

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE INDÍGENA
POLO CUBATÃO – TURMA III**

SONIA MARIA MENEGAZ

**A INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS CULTURAIS ESPECÍFICOS NO
DESENVOLVIMENTO DA CÁRIE DENTÁRIA EM INDÍGENAS**

MONOGRAFIA DE ESPECIALIZAÇÃO

SÃO PAULO

2014

SONIA MARIA MENEGAZ

**A INFLUÊNCIA DOS HÁBITOS CULTURAIS ESPECÍFICOS NO
DESENVOLVIMENTO DA CÁRIE DENTÁRIA EM INDÍGENAS**

**Monografia apresentada a Universidade,
Federal de São Paulo, para a obtenção do
Título de Especialista em Saúde Indígena.**

Orientador (a): Prof.(a) Raquel Pacagnella

SÃO PAULO

2014

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me dar saúde e força para vencer os desafios.

À minha família:

Em especial meu namorado Rodrigo companheiro de todas as horas, pelo apoio e compreensão nos momentos de ausência por ter que me dedicar aos estudos.

A meus pais e irmãs, que mesmo distantes me apoiaram nesta caminhada.

Aos professores do Curso de Especialização em Saúde Indígena da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em especial a orientadora deste trabalho Raquel Pacagnella e ao professor Pablo Lemos, pela competência e ensinamentos transmitidos, os quais eu jamais esquecerei.

Aos colegas de Pós Graduação pelo enriquecedor convívio.

Enfim, a todos vocês que foram e continuam sendo meus alicerces na vida, meu muito obrigado.

RESUMO

Os povos indígenas compõem uma diversidade de etnias que se relacionam com a natureza transcendendo a compreensão dos não índios. Além do aspecto cultural, diferem de outros povos pelo histórico de contato concepção do processo saúde-doença e pelas práticas de auto-cuidado. Segundo alguns pesquisadores o contato com a sociedade ocidental fez com que o processo saúde-doença fosse influenciado por uma variedade muito ampla de determinantes, conseqüências das transformações socioeconômicas, ambientais e culturais destes povos. Em relação à Saúde Bucal os autores citam como doenças mais agravantes a cárie e a doença periodontal. No entanto a falta de pesquisas mais abrangentes em relação à saúde bucal dos povos indígenas, fez com que não pudéssemos afirmar se os hábitos culturais específicos influenciam no desenvolvimento da cárie dental. De acordo com estes autores o que podemos afirmar é de que as particularidades de cada etnia existem, as práticas de auto cuidado são empregadas por alguns grupos específicos e a interação com a sociedade nacional influenciou na mudança de hábitos e conseqüentemente aumentou o índice de cárie dental.

Palavras – chave: Cárie Dentária, População Indígena, Epidemiologia, Saúde Bucal.

LISTA DE SIGLAS

AIS: Agente Indígena de Saúde

FUNAI: Fundação Nacional do Índio

FUNASA: Fundação Nacional de Saúde

SPI: Serviço de Proteção ao Índio

SESAI: Secretaria Especial de Saúde Indígena

EMSI: Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

SUS: Sistema Único de Saúde

DSEIs: Distrito Sanitário Especial Indígena

MS: Ministério da Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	06
2. OBJETIVOS.....	10
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivo Específico	10
3. METODOLOGIA	11
4. RESULTADOS.....	12
4.1 Análise da Literatura	12
4.1.1 Aspectos Culturais	12
4.1.2 Histórico de Contato	15
4.1.3 Processo Saúde Doença.....	16
4.1.4 Práticas de Auto Cuidado.....	17
5. CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIAS.....	22

1 . INTRODUÇÃO

No Brasil, 818 mil brasileiros afirmaram ser indígenas no Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística 2010, perfazendo menos de 1% da população total com concentração maior no meio rural. Este crescimento quando comparado ao censo anterior não foi tão expressivo, aproximadamente de 84 mil indígenas, mas quando compararmos ao período de 1991/2000 houve um aumento significativo, pois nestes 440 mil pessoas se autodeclararam indígenas. As Regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram crescimento no volume populacional dos autodeclarados indígenas, enquanto as Regiões Sudeste e Sul apresentaram perda considerável (SANTOS, 2011).

