

# VIVÊNCIAS NO PROJETO AI'UTÉ: PUERICULTURA EM CRIANÇAS INDÍGENAS XAVANTE

REVISTA DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA V.1 N°. I — NOVEMBRO/2025

## AUTORES

### MARIA PAULA FELIX VILELA

Acadêmica do Curso de Enfermagem. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Campus Universitário do Araguaia (CUA). E-mail: [mariapaulafelix1@gmail.com](mailto:mariapaulafelix1@gmail.com)

### EULANDIA OLIVEIRA MESSIAS

Acadêmica do Curso de Enfermagem. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Campus Universitário do Araguaia (CUA). E-mail: [eulandiamessias@gmail.com](mailto:eulandiamessias@gmail.com)

### ARIELLE CARLOS COSTA DOS SANTOS

Enfermeira. Mestre em Saúde da Família (PROFSÁUDE). Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde - ICBS. Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT. Email: [ariellecdias@gmail.com](mailto:ariellecdias@gmail.com)

### TIAGO FALANQUE MALTEZ

Médico. Mestrando do Programa de Pós-graduação em Saúde da Família (PROFSÁUDE). Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Campus Universitário do Araguaia (CUA). E-mail: [falanquetiago@gmail.com](mailto:falanquetiago@gmail.com)

### PRISCILLA NICÁCIO DA SILVA

Professora Adjunta do Curso de Enfermagem. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Campus Universitário do Araguaia (CUA). E-mail: [priscilla.silva@ufmt.br](mailto:priscilla.silva@ufmt.br)

### PÂMELA ROBERTA DE OLIVEIRA

Professora Associada do Curso de Enfermagem. Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde (ICBS). Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Campus Universitário do Araguaia (CUA). E-mail: [pamela.oliveira@ufmt.br](mailto:pamela.oliveira@ufmt.br)

## RESUMO

Os primeiros 1000 dias de vida constituem um período determinante para o desenvolvimento infantil, representando um momento-chave para a formação física, emocional e cognitiva. A puericultura, ao promover a vigilância do desenvolvimento da criança e prevenir doenças e agravos à saúde nesse período, é decisiva para garantir o crescimento adequado e fortalecer vínculos familiares e sociais. No Brasil, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança prioriza a promoção da saúde na primeira infância e concentra-se nas populações mais vulneráveis, como crianças com deficiência, indígenas, quilombolas e ribeirinhas, salvaguardando os direitos à atenção integral e especializada, adequada ao seu contexto sociocultural. Este trabalho tem como objetivo descrever os desafios e potencialidades da consulta de puericultura no âmbito do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, de acordo com as experiências de docentes e discentes do Curso de Graduação em Enfermagem. Trata-se de estudo descritivo e transversal, um relato de experiência das ações do projeto de extensão “Ai'uté: cada criança Xavante, individualmente, é prioritária”, realizado entre outubro e dezembro de 2023 e entre fevereiro e dezembro de 2024. O resultado expõe a dificuldades encontradas pelos membros do projeto de extensão ao se deparar com barreiras comunicacionais, percebidas quando a criança indígena, seus familiares e o profissional de saúde não conseguem se comunicar no mesmo idioma, também, na avaliação dos marcos de desenvolvimento infantil e no registro de informações de puericultura na caderneta de saúde da criança.

**Palavras-chaves:** Puericultura. Saúde Indígena. Saúde da Criança.

## EXPERIENCES IN THE AI'UTÉ PROJECT: CHILDCARE FOR XAVANTE INDIGENOUS CHILDREN

## ABSTRACT

The first 1,000 days of life constitute a critical period for child development, representing a key moment for physical, emotional, and cognitive formation. Childcare consultations (puericulture), by promoting developmental monitoring and preventing diseases and health conditions during this period, play a decisive role in ensuring proper growth and strengthening family and social bonds. In Brazil, the National Policy for Child Health Care prioritizes health promotion in early childhood and focuses on the most vulnerable populations, such as children with disabilities, Indigenous, quilombola, and riverside communities, safeguarding their rights to comprehensive and specialized care tailored to their sociocultural context. This study aims to describe the challenges and potentialities of childcare consultations within the Indigenous Health Care Subsystem, based on the experiences of faculty members and students from the Undergraduate Nursing Program. This is a descriptive, cross-sectional study, presented as an experience report on the actions of the extension project “Ai'uté: each Xavante child, individually, is a priority,” carried out between October and December 2023 and between February and December 2024. The results revealed the difficulties encountered by the extension project members, particularly in facing communication barriers perceived when the Indigenous child, their family, and the health professional are unable to communicate in the same language, as well as in assessing developmental milestones and recording childcare information in the child's health booklet.

