

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DO ARAGUAIA
CURSO DE ENFERMAGEM

Mayza Ribeiro da Silva

**A RESPIRAÇÃO DE CRIANÇAS XAVANTE: DO NASCIMENTO AO
ADOCIMENTO**

Barra do Garças – MT
2022

MAYZA RIBEIRO DA SILVA

**A RESPIRAÇÃO DE CRIANÇAS XAVANTE: DO NASCIMENTO AO
ADOCIMENTO**

Trabalho de Curso, apresentado a disciplina de TC II do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Barra do Garças - MT, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Rosaline Rocha Lunardi

FOLHA DE APROVAÇÃO

MAYZA RIBEIRO DA SILVA

A RESPIRAÇÃO DE CRIANÇAS XAVANTE: DO NASCIMENTO AO ADOECIMENTO

Trabalho de Curso, apresentado a disciplina de TC II do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Campus de Barra Do Garças- MT, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Defendido e aprovado em 19 de julho de 2022

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Rosaline Rocha Lunardi (Orientadora)

Profa Queli Lisiane Castro Pereira. (membro)

Téc. Márcia Cristina Rauber (membro)

Profa. Patrícia Fernandes Massmann (Suplente)

Dedico este trabalho aos meus familiares em especial a minha prima Juliana. Sonhamos juntas, você foi minha maior incentivadora, sempre me inspirei em sua garra e nunca desisti, hoje você não está aqui para partilharmos essa alegria, mas te carrego em meu coração para todo sempre, você eternamente será a minha pessoa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ser meu guia, por me fortalecer, fazendo com que todas as coisas cooperem para o meu bem e que eu nunca desistisse do meu sonho, me proporcionando a vivência de momentos únicos como este.

À Comunidade Indígena da Terra indígena São Marcos pelo acolhimento pela colaboração nas traduções durante as entrevistas pela participação e oportunidade em conhecer um pouco mais da sua cultura... hepãri! Hepãri!

A missão salesiana de São Marcos por sempre estarem de portas abertas para a pesquisa e para somar no deslumbre da aldeia de São Marcos, são fortes contribuintes para o fortalecimento da saúde da comunidade xavante.

Agradeço a todos os professores que me acompanharam em minha jornada acadêmica, todos foram de suma importância para minha tão sonhada formação profissional.

No entanto, não poderia deixar de enfatizar duas profissionais que além de todo apoio acadêmico, me concederam o apoio pessoal e emocional necessário para minha conclusão do curso:

Gratidão a professora Dra. Raquel Brito que sempre esteve comigo e que me guiou para o caminho correto, um instrumento de Deus em minha vida, foi através dela que adentrei a saúde indígena, gratidão por todo ensinamento!

Gratidão a minha orientadora, Professora Dra. Rosaline Rocha Lunardi, que sempre me ajudou com os meus pensamentos acelerados e pouca proatividade, que nunca me deixou ver a negatividade do mundo que nos cerca, que sempre reforçou a importância do meu âmagô ser empático, benevolente e me ensinou a ver a capilaridade do sistema como um todo.

Agradeço a todos os meus amigos e colegas, por compartilharem comigo tantos momentos de descobertas e aprendizado e por todo o companheirismo ao longo deste percurso, em especial a Dhullia, Ariane e Victor.

Agradeço a minha amada Ana Júlia, por todo companheirismo, paciência e incentivo nessa jornada. Sem dúvidas o caminho foi leve, divertido e reconfortante com você ao meu lado.

Agradeço a todos os meus familiares, em especial a minha mãe e irmã, pelo companheirismo, pela cumplicidade e pelo apoio nos momentos da minha vida.

Agradeço ao João Antônio F. Leite, por ter me auxiliado nessa caminhada,

fazendo com que eu tivesse conhecimento de toda minha capacidade pessoal e profissional.

Agradeço à Fapemat, ao Ministério da Saúde e ao CNPq, que por meio do edital Edital PPSUS - FAPEMAT/ CNPQ/ Decit MS, fomentou o projeto de pesquisa “Itinerário de Saúde Xavante: da atenção primária a hospitalização evitável” e a bolsa de iniciação científica, possibilitando que eu adentrasse ao campo de pesquisa da saúde indígena.

Por fim, agradeço aos integrantes da banca examinadora que despenderam tempo para estarem comigo neste dia tão ímpar.

*“O Mundo está nas mãos daqueles que tem
coragem de sonhar, e correr o risco de viver
seus sonhos”.*
Paulo Coelho

RESUMO

A condição de saúde dos povos indígenas é precária, com alta carga de doenças, expressa por profundas iniquidades em saúde quando comparados as populações não-indígenas. A assistência à saúde indígena está baseada na atenção primária à saúde no território indígena, contudo, mesmo após décadas de implantação do subsistema de atenção à saúde no território, as populações indígenas ainda persistem com os piores indicadores de saúde, quando comparados as populações não indígenas. Dentre as populações indígenas brasileiras, estão os Xavante, com uma população de cerca de 23.000 pessoas, distribuídas em nove terras indígenas no estado de Mato Grosso. Além dos problemas metabólicos e nutricionais entre os Xavante, é comum a ocorrência de doenças respiratórias. As infecções respiratórias agudas determinam altas taxas de morbidade, causando a metade das hospitalizações e são uma das principais causas de óbito infantil. A maior parte dos casos de doenças respiratórias, principalmente as infecciosas, acabam por serem tratadas em ambiente hospitalar e estas internações poderiam ser reduzidas se houvesse prioridade em ações que tenham por objetivo a melhoria da assistência na atenção primária nas aldeias. Este estudo com foco descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, teve por objetivo geral conhecer o entendimento das mães e cuidadores de crianças Xavante sobre os problemas respiratórios na primeira infância. O tratamento e a redução de complicações das doenças respiratórias estão ligados ao diagnóstico precoce e, para isto, é necessário que os sintomas iniciais de problemas respiratórios sejam identificados pelas famílias e profissionais de saúde, bem como sejam conhecidos os fatores de risco para doenças respiratórias. A morbimortalidade infantil por causas respiratórias pode ser reduzida, com a melhoria das condições socioeconômicas associadas com ações da saúde pública.