Com a Constituição de 1988 foi reconhecida as organizações sócio culturais e as terras que tradicionalmente ocupam. Atualmente 230 etnias povoam o Brasil cada uma com suas concepções, valores e formas próprias de interpretar o processo saúde doença. Este processo para os indígenas vai além dos sinais e sintomas envolve também o mundo espiritual, ou seja, os aspectos objetivos e subjetivos.

Em relação à Atenção a Saúde dos Povos Indígenas, podemos dizer que ao longo do tempo a responsabilidade por suas ações foi atribuída a diferentes órgãos dentre os quais podemos destacar o SPI (Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais) órgão vinculado ao Ministério da Agricultura criado em 1910. Mesmo após sua criação, os serviços prestados aos indígenas continuaram sendo esporádicos e focados no atendimento emergencial. Na década de 50 foi criado o SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas) vinculado ao Ministério da Saúde com o intuito de levar ações básicas às populações indígenas e rurais em áreas de difícil acesso. Estas ações eram focadas na vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis.

Em 1967 com a extinção do SPI foi criada a FUNAI (Fundação Nacional do Índio) a qual foi responsável pela atenção até o final da década de 1990. Em larga medida, os serviços baseavam-se em atuações eminentemente curativas e esporádicas realizadas pelas equipes volantes e a continuidade da Atenção Básica nas áreas indígenas não ocorria de forma satisfatória. Por isso, através da Lei nº 9836 de 23 de setembro de 1999, Lei Arouca, foi criado o Subsistema de Atenção à

Saúde Indígena e a responsabilidade completa pela atenção à saúde passou a ser da FUNASA (Fundação Nacional da Saúde). A organização do subsistema se deu através de DSEIs (Distritos Sanitários Especiais Indígenas) que abrangem uma área territorial, populacional e administrativa específica os quais prestam atenção básica à população indígena de forma hierarquizada, integrada e articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS). Este período de 1999 a 2010 em que a FUNASA assumiu a responsabilidade pelos cuidados e atendimento aos povos indígenas foi marcado por uma reestruturação no atendimento levando em consideração as especificidades culturais dos usuários e a efetivação do controle social (FUNASA, 2002).

Em seus mais de 10 anos de existência, o Subsistema foi marcado por dificuldades operacionais para cumprir as diretrizes estabelecidas na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Nesse período, os problemas para a consolidação do subsistema levaram as recorrentes manifestações de insatisfação por parte dos usuários indígenas e à demanda por mudanças aumentou. A condição precária da gestão das ações de saúde indígena também foi severamente criticada por órgãos de controle e de justiça, que estabeleceram recomendações para reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Essa situação, aliada aos protestos da população indígena quanto aos serviços de saúde, levaram o governo brasileiro a tomar a decisão de transferir a responsabilidade sobre as ações de saúde indígena da FUNASA para o MS (Ministério da Saúde), por meio da criação da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) em 2010. A Secretaria foi também uma reivindicação dos próprios indígenas nas Conferências Nacionais a qual tem como objetivo delinear um novo modelo de gestão e de atenção articulado com o SUS (Sistema Único de Saúde), descentralizado, com autonomia administrativa, orçamentária, financeira e responsabilidade sanitária dos 34 DSEIs.

Como vimos vários órgãos foram e são responsáveis pela atenção à saúde dos povos indígenas, mas mesmo assim o quadro epidemiológico historicamente caracterizado por doenças infecciosas e parasitárias torna-se atualmente, ainda mais complexo com o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, hipertensão arterial e diabetes mellitus tipo II (SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2003).

Segundo ARANTES e FRAZÃO (2013) a partir da sistematização de informações epidemiológicas sobre a distribuição de cárie dentária na primeira

década do século XXI em indígenas no Brasil afirmam que em relação à saúde bucal os problemas também são agravantes. Enquanto na população não indígena se observa redução da cárie dentária em várias regiões do Brasil, na população indígena há um aumento significativo. Por isso da importância de programas voltados a realidade de cada comunidade e a continuidade dos mesmos.

MELO e LIMA (2009) através da pesquisa em registros no período de 1986 a 2003 sobre cárie dentária, observaram que comparando os levantamentos realizados nos anos de 1986, 1993, 1996 e 2003 houve diminuição desta doença na população não indígena do Brasil e apontam como fatores para este declínio: a ampliação da oferta do creme dental fluoretado, fortalecimento das atividades educativas, a alteração na forma de interpretar a lesão cárie, a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde) e a participação da comunidade.

