



Palabras clave: Hábitos; costumbres; cuidado; indígena.

Resumo: Objetivo: apresentar os estilos de vida dos cuidados dos povos indígenas com ênfase nas crianças para adaptações nas instituições de saúde. Metodologia: investigação documental, na vertente da cultura dos cuidados, por meio de quatro comunidades indígenas circunscrita em Roraima. A discussão em quatro eixos: higiene, alimentação, artefatos de comer e dormir e cuidados aos agravos as crianças menores e superiores de 1 ano. Resultados: Este originou três quadros: povo indígena, estilo de vida dos cuidados com as crianças menores de 1 ano e outro com as crianças maiores que 1 ano. Contribuições para a prática: foram os vestígios sobre quão é difícil cuidar da população indígena, o que merece capacitação dos profissionais de saúde. Considerações Finais: Elas apontaram para a interculturalidade, o processo de acumulação cultural, a princípio, pelo catolicismo e a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde, especialmente, a enfermagem com a proposta da transculturalidade.

Palavras-chave: Hábitos; costumes; cuidados; indígenas.

INTRODUCCIÓN

O Brasil é um país de grande diversidade, onde habitam vários povos, cada um com sua cultura. O estado de Roraima não é diferente, sua população, além dos indígenas que já habitavam esta terra, o que significa ser difícil definir qual é realmente a cultura roraimense.

O estado de Roraima é composto por pessoas de várias partes do Brasil e do exterior, como Venezuela e Guiana Inglesa e por indígenas que estão presentes em várias partes da cidade de Boa Vista e dos demais municípios do estado. Ele é uma das 27 unidades federativas do Brasil. Está situado na Região Norte do país, sendo o estado mais setentrional (ao norte) da federação. Tem por limites a Venezuela, ao norte e noroeste; Guiana, ao leste; Pará, ao sudeste; e Amazonas, ao sul e oeste. Ocupa uma área aproximada de 224.300,506 km², pouco maior que a Bielorrússia, sendo o décimo quarto maior estado brasileiro. Em Boa Vista, única capital brasileira totalmente no Hemisfério Norte (IBGE, 2022).

A história roraimense está ligada ao Rio Branco, foi através desse rio que chegaram os primeiros colonizadores portugueses. Ele foi cobiçado por ingleses e neerlandeses, que adentraram no Brasil pelo Planalto das Guianas em busca de indígenas para serem escravizados. Pelo território da Venezuela, os espanhóis chegaram a invadir a parte norte do rio Branco e no rio Uraricoera. Os portugueses derrotaram e expulsaram todos os invasores e estabeleceram a soberania de Portugal sobre a região de Roraima e de parte do Amazonas (INFORESOLA, 2022).

O estado é o menos populoso do país, com uma população de 664.988 habitantes. É também, o que apresenta a menor densidade demográfica na federação, com 224301,04 km² 2,01 hab/km². Sua economia se baseia na agricultura, na pecuária e no extrativismo. Possui o menor Produto Interno Bruto (PIB) do Brasil, o que de certa forma se deve à grande parte de sua área que constitui território indígena ou de preservação ambiental, registra uma alta taxa de crescimento, embora seu ele tem variação de 2,6% - menor do país (IBGE, 2022).



Roraima apresenta uma cultura com influência indígena bastante expressiva. Marcada pela influência dos colonizadores e dos mestiços que habitam e habitaram a região. O artesanato é um dos marcos centrais. Os Yanomami - grupo indígena do estado - produzem diversos produtos artesanais, como cestas, leques, joias e redes. Muitos destes são comercializados na Feira de Artesanato da capital (BRASILCHANNEL, 2022).

A palavra “Roraima” vem de línguas indígenas. Sua etimologia emprega três significados: “Monte Verde”, “Mãe dos Ventos” e “Serra do Caju” (REVISTA GALILEU, 2003) Seria a junção de roro (papagaio) e imã (pai, formador). Nela o roro - ou também rora – significa verde, e imã significa serra, monte, formando, portanto, a palavra “serra verde”, que reflete a paisagem natural da região específica (Dannemann, 2011).

Atualmente, o estado de Roraima conta com 879 estabelecimentos de saúde. Destes, 186 unidades destinadas a atenção a saúde do indígena, com 1.320 leitos gerais, 96 leitos complementares instalados em Boa Vista capital do estado, os demais distribuídos nos municípios 23, totalizando em Alto Alegre, Bonfim 9 leitos, Caracará 15, Caroebe 14, Mucajá 15, Normandia 26, Pacaraima 16, Rorainópolis 83, São João da Baliza 16 e São Luís 14 (Ministério da Saúde, 2019).

A composição dos povos indígenas é dos grupos étnicos, Makuxí, Taulipáng (Pemong), Ingarikó, Wapichana, Waiwái, Yekuána (Mayongóng), Waimirí-Atroari e Patamóna (Kapóng). Estes são grupos de origem linguística da família de línguas Karíb; existem também os Wapichána pertencentes à família linguística Arawák, e os Yanomámi, cuja família linguística possui quatro ramificações ou “subfamílias” (Yanomámi, Yanomám, Ninám e Sanumã) e, nesta composição, são contabilizadas nove etnias (Rodrigues, 2013).