**Keywords:** Childcare. Indigenous Health. Child Health

## 1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento das crianças é dinâmico e contínuo, marcado por aquisições físicas, emocionais, cognitivas e sociais. Os primeiros anos de vida, principalmente, os primeiros mil dias de vida da criança, são os mais relevantes, uma vez que, nesse período, a criança está mais vulnerável ao surgimento de agravos à saúde (Brasil, 2017). A esse respeito, cada vez mais, tem-se discutido em nível global, sobre a importância do caráter formativo da primeira infância, expondo a veemente necessidade de se garantir a sobrevivência e o desenvolvimento integral das crianças, especialmente as mais vulneráveis (Vieira, 2022).

Os indicadores de saúde das crianças indígenas no Brasil refletem desafios persistentes, especialmente entre os povos indígenas do Brasil, onde a mortalidade infantil mantém taxas superiores às da população em geral. De acordo com o Relatório de Avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), elaborado pelo Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas, a mortalidade infantil varia significativamente entre os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), com índices mais elevados na região Norte do país. Outrossim, a incidência de nascidos vivos com baixo peso ao nascer permanece alta, incluindo no DSEI Xavante, que também apresenta percentuais expressivos desse indicador (CMAP, 2022).

Somado a esse cenário, cita-se a realidade encontrada nos dados divulgados pelo Conselho Indigenista Missionários (CIMI), na qual 1040 crianças indígenas, de 0 a 4 anos, morreram em 2023 no Brasil, sendo os estados que registraram o maior número de óbitos são Amazonas (295), Roraima (179) e Mato Grosso (124) (CIMI, 2024). Entre as principais causas de óbito, destacam-se as doenças respiratórias, responsáveis pela morte de 141 crianças devido a gripe ou pneumonia. Também foram registrados 88 óbitos decorrentes de diarreia, gastroenterite e outras infecções intestinais, enquanto 57 crianças perderam a vida em consequência da desnutrição (CIMI, 2024). Muitas dessas mortes poderiam ter sido evitadas por meio de intervenções adequadas, como imunização, diagnóstico precoce e tratamento oportuno (Bonatti, Silva, Muraro, 2020; Malta et al., 2019).

Essa realidade dialoga com um problema global, no qual cerca de 250 milhões de crianças com menos de cinco anos, residentes em países de baixa e média renda, podem não atingir seu pleno potencial de desenvolvimento humano (Black et al., 2017). Diante desta realidade, líderes globais, responsáveis pelos 193 estados-membros participantes da Organização das Nações Unidas (ONU), estabeleceram uma agenda universal de compromissos voltada para a consecução dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030 (United Nations, 2015). Nesse contexto, a primeira infância recebeu atenção especial, sendo reconhecida como um período insubstituível para o desenvolvimento humano integral.

No Brasil, esforços têm sido direcionados para a redução das desigualdades na saúde infantil indígena por meio de políticas como a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), e a Política

Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC). A PNAISC prioriza a primeira infância e se concentra nas populações mais vulneráveis, como crianças com deficiências, indígenas, quilombolas e ribeirinhos, proporcionando uma atenção integral e especializada, adaptada às especificidades socioculturais (Brasil, 2015). A PNASPI, aprovada em 2002 com o objetivo de assegurar aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), abrange a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política das comunidades indígenas, reconhecendo sua vulnerabilidade a agravos à saúde (Brasil, 2002).

A puericultura, como parte integrante desse modelo de saúde, é um conjunto de práticas voltadas para o acompanhamento e cuidado do desenvolvimento infantil. Ela inclui ações como promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento do desenvolvimento, realização de testes de triagem, imunizações, além de orientações sobre alimentação, hábitos saudáveis, segurança e avaliação clínica, assegurando que as crianças indígenas recebam o cuidado necessário desde os primeiros anos de vida (Brasil, 2024a).

Segundo o Ministério da Saúde, as consultas de rotina para crianças devem ocorrer nas seguintes idades: entre o 3º e o 5º dia de vida, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses e 24 meses. A partir dos 2 anos, o acompanhamento passa a ser anual (Brasil, 2020). No entanto, em algumas situações, como dificuldades no aleitamento materno, alterações no crescimento e desenvolvimento, episódios frequentes de infecções, violência, abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas pelos pais ou responsáveis, ou condições de vulnerabilidade social, a consulta pode ser antecipada para garantir o cuidado necessário. O enfermeiro, ao identificar qualquer demanda que exija avaliação, pode também realizar a consulta de puericultura em momentos não previstos no calendário regular, reforçando a puericultura como uma ferramenta essencial e irrenunciável na luta contra a mortalidade infantil no Brasil, especialmente no enfrentamento das elevadas taxas de mortalidade infantil entre as populações indígenas.