De acordo com HENRIQUES, AZEVEDO e MELLO (2008) a cárie dentária é uma doença infecto contagiosa considerada um problema de Saúde Pública que afeta indivíduos de todas as idades. Uma vez instalada causa transtornos na saúde geral do indivíduo ao diminuir a função mastigatória, alterar a estética ocasionando problemas psicossociais, problemas fonéticos, dor e infecção fazendo com que o indivíduo em certas ocasiões fique impossibilitado de realizar suas tarefas cotidianas como ir ao trabalho, a escola entre outras. Por isso, a detecção precoce é de fundamental importância, pois o processo carioso pode ser modificado através de programas preventivos resultando assim na estabilização da lesão. Frente a isso vários fatores podem influenciar no desenvolvimento da cárie dental, a dieta, a susceptibilidade do hospedeiro à doença, a micro biota, a presença ou não do flúor na cavidade oral, o hábito de realizar a higiene oral, a predisposição genética entre outros.

A presença da placa bacteriana na superfície dentária é imprescindível para o processo carioso se desenvolver. Os carboidratos ao serem metabolizados pelos microorganismos provocam a formação de ácidos os quais ocasionam diminuição do pH provocando a desmineralização da superfície dentária. Se houver na cavidade oral fatores protetores como flúor, presença de saliva a remineralização acontecerá, caso contrário o processo carioso iniciará.

Segundo SIQUEIRA et al. (2007) a partir da revisão de vários artigos científicos concluíram que há um alto índice de cárie em comunidades indígenas brasileiras e isso se deve a falta de programas integrais, ou seja, além da população

ter garantido o acesso ao atendimento odontológico é preciso também ter assegurado as atividades de promoção à saúde e prevenção das doenças.

Este problema também é citado por MOIMAZ et al (2001) no qual destacam que a cárie e a doença periodontal são os problemas predominantes na área Odontológica e citam como causas a mudança na dieta, o nível econômico e a falta de programas preventivos. Relatam também qual é a percepção de saúde para uma comunidade indígena no interior de São Paulo. Depois de realizadas as entrevistas observaram que a maioria dos entrevistados relaciona saúde a poder realizar as atividades cotidianas outros, porém em escala decrescente relacionam à ausência de dor, a estética, a higiene, ao bem estar e a viver em comunidade. Quando questionados sobre a saúde bucal uma grande parcela dos entrevistados considera a higiene bucal muito importante, utilizam a escova e creme e uma parcela menor utiliza também o fio dental e o enxaguatório. Sobre as condições bucais a maioria deles relata regular uma parcela muito pequena diz ser ruim mesmo sabendo que quando procuram o atendimento este na maioria das vezes não é restaurador e sim mutilante. Sobre a necessidade de tratamento a maioria deles expõe interesse pela limpeza dos dentes, em segundo as próteses, terceiro as restaurações e exodontias e uma parcela bem inferior vê a necessidade do exame periodontal e outros, porém nem sabem o que realmente precisam.

Diante da gravidade em que se encontra o quadro epidemiológico relacionado à Saúde Bucal nas comunidades indígenas, este trabalho através da revisão sistemática da literatura pretende averiguar se alguns hábitos culturais específicos influenciam no desenvolvimento da cárie dental na população indígena. Dentre os hábitos podemos citar as práticas de auto cuidado, a concepção para os indígenas do processo saúde doença e a influência da interação com a sociedade nacional.

2 – OBJETIVOS

2.1 – Objetivo Geral

- ✓ Verificar se os hábitos culturais específicos dos indígenas influenciam no desenvolvimento da cárie dental;

2.2 – Objetivo Específico

- ✓ Observar a concepção do indígena sobre o processo saúde doença;
- ✓ Constatar se o contato com o não indígena influenciou no aumento do índice de cárie dental;
- ✓ Identificar práticas de auto cuidado;

3 – METODOLOGIA

Através da pesquisa descritiva exploratória iremos averiguar se alguns Hábitos Culturais Específicos dos Indígenas brasileiros influenciam no desenvolvimento da cárie dental nas comunidades indígenas. Na revisão da literatura utilizaremos à base de dados: Scielo, Bireme, Lilacs, além de Manuais Técnicos e Livros que enfocam Aspectos Culturais, Histórico de Contato, Processo Saúde Doença e Práticas de Auto Cuidado em comunidades indígenas. Revisão bibliográfica realizada com artigos referentes ao período de 1954 a 2013.