Palavras- chave: Doença Respiratória, Saúde Indígena, Iniquidades

ABSTRACT

The health condition of indigenous peoples is precarious, with a high burden of disease, expressed by profound health inequities when compared to non-indigenous populations. Indigenous health care is based on primary health care in the indigenous territory, however, even after decades of implementation of the health care subsystem in the territory, indigenous populations still persist with the worst health indicators when compared to non-indigenous populations. Among the Brazilian indigenous populations, there are the indigenous, with a population of about 23,000 people, distributed in nine indigenous territories in the Mato Grosso state. Respiratory diseases are common, in addition to infectious and nutritional problems. Acute respiratory diseases determine high morbidity rates, causes half of hospitalizations, and comprise the most frequent death causes of indigenous children. These respiratory infections that are usually treated in hospitals could be avoided by actions of primary care. This descriptive and exploratory study with a qualitative approach had the general objective of investigating how the development and treatment of respiratory disease in Xavante children occurs, from the caregiver's perspective. The treatment and reduction of complications from respiratory diseases are linked to early diagnosis and, for this, it is necessary that the initial symptoms of respiratory problems are identified by families and health professionals, as well as the risk factors for respiratory diseases are known. Infant morbidity and mortality from respiratory causes can be reduced by improving socioeconomic conditions associated with public health actions.

Keywords: Respiratory Disease, Indigenous Health, Inequities

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS.....	13
2.1	Objetivo Geral.....	13
2.2	Objetivos Específicos	13
3	METODOLOGIA	14
3.1	Tipo de Estudo.....	14
3.2	Local de Pesquisa.....	14
3.3	Participantes da Pesquisa	15
3.4	Coleta de Dados	15
3.5	Organização e Análise dos Dados.....	16
3.6	Aspectos Éticos da Pesquisa	16
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	18
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	26
6	REFERÊNCIAS.....	27

1 INTRODUÇÃO

A condição de saúde dos povos indígenas é precária, com alta carga de doenças, expressa por profundas iniquidades em saúde quando comparados as populações não-indígenas (CARDOSO *et al.*, 2011;). Há décadas, muitos estudos têm relatado as iniquidades étnico-racial em condições de saúde, com quadro extremamente desfavorável aos indígenas, quando comparados com não indígenas (MARINHO *et al.*, 2019).

No Brasil, esta iniquidade também é evidenciada quando se compara a morbidade hospitalar entre indígenas e não indígenas, havendo frequências muito mais altas de crianças indígenas hospitalizadas, principalmente em decorrência de condições sensíveis à atenção primária. Um estudo bastante abrangente evidenciou que crianças indígenas são hospitalizadas com muito mais frequência e por causas evitáveis: infecções respiratórias, diarreia e outras doenças infecciosas e parasitárias (FARIAS *et al.*, 2019).

Para atender as especificidades das populações indígenas do Brasil, foi criado um Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, em 2002, com assistência especial em todo o território nacional (BRASIL, 2002). Desde então houve uma mudança no cenário de saúde indígena: por um lado houve o aumento na proporção de mortes em idades mais avançadas, especialmente por doenças cardiovasculares e câncer, por outro, a diminuição da mortalidade infantil, com predominância de óbitos neonatais precoces (devido a causas perinatais) e redução de causas infecciosas (CARDOSO *et al.*, 2011).

Apesar do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena estar implantado há muitos anos, os povos indígenas, permanecem ainda sendo um dos grupos mais vulneráveis do país, com altas taxas de morbidade e mortalidade devido a doenças infecciosas e parasitárias, insegurança alimentar, bem como condições precárias de saneamento e habitação (CARDOSO *et al.*, 2014).

Dentre as populações indígenas brasileiras, estão os Xavante, com uma população de cerca de 23.000 pessoas, distribuídas em sete terras indígenas no estado de Mato Grosso. Além dos problemas metabólicos e nutricionais entre os Xavante, é comum a ocorrência de doenças respiratórias, principalmente entre crianças, que também são acometidas por doenças infecciosas e desnutrição, muitas vezes concomitantes (DE SOUZA *et al.*, 2015).

As infecções respiratórias agudas de crianças determinam altas taxas de morbidade, cerca de metade das hospitalizações e são uma das principais causas de óbito (CARDOSO *et al.*, 2019;). A tuberculose também tem alta prevalência, mantendo-se endêmica (WELCH; COIMBRA JUNIOR, 2011).

A maior parte dos casos de doenças respiratórias, principalmente as infecciosas, acabam por serem tratadas em ambiente hospitalar e estas internações poderiam ser reduzidas se houvesse prioridade em ações que tenham por objetivo a melhoria da assistência na atenção primária nas aldeias (SOUZA *et al.*, 2018). O tratamento e a redução de complicações das doenças respiratórias estão ligados ao diagnóstico precoce e, para isto, é necessário que os sintomas iniciais de problemas respiratórios sejam identificados pelas famílias e profissionais de saúde, bem como sejam conhecidos os fatores de risco para doenças respiratórias.

Assim, a diagnose dos fatores de risco associados às infecções respiratórias no contexto de cada população é essencial para o planejamento estratégico de ações de saúde eficientes. Há inúmeros trabalhos abordando os fatores de risco e os determinantes de afecções respiratórias, porém vale ressaltar que as estratégias de mitigação de risco devem ser entregues de maneira culturalmente apropriada e direcionadas para educar indivíduos e comunidades em risco (BASNAYAKE *et al.*, 2017).