No contexto da saúde da criança indígena, projetos de extensão universitária, como o *Ai'uté*, têm o potencial de impactar diretamente a qualidade do atendimento às crianças indígenas, ao promover ações que considerem as especificidades culturais e epidemiológicas das comunidades atendidas, especialmente a criança Xavante. Esse projeto não apenas colabora para a ampliação e o alcance de políticas públicas de saúde, mas também fortalece a formação de enfermeiros qualificados para lidar com as complexidades e os desafios do cuidado infantil em territórios indígenas.

O objetivo deste artigo é relatar a experiência vivenciada por docentes e discentes da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) em projeto de extensão voltado à saúde da criança indígena, refletindo sobre as contribuições dessa prática no fortalecimento da puericultura e na promoção da saúde de crianças da etnia Xavante.

## 2. METODOLOGIA

## 2.1.Relato de Experiência

Este artigo apresenta as vivências dos membros ao longo das atividades do projeto de extensão *Ai'uté: cada criança Xavante, individualmente, é prioritária*, realizado entre outubro e dezembro de 2023 e entre fevereiro e dezembro de 2024. A iniciativa foi conduzida por professores e estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Campus Universitário do Araguaia (CUA), em colaboração com profissionais da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) do Distrito Sanitário Especial Indígena Xavante.

A metodologia adotada fundamentou-se no relato de experiência, entendido, conforme Mussi et al. (2021), como uma modalidade de produção do conhecimento que valoriza a exposição reflexiva e detalhada de práticas vivenciadas no contexto do ensino, da pesquisa ou da extensão universitária, priorizando a descrição minuciosa das intervenções realizadas e das aprendizagens construídas no percurso.

## 2.2.O projeto de extensão

Em 2023, o projeto de extensão *Ai'uté: cada criança Xavante, individualmente, é prioritária* foi desenvolvido como fluxo contínuo, conforme o Edital PROCEV/UFMT nº 007/EXT/CUA/2023. Já em 2024, o projeto ganhou reconhecimento acadêmico e social ao ser contemplado pelo Programa de Bolsa de Extensão da Pró-Reitoria de Cultura, Extensão e Vivência da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), por meio do Edital nº 19 de Ações Afirmativas.

O projeto teve como público-alvo crianças indígenas Xavante, com idades entre 0 e 5 anos, e suas famílias, residentes na Terra Indígena São Marcos e que estavam temporariamente acolhidos na Casa de Saúde Indígena (CASAI), localizada no território da Amazônia Legal, no estado de Mato Grosso.

A proposta do projeto incluiu a realização de visitas mensais às aldeias e semanais à Casa de Saúde Indígena (CASAI) para a avaliação clínica de crianças de até cinco anos de idade. Essas avaliações englobaram anamnese, exame clínico, solicitação de exames complementares, monitoramento das condições de saúde, prevenção de acidentes, identificação de situações de violência e cuidados com a saúde bucal. Foram realizadas também consultas mensais de puericultura de rotina, com ênfase em orientações preventivas, acompanhamento do crescimento, avaliação do desenvolvimento infantil, identificação da necessidade de encaminhamento para estimulação precoce e análise do consumo alimentar.

Nos recém-nascidos, a atuação envolveu a realização de testes de triagem neonatal, incluindo o "teste do coraçãozinho" para detecção precoce de cardiopatias congênitas (realizado em recém-nascidos com até 48 horas de vida), o "teste do olhinho" para avaliar o reflexo vermelho e identificar possíveis alterações visuais, e o "teste da linguinha", seguindo o Protocolo de Bristol, para verificar a presença de anquiloglossia (alteração no frênuco lingual, popularmente difundida como "língua presa").

As ações do projeto de extensão foram fundamentadas na PNASPI e PNAISC, além de seguirem as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM) e da Política Nacional

de Alimentação e Nutrição (PNAN). Também foram adotadas as recomendações da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e da linha de cuidado do Ministério da Saúde para puericultura e hebicultura.

O registro das informações coletadas durante as consultas de puericultura foi realizado nos prontuários das crianças, na Caderneta de Saúde da Criança e em planilhas desenvolvidas no Microsoft Excel®. Os dados foram posteriormente enviados ao Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI) do DSEI Xavante.

Durante e após as ações do projeto, manteve-se um diário de campo para registrar as experiências vivenciadas. Nesse diário, foram documentadas percepções individuais dos participantes, desafios enfrentados, estratégias adotadas e reflexões sobre a prática da puericultura, especialmente os apontamentos levantados nas reuniões mensais.

A avaliação do projeto ocorreu em dois momentos. Durante a execução, adotou-se uma abordagem qualitativa e formativa, com reuniões mensais da equipe de extensão para refletir sobre as ações realizadas e planejar as atividades subsequentes. Devido à dinâmica da escala de trabalho da EMSI, a participação direta e presencial nessas reuniões foi limitada, razão pela qual a equipe do projeto manteve um canal de comunicação permanente por meio de mensagens, garantindo que todas as avaliações e sugestões fossem consideradas, isso abrangeu, por exemplo, alterações nas datas das ações, o direcionamento das consultas de puericultura para as crianças de maior vulnerabilidade, mudanças na logística de transporte, entre outras.