4 – RESULTADOS

A falta de dados que viabilizasse um delineamento mais amplo do quadro epidemiológico das etnias citadas fez com que este trabalho focasse mais os aspectos culturais, o contato com a sociedade ocidental, o processo saúde doença e um pouco das práticas de auto cuidado utilizadas por algumas comunidades indígenas. Para esta revisão foram analisados no total vinte e seis artigos, enquadrados no aspecto cultural nove estudos, relacionados ao histórico de contato seis, pautados no processo saúde doença dois e nove relacionados às práticas de auto cuidado.

4.1 – Análise da Literatura

4.1.1 - Aspectos Culturais

Segundo LITAIFF (1996) para os indígenas da etnia Guarani as doenças podem ter causa espiritual ou material. As doenças materiais podem ser tratadas pelo médico Juruá (branco, negro ou oriental) ou pelo curandeiro Guarani e as doenças de origem espiritual só podem ser tratadas pelo Pajé e acontecem quando o código de comportamento não é respeitado pelos indígenas como, por exemplo: uso de bebidas alcoólicas, ausência nas orações noturnas, abandono da família e da aldeia, uso de práticas alimentares ocidentais. Os indígenas desta etnia entendem que para se ter saúde é preciso comer, milho, mandioca, feijão, banana, amendoim, palmito e esporadicamente a caça (carne de tatu, veado, tateto e outros), que equilibram e fortalecem o corpo e o espírito. Para o Guarani a terra é uma entidade viva e sagrada, por isso migram constantemente em busca de terras férteis, água pura e em abundância, onde possam plantar, coletar frutos e realizar seus rituais. “““ “Quanto às doenças espirituais acreditam que estas podem ser curadas através do “ritual xamânico”, no qual o Pajé entra em estado de transe através de danças e rezas cantadas, auxiliado também pelo “pety” fumado num cachimbo de barro ou” nó de pinheiro” (“*petynguá*”). Através deste ritual o Pajé visualiza a doença através da fumaça do tabaco exalada sobre a cabeça do doente e desta forma localiza a posição exata do objeto causador do mal, que é sugado e expelido pelo Pajé através da boca, para ser posteriormente enterrado. Em algumas situações o Pajé pode

também determinar a cura através das ervas medicinais, que podem ser ministradas pelos curandeiros e outros especialistas em “remédios do mato”.

De acordo com ANDRADE (2013) na pesquisa de campo realizada entre 2010 e 2011 na Terra Indígena Apucarana no Paraná buscou compreender o sentido para estes indígenas da etnia Kaingang de adoecer e curar focando a utilização dos “remédios do mato”. A concepção de que estar forte é estar protegido das doenças e estar fraco significa estar vulnerável a elas é comum na etnia Kaingang. Essa compreensão é aplicada também aos “remédios do mato” uma vez que estes têm mais força que aqueles provenientes do posto de saúde. Acreditam também que os remédios provenientes da mata fechada têm mais eficácia quando comparados aos plantados pelo homem ou os plantados em locais onde passam pessoas. A maior parte dos “remédios do mato” na Terra Indígena Apucarana é proveniente das plantas, mas existem também provenientes de animais e em menor número, de objetos, como por exemplo, areia ou pedra, que para os Kaingang possuem espírito e agem com intencionalidade. Além destes remédios fazem uso também dos medicamentos receitados pelo médico na Unidade Básica de Saúde. Outro costume é de antes de ingerir o medicamento, colher a planta ou ingerir o chá, “pedir a cura”, pois para o Kaingang a eficácia das plantas ou do medicamento não está só atrelada as suas propriedades farmacológicas, mas também a sua concepção cosmológica. Acreditam também que os medicamentos agem nos efeitos da enfermidade enquanto que os “remédios do mato” agem nas causas da enfermidade.

