fortalecer roças tradicionais, formas comunitárias de coleta e caça, transmissão de saberes culinários intergeracionais e a autonomia no uso dos alimentos locais. Ele atua não como quem substitui o saber indígena, mas como quem reconhece que a saúde indígena se sustenta na manutenção de modos próprios de viver, sentir e alimentar-se, como defendem Krenak (2019) e Baniwa (2018).

Portanto, compreender o papel do comer nas comunidades indígenas é compreender que saúde, território e cultura são dimensões inseparáveis. E, dentro desse sistema complexo, o nutricionista pode contribuir de maneira significativa quando atua de forma intercultural, fortalecendo os modos indígenas de produzir vida, corpo e comunidade.

Atualmente, o DSEI Maranhão conta com sete nutricionistas distribuídas de maneira desigual pelo território: uma profissional alocada na sede administrativa, três atuando nas Casas de Saúde Indígena (CASAI) e três presentes nos territórios de Amarante, Barra do Corda e Grajaú. Essa distribuição provoca lacunas significativas na assistência, especialmente porque os Polos base de Arame, Santa Inês e Zé Doca permanecem desassistidos quanto ao acompanhamento nutricional. A ausência total desse profissional em áreas inteiras do distrito é particularmente grave quando se considera que tais polos atendem populações numerosas, com demandas complexas e frequentemente caracterizadas por elevada vulnerabilidade alimentar e nutricional (Carvalho et al., 2025).

A alocação insuficiente de nutricionistas ignora a própria lógica do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, que pressupõe equipes multiprofissionais completas e adequadas ao perfil epidemiológico e sociodemográfico de cada território (Brasil, 2001; Cunha et al., 2023). Territórios onde há grande número de pacientes, maior dispersão de comunidades e maior prevalência de agravos nutricionais deveriam, necessariamente, contar com maior número de nutricionistas, dada a amplitude das ações sob sua responsabilidade: vigilância alimentar e nutricional, acompanhamento individual e coletivo, educação alimentar culturalmente adequada, articulação com lideranças e agentes indígenas de saúde, além da intervenção junto a casos de desnutrição, anemia e risco nutricional em crianças e gestantes (Caldas; Santos, 2012; CRN-7, 2023).

Quando Polos-base extensos e populosos permanecem sem esse profissional, cria-se um cenário de invisibilidade epidemiológica, no qual crianças, mulheres e idosos deixam de ser

acompanhados, falhas no registro antropométrico tornam-se sistemáticas e situações de risco nutricional deixam de ser identificadas e tratadas oportunamente (Caldas; Santos, 2012). Além disso, a falta de nutricionistas dificulta a efetivação das diretrizes de alimentação e nutrição da atenção primária, afetando desde o apoio ao aleitamento materno até a prevenção da dupla carga de má nutrição, onde coexistem desnutrição infantil, obesidade e doenças crônicas emergentes (Freitas et al., 2025).

A concentração de poucos nutricionistas em alguns pontos do território e a ausência completa em outros inviabiliza qualquer noção de equidade, já que populações inteiras ficam privadas de ações essenciais para o desenvolvimento infantil, a segurança alimentar e a promoção da saúde (Brasil, 2001). Além disso, a sobrecarga imposta às equipes existentes torna inviável o acompanhamento contínuo, sistemático e culturalmente sensível, que é condição básica para o cuidado nutricional em contextos indígenas (Cunha et al., 2023).

Considerando que o número atual de nutricionistas do DSEI Maranhão está aquém das necessidades reais do território, a recomposição e ampliação efetiva dessa equipe deve levar em conta não apenas o número de polos-base, mas sobretudo o tamanho das populações atendidas, a dispersão geográfica e a gravidade dos indicadores nutricionais observados na região. Garantir nutricionistas em todos os polos-base e adequar a quantidade de profissionais ao volume e à complexidade da demanda é uma medida urgente, indispensável para assegurar o direito à saúde dos povos indígenas e para fortalecer a atenção nutricional como eixo estratégico da política de saúde indígena no Maranhão.

3.6 Insegurança Alimentar de Povos Indígenas

O reconhecimento da alimentação como um direito humano ocorreu em 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, e dezoito anos depois, em 1966, diversos países firmaram o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, assumindo o compromisso de proteger suas populações contra a fome (Paiva et al., 2019).

O conceito de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) foi consolidado pela Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN) (2006), sendo definido como a garantia do direito de todas as pessoas ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o atendimento de outras necessidades essenciais. Esse acesso deve respeitar a diversidade cultural e ocorrer de forma ambiental, econômica e socialmente sustentável (Brasil, 2006). Inicialmente, essa definição contempla as

especificidades étnicas dos povos indígenas, pois enfatiza a valorização de suas práticas alimentares e culturais, assim como a produção de alimentos baseada no manejo do território e do ambiente, porém, embora o conceito de SAN seja reconhecido por sua abordagem multidimensional, ele ainda apresenta limitações, especialmente por não contemplar de forma específica as distintas vivências, culturas e realidades territoriais dos povos e comunidades tradicionais no Brasil. (Brito, 2019; Segall-Corrêa et al., 2025).

Para essas populações, a Segurança Alimentar está intrinsecamente ligada à proteção de seus territórios, da água e da natureza que constituem a base de sua identidade, além de refletirem uma visão própria sobre a produção e o consumo de alimentos (Brasil, 2006; Brito, 2019). É a partir dessa perspectiva que o conceito de Soberania Alimentar se aproxima do modo como os povos indígenas concebem, produzem e reproduzem seus modos de vida e sua alimentação. A Soberania Alimentar diz respeito ao direito dos povos de decidir sobre suas próprias práticas e políticas agrícolas e alimentares, respeitando suas culturas alimentares e definindo formas de cultivo, produção e distribuição dos alimentos (Brasil, 2006; Brito, 2019; Maluf, 2007).

No Maranhão, estudo de Frazão (2019) mostra a alimentação indígena e sua importância na construção cultural ao longo do processo histórico e social do povo Tenetehara-Guajajara. A pesquisa adota uma abordagem teórica-bibliográfica, com influências etnográficas e parte de uma motivação pessoal da autora, que nasceu no município de Icatu (MA) e observou desde a infância as ligações entre cultura alimentar, território e modos de vida. A autora demonstra que as práticas alimentares constituem um eixo estruturante da vida social, funcionando como espaço de transmissão de saberes ancestrais, de preservação da memória coletiva e de reafirmação étnica. Os alimentos tradicionais, suas formas de preparo e os rituais que lhes são associados conformam um sistema cultural complexo, no qual comer significa, simultaneamente, existir, pertencer e resistir. Assim, a comida opera como signo identitário e como mecanismo de continuidade cultural diante das transformações históricas provocadas pelo contato com a sociedade envolvente.

Frazão (2019) enfatiza ainda o papel dos rituais e dos tabus alimentares na reprodução do sistema cultural Guajajara. Determinados alimentos são consumidos somente em ritos de passagem, enquanto outros são evitados por gestantes, crianças ou pessoas em situações específicas, devido a crenças cosmológicas transmitidas entre gerações. A comida, portanto, materializa uma dimensão espiritual que orienta comportamentos, regula relações sociais e organiza o ciclo da vida. Esse caráter simbólico permite compreender por que as transformações

alimentares decorrentes do contato com a sociedade não indígena têm impactos profundos sobre a estrutura cultural do grupo.

De fato, um dos principais achados do estudo de Frasso (2019) refere-se às mudanças no sistema alimentar Tenetehara-Guajajara decorrentes da intensificação das relações com não indígenas. A autora aponta a crescente introdução de alimentos industrializados, como arroz, açúcar, óleo e produtos enlatados, que passaram a coexistir e, por vezes, a substituir alimentos tradicionais. Essas mudanças são acompanhadas de transformações nas práticas produtivas, como redução da caça e da coleta, alteração no manejo das roças, dependência maior de produtos adquiridos no comércio e diminuição do tempo dedicado às práticas tradicionais. Tais alterações são compreendidas como um processo de aculturação alimentar, marcado pela tensão constante entre continuidade e mudança, no qual elementos externos reconfiguram hábitos, mas não eliminam totalmente os saberes ancestrais.

O Mapa da fome entre os povos indígenas no Brasil (1990), elaborado por pesquisadores e instituições indigenistas, representou um esforço pioneiro de sistematizar dados sobre a nutrição e as condições de vida das populações originárias (Verdum; Queiroz, 2003). No contexto indígena, esse foi um momento crucial para a compreensão da dimensão da insegurança alimentar que afetava diversas etnias em todas as regiões do país.

O levantamento revelou um cenário alarmante, onde muitos povos enfrentavam altos índices de desnutrição, sobretudo crianças e mulheres, como consequência direta da perda de territórios, da contaminação de rios, do avanço do desmatamento e da pressão de projetos econômicos, como mineração, pecuária e garimpo, sobre áreas tradicionalmente ocupadas (Caldas; Santos, 2015). Em várias regiões da Amazônia, comunidades inteiras passaram a depender de alimentos industrializados fornecidos de forma irregular por missões religiosas ou órgãos públicos, o que rompia a dinâmica tradicional de caça, pesca, coleta e agricultura (Rodrigues, 2004).

O mapa também destacou diferenças importantes entre regiões. Povos do Nordeste e do Centro-Oeste exibiam alguns dos quadros mais severos de insegurança alimentar, resultado de processos históricos de expulsão territorial, conflitos fundiários e escassez de políticas públicas (Salgado, 2007). Já em áreas de contato recente, como grupos isolados e recém-contatados na Amazônia, os riscos eram ainda maiores, pois o avanço de frentes econômicas frequentemente gerava doenças, destruição ambiental e ruptura dos modos tradicionais de subsistência (Braga; Silva; Silva, 2025).

Este estudo não apenas trouxe visibilidade para uma realidade muitas vezes ignorada pelo Estado brasileiro, mas também serviu como ponto de partida para políticas mais específicas

de saúde e alimentação voltadas aos povos indígenas na década seguinte. Além disso, reforçou a urgência da demarcação e proteção dos territórios tradicionais como condição essencial para a segurança alimentar, a saúde e a autonomia cultural. Assim, tornou-se um documento simbólico e histórico: um alerta sobre os impactos contínuos do colonialismo e um marco na luta pela garantia de direitos básicos, incluindo o direito à terra, à saúde e à dignidade alimentar (Caldas; Santos, 2015).

A Insegurança Alimentar e Nutricional (IAN), no Brasil, é caracterizada pela falta de acesso a uma alimentação adequada, sendo essa condição fortemente determinada por fatores socioeconômicos, especialmente a baixa renda das famílias (Nascimento; Andrade, 2010), apresentando-se como uma realidade presente nos lares brasileiros, caracterizada pela instabilidade e privação no acesso a alimentos em quantidade e qualidade adequadas.

A Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA) é o principal instrumento utilizado no país para medir a insegurança alimentar em nível domiciliar. Validada em 2004 a partir da adaptação da Household Food Security Survey Module (HFSSM) dos Estados Unidos, a EBIA tem sido aplicada em inquéritos nacionais como a PNAD (2004, 2009, 2013), o Inquérito Nacional de Segurança Alimentar em Contexto de Pandemia (VIGISAN, 2020 e 2022) e em estudos regionais, captando a experiência de restrição quantitativa e qualitativa de alimentos por meio de perguntas dirigidas ao responsável pelo domicílio, classificando a situação em segurança alimentar, insegurança alimentar leve, moderada ou grave.

Infelizmente, sua formulação não contempla plenamente as especificidades culturais, sociais e linguísticas dos povos indígenas, pois foi concebida a partir de referenciais urbanos e rurais não indígenas, com foco em práticas e representações alimentares da população geral. Entre esses, no entanto, o significado de alimentação, fome e saciedade está estreitamente vinculado a aspectos culturais, espirituais e territoriais, que não são captados pelas perguntas padronizadas da escala (Segall-Corrêa et al., 2019).

A noção de “faltar comida em casa”, por exemplo pode ter diferentes interpretações quando o acesso aos alimentos depende de práticas de coleta, caça, pesca e agricultura tradicional, e não apenas da compra de gêneros alimentícios em mercados. Além disso, a língua e as formas de expressão são barreiras importantes. A tradução literal dos itens da escala para línguas indígenas pode não refletir o real sentido da experiência de insegurança alimentar vivida nas aldeias, o que compromete a validade cultural do instrumento (Cardoso et al., 2009), ainda assim é amplamente utilizada como instrumento de mensuração da insegurança alimentar no Brasil, sendo aplicada em inquéritos nacionais e utilizada como base para políticas públicas.

Bezerra, Olinda e Pedroza (2017), em revisão sistemática com metanálise, realizada com artigos publicados entre os anos de 2004 e 2013, identificaram uma prevalência de 87,2% de insegurança alimentar entre populações em situação de vulnerabilidade social, evidenciando o papel determinante das desigualdades sociais na ocorrência desse problema no Brasil.

O II VIGISAN, realizado entre novembro de 2021 e abril de 2022 em 12.745 domicílios de 577 municípios brasileiros, revelou um quadro alarmante de insegurança alimentar no país: mais da metade da população (58,7 %) convivia com algum grau de restrição no acesso a alimentos, e o número de pessoas em situação de fome (insegurança alimentar grave) cresceu de 9 % dos domicílios em 2020 (19,1 milhões de pessoas) para 15,5 % em 2022 (33,1 milhões), representando um acréscimo de cerca de 14 milhões em pouco mais de um ano. As regiões Norte e Nordeste foram as mais afetadas, com prevalências de insegurança alimentar moderada ou grave em 71,6 % e 68 % da população, respectivamente, índices bem superiores à média nacional. Nos domicílios rurais, mais de 60 % enfrentaram algum nível de insegurança alimentar, sendo que 18,6 % passam fome, atingindo também agricultores familiares e pequenos produtores (21,8 % dos lares nessa condição). As desigualdades sociais também se evidenciaram quando se analisou presença de crianças, uma vez que o número de lares com presença de crianças menores de 10 anos praticamente dobrou, de 9,4 % para 18,1 % em pouco mais de um ano (Rede PENSSAN, 2022).

No ano de 2023, entre 713 milhões e 757 milhões de pessoas, no mundo, estavam subnutridas, o que corresponde a aproximadamente uma em cada 11 pessoas no planeta (ONU, 2024). No caso específico do Brasil, o relatório SOFI (2024) registrou uma queda expressiva de 33% na insegurança alimentar severa, com a população nessa condição reduzida para 14 milhões de pessoas. Ainda assim, esses dados reforçam a urgência de aumentar os investimentos em sistemas alimentares, promover políticas públicas eficazes e garantir acesso equitativo a alimentos nutritivos (Segall-Corrêa; Marin-Leon, 2018).

Infelizmente, o alimento tem sido historicamente tratado pelas instâncias de poder como mero combustível para a força de trabalho ou como meio de geração de riquezas. Reduzido à condição de mercadoria, adquiriu um sentido predominantemente econômico, em vez de ser reconhecido como um direito humano fundamental, associado à dignidade, à soberania e à comensalidade (Ribas, 2011). Dessa forma, o sistema econômico dominante, respaldado pelos governos mundiais, passou a explorar a alimentação. A preocupação com a insegurança alimentar, em seu sentido amplo, foi sendo negligenciada. Novos modelos alimentares foram e ainda são implantados, desconsiderando a diversidade humana e a sustentabilidade ambiental,

sob a justificativa de promover o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e de combater a fome (Almeida, 2023; Marchioni, 2020).

Apesar da existência do DHAA e da LOSAN no Brasil, observa-se que, historicamente, o Estado muitas vezes demonstrou desinteresse em assegurar os direitos sociais da população, priorizando interesses individuais e privados em detrimento do bem-estar público e coletivo. Um reflexo concreto dessa fragilidade da governança na promoção e garantia do DHAA é a permanência da fome e da desnutrição no país, mesmo em meio ao processo de transição nutricional (Soares, 2025; Segall-Corrêa et al., 2025).

Os processos de destruições, transformações ambientais e socioeconômicas, favorecem as dificuldades de competência nutricional para a sobrevivência e contribuem para o alto índice de insegurança alimentar dos povos indígenas do Brasil, cuja vulnerabilidade social é amplamente reconhecida em todo o mundo, com indicadores de saúde, alimentação e nutrição significativamente mais desfavoráveis entre essas populações do que os observados na população não indígena (Grace; King, 2009).

A situação se torna ainda mais grave quando consideramos que as mudanças alimentares costumam estar acompanhadas por transformações nas estratégias de subsistência e na maneira como as comunidades se organizam espacialmente, descaracterizando padrões que envolvem desde a disposição das moradias, o tempo de permanência em um mesmo local, até a localização geográfica. Cada uma dessas características influencia diretamente o acesso às fontes de alimento. A terra é sua principal fonte de vida e garante o sustento das comunidades. Porém, essas áreas estão cada vez mais ameaçadas e diminuindo, o que dificulta a pesca, a caça e outras práticas tradicionais. Com isso, o modo de vida e a cultura desses povos ficam enfraquecidos, aumentando a pobreza, a fome, a desnutrição e até a mortalidade (Barreto, 2018; Lôbo, 2024).

Diante das mudanças impostas pelo capitalismo, o País permanece em transição nutricional constituída pela má alimentação com o crescimento acelerado do consumo em alimentos ultra processados, ricos em açúcar, sódio, conservantes e gorduras, ao passo que há diminuição na ingestão de vitaminas, minerais e fibras, resultando em empobrecimento nutricional (Barreto, 2018; Lôbo, 2024). Como consequência, cresce a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes e hipertensão, que têm contribuído de forma crescente para os índices de adoecimento e morte nessas comunidades (Coimbra et al, 2013; Bresan; Leite, 2015).

Em relação aos indicadores nutricionais infantis, o cenário também é preocupante (Leite, 2012). Os dados disponíveis mostram altas taxas de déficit estatural e de peso entre crianças menores de cinco anos, ao mesmo tempo em que se verifica um aumento expressivo

nos casos de sobrepeso e obesidade. (Horta et al, 2013; Leite et al, 2013; Fávares; Ferreira; Cunha; Coimbra Jr, 2019). Essa combinação reflete um quadro nutricional complexo e desigual, marcado pela convivência entre desnutrição e obesidade, uma característica típica da chamada dupla carga de má nutrição (Leite et al, 2013; Azevedo; Segall-Corrêa; Ferreira, 2009).

Nesse contexto, percebe-se que diversos fatores recaem sobre a condição de cidadãos em situação de fragilidade ou com acesso inexistente ou precário a direitos fundamentais (Grace; King, 2009). O bem-estar das famílias está relacionado à disponibilidade de ativos como alimentação de qualidade, renda, moradia adequada, acesso a água potável, saneamento básico, serviços de saúde, educação, transporte público de qualidade, entre outros. Entretanto, reconhece-se que o indivíduo, isoladamente, não é capaz de garantir todos esses recursos. Por essa razão, torna-se essencial a atuação do Estado, por meio de políticas públicas, na promoção e garantia desses direitos (Carmo e Guizardi, 2018; IPEA, 2018).

3.7 Estado Nutricional de Crianças Indígenas no Contexto da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)

A nutrição humana compreende um conjunto de processos realizados pelo organismo, que envolvem a ingestão e digestão dos alimentos, seguidas pela absorção dos nutrientes, metabolismo e excreção, (Mahan; Raymond, 2018), entretanto, vai além das funções fisiológicas de manutenção corporal. Como afirma o líder indígena e escritor Ailton Krenak (2019), comer é também lembrar a que mundo pertencemos, pois, todo alimento é parte de uma rede de relações que sustenta a existência humana e não humana.

A alimentação não é vista apenas como necessidade biológica, mas como gesto educativo que situa a criança na cosmopolítica de seu povo. Daniel Munduruku (2016) destaca que, desde os primeiros anos, a criança aprende que os alimentos carregam histórias e ensinamentos transmitidos pelos mais velhos, que orientam como colher, caçar, plantar e preparar cada item de forma respeitosa. Assim, alimentar-se é também aprender a viver em equilíbrio com a floresta, com os rios e com os animais que compartilham o território. Logo, o estado nutricional de uma população está intimamente associado à sua qualidade de vida e, segundo é uma condição de natureza multidimensional, fortemente influenciada por diversos fatores biológicos, territoriais, culturais, econômicos e educacionais (Horta et al., 2013).

Grupos populacionais vulneráveis e determinadas faixas etárias, como crianças menores de cinco anos, encontram-se entre os mais afetados por distúrbios nutricionais, especialmente pelas deficiências de nutrientes. Por essa razão, o estado nutricional infantil de um país ou

região costuma ser utilizado como parâmetro para avaliar o nível de desenvolvimento econômico e social, sendo a desnutrição na infância considerada um importante indicador de desigualdade social (Coutinho et al., 2008).

A infância representa uma fase da vida caracterizada por intenso crescimento e desenvolvimento, em que as demandas nutricionais se diferenciam, tanto em quantidade quanto em qualidade, para atender às exigências decorrentes da multiplicação e diferenciação celular. Trata-se, portanto, de um período no qual a necessidade de energia e proteínas é mais elevada, e a ingestão adequada de vitaminas e minerais torna-se fundamental para a síntese de diversos processos metabólicos próprios dessa etapa (Galisa, 2008).

Além do aumento das necessidades nutricionais, a infância é marcada pela formação e consolidação dos hábitos alimentares, acompanhada de importantes transformações biológicas, psicológicas e sociais (Vitolo, 2015). No que se refere à adequação do estado nutricional, o equilíbrio é alcançado por meio da adoção de hábitos que envolvem a prática de uma alimentação compatível com os aspectos biológicos e socioculturais dos indivíduos, associada ao uso sustentável dos recursos ambientais e ao acesso físico e econômico aos alimentos (Umpierre et al., 2017).

Nesse contexto, a amamentação nos primeiros meses de vida desempenha papel fundamental, sendo considerada a variável mais importante para a redução da mortalidade infantil e da desnutrição, atuando ainda na proteção contra doenças, diminuindo o risco de desnutrição secundária decorrente de infecções (Waterlow, 1996; Batista Filho, 1993). Para Davi Kopenawa Yanomami (2015), a amamentação é força vital, que transmite não apenas nutrientes, mas equilíbrio emocional e espiritual, através da mãe que amamenta e oferece ao bebê a energia que fortalece seu corpo, a fim de que ele cresça atento, resistente e conectado aos seres da floresta, até que seja capaz de consumir os alimentos, como frutas, caças e raízes, que possuem força espiritual capaz de moldar seu temperamento, caráter e suas capacidades.

Por outro lado, a introdução precoce e frequente de alimentos com alta densidade energética, mas pobres em nutrientes, que tem acometido os territórios indígenas, pode comprometer a saúde e o estado nutricional, favorecendo a redução da proteção imunológica, o surgimento de processos alérgicos e o desenvolvimento de distúrbios nutricionais (Toloni et al., 2011). Avaliações nutricionais realizadas em diferentes regiões do mundo têm evidenciado, ao longo dos anos, mudanças significativas no comportamento alimentar das populações, especialmente entre crianças, resultando em importantes transformações no perfil nutricional,

independentemente de o país ser desenvolvido ou em desenvolvimento (Popkin, 1994; Popkin et al., 1996; Brasil, 2009; WHO, 2019).

Segundo Monteiro et al. (1995) e Waterlow (1996), em países em desenvolvimento, a Desnutrição Energético-Proteica (DEP) ainda se mantém como um problema relevante entre mães e crianças, sobretudo em grupos mais vulneráveis, caracterizados por baixa renda, baixo nível de escolaridade e residentes em áreas rurais. Esse tipo de desnutrição, cuja compreensão ultrapassa a dimensão clínica, estando intimamente ligada a fatores econômicos, sociais e políticos, é a que mais acomete a população, sobretudo crianças menores de seis anos.

