

Desnutrição infantil em indígenas Mbyá-Guarani: estudo etnoepidemiológico

Infantile Malnutrition in Mbyá-Guarani indigenous population: ethnoepidemiological study

Luciana Pinto Saavedra¹, Sheila Câmara²

Palavras-chave:
Desnutrição
População Indígena
Antropologia Cultural

Resumo

Este estudo objetivou conhecer a prevalência da desnutrição infantil em crianças de zero a cinco anos, assim como aspectos etnográficos associados, em uma reserva indígena Mbyá-Guarani no sul do Brasil. Para abarcar esse fenômeno complexo utilizou-se a integração de diversos métodos: entrevistas semiestruturadas com as mães de crianças com diagnóstico de desnutrição e com os curandeiros, observação participante, questionário sociodemográfico, alimentar de 24 horas e medidas antropométricas, por meio do processo de triangulação. Verificou-se a existência de déficit nutricional de macronutrientes e micronutrientes, bem como a existência de 38,4% de desnutrição para o índice altura/idade e 7,6% para o índice peso/altura. Apesar dos dados encontrados sobre desnutrição, essa população não reconhece a existência dessa doença, mas a presença de uma doença Guarani, denominada "kamby riru jere". Com isso, a terapêutica proposta por brancos é substituída por tratamentos xamânicos. Este estudo ressaltou a importância de as intervenções realizadas nessas populações buscarem uma construção conjunta de práticas de saúde, que respeitem a cultura indígena, para tornarem-se mais efetivas.

Keywords:
Malnutrition
Indigenous Population
Anthropology, Cultural

Abstract

The purpose of this study was to know the infantile malnutrition prevalence in children from zero to five years old, as well as the associated ethnographical aspects in an indigenous population Mbyá-Guarani in the south of Brazil. To reach this complex phenomenon the integration of several methods was used: semi-structured interviews with children's mothers suffering from malnutrition and with the healers, participant observation, social demographic survey, alimentary 24-hour survey and antropometric measurement, through the triangulation process. The nutritional deficit was verified in macronutrients and micronutrients as well as the existence of 38% of malnutrition for height/age index and 7,6% for height/weight index. Despite the data found on malnutrition, this population does not recognize its existence, but the presence of a Guarani disease called "kamby riru jere". So, the therapeutic carried out by the white people is replaced by xamânicos treatments. This study emphasized the importance of the performed interventions in these people seeking the united construction of health practices which respect the indigenous culture, attaining thus greater effectiveness.

¹ Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) – Canoas (RS), Brasil.

² Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC/RS); Professora da graduação em Psicologia e do Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da ULBRA – Canoas (RS), Brasil.

Endereço para correspondência: Luciana Pinto Saavedra, Rua Carlos Von Koseritz, 776, CEP 90540-030, Porto Alegre (RS), E-mail: saavedralu@hotmail.com

Introdução

Os povos indígenas vêm sofrendo um processo de agravamento de suas condições de vida e saúde, acelerado nas últimas décadas, em função da intensificação do processo de aculturação¹. A questão indígena é resultado da dispersão de pequenos grupos da população, da privação de terras e consequente disputa pela demarcação destas ou ampliação das áreas anteriormente demarcadas. As mudanças culturais e ecológicas não se traduzem em melhoria e, muito menos, na adaptação aos hábitos culturais da nossa sociedade. A deterioração da qualidade de vida resultante do contato com a sociedade trouxe consequências quase sempre dramáticas, caracterizadas por epidemias e fome, apesar de variar, em maior ou menor grau, de acordo com as características culturais de cada grupo e as variáveis ecológicas, políticas e socioeconômicas em que se inserem².

Um dos problemas ocasionados por essas mudanças nas condições de vida dos indígenas é a alteração do estado nutricional das crianças, a qual é observada por meio de estudos que relatam a ocorrência de déficit de estatura para a idade e inadequação do peso para a estatura, o que reflete a presença de desnutrição nessas populações³.

A desnutrição continua sendo uma preocupação na saúde infantil da população brasileira. Dados revelam que, entre menores de dez anos de idade, a natureza da desnutrição é de caráter crônico, a qual se refere ao índice altura/idade, com prevalência variando entre 8,1 e 27,3%, dependendo da região estudada. Essa situação indica que a população brasileira continua apresentando baixos níveis de saúde e nutrição, retratando as diferenças sociais e econômicas que existem na sociedade brasileira⁴.

Fortes evidências apontam para precárias condições de saúde de diversos grupos indígenas. Dados demográficos para populações indígenas específicas indicam coeficientes de mortalidade infantil superiores e níveis de esperança de vida ao nascer inferiores aos das médias nacionais. Não parece coincidência que inúmeros estudos que sugerem a ocorrência de inadequações nutricionais em populações indígenas mencionem também elevada prevalência de doenças infecto-parasitárias, carências nutricionais específicas, condições sanitárias precárias nas aldeias e diminuição da diversidade alimentar devido ao abandono das práticas de subsistências tradicionais e/ou deficiências nos programas de assistência primária de saúde^{1,5}.