Nesta etnia também temos os especialistas de cura que são chamados de *Kujá* e o Curador. Este detém o conhecimento sobre os “remédios do mato”, bem como aqueles utilizados para banhos e garrafadas já o *Kujá* é “guiado” por um espírito auxiliar na busca de um “remédio do mato” ou na busca pela cura da doença. É também o espírito auxiliar, “*iangré*”, que o leva e o traz do *mundo dos mortos*, “*Numbê*”, lugar de onde o *Kujá* resgata espíritos perdidos e assim realiza a cura da pessoa (ROSA, 2005).

Segundo ZANETTI 2007 a relação profissional - paciente vai muito além do conhecimento técnico é preciso conhecer a realidade local, criar vínculo com a comunidade; o profissional deve saber transmitir seu conhecimento sem menosprezar a cultura local de forma que estes ensinamentos sejam aceitos e se

tornerem um hábito. Isso só será possível quando o profissional está aberto ao diálogo intercultural, respeita as crenças e costumes dos povos indígenas.

SOUZA e FERREIRA (2012) em sua pesquisa relatam um pouco das representações sócio culturais dos indígenas da etnia Wajãpi no Amapá. Para eles o processo saúde doença é influenciado pela ação de espíritos os quais podem agir como uma agressão mágica no indivíduo doente ou pela contaminação mágica causada pelo contato do indivíduo com certos fluidos, objetos ou pessoas. Esta interpretação vem sofrendo atritos com o sistema médico ocidental o qual vê a doença como uma combinação de sintomas sem interpretar o mundo espiritual.

O distanciamento entre a odontologia ocidental e os saberes tradicionais também é relatado no trabalho de MACHADO JÚNIOR, REYES e DIAS (2012). Neste trabalho abordam uma noção antropológica do indígena e a visão deste sobre os elementos dentais e ainda descrevem a importância da aproximação dos saberes tradicionais com a odontologia ocidental para o trabalho nas aldeias ter resolutividade.

Para exemplificar o exposto acima citamos aqui alguns exemplos da concepção dos dentes: etnias como os *Omaguá* do Alto Solimões e os Mura da região do *Japurá* no Vale do Javari após matar seus inimigos de guerra usavam os dentes humanos em colares como se fossem “troféus” (FERREIRA, 1974). Outros como os antigos *Mayu*, povo não identificado com quem os *Matses* conviveram no passado, faziam uso de um “raspador feito de dentes de inimigos” no preparo de uma bebida de cipó (MATOS, 2009). Além do uso artesanal os dentes para os indígenas fazem parte do corpo e têm um significado especial no contexto sócio cultural, como exemplos podemos citar tabus alimentares que interferem no fortalecimento ou perda dos dentes. Segundo a etnia *Matses* no alto Javari comer fígado de animais como Tracajá, Jabuti enfraquece os dentes, pois o fígado é mole enquanto que comer fígado de Tatu e Preguiça fortalece os dentes, pois o fígado é duro. Utilizam também fios de palha do tucumanzeiro para remover restos alimentares, mastigam um cipó chamado de *shêta-dauë* para eliminar os microorganismos que provocam a cárie e folhas da selva como antiinflamatório para aliviar a dor. Também possuem o costume de enxaguar a boca com água e a realizar a limpeza mecânica dos dentes com os dedos. Acreditam que a esposa não pode fazer sexo com o marido após o parto até que nasçam os dentes na criança, caso contrário enfraquece os dentes. O valor estético também é ressaltado pelos

juvens *Matses* tanto que os indígenas por não ter dentes ao sorrir encobrem a boca (MISSÃO NOVAS TRIBOS DO BRASIL, 2011 a).

4.1.2 - Histórico de Contato

De acordo com LEWIS et al (1964) os primeiros estudos epidemiológicos sobre as condições de saúde bucal datam de 1950 e nessa época se pensava que o contato com o não indígena influenciava no desenvolvimento da cárie dental, esta afirmação atualmente não procede na íntegra, pois conforme estudo de ARANTES (2003) o qual faz uma comparação entre os Xavantes de Pimentel Barbosa, em que o contato com a sociedade nacional já perdura por mais de meio século, com os Enawenê-Nawê em que o contato com os não indígenas aconteceu em meados da década de 1970, nos primeiros mesmo estando a bastante tempo em contato com a sociedade nacional, em sua dieta ainda perduram alimentos oriundos da horticultura, caça e coleta, muitos deles duros e pouco cariogênicos enquanto nos segundos sua subsistência é baseada na caça, coleta, pesca e no cultivo da mandioca e milho. Mingaus de mandioca e de milho adocicados geralmente com mel, é parte importante na dieta dos Enawenê-Nawê. Por isso ao comparar o índice de CPOD e ceo entre os dois grupos ocorreu diferenças marcantes sendo os valores duas a três vezes maiores para os Enawenê-Nawê.