A desnutrição pode ter origem em fatores primários, como a ingestão alimentar insuficiente para suprir as necessidades nutricionais do indivíduo, ou em fatores secundários, relacionados à limitação na ingestão ou no metabolismo de nutrientes, decorrente do aumento das demandas energéticas em virtude de processos fisiopatológicos e enfermidades crônicas e/ou infecciosas. Além disso, causas genéticas e intolerâncias alimentares também podem estar associadas ao seu desenvolvimento. (Fernandes, 2003).

Durante décadas, a DEP foi considerada endêmica no Brasil, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, conforme já descrito por Castro (1984). No caso da população infantil, a literatura aponta elevada prevalência de desnutrição crônica, expressa pelo déficit de crescimento linear e pelo baixo peso, condições que comprometem o desenvolvimento adequado e influenciam significativamente o perfil de morbimortalidade infantil. Esses efeitos tornam-se ainda mais evidentes quando a análise é estratificada por estado, idade, sobretudo à faixa etária de zero a cinco anos, ou ascendência indígena (Alencar et al., 2008; Benício et al., 2013; Araújo, 2010; Coimbra et al., 2013; Mourão et al., 2020).

De maneira geral, as causas da desnutrição têm sido amplamente discutidas no campo da saúde pública, destacando-se fatores como o desmame precoce, as condições socioeconômicas, marcadas pela baixa renda e pelo limitado acesso às políticas públicas, e aspectos culturais que podem impactar negativamente o estado nutricional das populações (Accioly et al., 2009). No entanto, Mondini e Monteiro (1998) e Kac et al. (2007) ressaltam que essa não é a única questão nutricional presente nessas populações, já que a obesidade, paralelamente, também atinge prevalências elevadas, inclusive entre famílias de menor poder aquisitivo.

Atualmente, a obesidade é reconhecida como uma epidemia global e um importante problema de saúde pública, estando associada a diversas comorbidades e gerando repercussões

significativas para o sistema de saúde e para a sociedade em geral (WHO, 2003; Brandalize & Leite, 2010). Classificada como uma doença crônica, caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo, seja de forma localizada ou generalizada, e possui etiologia complexa e multifatorial, resultante da interação entre fatores genéticos, estilo de vida, condições sociais e aspectos emocionais (Mancini, 2015).

Mantovani et al. (2008), em revisão de literatura, concluíram que o consumo de alimentos de baixa qualidade nutricional e o baixo nível socioeconômico figuram entre os principais determinantes do sobrepeso e da obesidade infantil. Esses desequilíbrios nutricionais estão associados ao desenvolvimento de doenças crônicas, como dislipidemias, hipertensão arterial, diabetes, síndrome metabólica, além de problemas ortopédicos e intolerâncias alimentares. Para além das implicações clínicas, a população infantil também sofre impactos emocionais e sociais, como baixa autoestima e rejeição no convívio social.

No que diz respeito à realidade indígena no Brasil, o I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição de Povos Indígenas (Cardoso et al, 2009) mostrou elevada prevalência de desnutrição, especialmente na região norte do País, associada à pobreza, falta de saneamento e escolaridade baixa. Esses dados demonstram a forte relação entre infecções e desnutrição, sendo a segunda de caráter multicausal, que não se restringe a fatores biológicos, mas está fortemente associada à estrutura socioeconômica e às condições de vida a que a criança está exposta (Aerts & Giugliani, 2004; Monteiro et al., 2000). Pesquisas feitas em grupos específicos mostram que doenças infecciosas e parasitárias ainda são muito comuns, como a tuberculose e a malária, especialmente na Amazônia. Entre as crianças menores de cinco anos, as principais causas de adoecimento e morte são as infecções respiratórias agudas e a diarreia (Santos e Coimbra Jr., 2003; Cardoso et al., 2010; Cardoso, 2010).

Entretanto, embora historicamente a desnutrição seja a principal preocupação, recentemente também se observam entre esses povos condições de sobrepeso e obesidade. Segundo dados do SIASI no ano de 2016, entre crianças indígenas menores de 5 anos no Brasil, 11 % apresentavam excesso de peso, variando por região: Nordeste 16 %; Centro-Oeste 13,9 %; Sudeste/ Sul 11,5 %; Norte 9,5 %. Cardoso (2009) também evidenciou, no Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas, tendências de excesso de peso em algumas comunidades, revelando a coexistência paradoxal de desnutrição e obesidade (Cardoso et al., 2009).

Além disso, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) e da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF/IBGE) indicam crescimento contínuo das prevalências de sobrepeso e obesidade em crianças menores de 5 anos, configurando um dos principais desafios da saúde pública nacional (IBGE, 2020). A substituição progressiva do padrão alimentar tradicional, com base em alimentos in natura e minimamente processados, por dietas ricas em produtos ultraprocessados, açúcares e gorduras, acompanhada da redução do gasto energético é um fenômeno formador dessa transição nutricional que tem se intensificado no Brasil nas últimas décadas, refletindo diretamente no perfil de saúde das crianças (Popkin, 2006).

A obesidade infantil em populações indígenas, também não deve ser compreendida apenas pela ótica biológica, pois envolve múltiplos determinantes, como condições socioeconômicas, acesso restrito a serviços de saúde e saneamento, urbanização, insegurança alimentar e perda de dietas tradicionais, com mudanças no padrão alimentar, redução da atividade física e maior consumo de alimentos ultra processados (Freitas; Sousa; Lima, 2014). Além disso, a obesidade precoce aumenta a vulnerabilidade a doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta, como diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial, o que reforça a necessidade de estratégias preventivas culturalmente adequadas (Laws et al., 2014).

Nesse contexto, o estado nutricional é reconhecido como um indicador relevante de saúde. Sua avaliação constitui uma etapa essencial nos estudos com crianças, pois permite monitorar suas condições nutricionais e identificar possíveis desvios no crescimento e no desenvolvimento em relação ao padrão esperado, seja em decorrência de enfermidades ou de condições sociais desfavoráveis (Rossi, 2015).

A avaliação do estado nutricional corresponde a um conjunto de métodos e procedimentos destinados a identificar o nível de nutrição de um indivíduo, que pode variar desde condições de carência (como a desnutrição ou deficiências específicas) até situações de excesso (como sobrepeso e obesidade). Os métodos diretos refletem as manifestações biológicas do estado nutricional e incluem o exame clínico, a antropometria e os exames bioquímicos (Aerts; Giugliani, 2004; Barros, 2008). Essa abordagem direta pode ser complementada pela análise dos fatores determinantes da situação nutricional, o que caracteriza os métodos indiretos de avaliação (Barros, 2008).

A antropometria é o método mais usado de forma isolada para avaliar o estado nutricional da população, especialmente em crianças e adolescentes, por ser fácil de aplicar, ter baixo custo e oferecer poucos riscos, sendo o peso e a estatura as principais variáveis

antropométricas empregadas na avaliação do estado nutricional infantil em estudos epidemiológicos (Sigulem; Devincenzi; Lessa, 2000).

O peso, que reflete o tamanho corporal total, apresenta alterações rápidas em curtos intervalos de tempo, permitindo tanto a identificação precoce da desnutrição quanto a detecção da recuperação nutricional. Já a estatura, ou comprimento, representa o crescimento linear da criança, cujas modificações ocorrem de forma mais lenta e prolongada; déficits nessa medida indicam agravos nutricionais de longa duração, expressando os efeitos cumulativos de condições adversas anteriores (Costa; Kac, 2009).

Entretanto, quando analisados isoladamente, peso e estatura não possibilitam uma avaliação nutricional precisa. Por isso, essas medidas devem ser combinadas com a idade e o sexo da criança, originando os índices antropométricos, que permitem avaliar o grau de adequação do crescimento e desenvolvimento infantil. Os três mais utilizados são: peso para idade (P/I), estatura para idade (E/I) e peso para estatura (P/E). Além desses, há também IMC para Idade. O uso conjunto desses índices é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (2006), uma vez que cada um deles expressa diferentes aspectos do processo biológico de crescimento físico, complementando-se no diagnóstico nutricional (Araújo, 2007; Costa; Kac, 2009; WHO, 1995).

O Peso para Idade (P/I) é o índice que mostra o peso da criança em relação à sua idade. Ele é muito útil para avaliar o estado nutricional de crianças menores de um ano, porque nessa fase o comprimento ainda não é tão sensível para indicar problemas de crescimento. Depois dessa idade, a estatura passa a refletir melhor as condições de vida e possíveis doenças que afetam a nutrição (Costa; Kac, 2009; WHO, 1995).

Apesar de importante, o P/I tem algumas limitações. Ele não consegue mostrar se o déficit nutricional é recente, quando a criança perdeu peso há pouco tempo, ou se é de longa duração, quando o ganho de peso vem sendo insuficiente por muito tempo. Esses déficits podem estar ligados tanto a fatores sociais e econômicos, como renda e escolaridade dos pais, quanto a fatores mais imediatos, como condições ambientais e infecções. Outra limitação é que o índice não considera a estatura. Assim, uma criança com altura acima da média pode ser classificada como acima do peso, mesmo não estando. Além disso, em casos graves de desnutrição, como o Kwashiorkor, o P/I pode falhar, já que o edema causado pela doença pode mascarar a perda de peso (Aerts; Giugliani, 2004; Araújo, 2007; Costa; Kac, 2009).

O Peso para Estatura (P/E) mostra a relação entre o peso e a altura da criança, permitindo avaliar se há equilíbrio no crescimento físico ou se existe desproporção. Na maioria dos casos, o déficit de P/E está relacionado a uma alimentação inadequada e a infecções importantes,

sendo um reflexo direto das condições ambientais em que a criança vive no momento. Esse déficit pode surgir de forma rápida, mas também pode ser revertido em curto prazo quando as condições de saúde e nutrição melhoram, pois reflete um problema agudo e, em grande parte, reversível (Olinto et al., 1993).

A estatura para a Idade (E/I) expõe o crescimento linear alcançado pela criança. Quando há déficit, isso deve ser entendido como resultado de condições de vida e saúde inadequadas ao longo do tempo, que limitam o potencial genético de crescimento. O termo “desnutrição crônica” costuma ser usado para definir esse déficit, mas não é o mais adequado, pois não distingue se o problema foi pontual no passado ou se é algo persistente (Aerts; Giugliani, 2004; Araújo, 2007; Costa; Kac, 2009).

Em crianças menores de dois anos, o déficit de estatura pode indicar o estado nutricional atual e um atraso de crescimento ainda reversível. Já em crianças acima dessa idade, a baixa estatura geralmente reflete déficits ocorridos no passado, com menor chance de reversão. Entre os fatores mais associados a esse problema estão condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade dos pais, ausência paterna, falta de ocupação materna e baixo peso ao nascer (Olinto et al., 1993).

O Índice de Massa Corporal (IMC) para idade é um método bastante eficaz para identificar sobrepeso e obesidade em crianças de até 5 anos. Ele é calculado usando o peso e a altura da criança [$IMC = \text{peso (kg)} \div \text{altura (m)}^2$] e seus valores mudam de acordo com a idade e o sexo. As curvas de IMC usadas como referência foram criadas pela OMS para acompanhar o crescimento infantil (Barros et al., 2009).

Um ponto importante na avaliação nutricional de crianças é escolher qual padrão de crescimento será usado para comparar as medidas do corpo. Em 2006, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou suas próprias curvas de crescimento para crianças menores de 5 anos, feitas a partir de um grande estudo em vários países. Essas curvas têm como base o aleitamento materno e foram criadas com dados de crianças saudáveis que viviam em boas condições, permitindo o máximo de seu desenvolvimento. Por isso, são consideradas o novo padrão de crescimento infantil, mostrando o modelo ideal a ser seguido. No Brasil, o Ministério da Saúde já recomenda o uso dessas curvas (Araújo, 2007).

Para fazer o diagnóstico nutricional, é preciso definir um padrão de normalidade. Então, para isso, usam-se pontos de corte, que servem para identificar se a pessoa está doente ou não, e que ajudam a diferenciar quando há um problema importante ou apenas uma variação sem relevância (Araújo; Campos, 2008). Os pontos de corte podem ser vistos como limites mínimo e máximo, que determinam o intervalo considerado normal. Eles também podem ser definidos

pela distância em relação ao valor médio, usando medidas como desvio-padrão (ou escore-z) ou percentis. De acordo com Engstrom & Silva (2009), nos serviços de saúde, a avaliação nutricional geralmente é feita com tabelas baseadas em percentis (como recomenda o Ministério da Saúde para crianças), desvios-padrão ou escores-z.

Quadro 1 - Índices antropométricos e pontos de corte recomendados pelo MS para avaliação do estado nutricional de crianças menores de cinco anos de idade.

Índices Antropométricos					
Pontos de Corte		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para idade	Muito baixo peso para estatura (magreza acentuada)	Muito baixo peso para idade (magreza acentuada)	Muito baixa estatura para idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo Peso para idade	Baixo peso para estatura (magreza)	Baixo IMC para idade (magreza)	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e ≤ Escore-z -1	Peso adequado para idade (eutrofia)	Peso adequado para estatura (eutrofia)	IMC adequado para idade (eutrofia)	Estatura Adequada para idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z +1		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	≥ Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2		Sobrepeso	Sobrepeso	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	≥ Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3	Peso elevado para idade	Sobrepeso	Sobrepeso	

> Percentil	> Escore-z				
99,9	+3		Obesidade	Obesidade	

Fonte: Adaptado de OMS, 2006.

É importante ressaltar que não existem curvas de crescimento e pontos de corte específicos para Povos Indígenas. O uso de populações de referência na avaliação do estado nutricional baseia-se na ideia de que essas curvas podem ser aplicadas de forma adequada a qualquer população, independentemente de suas características biológicas (Habicht et al., 1974; Waterlow et al., 1977; WHO, 1986).

Essa recomendação surgiu da comparação do crescimento de crianças de diferentes países, em um estudo bastante conhecido, onde Habicht et al. (1974) analisaram medidas de peso e altura de pré-escolares e concluíram que a diferença entre crianças de baixa condição socioeconômica variava entre 12% e 30%, enquanto entre as mais favorecidas essa variação era bem menor, de apenas 3% a 6%. A partir disso, surgiu a ideia de que todas as crianças têm o mesmo potencial genético de crescimento, e esse argumento passou a ser usado nas avaliações nutricionais em nível comunitário, sendo muito citado em publicações técnicas (Waterlow et al., 1977; WHO, 1986).

No entanto, ainda existe debate sobre essa hipótese. Já há décadas, estudos com populações específicas têm mostrado evidências de que talvez não seja adequado usar uma única referência mundial para avaliar a desnutrição (Santos, 1993; Prado et al, 2010). Apesar disso, organizações internacionais, como a OMS (2006), continuam recomendando esse padrão.

No Brasil, para que sejam criadas e implementadas políticas de saúde e medidas econômicas voltadas à promoção da saúde e à garantia de um estado nutricional adequado, a Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN) constitui uma estratégia fundamental das políticas públicas de saúde e segurança alimentar, voltada ao acompanhamento contínuo do estado nutricional da população e de seus determinantes (Brasil, 2011; Brasil, 2013).

Integrada à Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), a VAN tem como finalidade apoiar a formulação, o planejamento e a avaliação de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e controle de doenças relacionadas à alimentação e nutrição. Esse instrumento ganha ainda maior relevância diante das transições alimentares e epidemiológicas vivenciadas no país, que resultaram na coexistência de desnutrição, carências de micronutrientes e no aumento expressivo do sobrepeso e da obesidade. (Brasil, 2011).

No âmbito geral do SUS, a base operacional da VAN é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), estruturado a partir de recomendações da OMS, OPAS e

FAO (Brasil, 2004). O SISVAN coleta, processa e analisa informações sobre estado nutricional, consumo alimentar e condições socioeconômicas dos usuários, permitindo identificar grupos vulneráveis, como crianças em insegurança alimentar, gestantes com ganho de peso insuficiente e pessoas com doenças crônicas relacionadas à alimentação, além de subsidiar a avaliação de políticas como o Bolsa Família, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e ações da atenção básica (Brasil, 2007; Brasil, 2013; Brasil, 2023).

Entretanto, o SISVAN não abrange de forma sistemática a saúde indígena. Nesse caso, a vigilância alimentar e nutricional é realizada no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS), que opera como sistema de VAN específico para os povos indígenas, por meio de rotinas próprias de monitoramento, articuladas às ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e formulação de políticas culturalmente sensíveis para esses povos (CRN7, 2023).

A situação nutricional dos povos indígenas apresenta-se de forma complexa, caracterizada pela persistência da desnutrição infantil, pela insegurança alimentar e, em determinadas comunidades, pelo avanço das doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão e diabetes (BRASIL, 2009; CRN7, 2023). A consolidação da VAN nesse contexto requer atenção às especificidades culturais e territoriais, uma vez que os modos de vida, os sistemas alimentares tradicionais e os conhecimentos indígenas sobre saúde e nutrição diferem dos padrões predominantes na população geral. As ações de vigilância devem, portanto, valorizar os saberes tradicionais, o uso de alimentos nativos, o impacto da perda dos territórios e as limitações de políticas públicas que, muitas vezes, não dialogam com as realidades locais.

Nesse sentido, Swiderska et al. (2022) destacam que o fortalecimento dos sistemas alimentares indígenas e da herança biocultural constitui uma estratégia eficaz para assegurar a segurança alimentar e promover o respeito à autodeterminação dos povos. Autores indígenas alertam que políticas de saúde e assistência frequentemente desconsideram que os alimentos tradicionais são parte da identidade e da formação integral das crianças. Krenak (2020) critica a imposição de dietas externas que rompem a relação das comunidades com seus modos de produzir e partilhar comida, gerando impactos não apenas físicos, mas também existenciais.

Para identificar cedo possíveis problemas de nutrição entre esses povos, principalmente em grupos mais sensíveis como as crianças menores de cinco anos, a SESAI, junto com os DSEIs e Polos Base, devem fazer da VAN um processo contínuo de avaliação do estado nutricional e das condições de alimentação da população indígena atendida, ajudando a responder as necessidades de saúde do território, através de ações que atuem na promoção de

práticas alimentares saudáveis, na realização de ações de vigilância epidemiológica, no desenvolvimento de atividades de atenção nutricional e na criação de estratégias para garantir o cuidado integral à saúde. Os dados obtidos ainda devem abastecer o SIASI, gerando indicadores que orientam o planejamento, monitoramento e gestão de programas voltados para a melhoria da alimentação e nutrição em nível estadual e federal (Barros; Silva; Gulgemin, 2007; DSEI Guatoc, 2023).

Esse processo envolve observar, coletar e analisar dados sobre peso, altura e outros indicadores de saúde em todas as fases da vida (SESAI/DAPSI, 2021). Porém, ainda que a coleta de dados antropométricos e o monitoramento da situação nutricional sejam tarefas rotineiras dos profissionais de saúde que atuam nos DSEIs, a qualidade dessas informações pode ser comprometida por dificuldades logísticas, escassez de profissionais capacitados, barreiras linguísticas e descontinuidade das ações. Além disso, a desvalorização dos indicadores qualitativos e culturais de alimentação nas ferramentas de vigilância representa uma limitação no diagnóstico real das condições vividas pelas comunidades (Brasil, 2008; Brasil, 2021).

Quadro 2 - Passos para realização da antropometria e do diagnóstico nutricional da criança.

Passos	Execução
1º	Calcular a idade em anos completos e meses, fazendo as aproximações necessárias.
2º	Pesar e medir a criança, utilizando as técnicas e os instrumentos adequados.
3º	Anotar os dados no formulário da Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN.
4º	Marcar nos gráficos de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança o ponto de interseção entre o peso e a idade, entre a estatura e a idade, e entre o Índice de Massa Corporal e a idade da criança.
5º	Calcular o IMC da criança.
6º	Fazer o diagnóstico nutricional da criança, interpretando cada índice avaliado.
7º	Verificar a inclinação das curvas de crescimento para complementar o diagnóstico nutricional.
8º	Compartilhar com a mãe/responsável o diagnóstico nutricional da criança.
9º	Fazer a intervenção adequada para cada situação.
10º	Realizar ações de promoção da saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011.

Porém, mesmo com os avanços, a VAN no Brasil ainda enfrenta grandes dificuldades. Os sistemas dependem diretamente da incorporação de tarefas adicionais às atribuições cotidianas da equipe de saúde, o que ocasiona registros incompletos, inconsistentes ou esporádicos. A coleta de informações é realizada por profissionais muitas vezes sobrecarregados e sem capacitação adequada, que desconhecem os parâmetros técnicos, os indicadores e a própria finalidade do sistema, o que resulta em erros de mensuração e baixa adesão ao processo de vigilância nutricional, demonstrando como a ausência de formação continuada e de treinamento específico reforça essa fragilidade (Gentil, 2025).

Além disso, as unidades de saúde não possuem, de modo geral, rotinas padronizadas para coleta, digitação e conferência dos dados, produzindo informações que carecem de qualidade epidemiológica. Também há problemas para integrar os dados com outras políticas públicas e para usar essas informações no planejamento de ações locais, somando-se ainda a essas questões as limitações tecnológicas, que envolvem desde uma interface pouco intuitiva até dificuldades de acesso à internet e instabilidades operacionais, sobretudo em regiões rurais ou de difícil acesso, restringindo o uso sistemático do sistema e dificultando sua integração com outras plataformas de gestão e monitoramento em saúde. A consequência é que esses sistemas permanecem operando como dispositivos isolados, com reduzida articulação intersetorial e baixa capacidade de compor diagnósticos mais amplos sobre os determinantes sociais da alimentação e da nutrição (Caldas; Santos, 2012; Tavares, 2025).

Outro ponto crítico é o distanciamento entre a produção dos dados e sua utilização na tomada de decisões, afinal, embora seja gerado um volume significativo de informações, essas raramente retornam às equipes como análises interpretativas que orientem ações concretas. O sistema acaba desempenhando um papel meramente burocrático, no qual o preenchimento da plataforma não se converte em planejamento, intervenção ou avaliação de políticas públicas. Dessa forma, perde-se o propósito fundamental da vigilância alimentar e nutricional, que deveria orientar ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e garantia do direito humano à alimentação adequada (Tavares, 2025).

Há também fragilidades conceituais ao não incorporar plenamente a perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN). A operação tende a ocorrer de forma restrita, privilegiando indicadores antropométricos e abordagens biologistas, enquanto negligencia fatores sociais, culturais, territoriais e econômicos que estruturam o fenômeno da alimentação

no Brasil. Essa lacuna limita sua capacidade de identificar vulnerabilidades específicas de populações indígenas, cujo modo de vida, sistema alimentar e relação com o território não se enquadram em modelos biomédicos convencionais. Assim, se reduz a complexidade da alimentação a medidas quantitativas que, embora relevantes, são insuficientes para orientar políticas públicas efetivas. Por isso, é importante ampliar a cobertura, capacitar melhor as equipes e valorizar a análise dos dados para que a VAN se consolide como uma ferramenta estratégica de gestão em saúde, além de incentivar pesquisas feitas junto às próprias comunidades, com uma visão decolonial que respeite suas prioridades e modos de vida (Barbosa, 2019; Santos et al., 2020; Tavares, 2025).