A historiografia oficial acerca do surgimento da cidade de Boa Vista aponta que esta nasceu de uma fazenda de gado no século XIX, localizada numa região antes habitada por indígenas Paraviana, Makuxí e Wapichána. Estes eram os antigos habitantes que viviam em malocas denominadas Kuwai Kirí, cuja tradução refere à teso de bunitizais, conforme a concepção indígena Wapichána (Oliveira, 2010).

O estado de Roraima conta com apenas um hospital infantil. Trata-se de unidade de saúde, considerada como centro de referência de procedimentos de Média e Alta Complexidade no Estado, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde – SMSA, localizado na capital Boa Vista/RR.

O hospital infantil é de médio porte, da assistência municipal, no qual realiza atendimentos de Urgências e Emergências, internação hospitalar e atendimento ambulatorial, por demanda espontânea e referenciada nas especialidades: Anestesiologia, Bucomaxilo, Cardiologia, Cirurgia geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Dermatologia, Endocrinologia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Nefrologia, Triagem Neonatal, Neurocirurgia, Neuropediatria, Nutrologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Reumatologia, Radiologia, Urologia, Cirurgia Vascular. A assistência hospitalar oferece



ainda, cuidados intensivos através dos leitos nas Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, enfermarias de internação e unidade de Cuidados Prolongados (Roraima, 2021).

Na assistência ambulatorial, atendem-se crianças e adolescentes a partir de 29 dias de nascida até 15 anos, 11 meses e 29 dias e são referenciadas de todas as unidades de saúde, nas internações e atendimento emergencial de 29 dias de nascida até 12 anos, 11 meses e 29 dias, à população infantil do Estado de Roraima bem como a de países vizinhos: Venezuela e Guiana Inglesa, incluindo entre os países os indígenas aldeados e desaldeados (Roraima, 2021).

O hospital conta com um serviço de urgência e emergência com 5 consultórios para pronto atendimento, 5 leitos de trauma, 41 leitos para observação, 5 blocos de internação com total de 126 leitos, 10 leitos de UTI pediátrica, um centro cirúrgico com três salas operatórias sendo destes, com enfermarias destinadas as crianças indígenas adaptada, respeitando os hábitos e costumes dos mesmos com instalação de redário e banheiro com lousa fixa ao piso com similaridade ao hábito de realizar as necessidades fisiológicas conforme a cultura. Ele também fornece alimentação conforme a cultura indígena para as crianças e acompanhantes internados (Roraima, 2021).

O Ministério da Saúde, recentemente estabeleceu novas diretrizes, para que os serviços de saúde prestados às populações indígenas respeitem as tradições e culturas específicas de cada uma. Entre elas, a presença de intérpretes, dieta adaptada às restrições e hábitos da etnia, presença de cuidadores tradicionais e enfermarias exclusivas para povos de recente contato, uma vez que eles são mais vulneráveis a doenças. A Portaria n. 2.663, de 11 de outubro de 2017, é direcionada aos estabelecimentos de saúde em nível ambulatorial e hospitalar, como contrapartida à qualificação dos serviços de saúde prestados aos pacientes indígenas garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem da observação do quadro clínico do paciente (Ministério da Saúde, 2012).

Pesquisadores Pontes, Garnelo e Rego (2014) relatam a internação em hospitais ou permanência nas Casa de Saúde do Índio (CASAI) gera, também, a ruptura de regras dietéticas, bastante restritivas que alguns grupos indígenas mantêm. Entre outros aspectos, os hábitos alimentares dos indígenas se diferem dos não indígenas. Aqueles têm um elo de respeito e equilíbrio com a natureza, pois reconhecem que dela provém seu alimento, ervas medicinais, até os instrumentos utilizados para caçar.

Em Roraima o único hospital infantil recebe, diariamente, indígenas para atendimentos e possíveis internações. Em síntese, das 9 etnias – Yanomami (2.284), Wapixana (531), Yecuana (3.773), Makuxi (1.035), Taurepang (2.844), Ingariko (1.017), Patamona (125), Wai Wai (416), totalizando 11.884 em atendimentos, internação no período de janeiro de 2020 a setembro de 2022 (Prontuário Eletrônico, 2022).

Isso posto, para atender, especialmente, as crianças indígenas, mesmo diante das iniciativas do Ministério da Saúde cursos de capacitações são necessários, mas entendemos que para melhor planejá-los, precisamos buscar os estilos de vida destas comunidades. Para tanto, temos por objetivo



apresentar os estilos de vida dos cuidados dos povos indígenas com ênfase nas crianças para adaptações nas instituições de saúde.

MÉTODO

Pesquisa do tipo descritiva e exploratória com base na análise documental, na vertente antropológica, o que tem por efeito a cultura dos cuidados (Siles, 2016). Para tanto, delimitamos as buscas estilos de vida de 4 comunidades indígena circunscritas no estado de Roraima.