TUMANG e PIEDADE (1968) relatam sobre o inquérito epidemiológico realizado no Parque Nacional do Xingu entre indígenas não civilizados e uma população não indígena civilizada da cidade de Piracicaba. Neste foram analisados o índice de cárie, doença periodontal e higiene oral após análise dos resultados observaram que a população indígena mais isolada apresenta um índice menor de cárie dentária na dentição decídua e permanente, enquanto que a doença periodontal e a falta de higiene oral é mais elevada quando comparada ao não indígena. Segundo os autores isso se deve a dieta não cariogênica consumida pelos indígenas, mas por outro lado à falta de higiene oral favorece o aparecimento dos problemas periodontais.

Estudos demonstram que após o contato com a civilização urbana os indígenas brasileiros alteraram seu hábito alimentar deixaram a caça, a pesca e a coleta de frutos e raízes silvestres e inseriram produtos industrializados os quais

prejudicam a Saúde Bucal e o estado nutricional. Por isso, é importante o fortalecimento das atividades de promoção e assistência à saúde, a educação, saneamento e a agricultura (MOURA; BATISTA; MOREIRA, 2010).

SOUZA e FERREIRA (2012) através de uma pesquisa quali – quantitativa com os indígenas Wajãpi do estado do Amapá buscaram conhecer a concepção e a condição de saúde bucal entre estes indígenas. Os resultados demonstraram que a intensificação do contato com a sociedade nacional introduziu a prática do assalariamento, os hábitos mudaram e houve um aumento no consumo de produtos industrializados. Os profissionais com uma visão etnocêntrica inseriram insumos da odontologia ocidental como: flúor, escova, creme e fio dental, sem um diálogo anterior com estes indígenas para saber qual é a concepção deles sobre as práticas de auto-cuidado e processo saúde doença. Além disso, a falta de informações quanto ao perfil epidemiológico era outro problema a ser enfrentado por isso foi realizado um levantamento levando em conta a prevalência e a história da cárie dental entre os indígenas Wajãpi durante o ano de 2003. Como conclusão identificaram diferenças no acesso ao tratamento odontológico de acordo com a localização das aldeias, pois as aldeias mais próximas ao agente de contato apresentaram uma concentração do componente “perdido” e nas aldeias mais distantes uma concentração do componente “cariado”.

ARANTES, SANTOS e FRAZÃO (2010) avaliaram a experiência de cárie entre subgrupos Xavante que vivem em diferentes Terras Indígenas no Estado do Mato Grosso com o intuito de investigar a presença de desigualdades no interior de uma mesma etnia. Concluíram que a experiência de cárie não é igual entre os Xavante e esta diferença pode estar associada ao acesso e uso pelos indígenas dos serviços de saúde, o contato com a sociedade nacional que introduziu na alimentação produtos industrializados deixando de lado a dieta baseada na coleta de frutos e raízes silvestres, na caça e horticultura e ainda a fatores econômicos, sociais e culturais peculiares desta população.

4.1.3 - Processo Saúde Doença

LANGDON (1999) relata através de um breve histórico as primeiras Conferências de Saúde Indígena realizadas nos anos de 1986 e 1993 nas quais os indígenas reivindicavam uma política de Saúde Indígena mais resolutiva, que

respeitasse as especificidades culturais e práticas tradicionais, expõe também a contribuição dos antropólogos no sentido de aproximar a medicina ocidental da medicina tradicional. Enquanto na primeira a doença é vista como um processo biológico universal na segunda a análise da doença é mais ampla, pois vários fatores podem estar interagindo para desenvolvê-la desde fatores físicos, sociais até os espirituais.