4 OBJETIVO

4.1 Geral

Analisar o estado nutricional de crianças indígenas menores de cinco anos, pertencentes à etnia Guajajara, do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do estado do Maranhão, no período de 2021 a 2023, com base nos dados presente no Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI).

4.2 Específicos

- Descrever a prevalência dos indicadores Peso para idade e Estatura para Idade entre as crianças indígenas menores de cinco do DSEI Maranhão, segundo sexo, faixa etária e Polo Base;
- Identificar tendências temporais relacionadas ao estado nutricional das crianças Guajajara no período de 2021 a 2023.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo:

Classificou-se o estudo como estudo descritivo, observacional, retrospectivo, de natureza quantitativa.

5.2 População e amostra:

A amostra foi composta por 13.967 indígenas com idade entre 0 e 5 anos, pertencentes à etnia Guajajara, domiciliados na abrangência do DSEI Maranhão.

5.3 Dados:

Os dados secundários foram coletados da plataforma do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), após Carta de Anuência ser emitida pelo DSEI Maranhão (Anexo A), assim como de permissão do Ministério da Saúde via Pedido de Acesso à Informação, sob protocolo de número 25072.019484/2025-12, pelo site Fala.br- Plataforma Integrada de Ouvidoria e Acesso à informação (Anexo B).

Nessas condições, a pesquisa enquadra-se no previsto pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 510, de 7 de abril de 2016, que, em seu art. 1º, parágrafo único, inciso II, estabelece que não precisam ser registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP (Comitê de Ética em Pesquisa/ Comitê Nacional de Ética em Pesquisa) as pesquisas que utilizem informações de acesso público, nos termos da Lei nº 12.527/2011. Assim, considerando que o estudo não envolve contato direto com seres humanos, não coleta dados identificáveis ou sensíveis e trabalha apenas com informações disponibilizadas legalmente pela Administração Pública, configura-se a dispensa de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

As informações foram disponibilizadas por meio de planilhas do Excel, divididas por Polo Base (Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca) e ano (2021, 2022, 2023). Em cada planilha estavam presentes dados de preenchimento obrigatório e preenchimento não obrigatório. Os dados de preenchimento obrigatório foram: Polo Base; Aldeia; Idade; Município; Estado; Terra Indígena; Etnia; Sexo; Peso; Peso para Idade; Estatura; Estatura para Idade; Data de atendimento; Situação (vivo, morto ou ausente). Entre os dados de preenchimento não obrigatório, estavam: IMC; IMC para Idade; Família; Residência; Cartão do SUS;

5.4 Critérios de inclusão:

Foram incluídas na pesquisa as crianças que se adequavam aos seguintes critérios: ser indígena; pertencer à etnia Guajajara; estar em faixa etária de 0 a 5 anos; habitar território na abrangência do DSEI Maranhão; compor o banco de dados do SIASI.

5.5 Critérios de não- inclusão:

Não foram incluídas variáveis com preenchimento não obrigatório, uma vez que ausência identificada no preenchimento desses dados comprometeria a consistência, a confiabilidade e a comparabilidade dos resultados.

O Polo Base de Zé Doca não foi incluído nas análises estatísticas, pois em seu banco de dados somente haviam informações de crianças das etnias Awa Guajá e Ka'apor.

5.6 Variáveis

5.6.1 Variáveis explicativas (independentes): sexo (masculino e feminino), Idade (<1; 1 < 2; 2 < 3; 3 < 4; 4 < 5 anos); Polo Base (Santa Inês, Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú); Ano de atendimento (2021, 2022, 2023); Peso para idade (Muito baixo, baixo, adequado, elevado); Estatura para idade (Muito baixa, baixa, adequada).

5.6.2 Variável dependente (desfecho): Peso e estatura adequados.

5.7 Análises estatísticas:

Os dados foram tratados e organizados antes das aplicações estatísticas. As análises descritiva e inferencial dos dados foram realizadas no software Stata versão 14.0 (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos). O nível de significância foi de 5%.

Foi aplicada análise descritiva, com tabelas de frequências (absolutas e relativas). Para a análise inferencial foi utilizado o teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher. A magnitude das prevalências entre a variável de desfecho e as independentes foram medidas pela razão de prevalência (RP) e seus respectivos Intervalos de Confiança (IC95%), utilizando a regressão de Poisson, adotando a primeira categoria de cada variável como referência. Foi realizada uma análise univariada dentro de cada grupo. As variáveis que resultaram em associação com nível de significância $p \leq 0,20$ foram selecionadas para o modelo múltiplo ajustado pela variável idade.

5.8 Uso de imagens:

O uso das imagens retiradas da Cartografia dos Fatores Intervenientes na Mortalidade Materna, Fetal e Infantil no Distrito Sanitário Especial Indígena e dos Itinerários de Produção de Saúde nas Áreas Indígenas (DSEI Maranhão, 2013), contou com autorização do DSEI Maranhão, via Declaração de Liberação de Uso de Imagens em Cartografia (Anexo C).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Contabilizou-se um total de 13.967 atendimentos em crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas nos polos de Saúde Indígena do Maranhão, em maioria, caracterizadas por crianças do sexo masculino (50,7%), com menos de 1 ano de idade (26,5%), residentes no polo base de Barra do Corda (28,6%), e com a maioria tendo sido atendida no ano de 2021 (35,6%) (Tabela 04).

Tabela 04. Características sociodemográficas e antropométricas de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas nos polos de Saúde Indígena do Maranhão, Brasil. 2021-2023. N = 13.967.

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	6.884	49,3
Masculino	7.083	50,7
Idade (em anos)		
< 1 ano	3.703	26,5
1 < 2	2.906	20,8
2 < 3	3.057	21,9
3 < 4	2.864	20,5
4 < 5	1.437	10,3
Polo Base		
Amarante	2.732	19,6
Arame	2.663	19,1
Barra do Corda	3.988	28,6
Grajaú	3.754	26,9
Santa Inês	796	5,7
Ano do atendimento		
2021	4.966	35,6
2022	4.470	32,0
2023	4.531	32,4
Peso para a idade		
Muito baixo	299	2,2
Baixo	854	6,1
Adequado	12.446	89,1
Elevado	367	2,6
Estatura para a idade		
Muito baixa	2.371	17,0
Baixa	2.739	19,6
Adequada	8.857	63,4
Peso e estatura		
Adequado	8.282	59,3

Fonte: Dados da pesquisa.

A concentração de atendimentos no Polo Base de Barra do Corda (28,6%) parece refletir a organização territorial do DSEI Maranhão. De acordo com relatório situacional oficial,

o DSEI/MA opera por meio de seis polos (Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca) e o Polo Barra do Corda é responsável pelo maior contingente populacional e número de comunidades, atendendo cerca 15.743 pessoas da etnia Guajajara, o que ajuda a explicar o maior volume de registros provenientes dessa área (Brasil, 2023). Em contextos de grande dispersão geográfica e alta carga assistencial, a centralidade de um polo com maior alcance pode aumentar a oportunidade de registro e acompanhamento nutricional, inclusive via SIASI.

A presença majoritária do sexo masculino, tem coerência com o leve predomínio de nascimentos masculinos observado na população brasileira (em média, 104,5 meninos para 100 meninas), um fenômeno amplamente descrito nas estatísticas vitais e demográficas do país. Em termos específicos, diferenças tão pequenas na razão de sexos costumam refletir mais a organização social em termos de idade do que desigualdade de acesso entre meninos e meninas nessa faixa etária. Ainda assim, manter a estratificação por sexo é importante porque meninos e meninas podem apresentar padrões distintos de crescimento, morbidade e resposta a agravos nutricionais, de modo que a análise separada por sexo pode ser útil na identificação de vulnerabilidades específicas e na orientação de intervenções mais adequadas ao perfil de cada grupo (CEIC Data, 2026; Coimbra Jr.; Santos; Cardoso et al., 2014; Reis; Coimbra JR.; Santos, 2013).

A maior proporção de atendimentos em menores de 1 ano (26,5%) é compatível com o calendário de puericultura, imunização e monitoramento do crescimento, etapas nas quais há maior contato de lactentes com a Atenção Primária e, no caso da saúde indígena, com as equipes dos Polos Base do SASI-SUS. É um achado que também dialoga com evidências do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (INSEI 2008–2009), que, após descrição de alta carga de desnutrição crônica em crianças indígenas, destacou a janela dos “mil dias” como prioritária para ações de prevenção, tornando a dimensão nutricional um ponto central durante o nascimento até os 12 meses (Cardoso et al., 2009; Coimbra Jr.; Santos; Cardoso et al., 2014). Estudos de base populacional no Maranhão mostram que a vigilância do crescimento nessa idade é crítica para detectar precocemente agravos como déficit estatural e para orientar práticas de alimentação complementar adequada (Lopes et al., 2019).

Torna-se necessária, portanto, a priorização de ações de saúde na faixa etária de 0 a 1 ano, no contexto indígena e no SUS como um todo. A Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) segue como referência organizadora da atenção à criança no primeiro nível de cuidado, com materiais oficiais e diretrizes específicas para territórios

indígenas no SasiSUS. Para o período de 0 a 1 ano, a AIDPI estrutura a avaliação clínica, o manejo oportuno de agravos prevalentes (p. ex., diarreia, infecções respiratórias), o aconselhamento sobre alimentação e sinais de perigo, e a articulação com imunização e vigilância, reduzindo mortalidade e sequelas (Brasil, 2002; Brasil, 2017). Integrar essa estratégia às rotinas das equipes dos DSEI e às ações comunitárias com agentes indígenas de saúde maximiza impacto e respeita modos de vida locais.

O Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos (Brasil, 2019) recomenda aleitamento materno e introdução alimentar oportuna e culturalmente adequada, orientando serviços para prevenir déficit pondero-estatural, anemia e deficiências de micronutrientes, que são problemas descritos em inquéritos nacionais entre povos indígenas. Incorporar essas diretrizes ao cuidado cotidiano (domicílio, unidade básica, polo base) é uma medida de baixo custo e respeita os direitos culturais.

Desde muito cedo, em sociedades indígenas do Brasil, o processo de amamentação, desmame, introdução de alimentos complementares e padrões de cuidado infantil apresentam forte influência cultural. A amamentação, em especial, ocupa lugar central nos modos de cuidar, unindo nutrição, afeto e cultura. Do ponto de vista antropológico, a literatura enfatiza que hábitos alimentares são formas de reprodução social, de crenças, de gênero, de identidade e de papéis sociais. Ou seja, em cada grupo existe um conjunto de normas simbólicas e práticas que moldam quem come o quê, como, quando, e em que quantidades (Canesqui; Garcia, 2005; Leite, 2007; Freitas; Fontes; Oliveira, 2008).

Porém, em estudos envolvendo aleitamento materno entre crianças indígenas de 0 a 2 anos, por exemplo, em municípios da Amazônia Ocidental, entre as crianças Katukina, Poyanawa, Nawa e Nukini, 60,6% das crianças de 0–24 meses estavam em amamentação no momento do inquérito e, entre menores de 6 meses, o aleitamento exclusivo era de somente 35% (Maciel et al., 2016). Esse padrão de longo tempo de aleitamento materno parcial, com introdução precoce de água e alimentos pode afetar o crescimento, especialmente nos primeiros meses de vida, período crítico para desenvolvimento de reservas de nutrientes (Costa, 2020; Carmo, 2021).

Hábitos não indígenas têm influenciado, ao longo dos anos, a amamentação e introdução alimentar indígena por meio de fatores que vão desde a mediação institucional, através de partos hospitalares e orientações que, por vezes, introduzem fórmula e bicos artificiais precocemente; mediação de mercado, com ampla disponibilidade e marketing de

substitutos do leite materno; e mediação sociocultural, que envolve trabalho materno, urbanização e valorização de alimentos industrializados (Garcia, 2005; Leite, 2007; Buccini; Benício; Venancio, 2014). Isso reforça a necessidade de manter cobertura de puericultura e de vigilância alimentar e nutricional culturalmente adequadas, com ações em educação alimentar que valorizem o direito humano à alimentação adequada (Souza, 2012; Coutinho; Gentil; Torres et al., 2021).

A própria Constituição Federal, no artigo 227 (Brasil, 1988), e o Estatuto da Criança e do Adolescente, no artigo 4º (Brasil, 1990), estabelecem a prioridade absoluta para a infância, o que implica precedência no atendimento, na formulação de políticas e na destinação de recursos públicos, fornecendo base jurídico-normativa para concentrar esforços justamente no período mais vulnerável da vida. Torna-se fundamental o acompanhamento de crianças menores de cinco anos, para garantia de um crescimento e um desenvolvimento adequados, uma vez que esse período é marcado por elevada demanda de energia e nutrientes, além de mudanças nos hábitos alimentares. Estudos reforçam que intervenções precoces nessa faixa etária estão diretamente relacionadas à melhoria do rendimento escolar, da saúde geral e da qualidade de vida futura (WHO, 2006; Black et al., 2013). Assim, o acompanhamento nutricional contínuo não apenas assegura a saúde imediata da criança, mas também constitui um investimento na redução de desigualdades sociais e na construção de uma população mais saudável.

Em relação as características antropométricas no momento do atendimento, 89,1% das crianças apresentaram peso adequado para a idade (P/I), enquanto que, 63,4% encontraram-se com a estatura adequada para a idade (E/I). Em contrapartida, apenas 59,3% apresentaram ambos (peso e estatura) adequada para a idade (Tabela 04).

O fato de 89,1% apresentarem peso adequado para a idade, enquanto apenas 63,4% têm estatura adequada, sugere um quadro em que a desnutrição crônica (déficit linear) é mais prevalente do que o baixo peso. Define-se baixa estatura para idade aquela abaixo de -2 escores-z em relação aos Padrões de Crescimento da OMS, um quadro que sugere exposições prolongadas a infecções, dieta insuficiente e condições ambientais adversas desde a gestação (WHO, 2006; WHO; UNICEF, 2009; WHO, 2024). O peso para idade abaixo de -2 escores-z indica “baixo peso” e funciona, na vigilância, como um sinal sensível a quedas recentes de peso, embora não distinga, isoladamente, causas agudas de crônicas. Assim, a menor adequação em estatura indica provável carga elevada de baixa estatura (stunting) mesmo com muitos registros

de peso “normal”, padrão coerente com a literatura e com o uso dos Padrões de Crescimento da OMS em serviços de saúde (WHO, 2006; Brasil, 2011).

Entre povos indígenas no Brasil, inquéritos nacionais e rotinas do SASI-SUS evidenciam déficits de P/I especialmente nos primeiros dois anos de vida, em contexto de maior carga de infecções e insegurança alimentar, o que justifica usar o P/I como alerta precoce para captação e manejo oportuno nos serviços locais, de preferência unido à confirmação por P/E à avaliação clínica. Também se observam prevalências elevadas e heterogêneas de baixa E/I quando comparadas à população geral (Cardoso et al., 2009; Coimbra jr.; Santos; Escobar, 2013; Brasil, 2018).

Apenas 59,3% com ambos (peso e estatura) adequados mostra que uma parcela expressiva das crianças tem desalinhamento entre os indicadores, por exemplo, peso adequado, mas estatura baixa. Em termos clínico-epidemiológicos, isso demanda cautela, pois, crianças com menor estatura podem não ter baixo peso para idade e, ao mesmo tempo, já apresentar risco de excesso de peso quando avaliadas por peso/estatura, particularmente após o desmame e na introdução da alimentação complementar. Por isso, a vigilância deve considerar o conjunto de índice, e não um único marcador.

Na comparação contextual, o ENANI (2019), representativo da população brasileira, estimou prevalências bem menores de baixo peso (2,9%) e de baixa estatura (7,0%) em menores de cinco anos (UFRJ, 2023). A discrepância entre essas médias nacionais e a baixa proporção de estatura adequada observada aqui reforça a desigualdade que afeta crianças indígenas, que historicamente apresentam déficits lineares duas a cinco vezes maiores que os de crianças não indígenas (Coimbra Jr.; Santos; Cardoso, 2014; Horta et al., 2013). Esses achados já haviam sido documentados no I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas (2008–2009), que encontrou 25,7% de baixa estatura e 5,9% de baixo peso em <5 anos (Cardoso et al., 2009).

Do ponto de vista programático, é essencial que haja fortalecimento da puericultura com foco na janela dos “mil dias”, assim como assegurar qualidade da medida altura/comprimento e ampliar a análise para IMC por idade e peso por estatura (ainda não obrigatórios no preenchimento do SIASI) e, conforme diretrizes da OMS para triagem de magreza e a norma técnica do SISVAN (WHO; UNICEF, 2009; Brasil, 2011). As normas do SISVAN e documentos da OMS recomendam a qualificação da mensuração antropométrica,

incluindo treino de equipe, uso de equipamentos adequados e registro por escores (não observado no SIASI) (Brasil, 2011; WHO, 2006; WHO; UNICEF, 2009).

No caso do SASISUS, uma vez que, na ausência do profissional nutricionista dentro dos territórios, os dados antropométricos são coletados pelos AIS e pelos enfermeiros (Brasil, 2023), é essencial que haja investimentos na formação de profissionais indígenas e não indígenas, assim como fortalecimento da estrutura dos DSEIs e revisão dos instrumentos de coleta, incluindo indicadores culturais e ambientais. Também é importante reforçar a necessidade de ações intersetoriais sobre determinantes subjacentes (acesso à água, saneamento, segurança alimentar e apoio às práticas alimentares culturalmente adequadas), uma vez que o déficit linear indígena se associa de forma consistente a piores condições socioeconômicas e ambientais (Coimbra Jr.; Santos; Cardoso, 2014; Cardoso et al., 2009).

O pico de atendimentos em 2021 (35,6%), pode estar relacionado a dois movimentos simultâneos. De um lado, a intensificação das ações de resposta e de reorganização da Atenção Básica indígena durante a pandemia de COVID-19, com ampliação de vigilância e busca ativa, vacinação e retomada gradativa de rotinas, através de ações documentadas pela SESAI em informes e boletins epidemiológicos de 2020 a 2021. De outro, a própria dinâmica de “represamento” e posterior recuperação das linhas de cuidado, comum no SUS naquele período, o que tende a concentrar registros em um determinado ano do calendário (Brasil, 2021a; Brasil, 2021b). Nessa conjuntura, ficou ainda mais importante monitorar a nutrição para evitar problemas de alimentação e crescimento nas crianças indígenas. (MS/SESAI, 2021; ABRASCO, 2021).

Tabela 05. Características sociodemográficas e antropométricas de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas nos polos de Saúde Indígena do Maranhão, Brasil, segundo sexo de nascimento. 2021-2023. N = 13.967.

Variável	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Idade (em anos)				
< 1 ano	1.813	26,4	1.890	26,7
1 < 2	1.437	20,9	1.469	20,7
2 < 3	1.489	21,6	1.568	22,1
3 < 4	1.441	20,9	1.423	20,1
4 < 5	704	10,2	733	10,4
Polo Base				
Amarante	1.313	19,1	1.419	20,1
Arame	1.338	19,5	1.325	18,8
Barra do Corda	2.014	29,3	1.974	27,9
Grajaú	1.822	26,5	1.932	27,3
Santa Inês	379	5,5	417	5,9
Ano do atendimento				
2021	2.460	35,7	2.506	35,4
2022	2.203	32,0	2.267	32,0
2023	2.221	32,3	2.310	32,6
Peso para a idade				
Muito baixo	115	1,7	184	2,6
Baixo	354	5,1	500	7,1
Adequado	6.240	90,7	6.206	87,6
Elevado	174	2,5	193	2,7
Estatura para a idade				
Muito baixa	969	14,1	1.402	19,8
Baixa	1.330	19,3	1.409	19,9
Adequada	4.585	66,6	4.272	60,3
Peso e estatura				
Adequado	4.294	62,4	3.988	56,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a descrição dos atendimentos segundo sexo de nascimento da criança, caracterizou-se que entre as crianças do sexo feminino, 90,7% possuem peso adequado para a idade, e que 66,6% estiveram com a estatura adequada para a idade, de modo consequente, 62,4% das crianças do sexo feminino apresentaram peso e estatura adequadas para a idade, enquanto que, entre as crianças do sexo masculino, 19,8% apresentaram estatura muito baixa para a idade, 9,7% apresentaram peso muito baixo (2,6%) ou baixo (7,1%) para a idade. Ademais, apenas 56,3% das crianças do sexo masculino foram aferidas com peso e estatura adequadas para a idade (Tabela 05).

Como a distribuição etária por polo e por ano é semelhante entre os sexos na amostra, essas diferenças dificilmente se explicam por composição etária ou oportunidade de atendimento, mas dialogam com evidências documentadas em revisões sistemáticas e análises multicêntricas que mostram maior probabilidade de meninos manifestarem déficit linear e baixo peso em contextos de maior exposição a infecções e adversidades ambientais durante os primeiros anos de vida, em razão de respostas imunes iniciais potencialmente menos protetoras e de uma vulnerabilidade biológica que os torna mais suscetíveis a agravos nutricionais (Thurstans et al., 2020; Santos et al., 2021; Khara et al., 2022).

Uma revisão de Thurstans et al. (2020) destaca que áreas com maior exposição a agravos e menor qualidade ambiental tendem a potencializar a vulnerabilidade biológica dos meninos, levando a proporções mais altas de estatura muito baixa mesmo quando o peso/idade parece preservado. Esse padrão de maior vulnerabilidade masculina também aparece em indicadores de morbimortalidade neonatal e infantil em diversos cenários, reforçando a plausibilidade biológica do achado (Wamani et al., 2007; Thurstans et al., 2020; Moore, 2024). Assim, análises estratificadas por faixa etária, polo e ano são úteis para identificar onde a diferença por sexo é mais marcada e onde focar intervenções.

O estudo de Lee et al. (2024), investigou a situação nutricional de crianças entre 6 e 23 meses nos condados rurais mais pobres da China, no período de 2016 a 2021. A pesquisa foi conduzida em 116 condados distribuídos em 19 províncias e reuniu informações de mais de 210 mil crianças, configurando-se como um dos maiores inquéritos recentes sobre o tema. Os autores utilizaram indicadores padronizados pela Organização Mundial da Saúde para avaliar a prevalência de anemia, baixa estatura para a idade (stunting), magreza (wasting) e sobrepeso. Os resultados mostraram que, em 2016, cerca de 18% das crianças apresentavam anemia, 7,5% tinham baixa estatura, 4,7% eram classificadas com magreza e 3,1% estavam acima do peso. Apesar de melhoria gradual nos indicadores ao longo dos anos de pesquisa, as desigualdades sociais e educacionais permaneceram evidentes. Crianças filhas de mães com apenas ensino primário apresentaram risco significativamente maior de desnutrição em comparação às filhas de mães com escolaridade superior, evidenciando a influência da educação materna como determinante persistente da saúde infantil. Além disso, o estudo destacou diferenças relevantes segundo o sexo da criança: os meninos apresentaram piores indicadores de crescimento e maiores prevalências de anemia em comparação às meninas, especialmente no início da faixa etária analisada, por volta dos seis meses de idade.

Em síntese, o corpo de evidências internacionais dá plausibilidade biológica para as diferenças observadas em crianças indígenas Guajajara, enquanto determinantes sociais, como pobreza, falta de saneamento, infecções e alimentação complementar inadequada, modulam a magnitude das disparidades (Wamani et al., 2007; Thurstans et al., 2020; Moore, 2024Brasil, 2021; Lee et al., 2024).