Cabe destacarmos que entendemos cultura dos cuidados, por meio do estilo de vida, aqui aplicado aos povos indígenas. Isto significa que são comportamentos ou fatos visíveis, seus conhecimentos, crenças e valores (Siles & Solano, 2022).

Nessa perspectiva, criamos um instrumento para a coleta de dados, a saber: Dados de identificação: nome da comunidade indígena/ etnia; estilo de vida infantil, organizados em menos de até 1 anos e outro com mais de 1 ano; dados dos estilos de vida sobre: higiene, alimentação, artefatos de comer e dormir, e cuidados com crianças adoecidas (ritos e medicações) com busca nas literaturas de aderência.

Assim sendo, os dados coletados foram discutidos na perspectiva da cultura articulada aos cuidados em quatro eixos selecionados, a saber: higiene, alimentação, artefatos de comer e dormir e os cuidados as crianças doentes. Isto deu origem as limitações e contribuições para se chegar as considerações finais.

RESULTADOS

Mediante o exposto no método apresentamos os quadros a seguir (Quadro n.1).

Imagen 1 Grupo perteneciente a la Comunidad Yanomami





Quadro n.1 – Síntese da trajetória das comunidades indígenas localizadas em Roraima

Comunidade indígena	Síntese das trajetórias
Comunidade da Jawarí /Macuxi da etnia Ingaricó, Patamona e Wapichana	<p>O território macuxi, em área brasileira hoje está recortado em três grandes blocos territoriais: a Terra Indígena (TI) Raposa Serra do Sol, a TI São Marcos, ambas concentram a grande maioria da população, e pequenas áreas que circunscrevem aldeias isoladas no extremo noroeste do território macuxi, nos vales dos rios Uraricoera, Amajari e Cauamé. As fronteiras étnicas na região são bastante tênues, em função de arranjos residenciais entre parentelas cognáticas integradas por homens de diferentes procedências, sobretudo em aldeias nas zonas de intersecção entre as etnias, em que há agrupamentos compostos por famílias extensas mistas entre Macuxi e Ingaricó; ou entre Macuxi e Patamona: os Macuxi e os Wapichana, entre outros. Localização da comunidade em Roraima - habitam a região das Guianas, entre as cabeceiras dos rios Branco e Rupununi, território atualmente partilhado entre o Brasil e a Guiana. Os Macuxi praticam a agricultura de coivara, cultivando basicamente mandioca, milho, cará, batata-doce, banana, melancia, ananás, entre outros gêneros em menor proporção, que variam a cada aldeia. A derrubada da mata, a queima da área e o plantio são tarefas realizadas pelos homens. A partir de então, cabe sobretudo às mulheres manter a roça limpa e proceder à colheita, bem como preparar os alimentos. Os homens se ocupam de trazer a caça, pesca e frutos silvestres, empreendendo expedições de exploração econômica muito além dos limites da aldeia.</p>
Comunidade Darôra da etnia Macuxi	<p>Fundada em 1940 pelo seu Paulo Augusto Silva, a comunidade fica situada na beira do rio itacutú e tem aproximadamente 300 pessoas. língua materna: macuxi e português. DARÔRA é uma árvore típica da região. Localização da comunidade em Roraima - Á 95 km de boa vista, sentido BR-174, entrada do passarão.</p>
Comunidade do Milho de etnia Wapichana	<p>Comunidades do milho região baixo são Marcos, povo da etnia wapichana. Localização da comunidade em Roraima - Fica localizado na área rural do estado de Roraima e no município de Boa Vista, região baixo são Marco.</p>
Comunidade Yanomami do subgrupo da etnia Sanômã	<p>O povo Yanomami é migrante. Essas viagens a outras aldeias e regiões se dão por motivos diversos, como visitar familiares, caçadas individuais e/ou coletivas, festividades, incluindo as celebrações fúnebres, entre outras. Tal como o povo Sanumá, o qual são tidos como subgrupo dos Yanomami, sua rica cultura inclui não apenas os vários idiomas presentes em sua linguagem, mas também seus ritos, danças, cosmovisões, culinária indígena, saberes ancestrais e outros. Jabur (2014) contará ainda que os Yanomami habitam uma área conhecida como Orinoco-Amazonas, um interfluvial entre o Brasil e a Venezuela. Localização da comunidade em Roraima - Roraima (municípios de Amajari, Mucajaí, Iracema, Alto Alegre e Caracarái).</p>