Conforme BERTANHA et al. (2012) desde a criação do Subsistema de Atenção a Saúde Indígena vários avanços se conseguiu. A criação de uma Secretaria responsável exclusivamente pela atenção à saúde dos povos indígenas incide na pretensão destas comunidades, com o intuito de uma atenção em saúde integral e distinta, mas mesmo assim em relação à Saúde Bucal é preciso de melhorias, através do fortalecimento das atividades de promoção de saúde e prevenção das doenças, ampliação do acesso e mais estudos que demonstrem quais são os determinantes do processo saúde doença nestas comunidades. Além disso, relata também a importância dos profissionais se adaptarem a realidade de cada local, executar o trabalho tendo como foco a população e não o indivíduo e o respeito à cultura.

4.1.4 - Práticas de Auto Cuidado

Apesar da dificuldade para os indígenas da etnia Guarani encontrar as ervas medicinais quando as encontram, usam na forma de chá e as consomem em pequenas doses diárias. Dentre as plantas utilizadas podemos destacar Pata de Vaca e Erva de Nossa Senhora ambas usadas pelas parteiras guaranis, Cipó Mil Homens utilizado como antiinflamatório, Erva Cidreira ou Capim como tranqüilizante, Memby Venjá como anticoncepcional e o mel é o mais indicado para doenças pulmonares (LITAIFF, 1991).

LIMA (1954) descreveu a prática da mutilação dentária pelos indígenas da etnia Tenetehára ou Guajajara pertencentes ao grupo lingüístico Tupi Guarani localizados no noroeste do Maranhão com a finalidade de adorno. Para eles os incisivos pontiagudos têm um “que” de graça e beleza. Fazem também esta modificação para não prender carne entre os dentes podendo assim vir a estragar. Neste trabalho também é relatado uma explicação de VAN RIPPEN (1918) para as causas da mutilação dentária em indígenas africanos dentre elas cita: para fins

estéticos e adornos, rito pré nupcial das mulheres em presença do noivo, festejos de iniciação, associação com a prática do canibalismo, para evitar ser morto em guerra, para não permitir beber em sua própria taça dentre outros.

O Livro de Saúde Bucal elaborado pelos indígenas Ticunas em 2002 relata o uso da planta “*Wotch*” na limpeza dos dentes e o uso de um fio dental produzido pela folhas da palmeira de Tucumã. O uso destes métodos para os indígenas Ticunas representa o poder e a independência para resolver seus problemas.

OLIVEIRA (2006) a partir de entrevistas realizadas com indígenas Guarani Mbya residentes na aldeia Boa Vista no município de Ubatuba, São Paulo, descreve representações e práticas em saúde bucal empregadas por estes indígenas, visto que para o guarani a boca não é separada do corpo, visão esta onde tudo está interligado, a natureza, a alma, a pessoa. Dentre os entrevistados está Álvaro indígena guarani o qual relata que os indígenas mais velhos não tinham dor de dente, pois comiam milho, mandioca, ou seja, alimentos não cariogênicos, enquanto as crianças comiam muito açúcar e conseqüentemente tinham dor de dente. Outro relato é do Agente Indígena de Saneamento o qual afirma que após o contato com a sociedade ocidental a alimentação mudou, ficou mais fácil das mães irem para a cidade com as crianças enquanto que no passado só os adultos iam. As crianças antigamente só tinham dor de dente, quando trocavam os dentes, os mais velhos aconselhavam os pais a não deixar as crianças chupar cana, tomar mel enquanto os dentes nascessem e para os dentes não estragar pegavam o osso da asa do morcego na lua nova e passavam o ossinho várias vezes nos dentes. Para cair os dentes, faziam bochecho diariamente com chá de semente de picão. Para o dente ficar forte na passagem da infância para adolescência pegavam o dente de capivara, moíam e com o pó, enxaguavam a boca. Alguns também afiavam os dentes para não estragar. Para tirar o pus usavam folha de batata para bochecho e chá de picão. Relata também a preocupação com os indígenas mais jovens por não seguir mais estes ensinamentos.

PACAGNELLA (2007) em seu trabalho sobre “Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal do Parque Indígena do Xingu, entre os anos de 2001 a 2006” relata o desabafo de uma indígena em uma das oficinas de Saúde Bucal realizadas com as mulheres *Kinsedje* em que no passado, os idosos é que tinham problemas com os dentes e as crianças mesmo não escovando não tinham problemas pois a alimentação era diferente. Atualmente, depois do contato, foram inseridos na

alimentação alimentos cariogênicos e as mães não tinham o hábito de cuidar dos dentes das crianças podendo ser este um dos fatores para elevar o índice de cárie na dentição decídua neste período.