No encerramento, foi realizada uma reunião final na qual os resultados foram apresentados ao público interno da universidade, aos gestores e profissionais de saúde do DSEI Xavante, indígenas e não indígenas. A videoconferência ocorreu na plataforma *Google Meet*®, com ampla divulgação do link nas redes sociais do projeto e o envio para os grupos de WhatsApp e e-mails institucionais.

### 3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para a análise e reflexão das práticas relatadas neste artigo, adotou-se como referencial teórico a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, desenvolvida por Madeleine Leininger (Leininger, 1989, 1997, 2002). Tal escolha justifica-se pelo fato de que este trabalho foi elaborado também por enfermeiros, profissionais cuja atuação deve considerar o cuidado em saúde como um fenômeno culturalmente construído e culturalmente congruente<sup>1</sup> no atendimento à criança indígena, no sentido de que respeitar, valorizar e integrar os valores, crenças e práticas culturais do povo Xavante representou não apenas uma

<sup>1</sup> No âmbito da Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, a palavra "congruent" ultrapassou a mera tradução literal de "congruente" ou "compatível". Na perspectiva teórica proposta por Leininger, "congruent" se refere à ideia de que os cuidados prestados à saúde deveriam estar profundamente alinhados, coerentes e harmonizados com os valores culturais, crenças, práticas e modos de vida das pessoas, famílias ou comunidades atendidas (Leininger, 2002).

adequação técnica, mas uma expressão de práticas de puericultura fundamentadas no reconhecimento da cultura como central na promoção da saúde infantil.

No decorrer das atividades do projeto de extensão *Ai'uté*, foram observadas dificuldades na implementação das consultas de puericultura para crianças indígenas. Com base nessas observações, emergiram duas categorias principais: "Barreiras comunicacionais no cuidado à saúde infantil indígena" e "Desafios na aplicação dos marcos de desenvolvimento infantil e no registro de informações de puericultura na caderneta de saúde da criança indígena xavante".

### **3. 1. Barreiras comunicacionais no cuidado à saúde infantil indígena**

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2022), o Brasil possui mais de 203 milhões de pessoas, dentre elas, aproximadamente 0,83% da população do país se declararam indígenas, totalizando 1.693.535 pessoas (IBGE, 2023). A Constituição Federal garante a esta população o reconhecimento de suas crenças, línguas, organização social, tradições e costumes. No entanto, apesar desse reconhecimento legal, persistem desafios significativos no acesso e na qualidade da assistência à saúde prestada às comunidades indígenas, especialmente no cuidado infantil.

O atendimento às crianças indígenas e suas famílias, independentemente do nível de atenção ou da localização geográfica, apresenta dificuldades que vão além das limitações estruturais dos serviços de saúde. As especificidades culturais inerentes aos Povos Indígenas e as barreiras linguísticas podem impactar, diretamente, na qualidade da comunicação entre profissionais e usuários, dificultando a construção de vínculo e a obtenção de informações essenciais para a puericultura (Zanatta et al., 2020).

Durante as consultas realizadas no âmbito do projeto de extensão, observou-se que alguns acompanhantes das crianças demonstravam resistência ao diálogo, levando a respostas breves, o que dificultava a escuta ativa. A equipe do projeto enfrentou desafios tanto para se fazer entender quanto para compreender plenamente os relatos dos acompanhantes.

Essa dificuldade na comunicação foi amplificada pelas diferenças culturais entre a criança indígena e a equipe de extensão, especialmente pelas barreiras linguísticas. O povo Xavante tem como língua materna um idioma do tronco macro-jê, pertencente à família Jê Central, o que frequentemente tornava a compreensão mútua um desafio para os profissionais e estudantes não indígenas envolvidos no projeto.

Para superar essa barreira, o projeto contou com o apoio de um mediador linguístico, geralmente um Técnico em Enfermagem indígena ou um Agente Indígena de Saúde (AIS). A presença desses mediadores não apenas auxiliou na tradução literal da língua, mas também na interpretação dos significados socioculturais envolvidos no cuidado infantil, permitindo que os profissionais compreendessem melhor as preocupações e percepções das famílias Xavante, por exemplo, compreender as restrições alimentares impostas aos pais da criança para evitar que ela adoeça, uma prática cultural que influencia diretamente na saúde e no bem-estar

infantil.