Wilson⁶, em um estudo acerca da prevalência de patologias frequentes entre o período de 1999 e 2002 na comunidade indígena Mbyá-Guarani do Cantagalo, no Estado do Rio Grande do Sul (RS), encontrou como segunda moléstia em prevalência, a desnutrição, atingindo principalmente

menores de cinco anos. A desnutrição era de curso crônico e de origem multifatorial.

Ao se pesquisar qualquer tópico relacionado às populações indígenas, deve-se evitar generalizações, uma vez que esses povos caracterizam-se por acentuada diversidade ecológica, social e cultural⁷. A ecologia nutricional dos povos indígenas também varia segundo a sua localização, pois as populações indígenas dependem em larga escala do ambiente para sua manutenção biológica e o padrão de relação com a natureza modifica-se levando a uma deterioração qualitativa e quantitativa da dieta e do quadro nutricional. As revisões demonstram como são limitados os conhecimentos sobre a dieta e estado nutricional desses povos¹⁻⁴. Sendo assim, este estudo se propôs a conhecer a questão da desnutrição infantil na comunidade indígena Mbyá-Guarani do Cantagalo/RS, sua ocorrência e quais os fatores ambientais, econômicos e culturais relacionados.

Método

O estudo realizado foi híbrido de abordagem quantitativa e qualitativa utilizando os métodos epidemiológicos e antropológicos, combinados por meio da metodologia etnoepidemiológica.

População

A população estudada foi a comunidade indígena Guarani da Reserva do Cantagalo. Em maio de 2006, a população era de 102 habitantes distribuídos em 19 famílias, número este que oscila bastante, devido ao itinerante migratório característico do povo Guarani.

A reserva Mbyá-Guarani no Cantagalo

Na reserva do Cantagalo situada no município de Viamão (RS), as 19 famílias habitam em 24 casas de material, doadas por uma entidade religiosa e duas casas de lona. As casas, em geral, têm três peças e um banheiro e não apresentam móveis e utensílios. A maior parte da população dorme no chão em colchões ou cobertas. As casas têm água encanada e luz elétrica. Eles costumam cozinhar em fogueiras feitas dentro da casa ou da área.

Na aldeia, há uma escola específica para a população Mbyá-Guarani, que é extensão da prefeitura de Gravataí. São três turmas: ensino fundamental, ensino médio e alfabetização de adultos. Não existe separação entre as séries

e essa divisão, na verdade, é feita por faixa etária. As aulas para as crianças são ministradas por um professor bilíngue da própria aldeia (cacique) e têm como conteúdo a cultura guarani, aprender a ler e escrever e falar português. Para os adultos, é trabalhada apenas a alfabetização, com uma professora branca e uma professora bilíngue, também da própria aldeia.

Existe um posto de saúde na aldeia com atendimento médico e odontológico. A equipe médica é da Funasa Litoral Sul Viamão a qual é composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de dois agentes de saúde da própria comunidade. A equipe vai à reserva do Cantagalo uma vez por semana. Quando alguém adoecer, primeiro procura a *karai* (curandeira) e esta realiza um tratamento espiritual através de rezas e ervas medicinais dentro da *Opã* (casa de reza). Somente quando a *karai* libera o doente é que ele procura o médico do posto de saúde, quando necessário. Dentro da *Opã*, o branco não pode entrar.

Com relação à alimentação, cultivam milho, arroz, *ai-pim*, feijão e batata doce ao redor das casas. Existe uma voluntária que vai à aldeia um a dois dias por semana para preparar *sopão* para as crianças. Eles recebem também doações de várias entidades e supermercados.

Participantes

As participantes foram cinco mães, cujos filhos tiveram diagnóstico de desnutrição. Para a seleção das participantes foram realizadas medidas antropométricas, baseadas nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)⁸ em todas as crianças da reserva com idade até cinco anos. Os dados obtidos foram analisados em relação aos índices peso/idade, altura/idade e peso/altura, segundo o National Centers for Health Statistics (NCHS, 1978)⁹ e assim observou-se a prevalência de índice peso/altura baixo para a idade (percentil 0,1 de 3), risco nutricional (percentil 3 de 10) e peso/altura adequado (percentil 10 de 97). Também se constituíram participantes os dois curandeiros da reserva.

Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

- Entrevistas semiestruturadas com mães de crianças menores de cinco anos com diagnóstico de desnutrição sobre os temas: amamentação e desmame, hábitos alimentares, desnutrição e tratamento. As entrevistas foram agendadas e realizadas na reserva do Cantagalo, nas casas das mães entrevistadas. Isso possibilitou uma maior apreensão das crenças e valores dos participantes, bem

como um maior acesso aos significados e experiências da cultura estudada¹⁰.