A assimetria entre P/I e E/I também é marcante: entre meninos, 39,7% apresentam baixa estatura (soma de “baixa” e “muito baixa”), ante 33,4% nas meninas, enquanto o déficit ponderal é bem menor (9,7% e 6,8%, respectivamente). Esse padrão é típico de desnutrição crônica mais prevalente que magreza aguda e está de acordo com a interpretação dos Padrões de Crescimento da OMS, que recomendam usar escores-z e ler os índices de forma integrada para não subestimar risco quando o peso parece “normal”, mas a estatura já sofreu impacto (WHO, 2006; WHO; UNICEF, 2009; Brasil, 2011).

Estudos focados em séries temporais com dados do SISVAN (Brasil, 2023) reforçam que na Região Norte, a tendência do déficit de estatura entre menores de cinco anos indica persistência de níveis mais altos em perfis de maior risco. A literatura associada a essas séries aponta, de modo geral, maior vulnerabilidade dos meninos para o atraso linear (Silva et al., 2023).

Em 2023, um estudo específico de Castro et al. comparou a distribuição dos escores-z de estatura para idade por faixas etárias entre 2006 e 2019, evidenciando que as diferenças de crescimento se definem cedo na vida e variam por idade, informação crucial para alinhar a comparação com a janela crítica dos 1000 dias, realçada por Lee et al. (2024) e reconhecida pela OMS (2019) e pela UNICEF (2019) como o momento em que o crescimento físico, o desenvolvimento neurológico e a formação de sistemas metabólicos e imunológicos são mais sensíveis a fatores ambientais. Ainda no plano nacional, análises de desigualdade racial e regional apontam que crianças nos estratos mais vulneráveis (pretas, pardas, indígenas, regiões menos desenvolvidas) concentram prevalências mais altas de déficit linear (Almeida et al., 2023).

Em relação às frequências de peso elevado para a idade, embora sejam baixas e semelhantes entre os sexos (2,5% para o sexo feminino e 2,7% para o sexo masculino), recomenda-se atenção à possível “dupla carga” nutricional (déficit linear com excesso de peso por IMC), já descrita no país e entre povos indígenas, o que reforça a necessidade de vigilância contínua e culturalmente adequada (UFRJ, 2023; Horta et al., 2013).

No pano de fundo de achados locais, a literatura aponta que as crianças da população geral do Maranhão já vivenciam um quadro duplo de persistência de desnutrição crônica e aumento de excesso de peso, com forte gradiente por área rural e por insegurança alimentar (Lopes et al., 2019). Entre povos indígenas, o INSEI (2009) evidenciou prevalências elevadas de baixa estatura e anemia, ao mesmo tempo em que já se observavam sinais de transição nutricional em alguns grupos, compondo a chamada “dupla carga” de má nutrição (Cardoso et al., 2009; Coimbra Jr.; Santos; Cardoso et al., 2014).

Do ponto de vista conceitual, a dupla carga emerge da combinação de fatores característicos do processo de transição nutricional brasileira, e envolvem pobreza, insegurança alimentar e saneamento precário, que são determinantes clássicos do atraso de crescimento, assim como de mudanças rápidas na dieta, normalmente resultantes da maior presença de ultra processados e bebidas açucaradas, além da redução da atividade física, que elevam o risco de excesso de peso (BRASIL, 2014; PNAN, 2012/2013). Achados etnográficos e nutricionais entre os Terena descrevem explicitamente a coexistência de déficits de crescimento e obesidade como expressão das mudanças no padrão alimentar e de atividade física, isto é, a dupla carga em contexto indígena (Ribas; Philippi, 2003).

A entrada e a intensificação do consumo de alimentos ultra processados nos territórios indígenas são parte de um processo mais amplo de integração de mercados, mudanças no acesso e no modo de obtenção de alimentos (maior dependência de compra) e reconfiguração das economias locais, descritos para diferentes regiões e povos no Brasil. Esses processos excluem preparações tradicionais e introduzem produtos prontos, bebidas açucaradas e guloseimas, alterando padrões de oferta, conveniência e preferências alimentares (Welch et al., 2020; Coimbra Jr.; Santos; Escobar, 2003).

Estudos específicos com povos indígenas mostram essa associação. Entre os Xavante, descrevem-se dietas crescentemente baseadas em alimentos industrializados e açúcar, com dependência de compras urbanas (Santos; Garavello; Reichardt, 2020), em paralelo à elevada prevalência de excesso de peso em adultos, típica de transição nutricional acelerada (Welch et al., 2024). Já entre crianças Yanomami com idade entre 6 e 59 meses, inquérito dietético classificou o consumo segundo o processamento e identificou participação relevante de itens industrializados em localidades com maior acesso a centros urbanos, um sinal de como acessibilidade e circulação mercantil modulam a exposição a alimentos ultra processados já na primeira infância (Moraes et al., 2022).

Para enfrentar o problema, a OMS propõe “ações de dupla função”, que consistem em intervenções que atuam ao mesmo tempo sobre as duas faces da má nutrição, através de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; alimentação complementar adequada; ambientes alimentares que desincentivem ultra processados; regulação de marketing; ações intersectoriais de água e saneamento adaptadas às realidades locais e culturais. No caso indígena, isso implica fortalecer a vigilância alimentar e nutricional, incorporar protocolos culturalmente pertinentes, considerando línguas, cosmologias e modos de preparo de alimentos tradicionais, além de articular políticas de segurança alimentar e territorialidade que viabilizem o acesso a alimentos in natura e de subsistência (WHO, 2017; WHO, 2017b; The Lancet, 2019).

Tabela 06. Características sociodemográficas e antropométricas de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas nos polos de Saúde Indígena do Maranhão, Brasil, segundo ano de atendimento. 2021-2023. N = 13.967.

Variável	2021		2022		2023	
	n	%	n	%	n	%
Sexo						
Feminino	2.460	49,5	2.203	49,3	2.221	49,0
Masculino	2.560	51,5	2.267	50,7	2.310	51,0
Idade (em anos)						
< 1 ano	1.353	27,2	1.185	26,5	1.165	25,7
1 < 2	998	20,1	968	21,7	940	20,7
2 < 3	1.002	20,2	1.028	23,0	1.027	22,7
3 < 4	983	19,8	899	20,1	982	21,7
4 < 5	630	12,7	390	8,7	417	9,2
Polo Base						
Amarante	972	19,7	813	18,2	947	20,9
Arame	927	18,8	879	19,7	857	18,9
Barra do Corda	1.484	30,1	1.251	28,0	1.253	27,7
Grajaú	1.278	25,9	1.253	28,0	1.223	27,0
Santa Inês	271	5,5	274	6,1	251	5,5
Peso para a idade						
Muito baixo	95	1,9	104	2,3	100	2,2
Baixo	292	5,9	273	6,1	289	6,4
Adequado	4.448	89,6	3.982	89,1	4.016	88,6
Elevado	130	2,6	111	2,5	126	2,8
Estatura para a idade						
Muito baixa	833	16,8	758	17,0	780	17,2
Baixa	899	18,1	913	20,4	927	20,5
Adequada	3.234	65,1	2.799	62,6	2.824	62,3
Peso e estatura						
Adequado	3.032	61,1	2.610	58,4	2.640	58,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à caracterização antropométrica conforme o ano de registro do atendimento, identificou-se que, o maior percentual de crianças com peso baixo para a idade (6,4%), estatura muito baixa (17,2%) e baixa (20,5%) para a idade foi observado no ano de 2023. Consequentemente, entre os anos analisados, o ano de 2023 apresentou o menor percentual de crianças com peso e estatura adequadas para a idade (58,3%) (Tabela 06). Esses achados corroboram evidências nacionais e internacionais que apontam persistência da má nutrição em crianças em situação de vulnerabilidade social, especialmente entre povos indígenas (WHO, 2023; Pinto et al., 2024).

Os dados mostrados nessa pesquisa sugerem que parte significativa das crianças avaliadas foi exposta, desde os primeiros anos de vida, a contextos de vulnerabilidade nutricional, uma vez que a baixa estatura não é apenas reflexo da desnutrição atual, mas evidencia agravos nutricionais pregressos, que ocorreram de forma acumulada nos primeiros anos de vida (Ribeiro-Silva et al., 2020; UNICEF, 2023). No caso dos povos indígenas, múltiplos estudos apontam que a estatura baixa é um marcador recorrente das desigualdades sociais e da exclusão histórica vivida por essas populações, sendo mais prevalente do que o baixo peso (Rodrigues et al., 2024).

O agravamento em 2023 pode ser compreendido à luz de múltiplos fatores. Primeiramente, o impacto prolongado da pandemia de COVID-19 repercutiu de forma significativa sobre a segurança alimentar e nutricional. Estudos apontam que a pandemia ampliou a desigualdade de acesso a alimentos, reduziu a renda familiar e fragilizou os serviços de saúde, afetando diretamente o crescimento e desenvolvimento infantil (Ribeiro-Silva et al., 2020; Rodrigues et al., 2024). O II VIGISAN mostrou que a fome dobrou em lares com crianças durante esse período, evidenciando o alto grau de insegurança alimentar (PENSSAN, 2022a; PENSSAN, 2022b).

Para além do efeito direto da pandemia, a UNICEF (2023a; 2023b) destaca que a pobreza multidimensional, incluindo privações em saúde, nutrição, saneamento e educação, permanece como um fator estrutural que aprofunda os déficits nutricionais infantis. Revisões recentes indicam que a combinação de interrupções assistenciais, menor cobertura de ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, somada à maior exposição a doenças infecciosas, agravou tanto a desnutrição aguda quanto a crônica em populações indígenas (Silva, 2023; Soares et al., 2025). O contexto vivido pelos Guajajara reflete essa realidade, já que tais privações interagem de forma cumulativa.

No contexto estadual, o Informe Situacional de Alimentação de Nutrição, referente a 2023, emitido pela Secretaria de Saúde do Maranhão, aponta prevalências significativas de agravos nutricionais entre crianças acompanhadas na Atenção Primária à Saúde, reforçando a vulnerabilidade local, ainda que não estratifique por povos e etnias (Maranhão, 2025). Outro determinante importante diz respeito às condições de saneamento e acesso à água potável. Segundo relatório do DSEI Maranhão, em 2023, cerca de 81% da população indígena atendida possuía abastecimento de água por sistemas implantados, restando lacunas relevantes de cobertura (Brasil, 2023). A literatura mostra que a falta de saneamento adequado está associada ao aumento da incidência de diarreias e parasitoses, repercutindo negativamente no crescimento infantil (Miranda et al., 2021). Além disso, análises nacionais do SISVAN evidenciam que a insegurança alimentar e o déficit de estatura são problemas persistentes em povos e comunidades tradicionais, especialmente nas regiões Norte e Nordeste (Brasil, 2023; Barbosa, 2024).

No campo da segurança alimentar, a PNAD Contínua de 2023 registrou melhora geral nos níveis de Segurança Alimentar do país em comparação a 2017 e 2018. Contudo, persistiu um percentual elevado de insegurança alimentar grave e apenas pequena redução da moderada, evidenciando a persistência da vulnerabilidade (IBGE, 2024). Essa realidade é consistente com estudos que documentam a permanência de desigualdades alimentares em povos indígenas, mesmo em um cenário de recuperação nacional (Soares et al., 2025; UFRJ, 2024).

A diferença observada entre 2021, 2022 e 2023 também pode ser explicada pelo contexto político e assistencial desses anos. Em 2021, estava em vigência o Plano Geral de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para os Povos Indígenas Brasileiros, que buscava organizar estratégias emergenciais de proteção (Brasil, 2021). Esse período inicial contou com respostas emergenciais e mobilização social intensa, o que pode ter atenuado, em parte, os impactos nutricionais.

Já em 2022, a implementação do Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a Covid-19 e a retomada gradual das atividades de saúde contribuíram para certa melhora no acesso aos serviços, ampliando a vigilância alimentar e nutricional (Brasil, 2022; Brasil, 2022). Contudo, em 2023, o efeito acumulado de crises econômicas e sociais pós-pandemia parece ter atingido com mais intensidade as famílias indígenas. A literatura indica que a suspensão de auxílios emergenciais, a instabilidade dos programas de proteção social e a irregularidade na execução de condicionalidades de saúde podem ter contribuído para a piora dos indicadores nesse período (Castro; Ribeiro et al., 2020; Damião et al., 2021).

Em relação aos polos de saúde, observou-se que, em termos de sexo, a distribuição entre meninos e meninas foi relativamente equilibrada em todos os polos, com discreto predomínio do sexo masculino em Amarante (51,95), Grajaú (51,5%) e Santa Inês (52,4%). Em Arame e Barra do Corda as meninas representaram ligeiramente mais da metade das crianças atendidas (50,2% e 50,5%, respectivamente) (Tabela 07). Essa distribuição segue o padrão nacional, já que, em geral, há leve predominância masculina ao nascimento, mas maior sobrevivência feminina nos primeiros anos de vida, o que resulta em equilíbrio relativo (UNICEF, 2023a; WHO, 2023).

Quanto à faixa etária, o maior número de atendimentos ocorreu em crianças menores de um ano em todos os polos, variando de 24,8% em Barra do Corda a 27,9% em Arame (Tabela 07), o que é coerente com a prioridade dada ao acompanhamento no primeiro ano de vida pelas políticas nacionais de saúde da criança, que reforçam a vigilância do crescimento, aleitamento materno e imunização nesse período considerado crítico para o desenvolvimento (Brasil, 2022; Damião et al., 2021).

Tabela 07. Características sociodemográficas e antropométricas de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara, atendidas segundo polo base de Saúde Indígena do Maranhão, Brasil. 2021-2023. N = 13.967

Variável	Amarante		Arame		Barra do Corda		Grajaú		Santa Inês	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo										
Feminino	1.313	48,1	1.338	50,2	2.014	50,5	1.822	48,5	379	47,6
Masculino	1.419	51,9	1.325	49,8	1.974	49,5	1.932	51,5	417	52,4
Idade (em anos)										
< 1 ano	744	27,2	744	27,9	990	24,8	1.015	27,0	205	25,8
1 < 2	576	21,1	536	20,1	833	20,9	795	21,2	155	19,5
2 < 3	623	22,8	563	21,1	925	23,2	781	20,8	161	20,2
3 < 4	556	20,4	511	19,2	841	21,1	774	20,6	172	21,6
4 < 5	233	8,5	309	11,6	399	10,0	389	10,4	103	12,9
Ano do atendimento										
2021	972	35,6	927	34,8	1.484	37,2	1.278	34,0	271	34,1
2022	813	29,7	879	33,0	1.251	31,4	1.253	33,4	274	34,4
2023	947	34,7	857	32,2	1.253	31,4	1.223	32,6	251	31,5
Peso para a idade										
Muito baixo	72	2,6	27	1,0	76	1,9	117	3,1	6	0,8
Baixo	183	6,7	129	4,8	234	5,9	284	7,6	22	2,8
Adequado	2.369	86,7	2.486	93,4	3.592	90,1	3.222	85,8	748	94,0

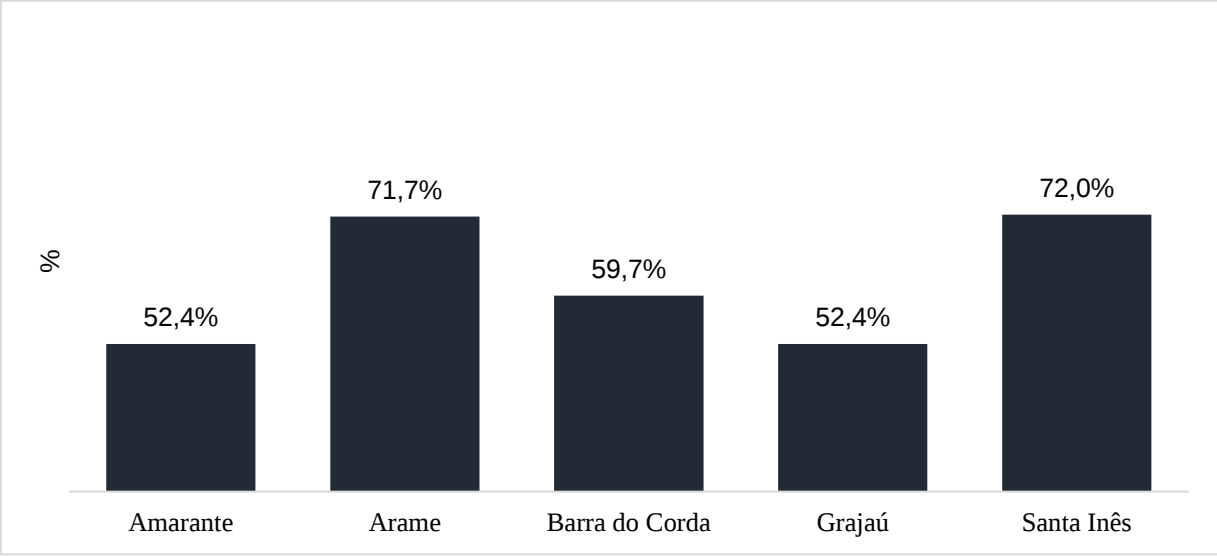
Elevado	108	4,0	21	0,8	85	2,1	131	3,5	20	2,5
Estatura para a idade										
Muito baixa	554	20,3	247	9,3	745	18,7	749	20,0	73	9,2
Baixa	607	22,2	434	16,3	719	18,0	846	22,5	125	15,7
Adequada	1.571	57,5	1.982	74,4	2.524	63,3	2.159	57,5	598	75,1
Peso e estatura										
Adequado	1.432	52,4	1.909	71,7	2.382	59,7	1.967	52,4	573	72,0

Fonte: Dados da pesquisa.

No que se refere ao peso para idade, a maioria das crianças apresentou valores adequados, com percentuais variando de 85,8% em Grajaú a 94,0% em Santa Inês. Entretanto, chamam atenção as proporções de baixo peso em polos como Grajaú (7,6%) e Amarante (6,7%), superiores às registradas em Arame (4,8%) e Santa Inês (2,8%). Além disso, os maiores percentuais de “muito baixo peso” também foram identificados em Grajaú (3,1%) e Amarante (2,6%) (Tabela 07).

O mesmo ocorre quanto à estatura para idade, em que os maiores percentuais de estatura muito baixa e baixa foram identificados em Amarante (20,3% e 22,2%) e Grajaú (20,0% e 22,5%) (Tabela 07). Sendo esse considerado um marcador sensível de condições de vida e saúde acumuladas desde a gestação e primeiros anos, estando fortemente associada à pobreza multidimensional e insegurança alimentar (UNICEF, 2023; WHO, 2023), tais achados podem refletir variações territoriais de acesso a alimentos, saneamento e cuidados em saúde. (Ribeiro-Silva et al., 2020; PENSSAN, 2022), indicando que crianças de Amarante e Grajaú estão, possivelmente, mais expostas à vulnerabilidade socioeconômica, enfrentando maior risco de desnutrição crônica.

Gráfico 2. Proporção de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara com peso e estatura adequadas segundo polo base de Saúde Indígena no Maranhão, Brasil.2021-2023. N = 13.967.



Fonte: Dados da pesquisa.

O gráfico 2 reforça a convergência desses indicadores, uma vez que a proporção de crianças com peso e estatura adequados para a idade foi predominante nos polos de saúde Santa Inês (72,0%) e Arame (71,7%), enquanto que os polos de Amarante e Grajaú apresentaram os menores percentuais, com apenas 52,4% das crianças residentes com peso e estatura adequados para a idade.

Tanto Grajaú quanto Amarante concentram grandes áreas da Terra Indígena Araribóia, a mais populosa do Maranhão, tendo este último o município maior porção territorial. Esses territórios estão entre os mais pressionados do Maranhão, com registro frequente de invasões por madeireiros, grileiros e criadores de gado ilegal (ISA, 2025; FUNAI, 2025; Agência Brasil, 2025). As invasões resultam em desmatamento, incêndios florestais e degradação dos recursos naturais, afetando diretamente os modos de subsistência indígenas. A redução da cobertura florestal compromete a disponibilidade de caça, coleta e pesca, elementos centrais da alimentação Guajajara, além de prejudicar a qualidade e quantidade da água (ISA, 2025a; Casa Civil, 2025).

A relação entre essas pressões territoriais e os indicadores nutricionais é documentada em diversas análises. O UNICEF (2023) e a WHO (2023) ressaltam que déficits de estatura para idade refletem privações nutricionais prolongadas e condições adversas acumuladas nos primeiros anos de vida. Quando o território é degradado ou invadido, as famílias indígenas

perdem a autonomia sobre seus sistemas tradicionais de produção, ficando mais dependentes de alimentos industrializados adquiridos em mercados locais, muitas vezes caros, ultraprocessados e de baixa qualidade nutricional (Ribeiro-Silva et al., 2020; Rodrigues et al., 2024). Esse processo de insegurança alimentar e nutricional se traduz na alta prevalência de desnutrição crônica (baixa estatura) e também em déficits de peso em crianças pequenas.

Além disso, as invasões e conflitos impactam o acesso aos serviços públicos de saúde. Operações de fiscalização e violência no entorno das aldeias frequentemente dificultam o deslocamento das equipes do DSEI/SESAI, reduzindo a frequência de ações de acompanhamento nutricional e vacinação (MS/SESAI, 2023). Em contextos de maior instabilidade territorial, é comum que haja interrupções ou precariedade no abastecimento de água e saneamento básico, elementos que agravam os riscos de infecções diarreicas e parasitárias, com efeito direto no retardo do crescimento infantil (MS/SESAI, 2023).

Portanto, as informações sugerem que a maior prevalência de baixo peso e baixa estatura para idade nesses dois municípios pode estar relacionada, em parte, às pressões e invasões nas terras indígenas Araribóia e Bacurizinho, que afetam tanto a segurança alimentar quanto o acesso a serviços de saúde. Isso reforça a ideia de que a desnutrição infantil indígena não pode ser explicada apenas por fatores individuais ou biológicos, mas deve ser entendida como consequência de processos estruturais de vulnerabilidade, marcados por disputas territoriais e violações de direitos (UNICEF, 2023; PENSSAN, 2022).

Tabela 08. Razão de Prevalência (RP) e Intervalos de Confiança a 95% (IC95%) de crianças menores de 05 anos da etnia Guajajara com peso e estatura adequadas, Maranhão, 2021 – 2023.

Variáveis	RP Bruta	IC95%	valor p	RP Ajustada	IC95%	valor p
Sexo						
Feminino	1,00	-	-	1,00	-	-
Masculino	0,90	0,88;0,93	0,000	0,90	0,88;0,93	0,000
Idade						
0	1,00	-	-	-	-	-
1	0,86	0,82;0,90	0,000	-	-	-
2	1,07	1,03;1,12	0,001	-	-	-
3	1,21	1,17;1,26	0,000	-	-	-

4	1,31	1,26;1,37	0,000	-	-	-
Polo						
Santa Inês	1,00	-	-	1,00	-	-
Amarante	0,73	0,69;0,77	0,000	0,74	0,70;0,78	0,000
Arame	1,00	0,95;1,05	0,869	1,00	0,96;1,05	0,865
Barra do Corda	0,83	0,79;0,87	0,000	0,83	0,79;0,88	0,000
Grajaú	0,73	0,69;0,77	0,000	0,73	0,70;0,77	0,000
Ano						
2021	1,00	-	-	1,00	-	-
2022	0,96	0,92;0,99	0,009	0,96	0,93;0,99	0,026
2023	0,95	0,92;0,99	0,006	0,96	0,92;0,99	0,009

Fonte: Dados da pesquisa.