Outra estratégia adotada pela equipe do projeto para superar a barreira linguística foi o esforço contínuo para aprender a língua Xavante. Nesse sentido, as consultas de puericultura se mostraram momentos potentes para essa aprendizagem, permitindo que os profissionais incorporarem ao seu vocabulário palavras relacionadas ao cuidado infantil, tais como “criança”, “avaliar”, “pesar”, “vacinar”, “amamentar”, “leite”, “falar”, “nome”, “andar”, “sentar”, “deitar”, “pegar”, “tosse”, “febre” e “diarreia” que foram, gradualmente, assimilados, assim como as expressões do cotidiano como “bom dia”, “boa tarde”, “obrigado”, “por nada” e “tchau”.

O profissional que trabalha na saúde indígena, deve estar sensibilizado quanto as habilidades necessárias e as nuances envolvidas na atuação em contexto intercultural, de forma a entender as particularidades do sistema de saúde em que está inserido, valorizando, portanto, os conhecimentos, crenças e tradições da população com a qual interage, o que inclui o respeito à língua materna dos povos indígenas (Casagrande, 2024). Ademais, é comum encontrar profissionais da área da saúde que, durante a graduação, não tiveram a oportunidade de cursar componentes curriculares que abordassem a saúde indígena ou participar de projetos de pesquisa e extensão dentro dessa temática (Fagundes, 2015). Isso significa que muitos profissionais chegam a essas comunidades sem compreender a complexidade do contexto sociocultural, as práticas tradicionais de cuidado e as particularidades do processo de saúde e adoecimento desses povos.

A efetivação de uma atenção diferenciada e equitativa em saúde indígena depende da construção de um diálogo genuíno e unidirecional entre os saberes biomédicos e os conhecimentos indígenas, com respeito absoluto às especificidades socioculturais. A experiência do projeto evidenciou que a superação das barreiras linguísticas e culturais é possível e escalável se os profissionais de saúde se abrirem para as infinitas oportunidades de aprender com os povos indígenas.

Assim, as ações extensionistas são portais que direcionam os estudantes para além dos experimentos laboratoriais e do saber técnico científico, permitindo que os estudantes desenvolvam uma escuta sensível e uma compreensão mais ampla sobre os diferentes modos de cuidar. Há muito o que aprender sobre saúde e cuidado além do que é ensinado nas universidades e, um passo importante, é adotar uma postura de ouvinte respeitoso frente às oportunidades que surgem a todo momento durante a assistência nos territórios indígenas, uma vez que, essa vivência é um convite à reflexão sobre a pluralidade de saberes em saúde.

### **3.2. Desafios na avaliação dos marcos de desenvolvimento infantil e no registro de informações de puericultura na caderneta de saúde da criança**

O desenvolvimento infantil, conforme descrito pela Organização Pan-Americana da Saúde, constituiu-se como um processo complexo que teve início desde a concepção e abrangeu diversas dimensões, como o crescimento físico, a maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Esse

processo buscou tornar a criança capaz de atender às suas necessidades e de responder às exigências do meio em que viveu, considerando-se seu contexto de vida (OPAS, 2005). Inserida nesse cenário de promoção e acompanhamento do desenvolvimento, a Caderneta da Criança configurou-se como um documento central e indispensável no âmbito das políticas públicas voltadas para a infância. Publicada e distribuída gratuitamente pelo Ministério da Saúde do Brasil, a Caderneta possibilita registrar “todas as informações sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde, de educação e de assistência social para o acompanhamento desde o momento do seu nascimento até os 9 anos de idade” (Brasil, 2024, p. 4), o que favorece um monitoramento contínuo e integral do crescimento e do desenvolvimento infantil.

Nesse documento, a Parte II, “Registros do acompanhamento da criança”, focou-se no acompanhamento do desenvolvimento infantil, com o intuito de realizar uma vigilância contínua sobre o crescimento e a maturação da criança (Brasil, 2014; Vasconcelos et al., 2024). Esta seção contém um sistema para registrar os marcos do desenvolvimento, utilizando mnemônicos como P (marco presente), A (marco ausente) e NV (não verificado). Como mencionado na própria Caderneta, “ao final da faixa etária, a criança deve ter atingido todos os marcos previstos” (Brasil, 2014, p. 79). Após a avaliação e o devido registro, o profissional de saúde responsável deve classificar o desenvolvimento infantil com base no “Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança” (Adequado para idade, Alerta para o desenvolvimento ou Provável atraso no desenvolvimento), adotando a conduta apropriada conforme as diretrizes descritas nesse mesmo instrumento.

Embora um dos objetivos da produção de materiais do Ministério da Saúde seja garantir uma abordagem integral em prol do desenvolvimento infantil, a realidade da saúde indígena evidencia um certo descompasso entre essas publicações e as necessidades específicas dessas populações. Um exemplo disso é a existência de um único modelo da Caderneta de Saúde da Criança, que desconsidera nuances culturais, especialmente no capítulo dedicado às orientações para a avaliação e registro dos marcos do desenvolvimento infantil, conduzindo os profissionais à avaliações equivocadas ou até mesmo à impossibilidade de verificar determinados marcos, já que eles podem se manifestar de maneira diferente em contextos culturais distintos, conforme observado durante a execução das ações do projeto com crianças indígenas Xavante.