As populações indígenas são frequentemente deslocadas de suas terras originárias e são mais propensas a viver na pobreza, em condições socioambientais e sanitárias precárias. Esses aspectos, sem dúvida, contribuem para a fragilidade da saúde das crianças e para o aumento de doenças respiratórias infecciosas. No entanto, definir com precisão o quanto estes fatores influenciam na ocorrência de afecções é difícil, pois podem estar associados a inúmeras outras condições, incluindo a cultura, a educação, a biologia, a gestação e o parto, as práticas e os conhecimentos de cada população. Embora existam alguns dados comparativos entre indígenas e não indígenas, há poucos estudos dentro das próprias comunidades indígenas, o que aumenta a dificuldade de atribuição de risco (BASNAYAKE; MORGAN; CHANG, 2017).

Outros fatores relevantes para a elaboração de estratégias para a redução de afecções respiratórias de crianças em território indígena é o acesso e a qualidade dos serviços de saúde ofertados, e o quanto os serviços são sensíveis à interculturalidade.

Assim, conhecer como os Xavante compreendem as afecções respiratórias das crianças e o que julgam ser determinante ou condicionante destas situações, dará subsídios para a elaboração de planos de ação, culturalmente sensíveis e adaptados à realidade local.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Conhecer o entendimento das mães e cuidadores de crianças Xavante sobre os problemas respiratórios na primeira infância.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever os sinais e sintomas identificados pelas mães e cuidadores no surgimento das doenças respiratórias da criança indígena em âmbito domiciliar.
- ✓ Identificar o itinerário terapêutico adotado para a resolução dos problemas respiratórios das crianças.
- ✓ Identificar os desafios para a prevenção e assistência as crianças com doenças respiratórias.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo e coleta de dados

Trata-se de um estudo com foco descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, que pretende investigar como ocorre o desenvolvimento e tratamento da doença respiratória na criança Xavante, sobre a ótica da mãe ou cuidador.

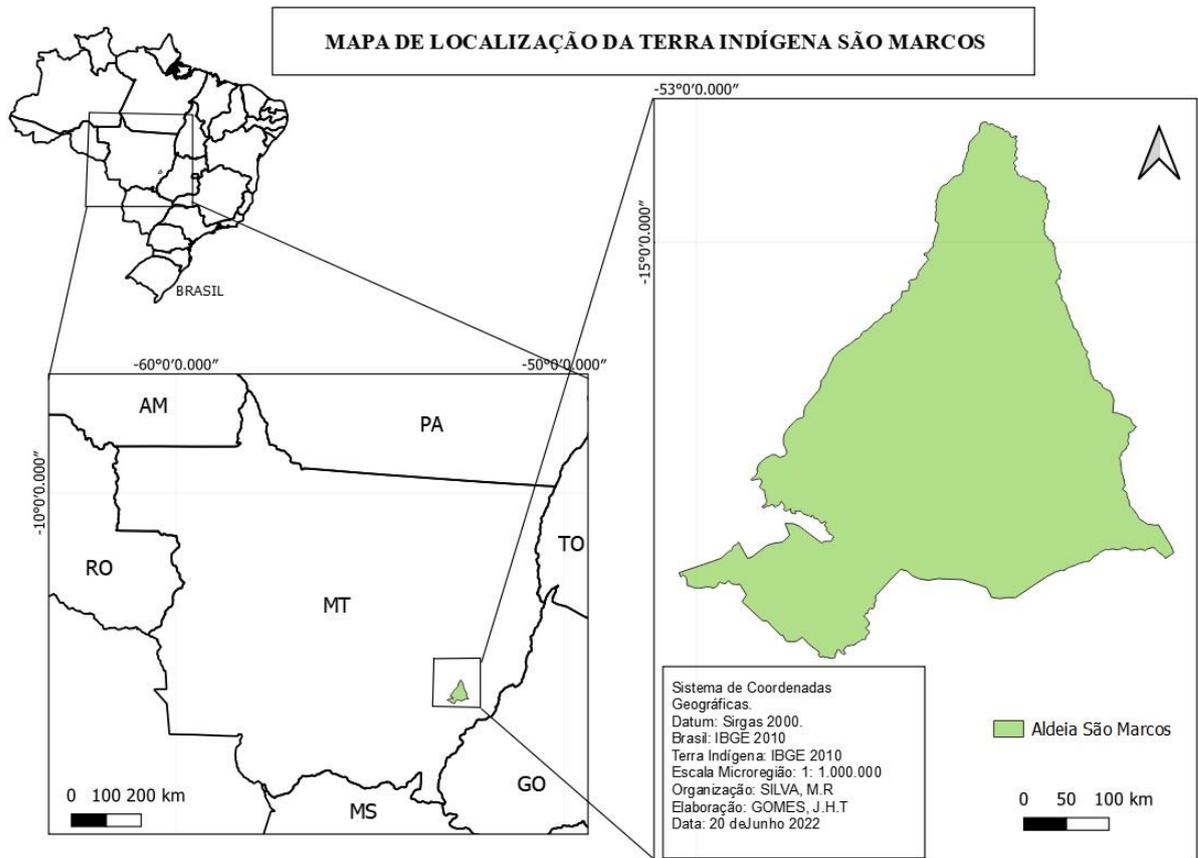
Para conhecer o entendimento das mães Xavante sobre os problemas respiratórios das crianças, foi usado um roteiro de entrevista semiestruturada, onde a mãe foi estimulada a falar livremente sobre as doenças respiratórias das crianças Xavante.

As entrevistas foram realizadas na aldeia de São Marcos, nos próprios domicílios das mães Xavante que tinham idade igual ou superior a 18 anos de idade que concordaram em participar do estudo e, ainda, que assinaram ou concordaram verbalmente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Os dados foram tratados com metodologia de análise temática.

3.2 Local de Pesquisa

Este estudo foi desenvolvido na aldeia indígena São Marcos, localizada no município de General Carneiro-MT. Essa aldeia tem aproximadamente 600 habitantes, e tem uma unidade básica de saúde indígena. As entrevistas foram realizadas nos próprios domicílios das mães e cuidadores de crianças Xavante.



Fonte: IBGE (2012).