Fuente: Elaboración propia



Quadro n.2 – Estilos de vida das comunidades indígenas com crianças de até 1 ano

Comunidades indígenas	Jawarí /Macuxi (Ingaricó, Patamona e Wapichana)	DARÔRA/ macuxi	Região baixo São Marcos / wapichana	Yanomami /Yanomami e etnia Sanömâ
Estilos de vida das comunidades indígenas com crianças de até 1 anos				
Higiene pessoal	Realizada pelos mais velhos por meio de banho com água de água de Poço, rios, lagos e riachos	Banho em bacias com água natural ou com água morna com a erva salva de campo do lavado.	Realizada com água do poço ou igarapé	Banho no rio ou na chuva
Alimentação e utensílios para alimentação	Leite materno. Utensílios - cuias, vasilhas de barros, cerâmicas para se alimentar.	Leite materno, leite de gado, mingau de macaco/ goma, caldos - de feijão, peixe e carne ou mingau. Utensílios - pratos, cuia, bacia pequenas canecas.	Leite materno, de vaca, mingau de goma Utensílios – mamadeira.	Leite materno. Utensílios, cuias, vasilhas de barros, cerâmicas.
Artefato para dormir/descansarem	Redes	Redes	Cama ou rede	Redes
Cuidados, medicações destinadas as crianças adoecidas	A base de planta, reza, banho, defumação, “bate folha” e conversa Os remédios para curar o quebranto de tektô podem ser o chá de couro de jacuruaru e a defumação de crueira debaixo da rede do doente.	Medicamentos de posto de saúde ou ervas medicinais da natureza.	Chás caseiros ou remédios adquiridos no posto de saúde.	Remédios da floresta, chá, remédio caseiro, cipó de alho.
Ritos adotados para as crianças adoecidas	Orações católica e evangélicas.	Depende muito de cada cultura. Os macuxis e os wapixanas já são mais aculturados.	Orações dos pajés	Xapiripê, por meio da ingestão de rapé alucinógeno chamado yakoana ou yãkōana.

Fuente: Elaboración propia.

Quadro n.3 – Estilos de vida das comunidades indígenas com crianças maiores de 1 ano

Comunidades indígenas	Jawarí /Macuxi (Ingaricó, Patamona e Wapichana)	DARÔRA/ macuxi	Região baixo São Marcos / wapixana	DSEI-Yanomami /Yanomami e etnia Sanömâ
Estilos de vida das comunidades indígenas com crianças maiores de 1 ano				
Higiene pessoal	banho de água de poço quando próximo da habitação usam banheiro construídos de palha e nos rios, lagos e riachos e usam sabão industrializados.	Banho no Igarapés, rios, lagoas ou poço, usam sabão em barra de cebo ou sabonetes industrializados.	Banho no igarapé ou no banheiro que geralmente fica perto do poço artesiano, usam sabão de sebo ou industrializado.	Banho de rio ou riacho não usam nenhum tipo de sabão.
Alimentação e utensílios para alimentação	Fritura, pão, mingau, macaxeira, arroz, feijão, carnes, farinha e sopas. Utensílios - pratos de plástico, colher, copo e panela de barro.	Mingau de arroz, goma e trigo, frito de orelha de macaco, caldo de peixe, macaxeiras, batata doce, chá de capim santo, peixe, caça, pirão, paçoca de carne, beiju, peixe frito e a assado, caldeirada de caça. Utensílios - pratos, panelas, bacias e/ou cuias.	Mingau de arroz ou macaxeira, peixe cozido ou frito, feijão, arroz, farinha, bolo feito de farinha de trigo, frituras e canja. Utensílios -prato de plástico ou prato de alumínio.	Banana-verde, aipim, milho, frutas, mel, larvas e alguns tubérculos, como batata, mandioca, carne de caças, peixes, raízes, frutas silvestres, palmito, castanhas, cocos de palmeiras e algumas folhas. Utensílios - vasilhas de barro, cerâmicas e cuia.
Artefato para dormir/descansarem	redes	redes	redes	redes
Cuidados, medicações destinadas as crianças adoecidas	Banhos, rezas, chás, pimenta nos olhos, uso de ervas, reza, defumação e medicações dos postos de saúde.	Banhos, rezas, chás, pimenta nos olhos, uso de ervas, reza, defumação e medicações dos postos de saúde.	Chás ou remédios industrializados.	Xamanismo e remédios da floresta.
Ritos adotados para as crianças adoecidas	Orações católica e evangélicas.	Pajelanças, orações, rezas por meio das igrejas e hospitais.	Pajelanças, orações, rezas por meio das igrejas.	Pajelança/ O xamanismo.



Mediante os quadros 2 e 3 organizamos a discussão para desencadear as limitações, contribuições para a prática e apresentarmos as considerações finais.

DISCUSIÓN

Mediante aos resultados apresentados dos estilos de vida do povo indígena centrados nas circunstâncias de Boa Vista -Roraima, organizamos a discussão em higiene, alimentação, artefatos de comer e dormir, e cuidados com crianças com agravos a saúde. Logo, quatro eixos básicos foram traçados para a discussão para uma futura proposta de curso de cuidados para atender as crianças do povo indígena.

Higiene

Para tanto, iremos iniciar com o aspecto da higiene. Os achados evidenciaram que as crianças das localidades indígenas no estado e Roraima, quando sem agravamento, elas são banhadas em bacias com água em temperatura natural de origem dos rios, poços, lagos, riachos ou diretos nos ambientes, para as crianças com menos e /ou mais de 1 ano.