- entrevistas semiestruturadas com os líderes curandeiros (*Karai*) para o aprofundamento da cultura e representações sociais da população Guarani, acerca dos temas desnutrição infantil, diagnóstico e tratamento da desnutrição dentro da cultura Guarani. Essas entrevistas foram previamente agendadas e realizadas nas casas dos curandeiros.
- questionário sociodemográfico adaptado pra a realidade da reserva indígena e realizado com toda a população. Este é amplamente utilizado em estudos epidemiológicos por sua relação com as condições clínicas e com o maior risco de morbimortalidade¹¹. O questionário avaliou a renda familiar, a procedência da renda e dos alimentos consumidos, o número de pessoas por família e suas respectivas faixas etárias e escolaridade, e o entendimento, leitura e escrita do português de toda a população Guarani do Cantagalo. O questionário foi realizado em cada família, nas suas próprias moradias, considerando todas as pessoas a ela pertencentes.
- questionário alimentar recordatório de 24 horas, com todas as mães de crianças menores de cinco anos, para avaliar a alimentação de todas as crianças dessa faixa etária na reserva. A aplicação do questionário foi feita no período de terça a sábado, na casa de cada família, a fim de refletir a dieta diária. Os dados foram anotados por refeição e quantificados em medidas caseiras e as informações obtidas sobre o consumo alimentar foram analisadas por uma nutricionista¹².
- observação participante feita pela participante que ocorreu no período de outubro de 2004 a maio de 2006 e foi registrada em diário de campo. As visitas foram semanais durante todo período de pesquisa. A observação participante examinou os elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita, procurando capturar as tradições, costumes, sentimentos e história do grupo indígena estudado^{10,13}.

Durante a realização da observação participante, coleta de dados e das entrevistas, a pesquisadora foi acompanhada de um tradutor bilíngue da própria comunidade, o qual era agente de saúde. A relação de confiança entre pesquisador e tradutor foi essencial para que a tradução fosse o mais fidedigna possível.

Como essa população tem uma característica migratória, o número de habitantes oscila muito. A realização das medidas antropométricas ocorreu 20 dias após o inquérito alimentar, por isso ocorreu uma alteração no número de crianças entre 0 e 5 anos moradoras na reserva, apesar de todas as crianças terem sido avaliadas nas duas coletas de dados. A

pesquisa foi submetida à aprovação de um Comitê de Ética, da FUNAI e da liderança Guarani, bem como da comunidade indígena. Antes da realização do estudo os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução nº 196/1996 e 251/1997). Os indígenas que não eram alfabetizados, e que não compreendiam português, tiveram auxílio de um tradutor bilíngue da própria comunidade. As lideranças Guaranis também assinaram o Termo de Consentimento.

Procedimentos de análise

Para permitir o aprofundamento em relação aos conhecimentos obtidos realizou-se a integração de todos os instrumentos utilizados através de triangulação de métodos¹³. Para tanto, reuniram-se todos os dados quantitativos e qualitativos obtidos na pesquisa para analisá-los conjuntamente num processo de triangulação. Para os dados dos questionários sociodemográfico e alimentar e para as medidas antropométricas, foi feita uma análise descritiva. As entrevistas das mães e dos curandeiros foram analisadas por meio do método de hermenêutica dialética¹⁰, que considera a fala do participante dentro de seu contexto. A observação participante e os registros em diário de campo foram utilizados para melhor compreender os resultados encontrados nos questionários quantitativos, bem como aqueles encontrados nas respostas obtidas nas entrevistas semiestruturadas.

Resultados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco mães com filhos com diagnóstico de desnutrição crônica, segundo índice peso/altura. Devido às migrações ocorridas durante a coleta de dados 32 crianças com até 5 anos foram avaliadas no questionário alimentar e na coleta das medidas antropométricas esse número reduziu para 26.

Quanto aos dados sociodemográficos da população, verificou-se que 26,5% não frequenta e/ou frequentou escola, 49% da população não entende português, 63,7% não lê português e 64,7% não escreve em português.

A renda familiar é, em média, de R\$ 214,21 (salário mínimo, na época, de R\$ 300,00). A maior parte dessa renda (53% das famílias) vem do artesanato, sendo complementada em alguns casos (4% das famílias) pela bolsa-família. Em relação à procedência dos alimentos consumidos, 47,4% (nove famílias) respondeu fazer uso de alimentos cultivados e comprados, enquanto 42,1% (oito famílias) referiram consumir, predominantemente, alimentos doados.

Na avaliação realizada por meio das medidas antropométricas de crianças menores de cinco anos, observou-se que a maioria das crianças se encontrava com peso adequado em relação à altura (84,8%) e à idade (73%). Esses índices estão relacionados com problemas de desnutrição mais recentemente instalados, como aqueles ocasionados por falta de alimento, diarreias, doenças respiratórias de vias aéreas inferiores, doenças próprias da infância e outras doenças que provocam perda do apetite ou desgaste das reservas nutricionais das crianças¹⁴. No entanto, ao ser avaliado o índice altura/idade que representa desnutrição crônica e progressiva¹, verificou-se que 38,5% das crianças apresenta altura abaixo do esperado e 26,9%, risco nutricional (Tabela 1).

Na avaliação dos dados nutricionais das crianças menores de cinco anos verificou-se que a totalidade das crianças encontrava-se em situação de risco nutricional. A dieta avaliada apresentou porte energético abaixo do recomendado, com déficit de macronutrientes especialmente de proteínas (82% abaixo do recomendado), os quais fornecem a energia e os componentes necessários para o crescimento, a manutenção e a atividade dos indivíduos (Tabela 2).