3.3 Participantes da Pesquisa

Foram incluídos como sujeitos da pesquisa, mães e cuidadoras de crianças indígenas Xavante, com mais de 18 anos de idade, que concordaram em participar com o estudo e, ainda, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Foram excluídos os que não tiveram vivência com a doença respiratória de crianças ou que não soubessem compreender as perguntas da entrevista ou respondê-las.

3.4 Coleta de Dados

Os dados foram obtidos ao longo de várias incursões ao território indígena, ao longo de 2019 e 2020. Antes da coleta de dados foi realizado um pré-teste do roteiro de entrevista, com seis pessoas, para identificar a melhor forma de conduzir a entrevista e avaliar a compreensão da linguagem, com participantes do pré-teste seguindo os critérios de inclusão. Após o pré-teste, 36 famílias contemplaram os critérios inclusão.

A entrevista seguia um roteiro semiestruturado e as questões que nortearam a entrevista foram: (1) As crianças da sua casa já tiveram problemas respiratórios? (2) Com que idade a criança teve problemas respiratórios; (3) O que pode causar estes problemas? (4) O que você percebeu de diferente na criança quando ela estava com problema respiratório; (5) Qual tratamento a criança recebeu? (6) Onde a criança foi tratada?

As entrevistas foram gravadas, com consentimento do registro da voz pelos entrevistados e realizadas individualmente, nos próprios domicílios, no horário solicitado pelo participante e após a leitura e concordância com o TCLE. Para possibilitar o esclarecimento de possíveis dúvidas, eventualmente havia a colaboração dos cônjuges como intérpretes. Ao longo das entrevistas também se observava a ocorrência de possíveis determinantes e condicionantes do estado de saúde das crianças e, assim, houve a facilitação da entrevista, bem como a observação do estado de saúde das crianças, principalmente de sintomas respiratórios.

3.5 Organização e Análise dos Dados

As entrevistas foram transcritas de acordo com a ordem das falas e cada cuidador foi identificado com os códigos X1, X2, X_n. Após, as entrevistas foram tratadas por meio da técnica de análise temática de dados qualitativos, sugerida por Minayo (2010, p. 316), pois, segundo a autora, “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa respeitou os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, garantido o anonimato dos participantes, bem como a possibilidade de desistência em qualquer momento da entrevista, sem nenhum prejuízo (BRASIL, 1996).

A Resolução CNS nº 510, de 07 de abril de 2016 considera que a ética é uma construção humana, portanto histórica, social e cultural; considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos

participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; que o agir ético do pesquisador demanda ação consciente e livre do participante.

Além disso, a coleta de dados foi realizada somente após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Este trabalho faz parte da pesquisa intitulada “Itinerário de Saúde Xavante: da atenção primária à hospitalização evitável”, financiada pelo Edital PPSUS 2017, e aprovada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, sob o Parecer 3.164.048.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo da permanência na aldeia, foram entrevistados 36 indígenas. As entrevistas duravam cerca de 45 minutos e eram realizadas nos domicílios. Dentre os entrevistados, houve 16 mulheres e 18 homens. Este estudo pretendia dar voz as mulheres indígenas e aproximar de suas concepções sobre os problemas respiratórios das crianças, já que também nesta etnia, são elas as principais responsáveis pelos cuidados diários às crianças.

A maioria das mulheres expressou compreender a língua portuguesa, porém tem dificuldades para falar esta segunda língua. Algumas cuidadoras foram auxiliadas por homens da casa, pois este geralmente tem mais fluência com a língua portuguesa. Por um lado, isto trouxe mais informações sobre a visão Xavante dos problemas respiratórios das crianças, por outro, nem sempre foi a expressão da mãe ou cuidadora, pois, as vezes, os homens não traduziam a resposta das mulheres, mas, sim, falavam sobre as suas próprias concepções, não dando o espaço a fala das mulheres. Estes 18 casos em que as mulheres não se expressavam, não foram discutidos neste trabalho. Deve-se ressaltar que os relatos dos homens não trouxeram informações diferentes daqueles feitos pelas mulheres, embora muito mais longos.

A transcrição das entrevistas não traz a descrição de todas as emoções expressadas, pois necessitariam de uma abordagem intercultural, o que não foi possível neste trabalho. Houve a preservação cuidadosa das pausas, essenciais para a organização do pensamento das entrevistadas e, também, para acompanhar a construção da expressão das Xavante em língua não materna, sem a pretensão de análises do campo de linguística. As respostas foram submetidas a uma classificação, de acordo com as perguntas norteadoras.

Etiologia dos problemas respiratórios de crianças sob a ótica da mãe e cuidadora Xavante.

A etiologia dos problemas respiratórios em crianças foi associada pelas mães ou cuidadoras, à poluição ambiental, à precariedade sanitária da aldeia, à presença de dejetos de animais, à fumaça de fogueiras dentro das casas e em decorrência de

queimadas na vegetação. Ainda, foi reiterada a associação dos problemas respiratórios com o déficit alimentar e com diarreia.

“...É em modo geral falta higiene é vamos dizer falta higiene local o ambiente é utensilio é tecido tudo isso pode trazer o problema o problema de saúde então neste sentido é obrigado os professores ensinarem a comunidade orientar nas aldeias, sem só professores, mas trabalhadores de saúde ir na casa chegar lá achar as coisas assim é sujeira entorno da aldeia a bosta... a bosta dos animais isso tem que ser tirado brevemente, ou acontecerá doença... se tendo isso aí vai acontecer.” (X22)

“...É problemas de higiene dentro de casa a limpeza as causas, das fumaças dentro de casa” (X24)

“...Não lavar as mãos, roupas as fumaças o cheiro ... pra mim o cheiro é muito forte, a refeição o almoço a janta... o plástico sacolinha queimam está, traz problemas para a respiração da criança eles não falam. (X26)”

“...Para mim é falta de comida, a criança fica forte, hoje em dia só compra alimento na cidade, e também as vezes queima as fraldas descartável... fazer um buraco lixo e botar fogo, e a noite é perigoso e o cheiro é muito forte” (X31)