Estudo de Silva (2014) relata que as crianças da aldeia aprendem cuidado por meio do corpo. Isto ocorre desde o primeiro banho, que marca o nascimento social, a intensidade do contato corporal com outras pessoas, especialmente com a mãe. A proximidade e a comunicação fazem-se pelo contato de pele-a-pele, produzindo aprendizagens afetivas em que a sensibilidade é acionada como eixo principal na confecção da pessoa guarani.

Os resultados apontaram pelos indícios textuais serem água fria, podendo ser aquecida para os menores de 1 ano. Como tivemos a oportunidade de identificar alguns povos usam ervas, mas quando as crianças são maiores de 12 meses podem usar sabão de sebo ou industrializados. Isto nos apontam no sentido de não determinar, mas sim respeitar os hábitos e costumes.

Nesse contexto, uma pesquisa de Corsaro(2017) observou a preocupação dos adultos sobre a intensidade do contato das crianças com o que vem de fora – o juruá, o que não é indígena. A pesquisadora inseriu-se, tanto nos grupos infantis, como fase adulta atípica, o que para eles trata-se de uma espécie de criança grande - pessoa que embora detenha as mesmas características físicas dos adultos que compõem a sociedade daquela criança, possui comportamento diferente, especialmente no sentido de não ter autoridade sobre as mais novas, mas que transmitem conhecimentos para elas.

Os hábitos e costumes higiênicos como estilos de vida estranhos, por exemplo, uso de sabão industrializado, entendemos como processo de acumulação de novos padrões culturais, Isto implica que para decodificar o significado dos signos (mesmo que higiênicos) se faz necessário conhecer quem os criou e seus argumentos/fundamentos na perspectiva das crenças estabelecidas pelo grupo(Laraira, 1986).

Alimentação

Os achados revelaram que a alimentação dos povos indígenas é bem variada, mas quando crianças menores de 1 ano o aleitamento materno é unânime. Contudo, eles também usam leite de vaca, mingau de goma e os mais velhos possuem hábitos alimentares diversos, desde caldos,



frituras, cereais, frutas, mas podemos identificar a predominância da macaxeira de modos diversos no preparo.

A macaxeira, também, conhecida como aipim, trata-se de uma raiz usado há séculos. Darcy Ribeiro(1995) na obra *O Povo Brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. Ele registra as matrizes étnicas na formação do povo brasileiro – indígena, negro e lusitano - e o uso da raiz tem o seu registro com uma das bases alimentarem, especialmente, as duas primeiras.

A nutrição adequada e o acesso aos alimentos seguros e nutritivos são componentes cruciais e universalmente reconhecidos como direito da criança para atingir os mais altos padrões de saúde, conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança, de 1989(ECA, 1990) e a Portaria n.º 1.920 de 5 de setembro de 2013(Brasil, 2017). Práticas alimentares inadequadas nos primeiros anos de vida estão relacionadas à morbidade de crianças, caracterizada por doenças infecciosas, afecções respiratórias, cárie dental, desnutrição, excesso de peso e carências específicas de micronutrientes como as de ferro, zinco e vitamina A (Brasil, 2012).

Os hábitos alimentares da população indígena diferem de acordo com a etnia e a região geográfica em que está localizada, mas, de modo geral, as mais isoladas como é o caso dos Yanomamis, utilizam a colheita silvestre e a plantação de coivara como fontes de alimentação. Além disso, costumam se alimentar de macaxeira e banana com frequência e, esporadicamente, de pupunha, açai, cacau, mel e ovos de tartarugas, além da caça e da pesca.

Destarte, os aspectos alimentares precisam ser entendidos como estilos de vida para atender na cultura dos cuidados na integralidade do ser humano, individualizado. Isto em virtude prevenir a incorrência ou obscurecer no entendimento de aspectos que possam estimular a adesão de práticas ou determinações instituídas que rejeitam os hábitos e costumes do povo indígena (Pellon, 2011).

Artefatos de comer e dormir

Desdobrando o aspecto alimentar, mas no sentido dos artefatos usados, tais como: pratos, cuias, vasilhames em cerâmicas, talhares e copos. Alguns destes artefatos, como pratos e talheres nos faz remeter a obra de Norbet Elias (1994), intitulada *Processo civilizador* (1993 e 1994), quando o refinamento da sociedade francesa passou a potencializar boa parte da Europa como civilidade.

Pensar nessa perspectiva é entender como os povos indígenas brasileiros passaram a incorporar tais costumes durante a alimentação, considerando que eles aprendem com os mais velhos pela tradição oral, tendo por efeito o que identificamos nos resultados. Neste aspecto, a endoculturação pode ser uma das maneiras de elucidar. Em outras palavras, o comportamento humano depende de aprendizado. Em síntese, da educação recebida (Laraira, 1986). Logo, entendemos que o contato externo ao estilo de vida do povo indígena reconfigura os hábitos e costumes.

No aspecto das políticas públicas, o Ministério da Saúde recomenda garantir dieta especial ajustada aos hábitos e restrições alimentares de cada etnia, sem prejuízo da observação do quadro clínico do paciente, por meio da Portaria n. 2.663(Brasil, 2017), de 11 de outubro de 2017, contemplado pelo a Incentivo de Custeio para Estruturação e Implementação de Ações de Alimentação e Nutrição pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde com Base na Política Nacional de Alimentação e Nutrição.