A partir da análise das entrevistas com as mães e os curandeiros foram identificadas, por meio da hermenêutica dialética¹⁰, as dimensões da matriz interpretativa de dados. Essas foram: hábitos alimentares, amamentação e desmame, concepção e tratamentos (Tabela 3).

Discussão

Hábitos alimentares

Os hábitos alimentares estão estreitamente relacionados aos aspectos religiosos, sociais e econômicos das sociedades humanas. Para diferentes culturas, os alimentos têm inúmeros símbolos e significados que expressam as formas de organização e crenças e visões de sociedade. Os hábitos sofrem variações na maneira de cultivo, preparação e consumo dos alimentos, bem como na concepção do que é considerado alimento ou não. A dieta considerada ideal por determinadas culturas pode não ter os valores nutricionais adequados em outro contexto. Como a alimentação tem um papel central nas relações sociais, os hábitos alimentares são difíceis de serem alterados¹⁵.

A cultura alimentar Guarani está baseada em alimentos ricos em carboidratos, como milho, feijão, abóbora e batata doce, e em atividades de pesca e caça¹⁶. Por meio de questionário alimentar, na reserva do Cantagalo, observou-se que a prática do alto consumo de carboidratos

Tabela 1: Medidas antropométricas das crianças de zero até cinco anos. Cantagalo, Rio Grande do Sul, 2006 (n=26)

Relação Indicadores de IMC	Peso/idade		Altura/idade		Peso/altura	
	n	%	n	%	n	%
Abaixo do esperado (p 0,1 até p 3)	4	15,5	10	38,5	2	7,6
Risco nutricional (p 3 até p 10)	3	11,5	7	26,9	1	3,8
Adequado (p 10 até p 97)	19	73	9	34,6	22	84,8
Acima do esperado (p>97)	0	0	0	0	1	3,8

p: percentil; IMC: índice de massa corporal.

Tabela 2: Análise de macronutrientes na dieta das crianças de zero até cinco anos. Cantagalo, Rio Grande do Sul, 2006 (n=32)

Nutrientes	Abaixo do recomendado		Acima do recomendado	
	n	%	n	%
Macronutrientes				
Carboidratos	15	47	17	53
Proteínas	26	82	6	18
Gorduras totais	16	50	16	50

persiste, devido ao consumo diário de feijão, batata doce, milho, aipim e arroz e “chipá” (bolo feito de farinha de trigo e sal, fritado em óleo vegetal). Dentre esses, o arroz é o mais consumido, por ser considerado o mais barato e por vir mais em doações:

Aí falta, a gente come sempre arroz... arroz é o que sempre tem mais, porque na doação vem mais arroz. Se não a gente compra um quilinbo de arroz (Mãe 1).

Foster *et al*¹, em estudo realizado com indígenas na Bolívia, encontraram semelhante monotonia alimentar baseada no consumo de arroz. Ele ressaltou que esse tipo de alimentação pode ser suficiente para os adultos, mas não é adequado para as crianças, e pode levar ao agravamento dos casos de desnutrição.

No caso do Cantagalo não há disponibilidade de caça e pesca, o que torna difícil o consumo de proteínas. Apesar de algumas famílias terem galinhas, eles não as utilizam para o consumo de carnes ou ovos e sim para criação doméstica. Isso ocorre devido à cultura Guarani que não tem tradição de desenvolver a pecuária e a avicultura¹⁶. Outro fator responsável pelo baixo consumo de carnes é decorrente da baixa renda familiar dessa população (84% dessas famílias ganham menos de um salário mínimo). Com isso raramente eles consomem carne:

Tem às vezes que a gente não tem... quando consegue alguma coisa... quando compro um pedaço de carne assim, a gente reparte a comida com a minha irmã (Mãe 1).

O alto consumo de carboidratos e o déficit de consumo de proteínas resultam nos baixos valores nutricionais das suas alimentações. A dieta revelada pelo questionário ali-

Tabela 3: Matriz interpretativa de dados, de acordo com a técnica da hermenêutica dialética. Cantagalo, Rio Grande do Sul, 2006

Eixos Temáticos	Dimensões
Hábitos alimentares	Monotonia alimentar
	Alimentação conjunta
	Falta de alimentos
Amamentação e desmame	Origem dos alimentos
	Redução do período de amamentação
	Início do desmame aos sete meses
	Uso de alimentos tradicionais Guarani no desmame
Concepção de desnutrição	Alimentação materna durante a amamentação
	Presença de uma doença correlata denominada “Kamby riru jere”
Tratamento na Medicina Guarani	Doença de Guarani versus doença de branco
	Curandeiro (Karaí)
	Massagens
	Rezas
	Chás

mentar apresenta porte energético abaixo do recomendado, com déficit de macronutrientes, proteínas, lipídios e glicídios. A privação de substratos energéticos, proteicos, vitamínicos e minerais pode levar a criança a sofrer alterações no seu crescimento e desenvolvimento físico, motor e cognitivo e aumentar a susceptibilidade a doenças, principalmente infecciosas¹⁷.