“...Pra mim eu acho que é falta alimentação aí chora, aí fica fraca, ai vai começar a doenças.” (X43)

“...Questão que eu vejo é o clima, vamos falar que é uma falta de ar, a noite né se consegue perceber né, e geralmente o que causa é isso né. Diarreia também é mais forte nisso.” (X48)

As entrevistadas também relataram algumas práticas culturais as afecções respiratórias de crianças, tais como a manutenção da fogueira no chão ao centro da casa para cocção e aquecimento, gerando fumaça de potencial irritativo, e as queimadas do cerrado. Estas últimas foram abordadas com bastante sensibilidade no trabalho de Welch *et al.*, (2022), já que os Xavante utilizam historicamente o fogo como estratégia de caça e por vezes, recentemente, tem-lhes sido atribuída a discutível responsabilidade por queimadas impactantes na manutenção do cerrado.

As crianças são consideradas um dos grupos mais suscetíveis aos efeitos da exposição a poluição do ar, pelo fato de terem um sistema imunológico ainda imaturo e um metabolismo basal acelerado (ARBEX *et al.*, 2012). Some-se a estas características fisiológicas do desenvolvimento, à frequente tríade de comorbidades das crianças indígenas: afecções respiratórias, gastrointestinais e desnutrição. Este quadro foi claramente identificado pelas entrevistadas, inclusive que confere extrema fragilidade de saúde das crianças, resultando em hospitalizações e morte.

É importante ressaltar que além da fumaça decorrente das queimadas que

ocorrem sazonalmente no cerrado brasileiro e da fumaça intradomiciliar, houve referência à irritação de vias respiratórias por subprodutos da queima de plásticos, inclusive de fraldas descartáveis, como modo de eliminação de resíduos sólidos na aldeia.

Estudos epidemiológicos evidenciam que a exposição a poluentes gasosos está associada a maior incidência de afecções de vias aéreas superiores, especialmente em crianças (CARDOSO; COIMBRA JUNIOR; WERNECK, 2013; GIODA; TONIETTO; LEON, 2019). Além disso, uma quantidade significativa dos poluentes inalados atinge a circulação sistêmica através dos pulmões e pode causar efeitos deletérios em diversos órgãos e sistemas (ARBEX *et al.*, 2012).

Além da relação de fatores etiológicos relacionados à poluentes ambientais e a associação com comorbidades e com estado nutricional, ressalta-se que metade dos entrevistados identificaram a necessidade de que a população recebesse informações para a promoção da saúde e para a redução de riscos, tanto pela educação nas escolas indígenas, quanto por atividades de educação em saúde promovidas pelas equipes multiprofissionais de saúde indígena (EMSI).

Aqui cabe uma reflexão de como esta necessidade de interações educativas pode estar refletindo problemas relacionados aos arcabouços teóricos e paradigmáticos que historicamente nortearam a formação de profissionais de saúde (HOEFEL *et al.*, 2005). A promoção à saúde por meio de atividades educativas junto a populações indígenas, principalmente pelas EMSI, deve considerar a compreensão e a incorporação da interculturalidade na formação e na atuação dos profissionais da saúde. Neste sentido, Hoefel *et al.*, (2015), trazem que, no que tange à saúde, parece haver um triplo desafio para a transposição do paradigma biomédico, da educação e da construção da interculturalidade, que implica pensar em novas racionalidades, fazeres e práticas, fundada em diferentes concepções do mundo.

A relevância em discutir tal temática, recai sobre o fato de que a educação para o ambiente deve ser praticada de fato em toda sociedade, uma vez que já se encontram em discussão problemas ambientais vivenciados por esta. É a educação para o meio ambiente o modo mais rápido e efetivo para o homem compreender-se como ser natural, responsabilizando-se por suas atitudes no seu habitat (SANTOS; REIS, 2018). Os Xavante têm uma ligação profunda com o ambiente, o território faz parte de seus ritos, crenças e sobrevivência (COIMBRA JUNIOR; WELCH, 2014). A

forma como usam e vivem no ambiente certamente traz muitas outras interfaces além de questões sanitárias, geográficas ou fundiárias. Assim, também estes entendimentos devem ser pautados nas atividades educativas de professores e EMSI.

Desta forma, identifica-se a necessidade de ações de tratamento de rejeitos orgânicos e de coleta e destinação adequadas de resíduos sólidos que seja alternativa ao uso de buracos para acúmulo e queima de materiais. A comunidade Xavante e os profissionais de saúde, ao reconhecer os efeitos dos poluentes aéreos na saúde das crianças, precisam avaliar adequadamente o perfil de exposição em suas residências e entorno, e reduzi-los, se não for possível eliminá-los a curto prazo.

Todos os entrevistados referiram que seus filhos, na faixa etária até três anos, têm ou já tiveram problemas associados ao aparelho respiratório, como pode-se ver nas respostas transcritas abaixo. Ainda, observou-se que quase todos os entrevistados referiram a tosse como um sinal importante associado a doenças do aparelho respiratório. Embora pareça ser bastante frequente e perene, não parece ser motivo de preocupação por si só. A seguir, os relatos dados, quando indagados sobre a ocorrência de afecções respiratórias em crianças sob seus cuidados:

“...só tosse! Três meses” (X1)

“...só a primeira vez, ainda ta, dois anos” (X3)

“... já! Já teve, um ano” (X4)

“Já! Dois anos (X5)

“Sim... é gripe, tosse, é diarreia tudo, está agora melhorou, três aninhos.” (X9)

“Só uma, as crianças... é...antes do recém-nascido, começou a tosse e a pneumonia...” (X10)

“Já tiveram, meu neto acho que é um aninho, ele tem problema de diarreia e tosse.” (X11)

“Às vezes, teve só gripe e tosse, é... um ano é, também três aninhos também. (X12)

“A gente percebe primeiro um começar de febre, puxa a camisa para ver se tá com a tiragem, aí quando eu vejo a respiração da criança me preocupa... criança com muita tosse, criança com pneumonia... eu sinto a vontade dela na minha fé eu sinto que ela está com pneumonia” (X25)

Os cuidadores geralmente são os primeiros a notar sinais e sintomas de uma

infecção respiratória em crianças, mas, embora notem os sinais e sintomas, nem sempre os cuidadores percebem a gravidade destes, o que pode provocar o início tardio do tratamento (PASSOS *et al.*, 2018).