O marco de 6 a 9 meses, que descreve a fase em que a criança começa a duplicar sílabas, apresenta uma orientação sobre como avaliar essa habilidade: “Observe se a criança fala 'papá', 'dadá', 'mamã'. Se não o fizer, pergunte à mãe se o faz em casa” (Brasil, 2014, p. 82). No entanto, essa forma de avaliação pode não ser adequada ao contexto indígena, considerando as particularidades linguísticas desses povos. Da mesma forma, no marco “Brinca de esconde-achou”, também de 6 a 9 meses, é possível que essa brincadeira não seja familiar à criança, e, em alguns casos, o contato com profissionais não indígenas pode gerar medo. Observamos que, durante a tentativa de aplicação dessa atividade, verificou-se que algumas crianças choraram ou permaneceram neutras, em vez de reagirem de maneira positiva, mesmo quando apresentavam boa

interação com outras crianças indígenas na sala de espera.

De modo semelhante, o marco "Usa colher ou garfo" (Brasil, 2024, p. 82), descrito para crianças entre 16 e 18 meses, pode não ser adequado para avaliar o desenvolvimento infantil em algumas culturas indígenas. A ideia de que a criança utilize esses utensílios para se alimentar pressupõe uma padronização de hábitos alimentares que não corresponde à realidade de todos os povos indígenas. A alimentação pode ocorrer sem o uso de talheres, seja pelo hábito de comer com as mãos ou pelo uso de outros instrumentos próprios da cultura indígena.

Nos marcos "Reconhece 2 ações", que orientam o profissional a observar se a criança aponta a figura de acordo com a ação, como em "quem mia?", "quem late?", "quem fala?" e "quem galopa?" (Brasil, 2024, p. 83), é necessário adaptar essa avaliação à realidade do território indígena. Nesse sentido, as avaliações dos marcos devem ser pensadas e executadas baseadas em elementos presentes no cotidiano da criança indígena, considerando seu ambiente cultural e linguístico. Ou seja, é necessário refletir sobre questões como: "Como é esse território no qual a criança está inserida?" e "Como a natureza está presente na infância da criança e de que forma ela interage com esses elementos?". Do contrário, perguntas como "Quem mia?" ou "Quem galopa?" podem não fazer sentido algum.

Ainda, no marco "Compreende 2 adjetivos" e "Define 5 palavras" (Brasil, 2024, p. 83-84), as orientações para avaliação se mostram inadequadas em contextos indígenas, especialmente em comunidades onde mulheres e crianças não falam ou falam muito pouco o português. É importante observar que a compreensão do conceito de adjetivo pode não estar presente na estrutura gramatical da língua indígena, tornando a aplicação desse critério inadequado para avaliar o desenvolvimento da criança dentro de sua própria realidade linguística.

Diante desses desafios, é indispensável utilizar o espaço da caderneta, no item 7 "desenvolvimento", disponibilizado para registrar observações dessas especificidades culturais das crianças indígenas, especialmente o porquê não foi possível verificar algum marco do desenvolvimento. Adicionalmente, é relevante e central na avaliação do desenvolvimento da criança, aproveitar as consultas de puericultura para conversar com as pessoas que cuidam da criança (mãe, pai, irmãos, avós, parteiras, pajés, raizeiros, xamãs, Agentes Indígenas de Saúde etc.) sobre como é o dia a dia da criança, buscando escutar com atenção as informações que eles podem trazer, especialmente o escopo de cuidados que a família considera importante para o desenvolvimento e a saúde da criança.

Outros aspectos que mereceram atenção nesse contexto foram as visitas domiciliares e a valorização dos diversos especialistas em saúde existentes no território indígena, como parteiras, pajés, raizeiros, xamãs, benzedores e anciões, todos com saberes fundamentais para a dinâmica do cuidado. Neste trabalho, contudo, daremos ênfase aos Agentes Indígenas de Saúde (AIS), reconhecendo o seu papel insubstituível e central nas ações de vigilância em saúde. As visitas domiciliares, nesse sentido, revelaram-se como uma estratégia com

grande potencial para aproximar, tanto a Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena (EMSI) quanto a equipe do projeto de extensão, da criança e de sua família, oferecendo uma compreensão multifacetada do mundo em que a criança está inserida, o que nos possibilitou observar aspectos da vida cotidiana, das brincadeiras e das práticas culturais que permeiam o universo da criança Xavante, como ela aprende, se expressa e se adapta às diversas situações da vida, algo que não seria captado apenas durante as consultas clínicas.