Outro fator cultural importante no desenvolvimento da desnutrição é o modo como as refeições são realizadas. Algumas práticas, como as da população indígena Parakanã, comprometem o estado nutricional infantil. Essa população privilegia a distribuição de alimentos a certas famílias e do homem adulto em detrimento das mulheres e crianças¹⁸. Na população Mbyá-Guarani estudada homens, mulheres e crianças comem juntos, realizando três refeições, inclusive as crianças são privilegiadas na alimentação:

Come todo mundo junto... come primeiro as crianças, isso é espontâneo... as crianças às vezes comem mais, às vezes não. Depende, quando pedem a gente dá mais (Mãe 1).

Apesar de as crianças serem priorizadas na distribuição dos alimentos, muitas vezes ocorre falta de alimentação em decorrência de recursos reduzidos:

Quando não tem, não tem... A gente come o que dão... Às vezes fica o dia inteiro sem comer quase, daí arruma alguma coisinha para comer, pouquinha comida (Mãe 2).

Quando isso ocorre, eles costumam dividir os alimentos existentes entre as famílias da comunidade:

Tem às vezes que a gente não tem, então a gente come na casa da vó, da minha mãe, da minha irmã. Ou a minha irmã vem na

minha casa quando consegue alguma coisa. Sempre a gente come junto... a gente reparte a comida... (Mãe 1).

Essa divisão dos alimentos não ocorre apenas entre os familiares e sim entre toda a comunidade.

Um estudo realizado por Xavier, Miranda e Menezes¹⁸ demonstra que a população Parakanã que vive em uma área isolada da população branca, apresenta uma produção e distribuição de alimentos comunitária, dividida igualmente. Em outra reserva dessa mesma população, com maior contato com brancos, a distribuição e produção de alimentos passou a ser desigual. Verifica-se maior prevalência de desnutrição na comunidade com maior contato com os brancos, provavelmente em virtude da alteração cultural dos hábitos alimentares¹⁸.

O contato com os brancos vem influenciando também no aumento progressivo de consumo de alimentos industrializados em detrimento dos alimentos tradicionais. Isso também pode ser observado em outras populações indígenas como os Teréna e os Parkatêje^{19,20}. Esse fato pode ocorrer tanto pela perda da identidade da cultura indígena, como pelos métodos primitivos e de baixa produtividade realizados nas plantações ao redor das casas.

A diminuição de terras produtivas na reserva do Cantagalo e o aumento do consumo de produtos industrializados são vistos na procedência dos alimentos consumidos, onde os alimentos cultivados na aldeia têm a mesma proporção dos alimentos comprados. E torna-se maior ainda essa incorporação da alimentação ocidental quando percebemos o elevado consumo de produtos doados: “A gente come o que dão” (Mãe 2). A situação de pobreza e necessidade, na qual a comunidade passa a depender de produtos oriundos de doações da população branca, reforça a aculturação alimentar sofrida por ela sofrida.

Amamentação e desmame

A amamentação nas crianças Guarani, de acordo com as expectativas referidas pelas mães, deveria ocorrer até os quatro ou cinco anos, apesar de que nos últimos tempos esse período vem diminuindo:

Mamam até os cinco anos, agora tá difícil, só conseguem mamar até os três anos (Mãe 3).

A diminuição do período de amamentação pode estar ocorrendo em função do baixo valor nutricional da alimentação das próprias mães, revelando o agravamento da falta de alimentos em função das baixas rendas familiares.

Apesar da mudança que vem ocorrendo no período de amamentação, este ainda está de acordo com o preconizado pela OMS, que recomenda amamentação exclusiva por seis meses e complementada até dois anos ou mais, uma vez que o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes, além de continuar conferindo proteção contra doenças infecciosas²¹.

O processo de introdução de alimentos complementares ao leite humano na criança amamentada, ou seja, o desmame, é um momento de grande influência sobre o crescimento infantil²¹. A partir dos seis meses de idade da criança o valor nutricional do leite materno torna-se insuficiente para a manutenção de um adequado crescimento infantil. Isso pode ser observado nas crianças avaliadas através das medidas antropométricas.

O desmame na cultura Guarani ocorre a partir dos seis meses quando é introduzido o alimento complementar, que normalmente é batata doce, mandioca e arroz, amassados, e uma sopa de milho chamada de *kagüijy*. O milho é um alimento tradicional Guarani e, apesar do baixo valor nutricional e da monotonia alimentar, o *kagüijy* é considerado o ideal para o desmame das crianças indígenas:

É socado no pilão e a gente prepara sopa, tipo um mingauzinbo, é assim um mingauzinbo. É o ideal para eles comerem quando param de mamar. Às vezes eu não consegui dar o “kagüijy” para os meus filhos, às vezes sim, às vezes não (Mãe 1).

Em decorrência da consistência que esses alimentos adquirem quando amassados, é que são percebidos como nutritivos. Já a carne é considerada como inadequada e prejudicial à saúde das crianças antes de um ano de idade.

Outros estudos realizados com populações indígenas encontraram dados semelhantes. O aleitamento materno nos indígenas do Alto Xingu se estende até os dois ou três anos da criança e já no primeiro semestre de vida, as crianças passam a receber um mingau próprio dessa cultura feito de mandioca em vez de milho, e no segundo trimestre, beiju de mandioca e peixe³. As mães Parakanã, também têm a prática de amamentação até os dois anos de idade, porém não são conhecidos seus métodos de desmame como norma cultural²².