Vários relatos apontavam para a demora em perceber a gravidade ou de se dar o início ao tratamento clínico, e alguns expressavam o receio em buscar os serviços da atenção primária e a referência ao hospital, como o seguinte:

“[...] ele estava ruim de respiração... ai vai cuidando... mas não melhora da tosse e da febre. Aí vai no postinho... e tem que levar para a cidade, mas lá é difícil, não cuida direito” (X21)

“Aqui não tem como fazer, se a criança doente né, pede ajuda no Polo, se ta ruim ai vai encaminhar pra Barra.” Fica aqui um pouco no Polo, ai fica ruim ai, encaminha para Barra. (X4)

“... É quatro ano passo meu filho pneumonia, já levei ele na cidade, porque as doenças, a pneumonia pegou, então to levando sempre pra cidade. UPA da criança.” (X8)

A maior parte dos casos de doenças respiratórias, principalmente as infecciosas, acaba por ser tratada em ambiente hospitalar e estas internações poderiam ser reduzidas se houvesse prioridade em ações que tenham por objetivo a melhoria da assistência na atenção primária nas aldeias (SOUZA *et al.*, 2018). O tratamento e a redução de complicações das doenças respiratórias estão ligados ao diagnóstico precoce e, para isto, é necessário que os sintomas iniciais de problemas respiratórios sejam identificados pelas famílias e profissionais de saúde, bem como sejam conhecidos e reduzidos os fatores de risco para doenças respiratórias.

Neste sentido, corrobora o estudo de Passos *et al.*, (2018), que verificou os conhecimentos e percepções de cuidadores quanto à gravidade ou aos primeiros sinais de alerta de doenças respiratórias agudas e da necessidade de se buscar o serviço de saúde e, como resultado, mostrou a importância da orientação dos cuidadores em relação aos sinais e sintomas de afecções respiratórias e da gravidade, o que poderia reduzir as hospitalizações e óbitos (PASSOS *et al.*, 2018). Embora este estudo não tenha sido feito com população indígena, também se aplica a situação dos Xavante, porém é preciso considerar que as orientações a serem formuladas, precisam ser negociadas, culturalmente sensíveis e de linguagem acessível aos cuidadores.

Os povos indígenas representam um importante desafio aos serviços de saúde destinados ao atendimento de comunidades culturalmente diferenciadas no Brasil. Para Coimbra Júnior et. al., (2000, 2003) apesar da carência de dados demográficos e epidemiológicos fidedignos sobre os povos indígenas no Brasil, resta claro que as condições de saúde dos povos indígenas são precárias colocando-os em uma posição de desvantagem em relação aos outros segmentos da sociedade nacional. Embora a política de atenção à saúde dos povos indígenas busque a equidade por meio de uma atenção diferenciada, o conceito de “atenção diferenciada” carece de um entendimento e isso tem levado ao uso simplificado e reducionista incorreto da expressão, em geral associada ao acesso a ações e serviços de saúde, que deixam de ser entendidos como um direito e passam a serem interpretadas equivocadamente como um privilégio. (LANGDON et al., 2015).

O plano terapêutico ofertado, a criança Xavante com afecções respiratórias

Uma vez que os cuidadores identifiquem os sinais e sintomas de afecções respiratórias, inicia-se o itinerário terapêutico, que inclui o sistema médico tradicional e o sistema biomédico de saúde, em alguns casos em tempos subsequentes, em outros, concomitante. Nas entrevistas não foi identificado o que orienta o itinerário a ser tomado pela cuidadora.

A terapêutica tradicional Xavante é usada com frequência, principalmente com o uso de ervas e no “risco” ou “riscado”, que consiste em uma escarificação da pele de partes do corpo com um objeto puntiforme, em linhas longitudinais, com drenagem de sangue. Seguem alguns relatos destas ferramentas terapêuticas:

“...Isso é cultural não posso contar, o pajé ajuda, pois, a gente fala que é o diabo que está mandando isso pra nós “ (X24)

“...A gente faz uma riscada nela em toda parte do corpo, aí tem outra medicina tradicional... a vivência com folhas e tem raiz... aí passa nela em todo corpo aí depois uma hora e meia a criança melhora.” (X5)

“...Tem medicação de raízes..., aí fazia pra ela, e parou diretamente de tosse, aí... a febre pegou também aí, vai riscar assim também.” (X1)

“...É aqui to fazendo as crianças, é... trata com o Xavante, o Xavante da medicamento pra as crianças pegar a febre muito alta... arranha a pele para sair o sangue ruim, pra pará a febre, e então depois, raiz do Xavante para passar aqui [cabeça e tórax].(X10)

“...A erva medicinal ajuda, para dar um banho na criança o aranho com tibu é cultura... é a nossa cultura. Os bacteris que nos atinge se faz o arranho no corpo da criança com a fé religiosa dos Xavantes, mas ainda tem tratamento da pneumonia febre, quando é uma bacteri muito forte [referindo-se ao tratamento biomédico]. (X22)

Neste trabalho identificou-se brevemente o uso de itinerário terapêutico tradicional Xavante, também foram bastante breves e contidos os relatos de cuidadores, que traziam aspectos espirituais, míticos ou religiosos relacionados ao adoecimento da criança, acompanhados da nota de que não poderiam contar, que era um segredo, ou com solicitação expressa de que aquelas informações não constassem neste estudo, o que foi prontamente atendido.