Na análise de regressão, o modelo final apontou que as crianças do sexo masculino têm 10% menor prevalência de estatura e peso adequado comparado ao sexo feminino. As crianças de Amarante (RP = 0,74; IC95%: 0,70;0,78), Barra do Corda (RP= 0,83; IC95%: 0,79;0,88) e Grajaú (RP = 0,73; IC95%: 0,70;0,77) tiveram menor prevalência comparado a Santa Inês. Os anos de 2022 e 2023 tiveram 4% menos prevalência de crianças com estatura e peso adequado comparado a 2021 (Tabela 08).

Os dados evidenciaram as desigualdades no estado nutricional entre as crianças Guajajara de 0 a 5 anos, segundo variáveis de sexo, polo-base e ano de acompanhamento. A menor prevalência de peso e estatura adequados dos meninos em comparação às meninas, é um achado que está em consonância com estudos que demonstram maior vulnerabilidade nutricional em meninos, frequentemente associada a maior suscetibilidade a infecções, maior demanda energética e diferenças hormonais e metabólicas (Monteiro et al., 2009; WHO, 2020).

Observou-se, em relação à faixa etária, tendência positiva de maior prevalência de peso e estatura adequados em crianças mais velhas, especialmente a partir dos 2 anos, que pode estar associado ao fato de que, após os primeiros anos de vida, ocorre redução da velocidade de crescimento e maior adaptação a padrões alimentares da comunidade, diminuindo a suscetibilidade a episódios de déficit agudo (WHO, 2020; Victora et al., 2010). Contudo, é importante ressaltar que déficits nutricionais adquiridos nos primeiros mil dias de vida

difícilmente são totalmente revertidos, repercutindo permanentemente sobre o crescimento linear, cognição e risco de doenças crônicas na vida adulta. Logo, o direito fundamental de garantia de acesso a alimentos de qualidade e de meios de vida possui relevância ainda maior no período de intenso desenvolvimento e formação de um estado de saúde sólido para as outras fases da vida (Black et al., 2013).

Considerando a necessidade de atenção prioritária à saúde materno-infantil e entendendo a saúde como indissociável do ambiente e dos modos de vida, demandando políticas intersetoriais que promovam tanto a segurança alimentar quanto o desenvolvimento sustentável das comunidades, o funcionamento adequado dos programas de suplementação alimentar e nutricional nos territórios indígenas assume papel estratégico para enfrentar vulnerabilidades históricas e reduzir os impactos da má nutrição na infância. Torna-se fundamental garantir ações, já que a implementação desses programas não deve ser entendida apenas como medida emergencial, mas como parte da consolidação de políticas públicas que assegurem o direito humano à alimentação adequada, reduzam desigualdades em saúde e fortaleçam a atenção materno-infantil, respeitando as especificidades culturais desses povos (Black et al., 2013; Brasil, 2013).

Entre as principais iniciativas, o NutriSUS oferece micronutrientes em pó para crianças de 6 a 59 meses, o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) busca reduzir a anemia ferropriva em crianças e gestantes, e o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A previne hipovitaminose A e suas complicações (Brasil, 2005; Brasil, 2013; Brasil, 2014). Em territórios indígenas, essas ações se articulam ao SASI-SUS e a estratégias de promoção da segurança alimentar, como o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA) indígena, que valoriza a produção local e a cultura alimentar tradicional, contribuindo para a equidade, a interculturalidade e a autonomia comunitária (Brasil, 2011; Brasil, 2013; Brasil, 2015).

O recorte temporal indica tendência preocupante, uma vez que em 2022 e 2023 houve redução de 4% na prevalência de crianças com peso e estatura adequados em comparação a 2021. Esse achado pode refletir os efeitos da pandemia de COVID-19, que impactou diretamente a segurança alimentar, a oferta de serviços de saúde indígena e a execução de programas de atenção básica (Ribeiro-Silva et al., 2020; OPAS, 2021; Rodrigues et al., 2024). Além disso, o enfraquecimento de políticas públicas voltadas à promoção da saúde e à proteção social das populações vulneráveis, como os povos indígenas, pode ter contribuído para esse agravamento (Garnelo; Pontes, 2021).

Quando se trata das localidades, a menor prevalência de estado nutricional adequado das crianças residentes nos polos de Amarante, Barra do Corda e Grajaú apresentaram em relação a Santa Inês, evidencia que a heterogeneidade das condições de vida entre os polos pode refletir acesso desigual aos serviços de saúde indígena, à qualidade da água, saneamento e segurança alimentar. Esse quadro é ainda mais agravado diante das perdas territoriais sofridas através das invasões realizadas por madeireiros, grileiros e criadores de gado ilegal, em municípios como Amarante e Grajaú (Garnelo; Pontes, 2012; Brasil, 2018; FUNAI, 2025; Agência Brasil, 2025). O Relatório Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional em Povos Indígenas destaca que a heterogeneidade intraétnica é um fator importante, já que condições estruturais, disponibilidade de alimentos e apoio da rede de saúde variam de acordo com os polos-base e municípios de referência (Brasil, 2019).

Em diversas regiões, a logística de atendimento enfrenta barreiras significativas. Terras indígenas localizadas em áreas de floresta densa, serras ou regiões de difícil navegação fluvial exigem deslocamentos longos e complexos, que demandam tanto recursos humanos qualificados quanto infraestrutura adequada (Damasceno et al., 2022). Esses desafios resultam em atrasos na chegada de insumos, vacinas e suplementos, bem como na dificuldade de manter equipes de saúde com presença contínua nas aldeias (Araújo; Lopes, 2023). Além disso, as distâncias e as condições precárias das estradas em muitas localidades reforçam a necessidade de políticas específicas e sustentáveis para que a atenção básica chegue de forma efetiva.

Nesse contexto, busca ativa é uma prática essencial, pois garante que populações em situação de vulnerabilidade sejam alcançadas mesmo quando não procuram espontaneamente os serviços de saúde. Articulada ao modelo dos DSEIs, constitui uma estratégia fundamental para superar os obstáculos de acesso e garantir a universalidade do SUS também nos territórios indígenas. No entanto, para que seja efetiva, precisa ser acompanhada de investimentos em logística, transporte, comunicação e valorização das equipes multidisciplinares, de modo a assegurar que as políticas públicas de saúde cheguem, de fato, a todas as aldeias, respeitando seus tempos, modos de vida e necessidades (Castro et al., 2021; Pinheiro; Cardoso, 2021; Ferreira; Osorio, 2022).

A utilização da Razão de Prevalência (RP), acompanhada do Intervalo de Confiança de 95% (IC95%), mostrou-se fundamental para avaliar a magnitude e a direção das associações entre as variáveis estudadas e o desfecho nutricional das crianças Guajajara. A RP possibilitou quantificar de forma direta a diferença de prevalências entre grupos. Enquanto o IC95% conferiu precisão estatística às estimativas, indicando a faixa de valores plausíveis para a

associação observada e permitindo verificar se o resultado foi estatisticamente significativo, a partir da exclusão ou não do valor nulo (1,0) (Barros; Hirakata, 2003).

Assim, a combinação de ambas não apenas reforçou a robustez dos achados, mas também possibilitou identificar grupos mais vulneráveis, evidenciando desigualdades estruturais no estado nutricional infantil indígena, contribuindo para a consistência científica da análise, que poderá subsidiar a formulação de estratégias de intervenção em saúde pública que envolva políticas intersetoriais de segurança alimentar, saneamento e atenção primária, de forma a mitigar os impactos negativos observados nos últimos anos. (WHO, 2006; Brasil, 2011).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou que o estado nutricional das crianças Guajajara menores de cinco anos no Maranhão reflete, de forma contundente, as desigualdades sociais e territoriais que atravessam os povos indígenas no Brasil. Os resultados mostraram elevada prevalência de déficit de estatura em comparação ao peso, indicando que a desnutrição crônica permanece como um desafio central, mesmo diante de avanços na atenção primária e no acompanhamento antropométrico realizado pelo DSEI/MA. A coexistência de baixos índices de estatura adequada para idade e a presença, ainda que pequena, de excesso de peso revelam a complexidade da chamada dupla carga de má nutrição, que combina carências históricas com os impactos da transição alimentar marcada pelo aumento do consumo de produtos ultraprocessados.

A realidade descrita para as crianças dessa etnia, reforça a necessidade de compreender o fenômeno nutricional a partir de uma perspectiva intercultural, que considere tanto os determinantes biológicos quanto os fatores históricos, culturais e territoriais. A análise também demonstrou desigualdades internas entre polos, sexos e anos de atendimento, revelando que a vulnerabilidade nutricional não se distribui de forma homogênea. Esses dados reforçam que soluções padronizadas são insuficientes e que políticas públicas precisam ser territorializadas, respeitando as especificidades locais e ampliando o protagonismo indígena na definição de estratégias.

Sob a perspectiva da Segurança Alimentar e Nutricional, os resultados indicam que a mensuração antropométrica, embora fundamental, não é suficiente para apreender a complexidade do fenômeno alimentar entre povos indígenas. Práticas alimentares tradicionais, acesso ao território, autonomia cultural e condições socioeconômicas constituem dimensões inseparáveis da nutrição indígena. Portanto, a vigilância alimentar e nutricional precisa ser qualificada para dialogar com essa complexidade, incorporando indicadores e escutas sobre disponibilidade de alimentos, sazonalidade, mudanças ambientais, qualidade da água, adoecimento recorrente, acesso a programas sociais e barreiras enfrentadas para chegar aos serviços.

Nesse sentido, a superação das iniquidades nutricionais observadas demanda abordagem intersetorial e continuidade de políticas públicas. É necessária a articulação entre saúde, assistência social, educação, saneamento, proteção territorial e políticas de abastecimento e produção de alimentos, com foco na primeira infância. Ações de promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar adequada precisam ser contínuas, culturalmente

sensíveis e construídas com as famílias, respeitando conhecimentos e práticas locais. Estratégias de suplementação e prevenção de deficiências nutricionais devem ser conduzidas com critério técnico e diálogo intercultural, evitando soluções padronizadas que desconsiderem o contexto. O fortalecimento da agricultura tradicional e o incentivo à soberania e à autonomia alimentar, reconhecendo o valor dos roçados, da pesca e da coleta, constituem caminhos coerentes com a proteção da saúde e da identidade Guajajara.

Diante desse cenário, a superação das iniquidades nutricionais passa, necessariamente, por ações intersetoriais. É imprescindível que o DSEI/MA exerça o seu papel estruturante no cumprimento da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, organizando as linhas de cuidado das crianças Guajajara, desde o primeiro ano de vida, através da articulação de vigilância nutricional de qualidade, dos programas de suplementação e incentivo ao aleitamento materno, assim como execução das políticas de segurança alimentar, proteção territorial, saneamento e educação. Além disso, é fundamental investir na formação e valorização de profissionais indígenas de saúde, capazes de atuar como mediadores entre os saberes tradicionais e a biomedicina, assegurando um cuidado culturalmente sensível e efetivo.

Como todo estudo, esta pesquisa apresenta limitações. O uso de dados secundários implica dependência da qualidade do registro, além de restringir a inclusão de dimensões qualitativas relevantes, como experiências de insegurança alimentar, padrões alimentares, episódios de adoecimento e dinâmicas de acesso a alimentos. Ainda assim, tais limitações não diminuem o valor do estudo, ao contrário, indicam caminhos para aprofundamentos futuros. Recomenda-se que pesquisas subsequentes integrem abordagens quantitativas e qualitativas, ampliando o diálogo com as comunidades e incorporando a perspectiva das lideranças, das mães, dos cuidadores e dos profissionais indígenas de saúde, de modo a produzir conhecimento mais próximo da realidade vivida.

Conclui-se, portanto, que monitorar e qualificar o estado nutricional das crianças Guajajara não é apenas um compromisso sanitário, mas também um imperativo ético e político. Garantir que essas crianças tenham acesso a uma infância saudável e a uma alimentação adequada significa respeitar direitos constitucionais, fortalecer a soberania alimentar indígena e promover justiça social. Que os resultados aqui apresentados inspirem gestores, profissionais e lideranças comunitárias a consolidar práticas de cuidado que, ao mesmo tempo, preservem a identidade cultural Guajajara e assegurem o direito fundamental à saúde e à vida digna.

Espera-se que os resultados desta dissertação contribuam para o aprimoramento das práticas de cuidado no DSEI-MA, para o fortalecimento do SASI-SUS e para a formulação de políticas públicas interculturais capazes de integrar ciência, equidade e respeito à identidade Guajajara. Investir na infância indígena é investir no futuro coletivo, reafirmando que saúde, território e alimentação adequada são direitos fundamentais e indissociáveis da dignidade humana.

REFERÊNCIAS

- ABRASCO. Nota técnica – **O enfrentamento da pandemia no contexto dos povos** em: 16 set. 2025. Disponível em: https://abrasco.org.br/wp-content/uploads/sites/12/2021/12/FINAL_nota-tecnica-GT-saude-indigena-CPI-31-08.pdf . Acesso em 28/08/2025.
- ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E.M. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HGLPrLvPdYHm8xSyRHBGsd/?format=html&lang=pt> . Acesso em 16/05/2025.
- ANDERSON, I. *et al.* **Indigenous and tribal peoples' health**. The Lancet, v. 388, p. 131-157, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27108232/> . Acesso em 16/05/2025.
- AERTS, D. R. G. C; DRACHLER M. L; GIUGLIANI, E.R.J. **Determinants of growth retardation in Southern Brazil**. Cad. Saúde Pública. São Paulo, 2004; 20(5):1182-1190p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/tmbTWKx6sR4pDRxK9gmmpWt/?format=html&lang=en> . Acesso em 15/07/2025.
- AERTS, D. R. G. C; GIUGLIANI, E. R. J. **Desnutrição**. In: Duncan BB. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 269-275p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-398440> . Acesso em 06/08/2025.
- AERTS, D. R. G. C; GIUGLIANI, E. R. J. **Vigilância do Estado Nutricional da Criança**. In: Duncan BB. Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. 180-189p. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-398440> . Acesso em 06/ 08/2025.
- AGUIAR, G. F. S.; NEVES, WALTER ALVES. **Postmarital residence and within-sex genetic diversity among the Urubu-Ka'apor indians, Brazilian Amazon**. Human Biology, Detroit : Human Biology Council, v. 63, p. 467-88, 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1889796/> . Acesso em 03/04/2025.
- AGÊNCIA BRASIL. **Desintrusão da Terra Indígena Araribóia gera R\$ 956 mil em infrações**. Brasília: EBC, 2025. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/> . Acesso em 01/04/2025.
- ALENCAR, F. H.; YUYAMA, L. K. O.; RODRIGUES, E. G.; ESTEVES, A.V. F. et al. **Magnitude da desnutrição infantil no Estado do Amazonas/AM – Brasil**. Acta Amazônica, Manaus, v.38 n.4, p. 701-706, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/aa/a/5BrCg8dYZ3fTSGJQYJdXKkj/?format=html&lang=pt> . Acesso em 05/06/2025.
- ALMEIDA, et al. **Impacto ambiental de escolhas alimentares e alternativas para a população**. Revista EcoGestão Brasil, v. 10, n. 25. 2023. Disponível em: <https://revista.ecogestaobrasil.net/v10n25/v10n25a02.pdf> . Acesso em 14/07/2025.

ALMEIDA, M. W. B. DE. **Territórios e territorialidades indígenas: uma perspectiva antropológica**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, v. 20, n. 59, p. 43–59, 2005. <https://mst.org.br/download/territorios-e-territorialidades-teorias-processos-e-conflitos/> . Acesso em 02/04/2025.

ALVES, L. DA C. **Movências, encantarias e retomadas: uma natnografia sobre o corte e a cura dos Kariú Kariri no Maranhão**. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Goiânia, 2023. <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/items/14854159-e3af-422e-ae3a-095723da4471> . Acesso em 03/04/2025.

ANDRADE, R. A. O.de; CABRAL, F. C. A. F.; SCHMITZ, J. G. **Segurança Alimentar e Nutricional dos Povos Indígenas no Brasil: Revisão e Contextualização do Fenômeno**. Revista FSA, v. 19, n. 3, p. 155–174, 2022.

ANDERSON, I. et al. **Indigenous and tribal peoples' health** (The Lancet - Lowitja Institute Global Collaboration): a population study. Lancet 2016; 388:131-57. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27108232/> . Acesso em 04/04/2025.

APIB. Articulação dos Povos Indígenas do Brasil. **Manifesto contra a municipalização da saúde indígena**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://apiboficial.org> . Acesso em 04/11/2025.

ARAÚJO, A. A. F. de; LOPES, G. S. de. **Desafios na assistência em saúde nas comunidades indígenas**. Revista Contemporânea, v. 3, n. 11, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontemporanea.com/ojs/index.php/home/article/view/2272> . Acesso em 25/09/2025.

ARAUJO, T. S. **Desnutrição infantil em Jordão, Estado do Acre, Amazônia Ocidental Brasileira**. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/items/a692193b-9287-49bf-9abf-782b933e1691> . Acesso em: 14/08/2025.

ARAÚJO, C. L. P. **Avaliação nutricional de crianças**. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP. Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Atheneu; 2007. 49-63. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ptgbt764Yg8Fp73dfhyZJ6d/?format=html&lang=pt> . Acesso em 14/08/2025.

ARAÚJO, C. L. P. **Referências Antropométricas**. In: Kac G, Sichieri R, Gigante DP. Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Atheneu; 2007. 65-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/ptgbt764Yg8Fp73dfhyZJ6d/?format=html&lang=pt> . Acesso em 14/08/2025.

ARAÚJO, A.C.T; CAMPOS, J.A.D.B. **Subsídios para avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes por meio de indicadores antropométricos**. Alim. Nutr. Araraquara, 2008; 19(8): 219-25. Disponível em: <https://biblat.unam.mx/pt/revista/alimentos-e->

[nutricao/articulo/subsidios-para-a-avaliacao-do-estado-nutricional-de-criancas-e-adolescentes-por-meio-de-indicadores-antropometricos](#) . Acesso em 14/08/2025.

ATHIAS, R.; MACHADO, M. **A saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas críticos e propostas para um diálogo interdisciplinar.** Cadernos de Saúde Pública, v. 17, n. 2, p. 425-431, 2001. Disponível em: 02/11/2025. <https://www.scielo.br/j/csp/a/B3TmRwBJ7pDhdJTtYsVkRLv/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em

AZEVEDO, M.M.; SEGALL-CORRÊA, A.M.; FERREIRA, M.B.R. **Estudo do Conceito e Percepção de Segurança Alimentar e Nutricional entre os Guarani no Estado de São Paulo.** In: Mendes, R.T.; Vilarta, R.; Gutierrez, G.L.; Organizadores. Qualidade de vida e cultura alimentar. Campinas: Ipês Editorial; 2009. p. 167-76. Disponível em: https://fef.unicamp.br/wp-content/uploads/sites/70/2025/02/cultura_alimentarcompleto.pdf . Acesso em 25/07/2025.

BANIWA, G. **Educação escolar indígena: notas sobre a experiência Baniwa.** Rio de Janeiro: Mídia Ninja, 2018.

BARBOSA, B. B. et al. **Cobertura do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), estado nutricional de idosos e sua relação com desigualdades sociais no Brasil, 2008-2019: estudo ecológico de série temporal.** Epidemiologia e Serviços de Saúde, v. 32, n. 1, e2022595, 2023. Disponível em http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v32n1/pt_2237-9622-ess-32-01-e2022595.pdf . acesso em 20/08/2025

BARBOZA R. D. L.; LEITE, M. S.; GUGELMIN, S. Â. **Alimentação e nutrição dos povos indígenas no Brasil.** In: KAC, Gilberto; SICHIERI, Rosely; GIGANTE, D. P. (orgs.). Epidemiologia Nutricional. Rio de Janeiro: Fiocruz; Atheneu, 2007. Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/rrw5w/pdf/kac-9788575413203.pdf> . Acesso em 20/08/2025.

BARRETO, C.T.G.; **Prevalência de baixo peso ao nascer e fatores associados em crianças indígenas guarani no sul e sudeste, uma análise na linha de base da primeira coorte de nascimentos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Ciências, Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública] -Fundação Oswaldo Cruz, 2018. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/6cd640a4-0861-4abb-8df6-9b30d6328645> . Acesso em 02/05/2025.

BARROS, D.C. **Bases para o diagnóstico nutricional.** In: Barros, D.C.; Silva, D.O.; Gugelmin, S.A. Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena. Volume 2. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2008. 19-31. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/vigilancia-alimentar-e-nutricional-para-saude-indigena-volume-2> . Acesso em 24/07/2025.

BARROS, D.C.; FELIPE, G.C.; ZABOROWSKI, E.L. **Diagnóstico nutricional de crianças menores de cinco anos.** In: Engstrom, EM (Org.). SISVAN: Instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde. O diagnóstico nutricional. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição (CECAN) – Região Sudeste, 2009. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1075169> . Acesso em 14/08/2025.

BARROS, D. C.; SILVA, D. O.; GUGELMIN, S. Â. **Vigilância alimentar e nutricional para a saúde indígena**, vol. 1. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 260.

BATISTA, F. M.; RISSIN, A. **Deficiências nutricionais: ações específicas do setor saúde para o seu controle**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.9, n. 2, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/1993.v9n2/130-135/>. Acesso em 14/08/2025.

BENÍCIO, M. H. D'A.; MARTINS, A.P. B.; VENANCIO, S. I.; BARROS, A. J. D. **Estimativas da prevalência de desnutrição infantil nos municípios brasileiros em 2006**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.47, p. 560-70, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rsp/2013.v47n3/560-570/> . Acesso em 15/08/2025.

BEZERRA, T.A.; OLINDA, R.A.; PEDRAZA, D.F. **Insegurança alimentar no Brasil segundo diferentes cenários socio demográficos**. Cien Saude Colet 2017; 22(2):637-651. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/rzZKSfNkKfPnKWpWgV9Hrsc/?format=pdf&lang=pt> . acesso em 09/06/2025.

BLACK, R. E. et al. **Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries**. The Lancet, v. 382, n. 9890, p. 427–451, 2013. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23746772/> . Acesso em 25/09/2025.

BORTOLINI, G.A. et al. **Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil**. Revista Panam Salud Publica, Brasília, v. 44, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2020.v44/e39/pt> . Acesso em 28/04/2025.

BRAGA, C. A. M.; SILVA, R. P. da; SILVA, M. A. R. da. **A insegurança alimentar e os povos indígenas: a contribuição do pensamento decolonial para os estudos em terras indígenas**. Revista Humanidades e Inovação, v. 12, n. 2, 2025. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadesinovacao/article/view/10124> . Acesso em 15/11/2025.

BRANDALIZE, M.; LEITE, N. **Alterações ortopédicas em crianças e adolescentes obesos**. Fisioterapia Movimento, v. 23, n. 2, p. 283-8, 2010. Disponível em: <https://periodicos.pucpr.br/fisio/article/view/20813> . Acesso em 07/04/2025.

BRASIL. Casa Civil da Presidência da República. **Operação federal na Terra Araribóia (MA) retira gado ilegal, conforme determinação do STF**. Brasília, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/> . Acesso em 10/09/2025.

BRASIL. **II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Relatório final**. Luziânia, GO, 1993. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/2_conferencia_nacional_saude_povos_indigenas_relatorio_final.pdf .Acesso em 09/10/2025.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm . Acesso em: 17/04/2025.

BRASIL. **Decreto nº 196, de 24 de julho de 1996.** Institui o Grupo de Trabalho Interinstitucional de Saúde Indígena – GTISI, no âmbito do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 1996. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/1996> . Acesso em 03/06/2025.