As redes em detrimento das camas convencionais tivemos o resultado de forma unanime. Estudo apresentado por Ramos (Ramos, 2018) realizado sobre este aspecto no ambiente hospitalar, apontou que os doentes indígenas rejeitam a cama com as justificativas de desconforto. Logo, é razoável afirmar que ela não faz parte do estilo de vida deles.

Cuidados com crianças com agravos a saúde

As crianças quando adoecidas são cuidadas e tratadas pelos experientes da comunidade, bem como algumas são assistidos pelos profissionais de saúde. Nesta perspectiva, a população indígena tem por tradição cuidar/tratar, por meio de ervas, rezas, banhos, defumações e chás. Isto, algumas vezes associadas a pajelança em ritos específicos pela crença de cada grupo.

Historicamente, a religião católica influenciou em diversos aspectos nas tradições, especialmente, com as crianças no sentido de civilizá-las na perspectiva da Europa. Isto, por exemplo de aderência pode se identificar nas décadas de 1940 a 1970 realizada pela Missão Católica Consolata (Machado, Amorim e Porto, 2019).

Destacamos que a Missão Consolata após a experiência no Quênia (1948), o destino foi Brasil, no Território Federal do Rio Branco. A ordem religiosa designou grupo missionários em substituição à Ordem Beneditina – com atuação desde 1909 – para fortalecer o catolicismo com seus hábitos e costumes, inclusive no campo da saúde. Neste sentido, podemos citar a estratégia adotada por meio do cuidado para aproximação no sentido de alento, consolo, respeito às tradições e depois a inserção de remédios que aliviavam as dores e combatiam verminoses, por exemplo, (Machado, Amorim e Porto, 2019). Logo, o que podemos entender é que houve de alguma maneira a endoculturação.

Pensar nessa linha de raciocínio, é entender a reconfiguração de outros hábitos e costumes que influenciaram o estilo de vida da população indígena, sejam eles: vestuário, brinquedos, dentre outros. Isto posto, o efeito na interferência da cultura dos cuidados dos indígenas não ocorre aqui e/ou agora. Ela advém de processo, que arriscamos em adjetivá-lo como civilizatório. Isto em decorrência das leituras de Norbert Elias (1994) que mostra aderência no entendimento do que o feito no passado e atualmente, podemos identificar certas mudanças no estilo de vida da população indígena.

Apesar das tradições e crenças indígenas, elas também são articuladas aos procedimentos e medicações industrializadas. Isto se deve em virtude da promoção ao uso adequado e racional de medicamentos promovida pela política nacional de saúde contemplada nas ações de assistência farmacêutica no contexto da saúde indígena. Isto nos faz compreender a realidade de cada distrito frente ao controle e vigilância nas necessidades e da epidemiológica distrital sanitário. Estas orientam para garantir os medicamentos necessários, bem como compor às ações práticas de saúde tradicionais dos povos indígenas (Brasil, 2002).

Pensar no envolvimento do conhecimento, o uso de plantas medicinais e demais produtos da farmacopeia tradicional no tratamento de doenças e outros agravos a saúde, é valorizar e incentivar as ações de saúde dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Brasil, 2002).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas tem por objetivo garantir o acesso à atenção de média e alta complexidades. Esta deve ser definida por procedimentos de referência, contrarreferência e incentivada nas unidades de saúde por serviços diferenciados. Isto



implica em adotar o processo de recuperação e cura dos indígenas ao respeitar as tradições, sendo negociáveis com o prestador de serviço.

No sentido de referência e contrarreferência desde década de 1970 e 1980, o governo para sanar o problema de atendimento à população indígena instituiu a CASAI, é um exemplo, ocorrido em Boa Vista (Roraima). À época houve resistência dos indígenas frente aos ataques que sofreram voltados aos direitos de sobrevivência ao reivindicarem ao Estado tratava de política indígena que pudesse assisti-los de acordo com seus costumes, cultura e língua (Amorim, 2018). Pensar em estratégias para atender requer certas reflexões, pois ter estrutura física sem a capacitação profissional carece de saber como acolher.

Mediante ao exposto até aqui, a interculturalidade é fato (Pellon, 2011), com referência na Organização Mundial de Saúde. Este articula como envolvimento das inter-relações das distinções políticas, culturais, entre os povos tradicionais, em prol de determinantes sociais. Ademais, afirma a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para erradicar assimetria e discriminações das minorias étnicas e culturais em prol da qualidade de vida da humanidade.

Limitações do estudo

Neste momento, não podemos deixar de assumir algumas lacunas deixadas sobre a cultura dos cuidados referente ao povo indígena, a saber: brincadeiras, vestes, outros artefatos cotidianos, credo, vestuário e a comunicação entre eles. Contudo, indiretamente em alguns momentos tangenciamos, mas não o suficiente, motivo que apresentamos com limitações.