A Política Nacional de Atenção à Saúde os Povos Indígenas (BRASIL, 2002) prevê a articulação dos sistemas médicos tradicionais Xavante e biomédicos, por ser indispensável à obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas e reconhece que os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. Assim, segundo esta política, não deve haver a simples transferência para os indígenas, de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença.

A articulação de sistemas de saúde nas práticas cotidianas, entretanto, não se faz por decreto (LORENZO, 2011). É preciso reorientar os currículos universitários, incluir novos campos de práticas de ensino-aprendizagem em contextos interculturais, é preciso ajustar os serviços de saúde para uma assistência à saúde culturalmente sensível; é imperativo que se reduzam os preconceitos sobre os indígenas e seus modos de compreender o mundo.

É importante considerar que os saberes indígenas existem por transmissão oral, tendo forte caráter empírico e uma abordagem holística na qual intuição e espiritualidade estão implicadas (ANDRADE; SOUSA, 2016). A inclusão dos aspectos espirituais da saúde é um desafio a ser superado, para a articulação de saber médicos tradicionais e biomédicos (HILL, 2003).

Houve relato de uma cuidadora Xavante, do uso de massagem como forma de tratamento da febre e do mal espírito decorrente da doença no organismo da criança, aliada aos banhos com ervas medicinais e os riscos na pele. Enquanto narrava a propedêutica, a cuidadora gesticulava, passo-a-passo, como era o rito

desta massagem, que se aproximava muito das técnicas de Shantala, que é uma massagem originária do sul da Índia, transmitida oralmente de geração para geração (BARBOSA *et al.*, 2011).

A contribuição do reconhecimento das alterações do sistema respiratório no diagnóstico, tratamento precoce e na redução da taxa de mortalidade infantil

Embora os pais responsáveis tenham sido capazes de reconhecer intuitivamente os sinais e sintomas respiratórios somados a mudança no comportamento da criança como sinais de agravamento, a busca por tratamento tradicional ou biomédico, em muito dos casos ocorre de maneira tardia. Por não obterem resultados positivos no tratamento domiciliar e decorrente necessidade de hospitalização, muitos cuidadores expressam angústia e acabam por associar a terapêutica hospitalar como um dos fatores agravantes da instabilidade ou óbito da criança.

Barata *et al.* (2009) salientam que reconhecer as desigualdades sociais em saúde, buscar compreender os processos que a produzem e identificar os diferentes aspectos que estabelecem a mediação entre processos macrossociais e o perfil epidemiológico dos diferentes grupos sociais é uma condição indispensável para que seja possível buscar formas de enfrentamento.

Para Silva, Batistella e Gomes (2007) é necessário destacar que os indicadores socio sanitários clássicos dos padrões de morbimortalidade e condições de vida são fundamentais, mas insuficientes para contemplar a complexidade intrínseca às necessidades de saúde, que também são satisfeitas no campo da cultura, do desejo, dos projetos, valores individuais e coletivos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho traz luz a questões bastante implicadas na manutenção e recuperação da saúde das crianças Xavante. Um fator que embora não tenha sido descrito neste, por solicitação das entrevistadas, são as explicações espirituais e míticas para a ocorrência das doenças respiratórias das crianças, desde o nascimento. Isso aponta para a necessidade de se incluir na formação dos profissionais de saúde, a interculturalidade e discussões sobre a concepção de saúde e doença. Pois compreender como estes fatores não biológicos podem interferir no estado de saúde, bem como na construção dos itinerários terapêuticos é essencial para o planejamento de ações de saúde diferenciadas e culturalmente sensíveis, de fato, para os povos indígenas.

Os relatos de sinais e sintomas de afecções respiratórias que, por si só, não pareciam trazer preocupação, também foram um achado extremamente relevante, pois a não associação dos sinais e sintomas à gravidade da situação, pode resultar em um início tardio do tratamento, aumentando o risco de hospitalização e morte.

A existência de comorbidades afetando frequentemente as crianças menores de cinco anos, a exposição à poluição área e ao ambiente com condição sanitária precária, identificadas pelas próprias mães e cuidadores como fatores relacionados à ocorrência de problemas respiratórios das crianças, aponta para a necessidade de uma abordagem intersetorial ampla, para o enfrentamento e resolução destas condições.

A expressão de muitas mulheres, de que deveria haver mais informação para elas poderem interferir oportunamente na atenção à saúde das crianças com sinais e sintomas de afecções respiratórias, afirma a necessidade da atuação de profissionais de saúde na promoção e na prevenção de agravos de saúde, por meio de orientações e atividades educativas. Há também a necessidade de se fomentar o acesso e o vínculo, essenciais para resolutividade da atenção primária à saúde, ainda mais no contexto de saúde indígena, onde somente a aproximação permitirá uma abordagem compreensiva, intercultural, sensível e humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, João T.; SOUSA, Carlos Kleber Saraiva de. Práticas indígenas de cura no Nordeste brasileiro: discutindo políticas públicas e intermedicalidade. **Anuário Antropológico**, v. 41, n. 2, p. 179-204, 2016.

ARBEX, Marcos Abdo *et al.* A poluição do ar e o sistema respiratório. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 38, p. 643-655, 2012.

BARATA, Rita Barradas. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. 1a ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. *Psicologia e Saúde em Debate*, 4(3), 2009.

BARBOSA, Karina Crepaldi *et al.* Efeitos da shantala na interação entre mãe e criança com síndrome de down. **Journal of Human Growth and Development**, v. 21, n. 2, p. 356-361, 2011.

BASNAYAKE, Thilini L.; MORGAN, Lucy C.; CHANG, Anne B. The global burden of respiratory infections in indigenous children and adults: A review. **Respirology (Carlton, Vic.)**, v. 22, n. 8, p. 1518-1528, 2017.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. 40 p.

CARDOSO, Andrey M.; COIMBRA JR, Carlos EA; WERNECK, Guilherme L. Risk factors for hospital admission due to acute lower respiratory tract infection in guarani indigenous children in southern Brazil: A population-based case-control study. **Tropical Medicine & International Health**, v. 18, n. 5, p. 596-607, 2013.