BRASIL. **Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.** Dispõe sobre a organização dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 ago. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3156.htm . Acesso em 03/06/2025.

BRASIL. **Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010.** Cria a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 out. 2010. BRASIL. Decreto nº 7.336, de 19 de outubro de 2010. Cria a SESAI. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/D7336.htm . Acesso em 03/06/2025.

BRASIL. **Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006.** Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União 2006. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11346.htm . Acesso em 03/06/2025.

BRASIL. **Lei nº 12.314, de 19 de agosto de 2010.** Dispõe sobre a criação de cargos no Quadro de Pessoal do Ministério da Saúde para a Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 ago. 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12314.htm . Acesso em 03/06/2025.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.** Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Senado Federal, 2025. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm . Acesso em: 17/09/2025.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm . Acesso em 03/06/2025.

BRASIL. **Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999.** Altera a Lei nº 8.080/1990 para incluir o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no SUS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 set. 1999. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19836.htm . Acesso em 03/06/2025.

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Plano Geral de Enfrentamento e Monitoramento da Covid-19 para os Povos Indígenas Brasileiros.** Brasília: 2021. Disponível em: https://www.gov.br/mj/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/categorias-de-publicacoes/planos/plano_nac-_de_seguranca_publica_e_def-_soc-_2021_2030.pdf/view . Acesso em 23/09/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde – SESAI. **Atendimento à População Indígena 2023** – Painel oficial. Brasília: MS, 2023. Disponível em:

https://infoms.saude.gov.br/extensions/atendimentos_sesai_23/atendimentos_sesai_23.html . Acesso em 06/06/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde – SESAI. **Relatório situacional do DSEI Maranhão**. Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-sesai-ms-no-2-2023/anexo-v-relatorio-situacional-dsei-maranhao.pdf> . Acesso em 06/06/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Apresentação – **Análise do estado nutricional de crianças indígenas menores de 5 anos: Brasil, 2016**. Brasília: MS/SESAI, 2018. Disponível: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/apresentacoes/2018/apresenta-o-estado-nutricional-crian-as-ind-genas-semin-rio-sa-de-ind-gena-em-debate-pdf> . Acesso em: 06/06/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) – Manual para a atenção à criança de 2 meses a 5 anos**. Brasília: OPAS/MS, 2017. Disponível em: <WHO Platform>. Acesso em: 17 set. 2025. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2_meses_5anos.pdf . Acesso em: 06/06/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) – página institucional**. Brasília: MS, 2002. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia/aidpi> . Acesso em: 17/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim de Monitoramento do SISVAN na Atenção Primária à Saúde**. Brasília: MS, 2022. Disponível em: <https://sisaps.saude.gov.br/sisvan/relatoriopublico/estadonutricional> . Acesso em 15/05/2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Caderno Balanço PAA 2003-2010**. Brasília: MDS, 2011. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/seguranca_alimentar/caderno-balanco-paa-2003-2010.pdf . Acesso em 18/08/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Chamada Nutricional da Região Norte, 2007**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/inqueritos-populacionais-e-chamadas-nutricionais/relatorios/chamada_nutricional_regiao_norte.pdf . Acesso em: 15/05/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos – versão resumida**. Brasília: MS, 2021. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumi_da.pdf . Acesso em: 17/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia para Organização da Vigilância Alimentar e Nutricional na Atenção Primária**. Brasília: MS, 2022. Disponível em: https://nutricao.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2022/11/guia_organizacao_vigilancia_alimentar_nutricional.pdf . Acesso em: 17/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco de referência da Vigilância Alimentar e Nutricional na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <https://ninho.inca.gov.br/jspui/bitstream/123456789/8533/1/Marco%20de%20Refer%c3%aan cia%20da%20Vigil%c3%a2ncia%20Alimentar%20e%20Nutricional%20na%20Aten%c3%a7 %c3%a3o%20B%c3%a1sica%20-%202015.pdf> . Acesso em 15/08/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **NutriSUS: Estratégia de fortificação da alimentação infantil com micronutrientes em pó**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nutrisus_estrategia_fortificacao_alimentacao_infantil.pdf . Acesso em 15/08/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_nacional_promocao_aleitamento_materno.pdf . Acesso em 15/08/2025.

BRASIL. MS/SAS/CGAN. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Coordenação Geral Da Política De Alimentação E Nutrição. **Guia Alimentar de Bolso para Crianças Menores de 2 Anos**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-alimentar-melhor/Documentos/pdf/guia-alimentar-para-criancas-brasileiras-menores-de-2-anos.pdf> . Acesso em 10/04/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: norma técnica do SISVAN**. Brasília, 2011. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/orientacoes-para-coleta-e-analise-de-dados-antropometricos-em-servicos-de-saude-norma-tecnica-do> . Acesso em 06/05/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parâmetros para avaliação nutricional na Atenção Primária – SISVAN**. Brasília: MS/SAPS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/vigilancia-alimentar-e-nutricional/parametros-para-avaliacao-nutricional> . Acesso em 06/05/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19**. 7. ed. Brasília: MS, 2022. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/covid-19/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/2020_12_11_plano-de-vacinacao-covid19-revisado.pdf . Acesso 23/09/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)**. Brasília: MS, 2011 (reimpr. 2013). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_alimentacao_nutricao.pdf . acesso em 22.08.2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf. Acesso em 01/04/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.163, de 5 de julho de 1999.** Dispõe sobre a normatização da atuação da Fundação Nacional de Saúde nas ações de atenção à saúde indígena. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 jul. 1999. Disponível em: https://www.normasbrasil.com.br/norma/portaria-1163-1999_181373.html . Acesso em 13/07/2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012.** Manual Instrutivo para Implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil - ANDI. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2387_18_10_2012.html . Acesso em 10/04/2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 2.975, de 14 de dezembro de 2011.** Manual Orientador para Aquisição de Equipamentos Antropométricos. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2975_14_12_2011.html . Acesso em 09/04/2025

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 254, de 31 de janeiro de 2002.** Aprova o Plano Nacional de Saúde para os Povos Indígenas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1º fev. 2002. Disponível em: <https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/de3cf369-6672-4e73-ae63-d297a15e7e78/content> . Acesso em 08/05/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.034, de 17 de dezembro de 2008.** Aprova a organização dos serviços de saúde indígena no SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 dez. 2008. Disponível em: <https://www.cosemssc.org.br/wp-content/uploads/2018/08/PORTARIA-N%C2%BA-3.134-DE-17-DE-DEZEMBRO-DE-2013.pdf> . Acesso em 04/04/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.035, de 17 de dezembro de 2008.** Estabelece o modelo de gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 18 dez. 2008. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/items/69ba3708-d8dd-4c51-a01d-0784a9a353ad> . Acesso em 04/04/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 852, de 6 de maio de 1999. Define diretrizes para a atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 7 maio 1999. Disponível em: <https://www.mpf.mp.br/atuacao-tematica/ccr6/documentos-e-publicacoes/legislacao/legislacao-docs/saude/portaria852.pdf> . Acesso em: 04/04/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN.** Brasília: MS, 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolos-do-sistema-de-vigilancia-alimentar-e-nutricional-sisvan-na-assistencia-a/> . Acesso em 08/08/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Secretaria Especial de Saúde Indígena, 2019. 83 p. ISBN 9788533427099. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/handle/bvs/7404> Acesso em: 29/08/2025.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 83 p. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/items/74249d2b-ff0f-4d7d-9f41-4dc388fda8b4> . Acesso em: 29/08/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Anexo V – Relatório situacional do DSEI Maranhão**. Brasília: MS/SESAI, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acao-a-informacao/participacao-social/chamamentos-publicos/2023/chamamento-publico-sesai-no-5-2023/anexo-v-relatorio-situacional-dsei-maranhao.pdf> . Acesso em 20/08/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do SISVAN**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/orientacoes-para-coleta-e-analise-de-dados-antropometricos-em-servicos-de-saude-norma-tecnica-do> . Acesso em 15/08/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/folder/pni_populacoes_campo_floresta.pdf . Acesso em 15/08/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Saúde Indígena. **Plano Distrital de Saúde Indígena – DSEI MARANHÃO, 2024-2027**. 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/planos-distritais-2024-2027/plano-distrital-maranhao>. Acesso em 15/04/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. 2018. **Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI [em linha]**. Brasília: Ministério da Saúde, s.d. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saudeindigena/gestao/siasi>. Acesso em: 25/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Anexo – Relatório situacional do DSEI Maranhão**. Brasília: MS/SESAI, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/.../anexo-v-relatorio-situacional-dsei-maranhao.pdf>. Acesso em: 16/07/2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Distrito Sanitário Especial Indígena Maranhão. **Nota Técnica nº 15/2022 – MA/DIASI/MA/DSEI/SESAI/MS: Atribuições e competências do profissional nutricionista nos diversos campos de atuação da saúde indígena no DSEI Maranhão**. Brasília, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Informe Epidemiológico – Doença por Coronavírus (COVID-19) em populações indígenas – SE 22/2021**. Brasília: MS/SESAI, 10 jun. 2021. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/items/fa019bbb-5c9f-4b72-8231-3394957cb621/full> . Acesso em 10/07/2025.

BRASIL. Ministério da saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://portolivre.fiocruz.br/orientacoes-para-coleta-e-analise-de-dados-antropometricos-em-servicos-de-saude-norma-tecnica-do> . Acesso em 12/08/2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Cadernos de Estudos — Desenvolvimento Social em Debate, n. 10: Povos Indígenas: um registro das ações de desenvolvimento social**. Brasília, DF: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2008. 86 p. ISSN 1808-0758. Disponível em: <https://fpabramo.org.br/acervosocial/estante/cadernos-de-estudos-desenvolvimento-social-em-debate-no-10-povos-indigenas-um-registro-das-acoes-de-desenvolvimento-social/> . Acesso em 22/08/2025.

BRASIL. MS/DAB. Ministério Da Saúde. Secretaria De Atenção À Saúde. Departamento De Atenção Básica. Instrutivo: Implementando o Guia Alimentar para a População Brasileira em equipes que atuam na Atenção Básica. 2018. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/promocao-da-saude/programa-crescer-saudavel/publicacoes/manual_instrutivo_guia_alimentar_pop_brasileira.pdf . Acesso em 29/05/2025.

BRASIL. Secretaria Especial De Saúde Indígena. Ministério Da Saúde. **Perfil epidemiológico dos indígenas assistidos pelo SasiSUS e panorama dos serviços de atenção primária**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <https://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3649/13/Perfil%20epidemiologico.pdf> . Acesso em 12/05/2025.

BRASIL. Secretaria-Geral. **A luta dos Povos Indígenas por segurança alimentar e demarcação de seus territórios**. Brasília: Secretaria-Geral. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/secretariageral/pt-br/noticias/2024/abril/a-luta-dos-povos-indigenas-por-seguranca-alimentar-e-demarcacao-de-seus-territorios> .Acesso em 24/ 04/ 2025.

BORTOLINI, G. A. et al. **Ações de alimentação e nutrição na atenção primária à saúde no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 44, e39, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2020.v44/e39/> . Acesso em 13/05/2025.

BRESAN, D.; BASTOS, J.L.; LEITE, M.S. **Epidemiologia da hipertensão arterial em indígenas Kaingang, Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina, Brasil, 2013**. Cad Saúde Pública 2015; 31:331-44. Disponível em: <https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/download/5809/12130?inline=1> . Acesso em 03/09/2025.

BRITO, AURÉLIA MATOS. **Segurança alimentar e nutricional e comunidades indígenas: comida e território**. 2019, Natal. Disponível em: <https://xviiienanpur.anpur.org.br/anaisadmin/capapdf.php?reqid=1024> . Acesso em 25/08/2025.

BUCCINI, G. S.; BENÍCIO, M. H. D.; VENANCIO, S. I. **Determinantes do uso de chupeta e mamadeira**. Revista de Saúde Pública, v. 48, n. 4, p. 571-582, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rsp/2014.v48n4/571-582/pt/> . Acesso em 22/07/2025.

CALDAS, A. D. R.; SANTOS, R. V. **Vigilância Alimentar e Nutricional para os povos indígenas no Brasil: análise da construção de uma política pública em saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 22, n. 2, p. 545-565, 2012. Disponível em: <https://repositorio.bvspovosindigenas.fiocruz.br/handle/bvs/936>. Acesso em 22/07/2025.

CANESQUI, A. M.; GARCIA, R. W. D. **Antropologia e nutrição: um diálogo possível**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. DOI: 10.7476/9788575413876. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/8133b2d0-3eb8-40f3-af3b-d1ac941908d7>. Acesso em 22/07/2025.

CARDOSO, A.M.; COIMBRA JR., C. E.A; TAVARES, F.G. **Morbidade Hospitalar Indígena Guarani no Sul e Sudeste do Brasil**. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(1): 21-34. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepid/a/g45h4LqNSkRT8Z6DhGR3Grg/?format=html&lang=pt> . Acesso em 11/06/2025.

CARDOSO, A. M. et al. (Coords.). **Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição dos Povos Indígenas: relatório final**. Rio de Janeiro: FUNASA; ABRASCO; Banco Mundial, 2009. Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/245e2c8e-b5f2-4fd8-a86b-c4ade41e32fa> . Acesso em 10/04/2025.

CARDOSO, L. H. R.; OLIVEIRA, J. P. de. **Povos indígenas e a cidade: reflexões sobre mobilidade, urbanização e políticas públicas**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 33, n. 97, p. 1-16, 2018. Disponível em <https://periodicos.ufpb.br/index.php/problemata/article/view/72907> . Acesso em 05/04/2025.

CARMO, M.E.; GUIZARDI, F.L. **O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social**. Cad Saude Publica 2018; 34(4):1-14. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csp/a/ywYD8gCqRGg6RrNmsYn8WHv/?format=html&lang=pt> . Acesso em 04/05/2025.

CARMO, A. P. et al. **Diversidade alimentar de crianças indígenas de dois municípios da Amazônia Ocidental Brasileira**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 7, 2021, p. 2921-2928. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/hkCQnJmfW7X7rt8G7BpBThk/?format=html&lang=pt> . Acesso em 19/09/2025.

CASTRO, JOSUÉ. **Geografia da Fome: o dilema brasileiro**. ed. 10. Rio de Janeiro, 1984.

CASTRO, A. et al. **Modelo de atenção à saúde indígena: o caso do DSEI Xingu**. Cadernos de Saúde Pública, v. 37, n. 1, e00082220, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3cHVRqwtP7mWCDgFDsDkZth/> . Acesso em 29/09/2025.

CASTRO, M. C.; RIBEIRO, A. S.; et al. **Proteção social em tempos de Covid-19**. Saúde em Debate, São Paulo, v. 44, special issue 4 (spe4), p. xx-yy, dez. 2020. DOI:10.1590/0103-11042020E405. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4VYSSSLsmZ4754Cv6tsfJDy/?format=html> . Acesso em 23/07/2025.

CCMS- CENTRO CULTURAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Organização do DSEI e Modelo Assistencial. Mostra Saúde Indígena – Respeito e Cuidados.** 2018. Disponível em: <https://www.ccms.saude.gov.br/saudeindigena/asesai/organizacaoaddse.html> . Acesso em 25/07/2025.

CEIC DATA. **Brazil BR: Sex ratio at birth: male births per female births.** 2026. Disponível em: https://www.ceicdata.com/en/brazil/population-and-urbanization-statistics/br-sex-ratio-at-birth-male-births-per-female-births?utm_source=chatgpt.com . Acesso em 11/01/2026.

CIMI – Conselho Indigenista Missionário. **Povos indígenas no Maranhão.** São Luís: CIMI, 1988. Disponível em: <http://www.etnolinguistica.org/biblio:kakumasu-1988-dicionario> . Acesso em 06/05/2025.

CIMI – Conselho Indigenista Missionário. **Com mobilizações pelo país, ministro da Saúde garante a indígenas que Sesai será mantida.** Brasília, 2019. Disponível em: <https://cimi.org.br/2019/03/com-mobilizacoes-ministro-saude-garante-a-indigenas-sesai-mantida/> . Acesso em 04/11/2025.

COIMBRA, JR. C. E. A.; SANTOS, R.V.; CARDOSO, A.M; SOUZA, M.C.; GARNELO, L.; RASSI, E. et al. **The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results.** BMC Public Health 2013; 13:1-19. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23331985/> . Acesso em 14/06/2025.

COIMBRA, JR., C. E. A. et al. **Saúde dos povos indígenas no Brasil: perspectivas atuais e desafios.** The Lancet, v. 6736, n. 13, p. 1–12, 2013.

COIMBRA JR., C. E. A.; SANTOS, R. V.; CARDOSO, A. M. **Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena (2008–2009).** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 855-859, 2014. Disponível em: <https://api.saudeindigena.ict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/a4f4328d-ba9e-4e6c-8484-6b80ee326f91/content> . Acesso em 14/06/2025.

CNS- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 304, de 10 de outubro de 2000.** Dispõe sobre a criação da Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CISI). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 out. 2000. Disponível em: <http://www2.ufac.br/site/comites-e-comissoes-permanentes/cep/resolucoes/resolucao-cns-no-304-2000-contempla-norma-complementar-para-a-area-de-pesquisas-em-povos-indigenas/view> . Acesso em 06/04/2025.

CRN7- CONSELHO REGIONAL DE NUTRICIONISTAS DA 7ª REGIÃO. **Atuação do nutricionista na saúde indígena.** Belém: CRN7, abr. 2023. Disponível em: <https://www.crn7.org/wp-content/uploads/2023/04/saudeindigena.pdf> . Acesso em 06/05/2025.

COSTA, R.S.; KAC, G. **Avaliação Antropométrica do Estado Nutricional de Crianças.** In: Accioly, E.; Saunders, C.; Lacerda, E.M.A. Nutrição em obstetrícia e pediatria. 2º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 247-260. Disponível:

<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/HGLPrrLvPdYHm8xSyRHBGsd/?format=html&lang=pt> . Acesso em 04/07/2025.

COSTA, L., et al. **Práticas de aleitamento materno entre crianças indígenas de zero a dois anos em municípios da Amazônia Ocidental Brasileira**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 38, 2020. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/server/api/core/bitstreams/beb7babe-8074-4a4f-bfe4-2197c9a20809/content> . Acesso em 19/09/25. Acesso em 04/07/2025.

COUTINHO, J.G.; GENTIL, P.C.; TORAL, P. **A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única de desnutrição**. Cad. Saúde Pública. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/HZrgfhSTVmSMbhjKfKfXVVQ/?format=html&lang=pt> . Acesso em 08/09/205.

COUTINHO, J. G.; GENTIL, P. C.; TORRES, M. A. (Org.). **O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, e00034420, 2021.

CUNHA, M. L. S. et al. **Planejamento e gestão do processo de trabalho em saúde: avanços e limites no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS**. Saúde e Sociedade, v. 32, n. 3, 2023. DOI: 10.1590/S0104-12902023220127pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bxbwqr5yK4VXZYhshXtpttN/?lang=pt> . Acesso em: 14/11/2025.

DAMASCENO, V. N. do; FERREIRA, R. G.; CARVALHO, J. M. de; CARVALHO, D. M. de. **Os desafios logísticos na saúde indígena: um estudo de caso na comunidade Inhã-Bé**. In: Open Science Research VI. Cap. 106, p. 1547-1560, 2022. Disponível em: <https://www.editoracientifica.com.br/books/chapter/os-desafios-logisticos-na-saude-indigena-um-estudo-de-caso-na-comunidade-inhaa-be> . Acesso em 25/09/2025.

DAMIÃO, J. J, et al. **Condicionalidades de saúde no Programa Bolsa Família e a vigilância alimentar e nutricional: narrativas de profissionais da atenção primária à saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 10, e00249120, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2021.v37n10/e00249120/> . Acesso em 11/08/2025.

DIAS, S.A. **Processos de retomada indígena: identidade, resistência e reconfiguração cultural**. 2024. 85 f. Dissertação (Mestrado em História e Conexões Atlânticas: Culturas e Poderes) – Universidade Federal do Maranhão, Centro de Ciências Humanas, São LuísMA, 2024. Disponível em: <http://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/5800/2/ADRIANADIASSILVA.pdf> . Acesso em: 01/06/2025.

DINIZ, E. S. **O índio na história : o povo Tenetehara em busca da liberdade**. Petrópolis : Vozes, 2002.

DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA – GUATOC. Relatório Anual de Gestão: Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN). Boa Vista: DSEI Guatoc, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/chamamentos->

[publicos/2023/chamamento-publico-sesai-ms-no-01-2023/anexo-xxii-relatorio-situacional-dsei-guama-tocantins.pdf](#) . Acesso em 21/08/2025.

ENGSTROM, E.M.; SILVA, D.O. **O SISVAN no século XXI**. In: Engstrom, EM (Org.) **SISVAN: instrumento para o combate aos distúrbios nutricionais em serviços de saúde**. 4ª Edição. Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

FÁVARO, T.R.; FERREIRA, A.A.; CUNHA, G.M.; COIMBRA JR, C.E.A. **Excesso de peso em crianças indígenas Xukuru do Ororubá, Pernambuco, Brasil: magnitude e fatores associados**. Cad Saúde Pública 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/CdWGDjWvfzxjrFWv7TNvMrv/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 22/09/2025.

FERNANDES, B. S. **Nova abordagem para o grave problema de desnutrição**. Estudos Avançados, v. 17, n. 48. São Paulo, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/6RxvL6zWJjRqcNx6HDT6YHf/?format=html&lang=pt> . Acesso em 07/08/2025.

FERREIRA, M. R.; OSORIO, R. G. **Condições de trabalho dos profissionais de saúde indígena no maior Polo Base do Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 38, n. 12, e00110321, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2022.v38n12/e00110321/pt/> Acesso em 29/09/2025.

FOLHES, R. T.; ARAÚJO, D. D.; OLIVEIRA, A. C. A. **Povos indígenas no Maranhão e as políticas de controle e homogeneização do Estado civil-militar: a luta por acesso à saúde durante a pandemia da Covid-19**. 34ª Reunião Brasileira de Antropologia. Belo Horizonte, 2024. Disponível em: https://www.abant.org.br/files/34rba_509_69528914_490538.pdf . Acesso em 05/11/2025.

FREITAS, D. A.; SOUSA, Á. A. D. de; LIMA, C. A. G. et al. **Sobrepeso e obesidade entre crianças indígenas e não indígenas**. Rev. enferm. UFPE on line, Recife, v. 8, n. 6, p. 16871691, jun. 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/Ma%C3%ADra%20Veigas/Downloads/wandenf,+Art+31,+5294-48205-1-ED+OPT.pdf> . Acesso em 25/07/2025.

FREITAS, Sandra Carvalho de et al. **Segurança alimentar dos indígenas no Brasil e suas implicações**. Revista Foco, v. 18, n. 5, 2025. DOI: 10.54751/revistafoco. v18, n5-078. Disponível em: <https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8409> . Acesso em 22/09/2025.

FUNAI- FUNDAÇÃO NACIONAL DOS POVOS INDÍGENAS. **Operações de proteção territorial na Terra Indígena Araribóia**. Brasília: Funai, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2025/04/operacao-arariboia-avanca-respaldo-legal-e-reforca-seguranca-juridica-para-acoes-em-terra-indigena> . Acesso em 13/08/2025.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE- FUNASA. **Portaria nº 479, de 17 de abril de 2001**. Dispõe sobre a organização e funcionamento dos DSEIs. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 abr. 2001. Disponível em: <https://conselhos.furg.br/portarias/portarias-2001/portaria-479-marco-2001> . Acesso em 15/09/2025.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE- FUNASA. **Subsídios para a Construção dos Planos Distritais de Saúde Indígena**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/planos-distritais-2024-2027> . Acesso em 15/09/2025.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE- FUNASA. **Portaria nº 69, de 20 de janeiro de 2004**. Define diretrizes para elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jan. 2004. Disponível em: <https://bvs.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/5616.html> . Acesso em 15/09/2025.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE- FUNASA. **Portaria nº 70, de 20 de janeiro de 2004**. Dispõe sobre a composição mínima das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 21 jan. 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2004/prt0070_23_12_2004.html . Acesso em 15/09/2025.