Os Guarani acreditam que para uma amamentação adequada e a saúde da criança, a alimentação da mãe durante a gravidez e a amamentação deve ter certos cuidados. Durante os primeiros sete dias após o nascimento, a mãe deve se alimentar somente com líquido para ter mais leite:

Tem que comer só sopa depois que nasce, sete dias... toda sopinha faz bem pra dar leite (Mãe 5).

Existem alimentos que devem ser evitados no primeiro mês, como carne, salgados, doces e café, a fim de prevenir doenças.

Desnutrição

A partir do sexto mês de vida, as crianças estudadas passaram a apresentar déficits nutricionais crônicos, os quais podem ser influenciados pelas precárias condições socioeconômicas e ambientais dessa população. A gravidade da desnutrição crônica pode ser observada principalmente ao avaliarmos o índice altura/idade (65,3% das crianças com desnutrição ou risco nutricional), e é reforçada pela constatação dos déficits nutricionais encontrados nos inquéritos alimentares, como o grande déficit em termos de proteínas.

Resultados semelhantes vêm sendo encontrados em outros estudos nutricionais com populações indígenas. Moraes et al.³ observaram um aumento expressivo na proporção de crianças indígenas do Alto Xingu com déficit de estatura para a idade, entre os anos 1980 e 1992, na faixa etária entre 12 e 60 meses. A tribo Panará também apresenta prevalência de desnutrição crônica nas crianças abaixo de 10 anos, identificadas a partir do retardo do crescimento²³. Ribas e Philippi²⁰, encontraram déficit de estatura/idade e desnutrição crônica, em crianças Teréna na faixa de zero a cinco anos.

Apesar das evidências da presença de desnutrição entre as crianças Mbyá-Guarani do Cantagalo, as mães não reconheciam a existência da doença, nem acreditavam que a ela poderia ser adquirida pelo falta da alimentação adequada:

Alguma coisa eles teve, só que não é por causa da alimentação (Mãe 5).

O conceito de saúde e doença varia de acordo com as crenças culturais de cada população, e com isso a etiologia, diagnóstico, medidas preventivas e esquemas de cura também são culturais. Essas síndromes, delimitadas por um determinado grupo, consistem num distúrbio único, reconhecido por seus membros e tratados por eles por uma maneira específica¹⁵.

Os indígenas estudados reconhecem a existência de uma doença Guarani denominada “*kamby riru jere*”. Essa doença ocorre quando a criança tem uma queda. Durante a queda, o estômago da criança vira e ela passa a apresentar emagrecimento, diarreia e vômito:

Era uma doença Guarani mesmo. Que ela vira o estômago, quando dá aquele estômago virado...Dá ela cai e vira o estômago (Mãe 4).

Eles relatam que as crianças podem chegar a morrer de “*kamby riru jere*”, por isso eles têm muito cuidado na prevenção de quedas. Normalmente ela ocorre na época em que está nascendo à dentição:

Quando cai de mau jeito dá diarreia, quando começa a sair os dentinhos (Mãe 2).

A dentição associa-se ao período em que novos alimentos são inseridos, além do leite materno. No entanto, a relação cultural feita por essa população, não ocorre entre estes dois eventos e sim entre a dentição e a queda.

Os Mbyá-Guarani acreditam que existem três tipos de doenças, as que são adquiridas com o contato com os brancos, as de origem espiritual, por influências de espíritos, e as próprias dos Guarani, que nascem com eles e em algum momento podem se manifestar. O “*kamby riru jere*” não é considerado uma doença espiritual, e sim uma doença que nasce com os Guarani:

“A doença que cai não é uma doença espiritual...aquilo lá é uma doença que já é nossa mesmo...nossa mesmo...ela nasce com a gente” (Mãe 4).

Apesar do contato com a sociedade branca, eles preservam os significados e práticas referentes à saúde, doença e cura do modo de viver indígena. Isso foi observado também na população indígena Baníwa, onde ao se analisar as representações indígenas da tuberculose, denominada “*dzéfemi*”, perceberam que apesar de ser reconhecida como doença de branco, a transmissão não é atribuída a bactérias e sim a um veneno transmitido por sopro de outro indivíduo. Esse veneno só fará efeito se a pessoa desobedecer alguma regra de conduta indígena²⁴. Trata-se de doenças que possuem certa relação com as doenças tradicionais dos brancos, porém sem serem reconhecidas pelos mesmos atributos.

Tratamento para *kamby riru jere*

A população Mbyá-Guarani estudada acredita que por ser “*kamby riru jere*” uma doença Guarani, não pode ser tratada por brancos, ou seja, pela biomedicina:

Ela não melhorou depois do hospital...é foi doença de Guarani, não de juruá (branco) (Mãe 5).

Essa doença deve ser tratada pelos curandeiros Guarani (*karai*), uma vez que somente ele consegue compreender as causas e a clínica, bem como tem o poder da cura:

Mas isso aí não é pra levar no hospital. Isso aí é o karai que faz curas. Fica difícil explicar (Mãe 5).