CARDOSO, Andrey Moreira *et al.* Investigation of an outbreak of acute respiratory disease in an indigenous village in Brazil: Contribution of Influenza A (H1N1) pdm09 and human respiratory syncytial viruses. **PLoS One**, v. 14, n. 7, p. e0218925, 2019.

CARDOSO, Andrey Moreira *et al.* Mortality among Guarani Indians in southeastern and southern Brazil. **Cadernos de saúde publica**, v. 27, p. s222-s236, 2011.

CARDOSO, Marly A. *et al.* Underlying factors associated with anemia in Amazonian children: a population-based, cross-sectional study. **PloS one**, v. 7, n. 5, p. e36341, 2012.

COIMBRA JUNIOR, Carlos E. A.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. **Saúde indígena em Rondônia na década de 90**. In: *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil, 1996-2000*, p. 591-593. São Paulo: Instituto Socioambiental. 2000.

COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, 2014.

COIMBRA JUNIOR, Carlos Everaldo Alvares; WELCH, James R. **Antropologia e história Xavante em perspectiva**. Rio de Janeiro: Museu do Índio – FUNAI, 2014.

COIMBRA, Carlos Everaldo Alvares *et al.* The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 1-19, 2013.

FARIAS, Yasmin Nascimento *et al.* Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00001019, 2019.

FERREIRA, Aline A. *et al.* Nutritional status and growth of indigenous Xavante children, Central Brazil. **Nutrition Journal**, v. 11, n. 1, p. 1-9, 2012.

GIODA, Adriana; TONIETTO, Gisele Birman; LEON, Antonio Ponce de. Exposição ao uso da lenha para cocção no Brasil e sua relação com os agravos à saúde da população. **Ciencia & saude coletiva**, v. 24, p. 3079-3088, 2019.

HILL, Faith J. Complementary and alternative medicine: the next generation of health promotion?. **Health Promotion International**, v. 18, n. 3, p. 265-272, 2003.

HOEFEL, Maria da Graça Luderitz *et al.* PET-Saúde Indígena UnB: construindo redes interculturais em saúde. **Tempus actas de saúde coletiva**, v. 9, n. 1, 2015.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**: características gerais dos indígenas resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina D. (Orgs). **Saúde Indígena**: Políticas Comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 310 p.

LORENZO, Cláudio Fortes Garcia. Desafios para uma bioética clínica interétnica: reflexões a partir da política nacional de saúde indígena. **Revista Bioética**, v. 19, n. 2, p. 329-342, 2011.

LUNARDI, Rosaline; SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR, Carlos EA. Morbidade hospitalar de indígenas Xavante, Mato Grosso, Brasil (2000-2002). **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 10, p. 441-452, 2007.

MARINHO, Gerson Luiz *et al.* Mortalidade infantil de indígenas e não indígenas nas microrregiões do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 57-63, 2019.

MARINHO, Julio Cesar Bresolin; SILVA, João Alberto da; FERREIRA, Maira. A educação em saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, p. 429-444, 2015.

MCAULEY, Kimberley *et al.* Hospital utilisation in indigenous and non-indigenous infants under 12 months of age in Western Australia, prospective population based data linkage study. **PloS one**, v. 11, n. 4, p. e0154171, 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 12 ed, 2010.

PASSOS, Saulo Duarte *et al.* Doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta?. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, p. 3-9, 2018.

SANDES, Luiza Fernandes Fonseca *et al.* Atenção primária à saúde de indígenas sul-americanos: revisão integrativa da literatura. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e163, 2018.

SANTOS, Felipe Alan Souza; REIS, Simone Rocha. O Olhar Simbólico sobre Educação Ambiental no Ensino Fundamental: Concepções e Ações de Atores em uma Escola Pública/Se. **Revista Educação Ambiental Em Ação**, 1–13. 2018.

SILVA, José Paulo Vicente da; BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo; GOMES, Mauro de Lima. **Problemas, necessidades e situação de saúde**: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. *In*: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 159-176.

SILVEIRA, Nádia Heusi. Políticas públicas de saúde e indigenismo na América Latina. Resenha de: LANGDON, Esther Jean; CARDOSO, Marina Denise (Org.). Saúde Indígena: políticas comparadas na América Latina. Florianópolis: Editora da UFSC, 2015. 310 p. **Estudos Ibero-Americanos**, v. 43, n. 1, p. 135-138, 2017.

SOUZA, Luciene Guimarães de *et al.* Demography and health of the Xavante Indians of Central Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 1891-1905, 2011.

SOUZA, Luciene Guimarães de; SANTOS, Ricardo Ventura; COIMBRA JR, Carlos Everaldo Alvares. Estrutura etária, natalidade e mortalidade do povo indígena Xavante de Mato Grosso, Amazônia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1465-1473, 2010.

SOUZA, Patricia Gomes de *et al.* Infecção respiratória aguda baixa em crianças indígenas guarani, Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, p. 123-131, 2018.

TORRI, Maria Costanza; HOLLENBERG, Daniel. Indigenous traditional medicine and intercultural healthcare in Bolivia: a case study from the Potosi region. **Journal of Community Health Nursing**, v. 30, n. 4, p. 216-229, 2013.

VIANA, Paulo Victor de Sousa; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira; BASTA, Paulo Cesar. Ethnic and racial inequalities in notified cases of tuberculosis in Brazil. **PLoS One**, v. 11, n. 5, p. e0154658, 2016.

WELCH, James R.; BRONDIZIO, Eduardo S.; COIMBRA JUNIOR, Carlos EA. Remote spatial analysis lacking ethnographic grounding mischaracterizes sustainability of Indigenous burning regime. **Biota Neotropica**, v. 22, 2022.

WELCH, James R.; COIMBRA JUNIOR, Carlos EA. Perspectivas culturais sobre transmissão e tratamento da tuberculose entre os Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 190-194, 2011.