FRASÃO, J. S. **A alimentação indígena do Maranhão: um enfoque teórico na cultura alimentar dos índios Tenetehara-Guajajara**. 2019. 74 f. Monografia (Bacharelado em Hotelaria) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/6700/1/JOSYDELDASILVAFRAS%c3%83O.pdf> . Acesso em 03/11/2025.

GALISA, M.S.; ESPERANÇA, L. M. B.; SÁ, N. G. **Nutrição conceitos e aplicações**. São Paulo: M. Book, 2008. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/661692122/Livro-Nutricao-Conceitos-e-Aplicacoes-Galisa-Esperanca-e-Sa> . Acesso em 20/09/2025.

GARNELO, L.; PONTES, A. L. (orgs.). **Saúde indígena: uma introdução ao tema**. Brasília: MEC-SECADI / UNESCO; Fundação Oswaldo Cruz, 2012. (Coleção Educação para Todos; Série Vias dos Saberes, v. 5). 280 p. ISBN 978-85-7994-063-7. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_indigena_uma_introducao_tema.pdf . Acesso em: 22/08/2025.

GENTIL, J. **Cobertura do SISVAN avança no Brasil, mas ainda é baixa**. Painel Obesidade, 2025. Disponível em: https://painelobesidade.com.br/cobertura-do-sisvan-avanca-mas-ainda-e-baixa/?utm_source=chatgpt.com . Acesso em 19/08/2025.

GOMES, M. P. **Os Awá-Guajá diante de seu destino**. Instituto SocioAmbiental. 2013. Disponível em: <https://www.terrasindigenas.org.br/pt-br/noticia/133441> . Acesso em 11/04/2025.

GOMES, M. P. **O índio na história: o povo Tenetehara em busca da liberdade**. Petrópolis: Vozes, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ra/a/P67kyJzmbxThpscTmyCVZpz/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 11/04/2025.

GOVERNO DO MARANHÃO. Governo do Maranhão destaca avanços na garantia dos direitos dos povos indígenas com participação popular. São Luís: Secretaria de Estado dos

Direitos Humanos e Participação Popular, 2021. Disponível em: <https://sedihpop.ma.gov.br/noticias/governo-do-maranhao-destaca-avancos-na-garantia-dos-direitos-dos-povos-indigenas-com-participacao-popular> . Acesso em: 10/05/2025.

GRACEY, M., KING, M. **Indigenous health part 1: determinants and disease patterns**. Lancet 2009; 374:65-75. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19577695/> . Acesso em 15/05/2025.

HABICHT, J. P.; MARTORELL, R.; YARBROUGH, C.; MALINA, R. M. & KLEIN, R. E., 1974. **Height and weight standards for preschool children: how relevant are ethnic differences in growth potential?** Lancet, 1: 611-615. Disponível: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673674926634> . Acesso em 15/08/2025.

HORTA, B.L.; SANTOS, R.V.; WELCH, J.R.; CARDOSO, A.M. et al. **Nutritional status of indigenous children: findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil**. Int J Equity Health 2013; 12:23. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23552397/> . Acesso em 15/08/2025.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf> . Acesso em 18/09/2025.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **"Brasil tem 1,7 milhão de indígenas e mais da metade deles vive na Amazônia Legal"**. 2020. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/noticias-por-estado/37565-brasil-tem-1-7-milhao-de-indigenas-e-mais-da-metade-deles-vive-na-amazonia-legal> . Acesso em 18/09/2025.

IBGE. **Censo Demográfico 2022: indígenas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/biblioteca/visualizacao/periodicos/3103/cd_2022_indigenas.pdf . Acesso em: 29/03/2025.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010: população indígena**. Rio de Janeiro: IBGE, 2012. Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/> . Acesso em: 29/03/2025.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2022: indígenas**. Rio de Janeiro: IBGE, 2023. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/> .Acesso em: 29/03/2025.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **"Indígenas: Primeiros Resultados do Universo Segunda Apuração"**. 2024. Disponível em: Disponível em: www.censo2022.ibge.gov.br . Acesso em 04/04/2025.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **"Censo Demográfico 2022: mais da metade da população indígena vive nas cidades"**. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de->

[noticias/noticias/42277-censo-2022-mais-da-metade-da-populacao-indigena-vive-nas-cidades](#) . Acesso em 04/04/2025.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2017-2018: Análise do consumo alimentar pessoal no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101742.pdf> . Acesso em 18/09/2025.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Vulnerabilidade Social no Brasil: conceitos, métodos e primeiros resultados para municípios e regiões metropolitanas brasileiras**. Texto para discussão. Brasília: Rio de Janeiro: Ipea; 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/a4679f06-79a6-454a-9323-85ff77d4452e> . Acesso em 16/08/2025.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Guajajara – Povos Indígenas no Brasil**. São Paulo: ISA, 2025. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guajajara> . Acesso em 04/05/2025.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Povo Guajajara. 2020**. Disponível em: <https://pib.socioambiental.org/pt/Povo:Guajajara> . Acesso em 04/05/2025.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL (ISA). **Terra Indígena Araribóia**. São Paulo: ISA, 2025b. Disponível em: <https://terrasindigenas.org.br> . Acesso em 04/05/2014.

JAIME. C. *et al.* **Nutrition transition and double burden of undernutrition and excess of weight in Brazil**. The American Journal of Clinical Nutrition. V117, n.3. 2023. Disponível em: <https://ajcn.nutrition.org/action/showPdf?pii=S0002-9165%2823%2904865-7> . Acesso em 09/10/2025.

KAC, G.; SICHIERY, R.; GIGANTE, D. P. **Epidemiologia nutricional**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Atheneu, 2007. Disponível em: <https://fiocruz.br/livro/epidemiologia-nutricional> . Acesso em 21/07/2025.

KAC, G.; CASTRO, I. R. R. de; LACERDA, E. M. de A. **Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI2019): evidências para políticas em alimentação e nutrição**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 39, supl. 2, e00108923, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/y4dX4ZdQ9Snvw8hTXPqdQVG/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em: 22/08/2025.

KHARA, T.; MWANGOME, M.; NGARI, M.; DOLAN, C. **Understanding Sex Differences in Childhood Undernutrition: A Narrative Review**. Nutrients, v. 14, n. 5, p. 1–22, 2022. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35267923/> . Acesso em 16/09/2025.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. Disponível em: <https://cpdel.ifcs.ufrj.br/wp-content/uploads/2020/10/Ailton-Krenak-Ideias-para-adiar-o-fim-do-mundo.pdf> . Acesso em 05/11/2025.

KRENAK, Ailton. **O amanhã não está à venda**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami**. São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

LANGDON, E. J. M.; DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços de construção de políticas de saúde indígena no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 109-116, 2007. Disponível em: https://redehumanizaus.net/sites/default/files/langdon_e_j_2007_participaouo_e_autonomia_nos_espaos_interculturais_de_sade_indgena.pdf . Acesso em 17/09/2025.

LANGDON, E. J. M.; DIEHL, E. E. **Saúde indígena: aspectos antropológicos e epidemiológicos**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 1-16, 2007. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/saude-indigena-abordagens-antropologicas-e-epidemiologicas/> . Acesso em 10/06/2025.

LAWS, R. et al. **The impact of interventions to prevent obesity or improve obesity related behaviours in children (0–5 years) from socioeconomically disadvantaged and/or indigenous families: a systematic review**. *BMC Public Health*, 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25084804/> . Acesso em 12/07/2025.

LEE, S. et al. **Malnutrition in infants aged 6–23 months in China's poorest rural areas: a cross-sectional study**. *BMJ*, 2024. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39467594/> . Acesso em 18/09/2025.

LEITE, M.S; CARDOSO, A.M.; COIMBRA J.R, C. E. A. et al. **Prevalence of anemia and associated factors among indigenous children in Brazil: results from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition**. *Nutr J* 2013. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23714275/> . Acesso em 22/09/2025.

LEITE, M. S. **Nutrição e alimentação em saúde indígena: notas sobre a importância e a situação atual**. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. *Saúde indígena: uma introdução ao tema*. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação; 2012. p. 156-83. Disponível em: http://www.trilhasdeconhecimentos.laced.etc.br/livros/arquivos/CoLET15_Vias05WEB.pdf . Acesso em 22/09/2025.

LEITE, M. S. **Transformação e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. DOI: 10.7476/9788575412930. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/q> . Acesso em 22/09/2025.

LICIO, J.S.A. **Estado nutricional de crianças indígenas no Brasil: uma revisão sistemática da literatura científica**. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz-Escola Nacional de Saúde Pública; 2009. Disponível em: <https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/457b7b3c-0ad1-4dfe-93b9-15c72778e9ee/content> . Acesso em 01/08/2025.

LIMA, D.; POSEY, D. A. **O manejo da fauna pelos povos indígenas: práticas e saberes tradicionais**. In: POSEY, D. A. (org.). *Etnoecologia: saberes tradicionais e biodiversidade*. São Paulo: NUPEA/EDUSP, 2000. p. 157–184. Disponível em: <https://biblioteca-salaverde.acervos.ufsc.br/colecao-virtual/os-saberes-tradicionais-e-a-biodiversidade-no-brasil/> . Acesso em 01/08/2025.

LOPES, A. F. et al. **Perfil nutricional de crianças no estado do Maranhão**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 22, e190008, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2019.v22/e190008/>. Acesso em 01/08/2025.

LÔBO, M. K. B. S.; SANTOS, R. A. S. Santos dos; LUZ, R. T. **Determinantes da desnutrição nas crianças indígenas**. Revista Saúde.com, [s. l.], v. 20, n. 4, p. 3594–3603, 18 dez. 2024. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/rsc/article/view/16965/10325>. acesso em 25/08/2025.

MACIEL, V. B. S.; SILVA, R. P. M.; SAÑUDO, A.; ABUCHAIM, E. de S. V.; ABRÃO, A. C. F. de V. **Aleitamento materno em crianças indígenas de dois municípios da Amazônia Ocidental brasileira**. Acta Paulista de Enfermagem, v. 29, n. 4, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/appe/a/RQsRz8w85WPJPFNzbGWyyHR/?lang=pt> . Acesso em: 22/09/2025.

MAHAN, L. K.; RAYMOND, L. J.: **Krause alimentos, nutrição e dietoterapia** / [tradução Verônica Mannarino, Andréa Favano]. - 14. ed. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

MANCINI, Marcio C. **Tratado de obesidade**. 2. ed. - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

MALUF, Renato S. Segurança alimentar e nutricional. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/878553606/Maluf-2007-Seguranca-Alimentar-e-Nutricional> . Acesso em 06/11/2025.

MANTOVANI, R. M.; VIANA, M. F. S.; CUNHA, S. B.; MOURA, L. C. R.; OLIVEIRA, J. M.; CARVALHO, F. F.; CASTRO, J. C.; SILVA, AC. S. **Obesidade na infância e adolescência**. Revista Medicina Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 18, p. 107 119, 2008.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Informe situacional de alimentação e nutrição – Maranhão, 2023**. São Luís: SES/MA, 2025. Disponível em: https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2025/08/I_Informe_situacional_nutri_alimentar_2023_PDF-compactado.pdf?utm_source=chatgpt.com . Acesso em 23/09/2025.

MARCHIONI, Dirce Maria et al. **Dietas sustentáveis e sistemas alimentares: novos desafios da nutrição sustentável**. RevUSP, v. 1, n. 128, p. 61–76. 2021. Disponível em: <https://revistas.usp.br/revusp/article/view/185411> . Acesso em 14/07/2025.

MELATTI, Júlio Cezar. **Índios do Brasil**. São Paulo: USP, 2007. Disponível em: <https://www.livrosabertos.edusp.usp.br/edusp/catalog/view/51/46/208-1>. Acesso em 04/04/2025.

MENDES, A. P. M.; LEITE, M. S.; LANGDON, E. J.; GRISOTTI, M. **O desafio da atenção primária na saúde indígena no Brasil**. Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, p. e184, out. 2018. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49563> . Acesso em: 20/04/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI. **Relatório de Gestão SESAI 2016 – versão final** [em linha]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

Disponível em:

<http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/abril/26/RGSESAI2016VersaoFinal.pdf>.

Acesso em: 25/07/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; SESAI. **Boletins e painéis COVID-19 – população indígena**.

Brasília: MS/SESAI, 2021. Disponível em:

https://infoms.saude.gov.br/extensions/sesai_covid_v2/sesai_covid_v2.html . Acesso em:

16/09/2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN)**. Brasília: SESAI,

2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sesai/dapsi/van>

. Acesso em: 05/11/2025.

MUNDURUKU, Daniel. **O caráter educativo do imaginário indígena**. São Paulo: Global, 2016.

MONDINI, L.; MONTEIRO, CA. **Relevância epidemiológica da desnutrição e da obesidade em distintas classes sociais: métodos de estudo e aplicação à população brasileira**. Revista Brasileira Epidemiologia, v. 1, n. 1, São Paulo, 1998. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/Vg7qXhdwcvSgKvxnvgvHkhs/?format=html&lang=pt> .

Acesso em 03/05/2025.

MONTE, C. M.G. Desnutrição: um desafio secular à nutrição infantil. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 76, Supl. 3, p. 285-297, 2000. Disponível em <https://www.jped.com.br/en-pdf-X2255553600029190> . Acesso em 15/05/2025.

MONTEIRO, C. A. et al. **Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996–2007**.

Revista de Saúde Pública, v. 43, n. 1, p. 35–43, 2009. Disponível em:

<https://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n1/498.pdf> . Acesso em 26/09/2025.

MONTEIRO, C.A.; BENICIO MHD’A.; IUNES, R.F.; GOUVEIA, N.C.; CARDOSO, M.A.A. **Evolução da desnutrição infantil**. In: Monteiro CA. Velhos e novos males da saúde no Brasil. 2ed. São Paulo: Hucitec; 2000a. 93-114. Disponível:

https://repositorio.usp.br/item/001130965?utm_source . Acesso em 20/09/2025.

MONTEIRO, C.A.; MONDINI, L.; SOUZA, A. L. M.; POPKIN, B. M. **The Nutrition transition in Brazil**. European Academy of Nutritional Sciences, European journal of clinical nutrition, v. 49, p. 105-113, 1995. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7743983/> .

Acesso em 13/08/2025.

MOORE, S. E. **Sex differences in growth and neurocognitive development in infancy and early childhood**. Proceedings of the Nutrition Society, 8 fev. 2024. Disponível em:

<https://www.cambridge.org/core/journals/proceedings-of-the-nutrition-society/article/sex-differences-in-growth-and-neurocognitive-development-in-infancy-and-early-childhood/0C5FB412FBCFADD31FAD313AF2E527D4>. Acesso em: 16/09/2025.

MORAES JUNIOR, H. de; TEMBÉ JATHIATI PARKATEJÊ, K.; OLIVEIRA, I. A. de. **O povo Tembê Tenetehara: história de resistência, (re)existência, luta e poder na**

Amazônia Paraense. 2022. Disponível em:
http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-70432022000300177 .
 Acesso em: 25/09/2025.

MORAES, A. O. S. et al. **Food profile of Yanomami indigenous children aged 6 to 59 months from the Brazilian Amazon according to the degree of food processing: a cross-sectional study.** Public Health Nutrition, v. 25, n. 12, p. 3286–3296, 2022. Disponível em:
<https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/16D524D97FC0F4E00E36814F577EB7F2/S1368980022001306a.pdf> .
 Acesso em: 22/09/2025.

MOURÃO, E.; VESSONI, A. T.; JAIME, P. C. **Magnitude da Desnutrição Infantil na Região Norte Brasileira: uma Revisão de Escopo.** Revista Saúde e Desenvolvimento Humano, Canoas, v. 8, n. 1, 2020. Disponível em:
https://www.academia.edu/49445746/Magnitude_da_Desnutri%C3%A7%C3%A3o_Infantil_na_Regi%C3%A3o_Norte_Brasileira_uma_Revis%C3%A3o_de_Escopo . Acesso em 08/09/2025.

NASCIMENTO, A.L.; ANDRADE, S.L.L.S. **Segurança alimentar e nutricional: pressupostos para uma nova cidadania?** Ciência Cultura 2010; 62(4):34-38p.

NASCIMENTO, L. A. S. do. **Dispersão, coalescência e etnicidade de um grupo timbira: os Krenyê tecendo caminhos para o (re)conhecimento étnico e territorial.** In: Encontro Brasileiro de Bolsista IFP – São Paulo, Fundação Carlos Chagas, 2010. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/equatorial/article/view/14995/10951> . Acesso em 05/05/2025.

OLINTO, M.T.; VICTORA, C.G; BARROS, F.C.; TOMASI, E. **Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População de Baixa Renda: um Modelo de Análise Hierarquizado.** Cad. Saúde Pública. 1993; 9 (supl.1): 14-27. Disponível em:
<https://cadernos.ensp.fiocruz.br/ojs/index.php/csp/article/view/455/920> .
 Acesso em 15/09/2025.

OLIVEIRA, G. C. de. **Cavacando memórias: narrativas de história de vida de Deuzuila Machado, anciã indígena do povo Anapuru Muypurá do Maranhão.** Abatirá – Revista de Ciências Humanas e Linguagens, v. 1, n. 2, p. 729-740, 2020. Disponível em:
<https://www.revistas.uneb.br/abatira/article/view/9832> Acesso em 13/03/2025.

OLIVEIRA, E. R. V. de. **Cuidado em saúde do povo indígena Guajajara – Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão.** 2021. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Indígena) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2021. Disponível em:
https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/27010/1/emanuela_ribeiro_vieira_de_oliveira.pdf . Acesso em 05/11/2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA ALIMENTAÇÃO E AGRICULTURA (FAO); FUNDO INTERNACIONAL DE DESENVOLVIMENTO AGRÍCOLA (FIDA); FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF); PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS (PMA); ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **The State of Food Security and Nutrition in the World 2024.** Roma: FAO, 2024.

Disponível em: https://brasil.un.org/sites/default/files/2024-07/ONU_SOFI_2024.pdf. Acesso em 25/08/2025.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Convenção nº 169 sobre Povos Indígenas e Tribais, 1989**. Ratificada pelo Brasil em 2004. Disponíveis em: <https://nacab.org.br/wp-content/uploads/2025/08/1989-Convencao-sobre-Povos-Indigenas-e-Tribais-Convencao-OIT-n-o-169.pdf> . Acesso em 09/05/2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Relatório técnico – 1º Semestre de 2022: Fortalecimento da atenção integral à saúde dos povos indígenas**. Representação no Brasil / Ministério da Saúde / Secretaria Especial de Saúde Indígena, Brasília, 2022. Disponível em: https://www.paho.org/sites/default/files/2022-11/rttc1221sem2022_0.pdf .Acesso em: 24/04/2025.

PAIVA, J. B.; MAGALHÃES, L. M.; SANTOS, S. M. C.; SANTOS, L. A. S.; TRAD, L. A. B. **A confluência entre o “adequado” e o “saúdável”: análise da instituição da noção de alimentação adequada e saudável nas políticas públicas do Brasil**. Cad. Saúde Pública, v. 35, e00250318. Disponível: <https://www.scielo.br/j/csp/a/qKGxfnyg6NFTMXZCtKgNZtK/?format=html&lang=pt> . Acesso em 05/09/2025.

PENSSAN – Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **II Inquérito Nacional sobre Insegurança Alimentar no Contexto da Pandemia da COVID-19 no Brasil (II VIGISAN)**. Rio de Janeiro: Rede PENSSAN, 2022a. Disponível em: <https://olheparaafome.com.br/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-II-VIGISAN-2022.pdf> . Acesso em: 23/09/2025.

PENSSAN – Rede Brasileira de Pesquisa em Soberania e Segurança Alimentar e Nutricional. **Resultados do II VIGISAN: fome dobra em lares com crianças**. Rio de Janeiro: Rede PENSSAN, 2022. Disponível em: pesquisassan.net.br. Acesso em: 23/09/2025.

PINTO, G. DA S.P.; LAGUNA, G.G.C.; LIMA, A.O.F. de.; BUENO, R. et al. **Internações hospitalares por desnutrição infantil no Brasil: um panorama epidemiológico dos últimos 10 anos**. Medicina. Ribeirão Preto. 8º de outubro de 2024. Disponível em: <https://periodicos.uniso.br/avaliacao/article/view/4815/4504> . Acesso em: 23/09/2025.

PONTES, A. L. de M.; CARDOSO, A. M.; BASTOS, L. S.; SANTOS, R. V. **Pandemia de Covid-19 e povos indígenas no Brasil: cenários de risco e respostas**. In: MATTA, G. C.; et al. (org.). Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil. Rio de Janeiro: SciELO Livros/Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/8a2d26a5-0444-45c6-8c8e-386d50eec0bc/content>. Acesso em 24/09/2025.

POPKIN, B. M. **Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases**. American Journal of Clinical Nutrition, v. 84, n. 2, p. 289–298, 2006. Disponível em: [https://ajcn.nutrition.org/article/S0002-9165\(23\)29008-5/pdf](https://ajcn.nutrition.org/article/S0002-9165(23)29008-5/pdf) . Acesso em

POPKIN, B. M. **The nutrition transition in low-income countries: emerging crisis.** Nutrition Review, v. 52, ed. 9, p. 285-298, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7984344/> . Acesso em 28/09/2025.

POPKIN, B. M.; MARIE, K. R.; MONTEIRO, C.A. **Stunting is Associated with Overweight in Children of Four Nations That Are undergoing the Nutrition Transition.** The Journal of Nutrition, 1996. Disponível em: <https://scispace.com/pdf/stunting-is-associated-with-overweight-in-children-of-four-pebq588ib3.pdf> . Acesso em 28/09/2025.

POTIGUARA, E. **Metade cara, metade máscara.** Rio de Janeiro: Gráfica Tonne, 2004.

PRADO, R. C. G., do et al. **Desnutrição e avaliação nutricional subjetiva em pediatria.** Comunicação Ciências & Saúde, Brasília, v. 21, n. 1, p. 61-70, 2010. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916523290085> . Acesso em: 20/08/2025.

PINHEIRO, M. I.; CARDOSO, A. M. **Política e saúde indígena: o olhar da gestão do Distrito Especial Sanitário Indígena.** Interfaces – Revista de Extensão da UFMG, v. 9, n. 1, p. 152-169, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/revistainterfaces/article/view/36110> .Acesso em 29/09/2025.

REIS, T. R. dos; FERREIRA, C. B.; LOPES, F. de O. **Cartografia dos fatores intervenientes na mortalidade materna no Distrito Sanitário Especial Indígena Maranhão: Rede HumanizaSUS, 2014.** Disponível em: https://redehumanizasus.net/sites/default/files/cartografia_dsei_maranhao_1o_movimento.pdf . Acesso em: 30/09/2025.

RIBAS, L. F. de O. **Alimentação, um “direito”? A institucionalização do Direito Humano à Alimentação Adequada no ordenamento jurídico brasileiro.** Revista do Curso de Direito da Uniabeu, v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <https://revista.uniabeu.edu.br/index.php/rcd/article/view/138/225> . Acesso em 12/07/2025.