Relatos em que semelhantes foram encontrados na população indígena Wari' (Pakaanóva), onde ocorre também a distinção entre doenças de brancos e doenças de wari'. As doenças que já ocorriam antes do contato com os brancos, devem ser tratadas por xamanismo com curandeiros, e não respondem aos tratamentos biomédicos²⁵. Outras populações indígenas, como a Baníwa e a Yawanáwa, apesar de distinguírem entre patologias indígenas e de brancos, realizam o tratamento xamânico e de medicina ocidental concomitantemente, independentemente da sua etiologia^{24,26}.

As escolhas terapêuticas de uma população dependem do entendimento do contexto social em que se inserem. Essas escolhas são processos do sistema cultural que lhes conferem significados e rituais específicos. O sistema médico existe, então, dentro de realidades simbólicas e culturalmente construídas. Com isso, observa-se que, ao compreenderem-se os rituais médicos de uma sociedade, conhecemos também os seus valores, o modo como ela está organizada e o modo como ela vê o mundo natural e sobrenatural^{15,27}.

O curandeiro Mbyá-Guarani realiza a cura do “kamby riru jere” por meio de uma massagem na criança deitada e sem roupas. A massagem é realizada com a finalidade de “desvirar o estômago” e emparelhar as pernas das crianças:

Eu sei que ele tira toda a roupinha dela, deita na cama e emparelha o pezinho dela, a perna da guria. Emparelha tudo, tipo quando ta fazendo a medição assim. Aí um lado tá mais curta a perna e então tem que emparelhar aquele também. Ele desvira o estômago daí a criança fica normal (Mãe 1).

O tratamento por meio da massagem destina-se a resolver o problema de torção estomacal, originado pela queda. Além disso, um sinal associado é o desemparelhamento das pernas das crianças. Nesse sentido, é possível identificar que o tratamento destina-se à causa da doença, isto é, ao emparelhar as pernas, as quedas tendem a diminuir.

Além da massagem, o curandeiro poderá realizar rezas. Quando necessário, as rezas são realizadas com a criança internada na casa de rezas (Opã) até ela ficar saudável novamente. Essa internação ocorre somente durante o dia e a noite a criança passa na casa de seus pais:

A criança fica aqui na Opã quando rezo, fica mais de noite que nem aqui que é de casa, de noite já vai pra casa e no outro dia vem de novo. Traz o tempo que quiser, até ficar boa de novo (Curandeiro 1).

O curandeiro orienta o uso de chás, como marcela, goiabeira e erva-doce, para que a própria mãe os faça em casa:

Toma remédio do mato. Trato só com reza, chá eu mando fazer algum remédio, aí as mães tem que fazer (Curandeiro 1).

O curandeiro visita as casas em busca de crianças doentes, mas não avisa em caso de identificação das doenças, pois acredita que isso é responsabilidade das mães:

Eu procuro, vou passear às vezes, ver se alguém tá doente, mas eu não falo que tem que trazer, quem tem que se interessar é as mães (Curandeiro 1).

No tratamento pela tradição indígena, podemos perceber que tanto o curandeiro como a família tem a responsabilidade de participar dos ritos de cura do doente, o que ocorre em locais em que o paciente está familiarizado, dentro da própria reserva. Isso proporciona uma sensação de segurança aos familiares e ao doente. O xamã também está mais próximo do paciente comparado ao médico ocidental, por ser pertencente à mesma cultura e classe social e econômica. Com isso, ele se torna mais capaz de definir e tratar a enfermidade, dentro de dimensões sociais, psicológicas e morais aceitas pela sociedade, bem como oferecer modos culturalmente familiares de explicar a falta de saúde e sua relação ao mundo social e sobrenatural¹⁵. A postura deles também incentiva a responsabilização das famílias, proporcionando certa autonomia não usual na medicina tradicional, principalmente em relação às populações indígenas.

O xamanismo irá oferecer para essa população, algo que a biomedicina não oferece, como a explicação para a origem das doenças. Ele é entendido como um sistema de representações coletivas que se expressa por meio dos rituais de cura e do próprio xamã, mas também no modo como a sociedade envolvida pensa e lida com seu cotidiano e principalmente com a doença^{25,26}.

Considerações finais

O tema da desnutrição entre os Mbyá-Guarani do Cantagalo revela-se como uma intrincada rede de significados, comportamentos e derivações que configuram condições de vida muito peculiares. Além disso, evidentemente, se faz necessário considerar os fatores socioeconômicos envolvidos, especialmente no que diz respeito aos processos de exclusão e marginalização social que se derivam da relação com a sociedade branca, agora majoritária.

Considerando-se todos esses aspectos, observa-se o não reconhecimento da desnutrição pela população estudada. Como uma forma de estabelecer diálogo com a cultura majoritária, eles apresentam uma moléstia, o *kamby viru jere*, como um possível correlato, que, entretanto, apresenta atributos completamente distintos da desnutrição. Por isso mesmo, o tratamento adequado não é o oferecido pela medicina ocidental.