O AIS, por estar sempre presente na comunidade Xavante, identifica quando uma criança começa a andar ou falar, seus hábitos alimentares e a exposição a riscos, facilitando a detecção de sinais de alerta. Ele também tem um papel educativo e na vigilância em saúde, orientando as famílias sobre o que esperar em cada fase do desenvolvimento e incentivando estímulos adequados para promover o crescimento saudável da criança.

Entretanto, a riqueza de informações que o AIS coleta sobre o contexto familiar e cultural da criança nem sempre encontra respaldo nos registros formais de saúde. Isso é particularmente evidente na subutilização das Cadernetas de Saúde da Criança nos serviços de saúde de referência. Com frequência, a equipe do projeto se deparou com a ausência ou incompletude, dos registros relacionados ao nascimento da criança, incluindo informações essenciais como dados do pré-natal, parto, nascimento, internação neonatal e testes de triagem podendo comprometer o trabalho da EMSI, que, sem esses dados, não consegue ter uma visão completa da saúde da criança e de possíveis fatores de risco. O Ministério da Saúde reforça a importância da Caderneta de Saúde da Criança como um documento essencial, devendo conter todos os registros sobre o atendimento à criança nos serviços de saúde (Brasil, 2024b). Isso destaca a necessidade de seu preenchimento adequado, conforme indicam Abud e Gaíva (2015).

### **3.3.Registro das práticas alimentares e da cultura de subsistência indígena**

Outro ponto importante identificado durante as consultas realizadas no âmbito do projeto foi a necessidade de se compreender as práticas alimentares das famílias indígenas, especialmente aquelas relacionadas ao cultivo e à coleta de alimentos no território. O conhecimento sobre as dificuldades enfrentadas no cultivo e no manejo da terra, ajudam a equipe de saúde a compreender as práticas alimentares dessa população, que estão relacionadas, em maior ou menor grau, à saúde da criança. Informações sobre o que a família Xavante costuma plantar, como mandioca, batata-doce, milho e feijão, e sobre as suas estratégias quando há escassez de alimentos ou quando algum evento interfere no cultivo das roças de subsistência, fornecem um importante panorama que ajuda a entender a insegurança alimentar infantil.

O conhecimento detalhado sobre os alimentos cultivados e as práticas associadas ao cultivo e à coleta proporciona uma compreensão mais abrangente, incluindo elementos menos evidentes, mas com potencial para influenciar a saúde ou o adoecimento. Por exemplo, em uma das consultas de puericultura, a mãe de uma criança relatou que a família estava enfrentando dificuldades alimentares devido à destruição da roça de

mandioca por um porco de granja (suíno), pertencente a outra família, que não estava sendo adequadamente contido. Em outra situação, uma família enfrentava a escassez de mandioca, pois as formigas cortaram todas as mudas plantadas. A partir de relatos como estes, torna-se possível perceber como fatores externos podem impactar diretamente na segurança alimentar e, consequentemente, na saúde da criança.

Identificamos que falta um espaço específico para registrar as práticas alimentares das famílias indígenas na Caderneta da Criança. Na Parte II da caderneta, intitulada "Registros do acompanhamento da criança", há um local destinado ao preenchimento das informações obtidas nas consultas de puericultura (Brasil, 2024, p. 71). Contudo, os campos existentes para o registro das práticas alimentares são limitados e não contemplam as particularidades da alimentação indígena, como as práticas de roça, coleta e caça. Em particular, os campos referentes aos primeiros meses de vida, como até os cinco meses, tratam de questões relacionadas à amamentação e ao desmame. Para a faixa etária de 6 a 36 meses, o foco recai sobre a introdução de alimentos e a quantidade de frutas consumidas, enquanto para crianças a partir de 13 meses, há questionamentos sobre a alimentação diária e o consumo de alimentos industrializados. No entanto, esses campos, embora importantes, falham ao não incluir informações sobre alimentos tradicionalmente consumidos pelas comunidades indígenas, como os cultivados nas roças, pescados, coletados ou caçados, que são determinantes nas dietas infantis de diversas comunidades.

Portanto, é necessário ajustes na estrutura da Caderneta da Criança, de modo a integrar informações mais abrangentes e multidimensionais sobre as práticas alimentares indígenas. A inclusão de campos que permitam o registro da diversidade alimentar dessas comunidades, contemplando não apenas alimentos industrializados, mas também os tradicionais, poderia enriquecer os dados de saúde e proporcionar um melhor acompanhamento do estado nutricional das crianças indígenas. Seria útil considerar também o registro de dificuldades específicas enfrentadas pelas famílias no cultivo e na coleta de alimentos, como desafios decorrentes de alterações climáticas, ataques de animais ou outros fatores externos que impactam a produção alimentar.