RIBEIRO-SILVA, R. C. et al. **Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2020.v25n9/3421-3430/>. Acesso em 20/07/2025.

RODRIGUES, E. S. M. et al. **Efeito da pandemia da COVID-19 sobre a má nutrição em crianças em vulnerabilidade social, no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, e04692023, 2024. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2024.v29n10/e04692023/pt/> . Acesso em 20/07/2025.

RODRIGUES, L. M. R. **Mapa da fome entre os povos indígenas do Brasil.** Planaltina: Embrapa Cerrados, 2004. Disponível em: <https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/handle/doc/568358> . Acesso em 14/11/2025.

ROSSI, L.; CARUSO, L.; GALANTE, A.P. **Avaliação Nutricional: novas perspectivas.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015. Disponível em: <https://doku.pub/documents/livro-avaliaao-nutricional-novas-perspectivas-luciana-rossi-1q7j8m879vqv>. Acesso em 15/08/2025.

SALGADO, C. A. B. **Segurança alimentar e nutricional em terras indígenas**. Revista de Estudos e Pesquisas – FUNAI, v. 4, n. 1, p. 131-186, 2007. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/direitos-humanos/populacao-indigena/artigos_teses_dissertacoes/04-carlos_antonio_bezerra_salgado-seguranca_alimentar_e_nutricional_em_terras_indigenas.pdf . Acesso em 14/11/2025.

SANTOS, N.; FRANCISCO, V. dos. **Curar zonas devastadas: as retomadas de terras como Re-existência a partir dos Akroá-Gamella (MA)**. 2020. In: SILVA, Adriana Dias. Processos de retomada indígena: identidade, resistência e reconfiguração cultural. 2024. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2024. Disponível em: <https://tede2.ufma.br/jspui/bitstream/tede/5800/2/ADRIANADIASSILVA.pdf> . Acesso em 05/04/2025.

SANTOS, L. S. et al. **Associação entre baixa estatura materna e desnutrição infantil: evidências intergeracionais no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 1-12, 2021.

SANTOS, R. O. de et al. **Determinantes sociopolíticos dos perfis nutricionais e de insegurança alimentar entre povos indígenas no Brasil contemporâneo**. Revista de Nutrição, Campinas, v. 35, e16003, 2022. Disponível em: <https://seer.sis.puc-campinas.edu.br/nutricao/article/view/16003/12594> . Acesso em: 24/10/2025.

SANTOS, R. V. **Crescimento físico e estado nutricional de populações indígenas brasileiras**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 46-57, 1993. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Kzps3ZYST65XpGCrd577sxC/?format=html&lang=pt> . Acesso em: 20/08/2025.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (orgs.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz / ABRASCO, 2003. Disponível em: https://books.scielo.org/id/bsmtd?utm_source . Acesso em 15/06/2025.

SANTOS, S.; OLIVEIRA, T. P.; GOMES, F. S. **Desafios e perspectivas para a vigilância alimentar e nutricional no Brasil: uma análise a partir da Atenção Primária**. Revista de Nutrição em Saúde Pública, v. 26, n. 3, p. 345–352, 2020.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; MARIN-LEON, L. **A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009**. Segurança Alimentar e Nutricional, v. 15, n. 2, p. 1-12, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/364692664_A_seguranca_alimentar_no_Brasil_proposicao_e_usos_da_escala_brasileira_de_medida_da_inseguranca_alimentar_EBIA_de_2003_a_2009 . Acesso em 15/09/2025.

SEGALL-CORRÊA, A. M.; HIGGINS, Carol; MAFFIOLETTI, Vânia Lúcia de Oliveira; et al. **Validation of a food security experience scale among indigenous populations in Brazil**. International Journal for Equity in Health, v. 24, n. 13, p. 1–16, 2025. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40517230/> . Acesso em: 25/08/2025.

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Relatório de Gestão 2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/e91a891d-e7f1-4987-8ac9-3b6403875e7c/content> . Acesso em 15/08/2025.

SIGULEM, D. M.; DEVINCENZI, M. U.; LESSA, A. C. **Diagnóstico do estado nutricional da criança e do adolescente**. J Pediatr. 2000; 76(3): S275-S284. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14676905/> . Acesso em 15/08/2025.

SILVA, A. D. **Dinâmicas de retomada da indianidade no Maranhão**. Monografia(Graduação). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2021. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/5800/2/ADRIANADIASSILVA.pdf>. Acesso em 15/08/2025.

SILVA, A. C. da. **Os Guajajara: território, identidade e resistência**. In: RIBEIRO, B. G.; SILVA, A. C. (org.). Povos indígenas no Brasil: 1987–1990. São Paulo: CEDI, 1991. p. 215–225.

SILVA, L. F. et al. **Agravos nutricionais na população indígena brasileira: uma revisão integrativa**. Health and Technology, v. 14, n. 3, 2024. Disponível em: <https://www.htct.com.br/pt-agrivos-nutricionais-na-populacao-indigena-articulo-S2531137924003717> , Acesso em 09/10/2025.

SILVA, M. A. et al. **The tendency of stunting among children under five in the Northern Region of Brazil: 2008–2017 (SISVAN)**. Jornal de Pediatria, 2023. Disponível em: https://repositorio.usp.br/directbitstream/519b482f-e304-411f-8a37-f44161c53892/HEP_34_2022.pdf . Acesso em 25/09/2025.

SILVA, M. A. S. B. **Estado nutricional de povos e comunidades tradicionais no Brasil: uma análise de dados do SISVAN**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, 2024. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/44195/3/EstadoNutricionalPovos.pdf>. Acesso em: 25/09/2025.

SILVA, T. S. **Vigilância Alimentar E Nutricional No Território Indígena Do Maranhão**. In: Anais do I Congresso de Saúde Coletiva do Maranhão e III Mostra Científica SES-MA. Anais...São Luís(MA) SES-MA / ESPMA, 2023. Disponível em: <https://www.even3.com.br/anais/IIImostracientifica/758827-VIGILANCIA-ALIMENTAR-E-NUTRICIONAL-NO-TERRITORIO-INDIGENA-DO-MARANHAO> Acesso em: 23/09/2025.

SOARES, L. M., et al. **Determinantes sociopolíticos dos perfis nutricionais e de insegurança alimentar entre povos indígenas no Brasil contemporâneo**. Revista De Nutrição, 37. (2025). Disponível em: <https://puccampinas.emnuvens.com.br/nutricao/article/view/16003> . Acesso 23/09/2025.

SOUZA, M. C. A. de. **Etnia Guajajara/MA: a cultura alimentar e a educação nutricional das famílias**. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP, 2012. (Trabalho acadêmico na ARCA). Disponível em: <https://arca.fiocruz.br/items/8505de69-a8d0-40d5-adbd-1ed75fbb29a9>. Acesso em 16/09/2020.

SWIDERSKA, K.; ARGUMEDO, A.; WEKESA, C.; NDALILO, L.; SONG, Y.; RASTOGI, A.; RYAN, P. **Indigenous peoples' food systems and biocultural heritage: addressing indigenous priorities using decolonial and interdisciplinary research approaches**. 2022. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2071-1050/14/18/11311> . Acesso em 18/05/2025.

TAVARES, I. N. do. **WANHIKYNYI, Ya'Re?: tem comida! A produção de conhecimento sobre soberania alimentar e segurança alimentar e nutricional (SSAN) desde a perspectiva dos povos indígenas**. 2025. Tese (Doutorado em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade) — Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025. Disponível em: <https://rima.ufrj.br/jspui/bitstream/20.500.14407/23288/1/INARA%20DO%20NASCIMENTO%20TAVARES.pdf> . Acesso em 01/11/2025.

THE LANCET. **The Double Burden of Malnutrition: Policy Brief**. London: The Lancet. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.3> . Acesso em: 22/07/2025.

THURSTANS, S. et al. **Boys are more likely to be undernourished than girls: a systematic review and meta-analysis of sex differences in under-five undernutrition**. BMJ Global Health, v. 5, e004030, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33328202/> . Acesso em 18/09/2025.

TOLONI, MH. A.; SILVA-LONGO, G.; GOULART, RM. M.; TADDEI, JA. A. C. **Introdução de alimentos industrializados e de alimentos de uso tradicional na dieta de crianças de creches públicas no município de São Paulo**, Revista de Nutrição, v. 24, n. 1, p. 61-70, Campinas, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rn/a/5kZXbWMVCXWm9H8nMz7FJvg/?format=html&lang=pt> . Acesso em 18/09/2025.

UBBIALI, Carlos. Os índios do Maranhão, o Maranhão dos índios. São Luís, 2004. Disponível em: [file:///C:/Users/Ma%C3%ADra%20Veigas/Downloads/0QD00106%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ma%C3%ADra%20Veigas/Downloads/0QD00106%20(1).pdf) . Acesso em 03/04/2025.

UFRJ – UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. ENANI-2019 – Relatório 7: Estado nutricional antropométrico da criança e da mãe. Rio de Janeiro: UFRJ, 2023. Disponível em: <https://opendatasus.saude.gov.br/dataset/estudo-nacional-de-alimentacao-e-nutricao-infantil-enani-2019> . Acesso em: 01/05/2025.

UMPIERRE, R. N.; GONCALVES, M. R.; GADENZ, S. D.; BASTOS, C. G. M. **Alimentação e nutrição na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: UFRGS, 2017. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/cursos/livro_nutricao_e_alimentacao_na_aps_v019.pdf . Acesso em 15/08/2025.

UNICEF- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **As múltiplas dimensões da pobreza na infância e na adolescência no Brasil (2017–2023)**. Brasília: UNICEF, 2023. Disponível

em <https://www.unicef.org/brazil/media/22676/file/multiplas-dimensoes-da-pobreza-na-infancia-e-na-adolescencia-no-brasil.pdf> . Acesso em 23/09/2025.

UNICEF- UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Retrospectiva 2023: a situação de crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: 2023. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/retrospectiva-2023>. Acesso em 23/09/2025.

VALE, E. P. **Povos indígenas e ensino de história: fichas temáticas para o ensino de História Indígena no Maranhão**. São Luís: Universidade Estadual do Maranhão, 2019. Disponível em: <https://repositorio.uema.br/bitstream/123456789/1731/1/Texto-dissertativo-Edilene-Vale.pdf> . Acesso em 02/05/2025.

VARGA, I. v. D. **De remover a “deslocar” os Awá: mimetismos discursivos da tutela e do patrimonialismo a serviço das frentes de expansão no Maranhão, na atual gestão da FUNAI/CGIIRC**. Revista sobre Acesso à Justiça e Direitos nas Américas, Brasília, v. 1, n. 1, p. 225–245, 2017. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/abya/article/view/47102/36399> . Acesso em 01/05/2025.

VARGA, I. v. D. **Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena: desafios**. Boletim do Instituto de Saúde, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 167-171, 2010. Disponível em: <https://periodicos.saude.sp.gov.br/bis/article/view/33782/32584> . Acesso em: 22/09/2025.

VASCONCELOS, F. de A. G. **Avaliação nutricional de coletividades**. 4. ed. Florianópolis: Ed. UFSC, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3R9xfC7VYp597H7dRJHcDqy/?format=html&lang=pt> . Acesso em 22/09/2025.

VERDUM, R. **Mapa da fome entre os povos indígenas: uma contribuição à formulação de políticas de segurança alimentar no Brasil**. Sociedade em Debate, v. 9, n. 1, p. 129-162, 2003. Disponível em: <https://api.saudeindigena.icict.fiocruz.br/api/core/bitstreams/cf7e9ab4-4149-4288-8676-ac84a4135cef/content>. Acesso em 12/11/2025.

VICTORA, C. G. et al. **Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions**. Pediatrics, v. 125, n. 3, p. e473–e480, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20156903/> . Acesso em 26/09/2025.

VITOLO, Márcia Regina. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2015.

WAMANI, H.; ASTRØM, A. N.; PETERSON, S.; TUMWINE, J. K.; TYLLESKÄR, T. **Boys are more stunted than girls in Sub-Saharan Africa: a meta-analysis of 16 demographic and health surveys**. BMC Pediatrics, London, v. 7, n. 17, p. 1-10, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17425787/> . Acesso em: 15/09/2025.

WATERLOW, J. C.; BUZINA, R.; KELLER, W.; LANE, J. M.; NICHAMAN, M. Z. & TANNER, J. M., 1977. **The presentation and use of height and weight data for comparing the nutritional status of groups of children under the age of 10 years**. Bulletin of the World Health Organization, 55: 489-498. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/304391/> . Acesso em 15/09/2025.

WATERLOW, J. C. *Malnutrición proteico-energética*. Washington: OPS (Publicação científica nº555), 1996. Disponível em: file:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3317/Malnutricion%20proteico-energetica.pdf?sequence=1&isAllowed=y> . Acesso em: 08/09/2025.

WATERLOW, J. C. *Child growth standards*. Lancet. 1980. Disponível em:
<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards> . Acesso em 13/08/2025.

WELCH, J. J.; FERREIRA, A. O. V.; SOUZA, M. C.; COIMBRA, C. F. M. **Food Profiles of Indigenous Households in Brazil: Results of the First National Survey of Indigenous Peoples' Health and Nutrition**. *Ecology of Food and Nutrition*, v. 60, n. 1, p. 4–24, 2020. Disponível em:
https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/03670244.2020.1781105?utm_source= . Acesso em: 22/09/2025.

WELCH, J. R. et al. **Excesso de peso e fatores associados entre adultos indígenas Xavante, Brasil Central**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 29, n. 12, e11072024, 2024. Disponível em:
<https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscar.html?task=detalhes&source=all&id=W4405422092> . Acesso em: 22/09/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status**. *Bulletin of the World Health Organization*, 64: 929-941. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3493862/> . Acesso em 20/09/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age**. Geneva: WHO, 2006. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/i/item/924154693X> . Acesso em: 16/09/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Double-duty actions for nutrition: policy brief**. Geneva: WHO, 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-17.2>. Acesso em 22/08/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Nutrition Landscape Information System (NLIS): malnutrition in children**. Geneva: WHO. 2023. Disponível em:
<https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/malnutrition-in-children> . . Acesso em 23/09/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The extension of the 2025 Maternal, Infant and Young Child nutrition targets to 2030**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em:
<file:///C:/Users/Ma%C3%ADra%20Veigas/Downloads/UNICEF-WHO-discussion-paper-extension-targets-2030.pdf> . Acesso em 23/09/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition, and the prevention of diseases. Report of a joint WHO/FAO**. 2003. Expert consultation. Geneva, 2003. Disponível em: <http://www.fao.org/3/ac911e/ac911e00.htm>. Acesso em 21/04/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child growth.** Geneva: WHO. 2024. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/child-growth#tab=tab_1. Acesso em 17/09/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional em América Latina y el Caribe, Hacia entornos alimentarios más saludables que hagan frente a todas las formas de malnutrición, Geneva: World Health Organization, 2019. Disponível <http://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf> . Acesso em 24/07/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Physical status: The use and interpretation of anthropometry.** Geneva: WHO; 1995. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/108e365f-0394-44ef-8d17-3e6b80429814/content> . Acesso em 24/07/2025.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development.** Geneva: WHO, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X> . Acesso em 17/09/2025.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA EMITIDA PELO DSEI-MA

18/03/2025, 14:44

SEI/MS - 0046686666 - Termo



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Distrito Sanitário Especial Indígena - Maranhão

TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 5 ANOS, DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA, MARANHÃO, BRASIL", sob a orientação do Prof. Istvan Van Deursen Varga, e a responsabilidade da pesquisadora Maíra Fernanda Veiga de Sousa. Assumimos o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nessa instituição, após a devida aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão.

São Luís, 18 de março de 2025.

LÚCIO DIENIO SILVA SANTOS GUAJAJARA
Coordenador do DSEI Maranhão



Documento assinado eletronicamente por **Lucio Dienio Silva Santos Guajajara, Coordenador(a) Distrital de Saúde Indígena**, em 18/03/2025, às 14:44, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0046686666** e o código CRC **25A49606**.

Referência: Processo nº 25046.000389/2025-54

SEI nº 0046686666

Distrito Sanitário Especial Indígena - Maranhão - DSEI/MA
Rua 5 de Janeiro, nº 166 - Bairro Jordão, São Luís/MA, CEP 65040-450
Site - www.saude.gov.br

ANEXO B- AUTORIZAÇÃO DE ACESSO AOS DADOS, EMITIDA PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE



Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Indígena
Gabinete
Coordenação Setorial de Gestão de Riscos e Integridade

FORMULÁRIO: RESPOSTA AO CIDADÃO

ASSUNTO:

Solicitação de Acesso à Informação - Plataforma "Fala.BR" - Protocolo NUP nº 25072.019484/2025-12.

RESPOSTA:

Prezado(a) Cidadão(ã),

Em resposta ao Pedido de Acesso à Informação, registrado na Plataforma "Fala.BR" sob o protocolo NUP nº 25072.019484/2025-12, o qual requer:

Resumo: Solicitação de acesso aos dados do SIASI, referentes à Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças indígenas com faixa etária de 0 a 5 anos, em todo o território do DSEI Maranhão

Extrato: Solicito acesso e uso de dados do SIASI, referentes à Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças indígenas com faixa etária de 0 a 5 anos, em todo o território do DSEI Maranhão, para produção de dissertação de mestrado, no Programa de Pós- Graduação em Saúde e Ambiente, da Universidade Federal do Maranhão, cujo tema do projeto é ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS MENORES DE 5 ANOS, DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA, MARANHÃO, BRASIL. Tratar-se-á de um estudo observacional, descritivo, retrospectivo, que avaliará o estado nutricional de crianças indígenas do DSEI Maranhão, com base exclusivamente nos previamente dados coletados e já lançados no SIASI, não havendo contato com sujeitos em territórios indígenas. A autorização do Ministério da Saúde viabilizará a submissão do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão e também ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, uma vez que se trata de área temática. Ao submeter o projeto à instâncias éticas devidas, me comprometo, enquanto principal pesquisadora, a respeitar todos os critérios garantidos em legislação, como o não vazamento de dados e a proteção à identidade dos participantes. Ressalto que não existem ainda, pesquisas que utilizam dados de vigilância alimentar e nutricional de indígenas nessa faixa etária, utilizando essa linha temporal, portanto, trata-se de projeto que visa, entre outras coisas, produção de indicadores que podem ser de grande importância na criação e/ou fortalecimento de Políticas Públicas para este público-alvo. Em anexo, segue o Projeto de Pesquisa que explicita a metodologia pretendida.

Em atenção à Solicitação de Informação, no qual solicita informações sobre Vigilância Alimentar e Nutricional de crianças indígenas, cumpre esclarecer o que segue:

Para a avaliação do estado nutricional de crianças menores de 5 anos, o Ministério da Saúde adota os índices e parâmetros antropométricos recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS). No caso da análise de déficit de peso (desnutrição), a Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) utiliza o indicador "Peso para Idade", que expressa a relação entre a massa corporal e a idade da criança. Este índice é amplamente utilizado para identificar e avaliar a desnutrição.

A fórmula de cálculo do déficit de peso (desnutrição) envolve a soma de crianças classificadas com "muito baixo peso para a idade" e "baixo peso para a idade". Esses dados são coletados durante o atendimento rotineiro das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, sendo registrados no último atendimento antropométrico realizado durante o ano.

Neste sentido, serão fornecidos dados do público-alvo do principal indicador monitorado: crianças menores de 5 anos.

Diante do exposto, reforçamos o compromisso desta Secretaria com a transparência ativa e o atendimento adequado das demandas da sociedade, conforme os princípios da administração pública e as normas que regem o acesso à informação.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

(X) Acesso concedido () Acesso negado, justificar a negativa: ☐ Dados pessoais; ☐ Informação sigilosa de acordo classificada conforme a Lei nº 12.527/2011; ☐ Informação sigilosa de acordo com a legislação específica; ☐ Pedido desproporcional ou desarrazoado; ☐ Pedido exige tratamento adicional de dados; ☐ Pedido genérico; ☐ Pedido incompreensível; ☐ Processo decisório em curso. () Acesso parcialmente concedido, justificar: ☐ Parte da informação contém dados pessoais; ☐ Parte da informação demandará mais tempo para produção; ☐ Parte da informação é de competência de outro órgão/entidade; ☐ Parte da informação é sigilosa de acordo com legislação específica; ☐ Parte da informação é sigilosa e classificada conforme a Lei nº 12.527/2011; ☐ Parte da informação é inexistente; ☐ Parte do pedido é desproporcional ou desarrazoado; ☐ Parte do pedido é genérico; ☐ Parte do pedido é incompreensível; ☐ Processo decisório em curso. () Informação inexistente. () Órgão não tem competência para responder sobre o assunto. O pedido de acesso ou sua resposta contém informações sujeitas à restrição de acesso, conforme previsto na Lei nº 12.527/2011? ☒ Não ☐ Sim Área responsável pela resposta Departamento de Atenção Primária à Saúde Indígena (DAPSI/SESAI)

Atenciosamente,

MILENA KANINDÉ

Chefe de Gabinete da Secretaria de Saúde Indígena

https://sei.saude.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_visualizar&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=51434643&infra_siste...

2/3

21/05/2025, 15:52

SEI/MS - 0047918306 - Formulário: Resposta ao Cidadão



Documento assinado eletronicamente por **Francisca Milena Santiago Silva, Chefe de Gabinete**, em 21/05/2025, às 11:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador 0047918306 e o código CRC E257FAFA.

ANEXO C- AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGENS PRODUZIDAS PELO DSEI-MA



Declaração de Liberação de Uso de Imagens em Cartografias

O Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão (DSEI-MA), por meio de sua coordenação, no uso de suas atribuições legais e institucionais, DECLARA para os devidos fins que:

Autoriza a utilização de imagens, mapas e cartografias, mesmo que oriundas de fontes públicas ou de livre acesso na internet, que envolvam representação de territórios indígenas sob jurisdição do DSEI-MA, por parte de Maíra Fernanda Veiga de Sousa, inscrita sob CPF 051.382.683-17, acadêmica do Programa de Pós- Graduação em Saúde e Ambiente, da Universidade Federal do Maranhão - UFMA, principal pesquisadora do projeto “Estado Nutricional de Crianças Indígenas Menores De 5 Anos, do Distrito Sanitário Especial Indígena, Maranhão, Brasil”, sob orientação do Prof. Dr. István Van Deursen Varga.

A autorização é concedida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, no âmbito de pesquisas, trabalhos de conclusão de curso, dissertações, teses, publicações ou outras atividades vinculadas ao ensino e à extensão universitária, respeitando-se os seguintes termos:

1. O uso das imagens e cartografias não poderá, em hipótese alguma, violar a privacidade, a cultura, a identidade ou os direitos dos povos indígenas representados;
2. As imagens não poderão ser utilizadas para fins comerciais, promocionais ou que contrariem os princípios éticos da pesquisa com povos tradicionais;
3. A fonte de origem das imagens (quando aplicável) e a autorização do DSEI-MA deverão ser devidamente referenciadas no material final;
4. Qualquer alteração significativa nas imagens/cartografias originais deverá ser acompanhada de nota explicativa no trabalho.

São Luís (MA), 05 de agosto de 2025.

Documento assinado digitalmente
 LUCIO DIÊNIO SILVA SANTOS GUAJAJARA
 Data: 11/08/2025 13:56:08-0300
 Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Lucio Diênio Santos Silva Guajajara
 Coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena do Maranhão
 Contato: dsei-ma@saude.gov.br