A preocupação com a preservação da identidade cultural deve existir sempre tanto por parte dos profissionais ligados às comunidades indígenas, quanto por parte dos pesquisadores e prestadores de serviço. Deve-se buscar que as intervenções constituam-se em parcerias com a cultura estudada, a fim de minimizar o impacto das mudanças socioculturais já sofridas por essas populações, bem como tornar as ações de saúde mais efetivas. A construção de práticas em saúde deve buscar resgatar o conhecimento indígena, incentivando a manutenção dos rituais, e adaptando-os aos conhecimentos biomédicos para a manutenção da saúde.

Referências

- Foster Z, Byron E, Reyes-García V, Huanca T, Vadez V, Apaza, L, et al. Physical growth and nutritional status of Tsimane' Amerindian children of lowland Bolivia. *Am J Phys Anthropol* 2005; 126 (3): 343-51.
- Hokerberg YH, Duchiate MP, Barcellos C. Organização e qualidade da assistência à saúde dos índios Kaingáng do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001;17(2): 261-72.
- Morais, MB, Fagundes Neto U, Mattos, AP, Baruzzi RG. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto anos de vida. *Cad Saúde Pública* 2003;19(2):543-50.
- Fernandes BS. Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil. *Est Avançados* 2003;17(48):77-92.
- Santos RV. Crescimento físico e estado nutricional das populações indígenas brasileiras. *Cad Saúde Pública* 1993;9(1):s46-s57.
- Wilson EMH. Perfil epidemiológico de populações originárias: os Guarani-Terra Indígena Jatayti. In: Silveira E, Oliveira ED, (Org). *Etnoconhecimento e saúde dos povos indígenas do RS*. Canoas: Ulbra, 2005. p. 137-55.
- Coimbra Jr CE, Santos RV. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança sócio-econômica: o grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1991;7:538-62.
- World Health Organization. Physical status (WHO): the use and interpretation of anthropometry indicators of nutritional status. Geneva: World Health Organization; 1995.
- National Centers for Health Statistics (NCHS). Growth curves for children, birth - 18 years. Hyattsville, NCHS, 1978. (DHEW(PHS) 78.1650-Series 11, 165).
- Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO; 2004.
- Szwarcwald, CL, Souza-Junior PRB, Esteves MAP, Damacena GN, Viacava F. Socio-demographic determinants of self-rated health in Brazil. *Cad Saúde Pública* 2005;21(1):s54-s64.
- Magalhães LP, Oliveira VA, Santos NS, Araújo CS. Guia prático para a estimativa de consumo alimentar. Salvador, Escola de Nutrição: UFBA; 2000.
- Victora CG, Knauth D, Hassen M. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre (RS): Tomo Editorial; 2000.
- Montilva M, Ferrer MA, Nieto R, Yudith O, Durán L, Mendoza, MA. Uso del método necesidades básicas insatisfechas en la detección de comunidades con riesgo de desnutrición. *An Venez Nutr* 2003;16(1):16-22.
- Helman CG. Cultura, saúde e doença. 4. ed. Porto Alegre, Artmed, 2003.
- Oliveira LD. Síntese histórica de povoamento do Rio Grande do Sul. In: Silveira E, Oliveira LD, (Org). *Etnoconhecimento e saúde dos povos indígenas do RS*. Canoas:Ulbra; 2005. p. 11-34.
- Nandy S, Irving M, Gordon D, Subramanian SV, Smith GD. Poverty, child undernutrition and morbidity: new evidence from India. *Bulletin of the World Health Organization* 2005;83(3):210-6.
- Xavier FB, Miranda RA, Menezes RC. Estado nutricional de crianças indígenas de uma tribo da Amazônia Brasileira. *Rev Paraense de Medicina* 1998;12(1):18-22.
- Capelli JCS, Koifman S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parketjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil. *Cad Saude Publica* 2001;17(2):433-7.
- Ribas DLB, Philippi ST. Aspectos alimentares e nutricionais de mães e crianças indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz e ABRASCO; 2003. p. 111-23.
- Giugliani ERJ. Aleitamento Materno: Aspectos Gerais. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, (Org). *medicina ambulatorial:condutas de atenção primária baseadas em evidências*. 3 ed. Porto Alegre, Artmed; 2005. p.180-9.
- Martins SJ, Menezes RC. Evolução do estado nutricional de menores de 5 anos em aldeias indígenas da Tribo Parakanã, na Amazônia Oriental Brasileira (1989-1991). *Rev Saúde Pública* 1994;28(1):1-8.
- Baruzzi RG, Barros VL, Rodrigues D, Souza ALM, Pagliaro H. Saúde e doença em índios Panará (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Cad Saúde Pública* 2001;17(2):407-2.
- Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad Saude Publica* 2001;17(2):273-84.
- Conklin BA. O sistema médico Wari'(Pakaanóva). In: Santos RV, Coimbra Jr CEA, (Org). *Saúde e povos indígenas*. São Paulo: Fiocruz; 1994. p. 161-86.
- Pérez-Gil, L. O sistema médico Yawanáwa e seus especialistas: cura, poder e iniciação xamânica. *Cad Saúde Pública* 2001;17(2):333-44.
- Langdon EJ. Representações de doença e itinerário terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: Santos RV, Coimbra Jr, CEA, (Org). *Saúde e povos indígenas*. São Paulo: Fiocruz; 1994. p. 115-41.