#### 4.CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações desenvolvidas no projeto *A'iuté* permitiram compreender, de maneira viva e sensível, a importância da puericultura enquanto prática que respeita e se alinha culturalmente às realidades indígenas, em consonância com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. A convivência e o atendimento às crianças Xavante tornaram possível perceber que a saúde infantil, nesse contexto, se constrói a partir de práticas que valorizam e integram os modos de vida, as crenças e os saberes ancestrais indígenas, dimensões que não podem ser dissociadas do entendimento sobre saúde e doença nessa população. Diante das barreiras de comunicação, das dificuldades na avaliação dos marcos do desenvolvimento e dos desafios no registro das informações de puericultura, ficou evidente a ausência de

instrumentos, documentos e materiais que, já em sua origem, considerem a riqueza sociocultural dos Povos Indígenas do Brasil, o que reafirma a necessidade de processos assistenciais respeitosos e, verdadeiramente, congruentes com as diferentes realidades existentes no país.

## 5.REFERÊNCIA

1. BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Criança Feliz: A intersetorialidade na visita domiciliar.** Brasília, 2017. Acesso em: 02 de nov. de 2024 Disponível em:[https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_acction\\_files/siteal\\_brasil\\_1011.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_acction_files/siteal_brasil_1011.pdf)
2. VIEIRA, D. S. **Efeito de uma intervenção educativa com enfermeiros para a vigilância do crescimento e do desenvolvimento infantil na consulta de puericultura : um estudo misto.** João Pessoa, 2022. Acesso em: 01 de nov. de 2024. Disponível em:[https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/25696?locale=pt\\_BR](https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/25696?locale=pt_BR)
3. CMAP. Conselho de Monitoramento e Avaliação de Políticas Públicas. **Relatório de Avaliação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena.** 2022.
4. CIMI. Conselho Indigenista Missionário. **Relatório de Violência Contra os Povos Indígenas no Brasil – Dados de 2023.** 21.ed. - Brasília, 2024.
5. BONATTI, A. F.; SILVA, A. M. C. da; MURARO, A. P. **Mortalidade infantil em Mato Grosso, Brasil: tendência entre 2007 e 2016 e causas de morte.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 7, p. 2821–2830, jul. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/NF3CpkWT7XLWQ9GPm78JKCB/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2025.
6. MALTA, D. C. et al. **Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 22, p. e190014, 2019. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/FLzxvmCWtsDLQ3WMT75gBcT/?lang=pt>. Acesso em: 2 maio 2025.
- 7.. BLACK MM; WALKER SP; FERNALD LCH; ANDERSEN CT; DIGIROLAMO AM; LU C, et al. **Early childhood development coming of age: science through the life course.** 2017. 389: 77–90. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27717614/>
8. ONU. United Nations Organization. **Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development.** Geneva; 2015.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Brasília, Diário Oficial da União, 2015. Disponível em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)
10. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena.** - 2 edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em:[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_saude\\_indigena.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf)
11. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.317, de 3 de agosto de 2017.** Atualiza o registro das informações relativas a estabelecimentos que realizam ações de atenção à saúde para populações indígenas no CNES. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317\\_08\\_08\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1317_08_08_2017.html)
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Puericultura e Hebicultura.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024a. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/puericultura/>
13. BRASIL. Ministério da Saúde. **Linhas de Cuidado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024b. Disponível em: <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/>
14. BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança: passaporte da cidadania.** 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em: <https://l1nk.dev/7TfBX>
15. LEININGER, Madeleine. **Transcultural nursing: quo vadis: (where goeth the field?).** Journal of Transcultural Nursing, v. 1, n. 1, p. 33-45, 1989
16. LEININGER, Madeleine. **Transcultural nursing research to transform nursing education and practice: 40 years.** The Journal of Nursing Scholarship, v. 29, n. 4, p. 341-347, 1997.

17. LEININGER, Madeleine. **Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices.** Journal of Transcultural Nursing, v. 13, n. 3, p. 189-192, Jul. 2002.
18. IBGE. Instituto Brasileiro Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2022: População residente, total e indígena, por localização de domicílio e quesito de declaração indígena nos Censos Demográficos – Primeiros resultados do Universo.** Rio de Janeiro, 2023. Disponível em:<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/9718>
19. ZANATTA, E. A.; SIEGA, K. S.; HANZEN, I. P.; CARVALHO, L. **A Consulta de Enfermagem em Puéricultura à Criança Haitiana: Dificuldades e Possibilidades.** Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v.34, nov. 2020.
20. CASAGRANDA, F. **A saúde indígena na atenção especializada: perspectiva dos profissionais de saúde em um hospital de referência no Mato Grosso do Sul, Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 40, n. 6, p. e00094622, 2024.
21. FAGUNDES, V. F. **Vulnerabilidade programática da atenção à saúde da criança Xavante no polo base Maraiwatsédé.** 2015.
22. OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington, D.C: OPAS, 2005. 16p. Disponível em:<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>