Contribuições do estudo para enfermagem e/ou saúde

Apesar das limitações assumidas, podemos afirmar que a investigação contribuiu para evidenciar alguns aspectos da cultura dos cuidados do povo indígena. A discussão trouxe vestígios sobre quão é difícil cuidar da população indígena, o que merece capacitação dos profissionais de saúde em cuidá-los, para além e no estado de Roraima, considerando as matrizes do povo brasileiro.

CONCLUSÃO

Os estilos de vida dos cuidados dos povos indígenas com ênfase nas crianças para adaptações nas instituições de saúde foi nosso objetivo. Trilhamos por caminhos, talvez, não pensado por muitos, quando fomos em busca de dados antropológicos, por meio da cultura dos cuidados com vistas a interculturalidade para entender e mais adiante tê-los como suporte para capacitar os profissionais de saúde, especialmente, em Roraima.

A ideia central que apreendemos da investigação mediante aos resultados na discussão foi que ocorreu processo, a princípio, iniciado pela religião católica até chegarmos aonde chegamos com o assistencialismo, por meio de internação e cuidados prestados. Isto teve por efeito instituir políticas públicas para tentar mitigar os conflitos, na perspectiva de atender os interesses do Estado, considerando que o contato dos indígenas com os não indígenas agravos à saúde foi inevitável.



Enfim, não para pôr fim nas análises e discussões da temática, mas sim pela limitação das laudas e síntese necessária para atender as normas e o método proposto. Logo, ratificamos o que foi dito nas contribuições, trouxemos na pesquisa, quiçá, a ponta do ice berg para além da implementação das políticas públicas, mas sim materializadas de forma consciente com vistas a capacitação dos profissionais de saúde na perspectiva da teoria do Cuidado Transcultural, de autoria de Madeleine Leninger.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

BIBLIOGRAFIA

- Am, H., Salih, A.A., Adam, S., Khattab, A., & Burma, A.B. (2021). Knowledge, Attitude and Practices among Pupils towards Hand Washing in Basic Schools-Ombadda Locality-Khartoum State. *Journal of Epidemiology and Public Health Reviews*. Recuperado de <https://www.sciforschenonline.org/journals/epidemiology-public-health/JEPHR213.php>
- Armeaga, S., & Ruiz, A. (2014). Educación para la salud, desde la teoría de la acción, en educación primaria del Estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 22(2), 46-53p. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134006>
- Babatope, B. (2013) Water, sanitation and hygiene practices among primary-school children in Lagos: a case study of the Makoko slum community. *Water International*, 38(7), 921-9, Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02508060.2013.851368>
- Bashirian, S., Seyedzadeh, S., Shirahmadi, S., Reza, A., Karimi, A., & Vahdatinia, F. (2018). Sociodemographic determinants as predictors of oral hygiene status and gingivitis in schoolchildren aged 7-12 years old: A cross-sectional study. *Plos One*, 13(12), 1-16. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.020888>
- Cerrato, K., Cruz, B., Quintana, L., Martel, B., Sierra, M., & Espinoza, I. (2016). Prevalencia de dermatosis en niños escolares en Honduras. *Med Cutan Iber Lat Am*, 44 (3): 177-182p. Recuperado de <https://cutt.ly/EonA7u>
- Escobar, B., Paravic, T. (2017). La transculturalidad, elemento esencial para mejorar la atención en salud y de enfermería. *Revenf*; 1(33):1-15. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i33.29627>
- UNICEF. (2012). *Tres Practicas Claves de Higiene en Comunidades y Escuela Rurales de Bolivia. Estudio sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Higiene en Comunidades Rurales Menores a 2000 Habitantes*. Ginebra: UNICEF, 1, 25-6,41,57-8p.
- Gaeta, M., Cavazos, J., & Cabrera, M. (2017). Habilidades autorregulatorias e higiene bucal infantil con el apoyo de los padres. *Rev. latinoam. cienc. soc. niñez juv*, 15 (2), 965:978. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-901872>
- Grove, S., Gray, J., & Burns, N. (2016). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 6a ed. Barcelona: Elsevier.
- Herazo, Y., Campo, L., García, F., Suarez, M., et al. (2017). Estilos de vida saludables de niños, niñas y adolescentes de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 33(3), 419-28. Recuperado de <https://search.proquest.com/scholarly-journals/estilos-de-vida-saludables-niños-niñas/docview/1984782591/se-2?accountid=37610>
- Hernández, R., Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: McGraw-Hill Education. 714p.



- Klar, K., Knaack, D., Kampmeier, S., Hein, A., et al. (2022). Knowledge about Hand Hygiene and Related Infectious Disease Awareness among Primary School Children in Germany. *Children*; 9(2):190. Recuperado de: <https://doi.org/10.3390/children9020190>
- Kottak, C. (2011). *Antropología Cultural*. 14ªed. México: McGrawHill.
- Leininger, M. (1999). Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la enfermería transcultural. *Cultura de los cuidados*, 2(6), 5-12. <https://doi.org/10.14198/cuid.1999.6.01>
- Leininger, M. (2015). Teoría de los cuidados culturales. En: Raile M. *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona: Elsevier, pp.784.
- Leininger, M., & McFarland, M. (2015). *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory*. Tercera Edición. NY: Jones & Bartlett Learning.
- López, N. (2018). *Implementando el correcto lavado de manos a través del uso de la tecnología en 4º de primaria: investigación - acción* [tesis de maestría]. México DF: Universidad de Quintana Roo. Recuperado de <http://ri-sisbi.uqroo.mx/handle/20.500.12249/1579>
- Maguiña, M. (2018). *Prevalencia y factores socioeconómicos, demográficos, culturales y educativos en Giardiasis lamblia, en niños de 1 a 5 años del Centro de Salud Valle alto, Villa María del Triunfo* [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Recuperado de <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2587>
- Millán, A., Morales, O., León, M., & Bermúdez, R. (2017). Saberes culturales sobre prevención y tratamiento de enfermedades bucales en la comunidad Warao del Delta del Orinoco. *Rev Venez Invest Odont IADR*; 5(1), 5-28. Recuperado de: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio/article/view/7968>
- Ministerio de Salud. (2015). *Promoción de prácticas saludables de higiene*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3431.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *85% de niños menores de 11 años tiene caries dental por inadecuada higiene bucal*. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/13055-minsa-85-deninos-menores-de-11-anos-tiene-caries-dental-por-inadecuada-higiene-bucal>
- Ministerio de Salud. (2015). *Cartilla informativa para la promoción de la salud bucal: Dirigida a padres*. Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección de Educación para la salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3430.pdf>
- Ministerio de Salud. (2017). *Directiva Sanitaria para promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4243.pdf>
- Mlenga, F., & Mumghamba, E. (2021). Oral hygiene practices, knowledge, and self-reported dental and gingival problems with rural-urban disparities among primary school children in Lilongwe, Malawi. *Int J Dent*. 1–10. Recuperado de <https://doi.org/10.1155/2021/8866554>
- Morocho, A., & Espinoza, C. (2017). Diarrea aguda por parasitosis intestinal en niños de 5 a 10 años de edad de la etnia shuar en una comunidad indígena amazónica del Ecuador. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 36(5), 192-6. Recuperado de http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/14467
- Ñaupas, H., Palacios, J., Valdivia, M., & Romero, H. (2018). *Metodología de la Investigación: Cuantitativa, Cualitativa y redacción de la tesis*. 5ª ed. Bogotá: Ediciones de la U.



- Ordoñez, L. (2018). Situación epidemiológica de las enfermedades diarreicas agudas (EDA) en el Perú. *Boletín Epidemiológico del Perú*; 27 (41),958-9p. Recuperado de <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/41.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Enfermedades diarreicas*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Salud Bucal*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
- Palomino, J., Peña, J., Zevallos, G., & Orizano, L. (2017). *Metodología para la Investigación: Guía para elaborar un proyecto de salud y educación*. Lima: San Marcos.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2021). Prevalence and associated factors of oral and hand hygiene behaviour among adolescents in six Southeast Asian countries. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 33(6), 421-427. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0177>
- Rengifo, H., & Muñoz, L. (2019). Creencias, conocimientos y prácticas de madres respecto a la salud bucal en Popayán, Colombia. *Univ Odontol*, 38(80). Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana>
- Sánchez, M., Galvis, J., Álzate, S., Lema, D., et al. (2018). Conocimientos y prácticas de las agentes educativas y condiciones de salud bucal de niños del municipio de Santa Rosa de Cabal, Colombia. *Univ. Salud*; 21(1), 27-37. <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192101.137>
- Suarez, V. (2020). *Efecto de un programa educativo sobre conocimientos y prácticas del lavado de manos en una comunidad rural en Paramonga* [tesis de licenciatura en Internet]. Barranca: Universidad de Barranca. Recuperado de <https://repositorio.unab.edu.pe/handle/20.500.12935/86?show=full>
- Sgreccia, E. (2012). *Manual de Bioética*. Madrid: biblioteca de autores cristianos.
- Siles, J., & Solano, C. (2022). Structural Dialectic Model of Care: A Guide to Beliefs, Scenarios and Social Actors Analysis in Nursing Research. *J Relig Health* 61, 1792–1815. <https://doi.org/10.1007/s10943-021-01183-z>
- Tesen, Y. (2018): *Prácticas de las madres para el control y prevención de parasitosis intestinal en menores de 11 años – Mitobamba*. Tesis de maestría en Internet. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1565>
- Treviño, M. (2018). Cultura sanitaria bucal de la familia y enfermedad bucodental en preescolar. *Contexto Odontológico*. 1(1), 32:9p. Recuperado de <https://1library.co/document/z1294mey-cultura-sanitaria-bucal-familia-enfermedad-bucodental-preescolar.html>
- Valle, E., Serrano, D., Herrera, E., Rivas, J., Moncada, F., Ponce, L., et al. (2018). Caracterización del biotipo facial, caries, hábitos de higiene oral y dieta alimenticia en originarios de Lenca de Intibucá, Honduras. *Rev Odontológica Mexicana*, 22(4), 221-230. Recuperado de, <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1014424>