ROCHA, BARROS e NEU (2011) em pesquisa de campo realizada em três Terras Indígenas no Rio Grande do Sul , Terra Indígena Rio da Várzea, Terra Indígena Irai e Terra Indígena Xengu observaram que, apesar do contato com o não indígena, os Kaingang ainda utilizam as plantas medicinais para tratamento de certos problemas de saúde, dentre elas citam a “*Pariparoba*”, utilizada pelos indígenas residentes em Irai para dor de dente.

SOUZA e FERREIRA 2012, em sua pesquisa entrevistaram alguns Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e professores da etnia Wajãpi no Amapá. Um dos agentes relata o uso do “*Kurãpãã*” para limpeza dos dentes e para os mesmos ficarem fortes a semelhança do flúor. Utilizam também esta planta para Candidíase.

RISSARDO et al 2013, realizaram uma pesquisa descritiva na Terra Indígena Faxinal, no Paraná, e procuraram descrever a percepção de dez profissionais de saúde quanto aos fatores da cultura Kaingang que poderiam interferir na realização das práticas de cuidado em idosos neste local. Um dos profissionais entrevistados foi o Cirurgião Dentista, o qual expõe que os indígenas têm o hábito de utilizar os dentes apontados a ponto de ficarem bem afiados e, quando questionados do por que realizam esta prática justificam que fazem comparação dos seus dentes a força da madeira, uma vez que, no seu entendimento, as extremidades da madeira são mais frágeis que seu interior, por isso, os indivíduos dessa etnia afiam os dentes para que só permaneça só sua parte central, entendida por eles como sendo a mais forte. Daí a importância dos profissionais terem uma visão mais holística da saúde e da cultura, tentando sempre associar a prática profissional ao contexto cultural, caso contrário o trabalho em comunidades indígenas estará fadado ao insucesso.

5 – CONCLUSÃO

Ao se tentar compreender o ponto de vista e práticas de saúde existentes em grupos particulares percebe-se que os valores culturais determinam à elucidação do processo saúde–doença. Isso vem ao encontro do que observamos na revisão bibliográfica realizada para este trabalho em que pesquisadores citam em algumas etnias “os espíritos” como causadores das doenças, citam também práticas de autocuidado que, para estes indígenas, são seguidas rigorosamente. Esta concepção de cuidado é vista muitas vezes pelos dentistas e demais profissionais como erradas e por isso continuam a utilizar os instrumentos tradicionais de saúde bucal, como as técnicas de escovação, a ênfase anatômica, a personificação dos elementos dentários e os conceitos quanto à forma, número e função dos dentes. Este tipo de enfoque proporciona a simples adaptação de práticas, a mera tradução dos elementos e não garante ações distintas aos povos indígenas. Por isso a importância de programas de saúde que enfatizem o contexto cultural, o que no momento é pouco utilizado, pois estes têm dado ênfase à organização dos serviços, a estrutura necessária para o programa funcionar e às tentativas de levantamentos epidemiológicos, pilares de um modelo ocidental, cuja base conceitual visa à cura, restrita principalmente ao componente físico da doença. Este trabalho cada vez mais individualizado enfraquece o controle social e desvaloriza a percepção indígena de saúde.

Na revisão bibliográfica realizada há trabalhos descrevendo as representações e apropriações indígenas de algumas etnias, no entanto na prática, faltam informações epidemiológicas que utilizem à mesma metodologia de trabalho e a mesma faixa etária para que estas possam ser acompanhadas ao longo do tempo e com isso elucidaria se os hábitos empregados por estas etnias influenciam no desenvolvimento da cárie dental.

Nesta revisão há consenso pelos pesquisadores de que os problemas decorrentes do contato como mudanças na forma de sustento, introduzindo na alimentação produtos industrializados, repercutiram negativamente na Saúde Bucal destes povos, mas não há relatos afirmando que as práticas de auto cuidado, os

aspectos culturais e a concepção do processo saúde doença influenciem no aparecimento da cárie dental nas comunidades indígenas.

Por isso, é fundamental que as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, em especial os dentistas, realizarem um trabalho integrado e multiprofissional em parceria com o controle social e comunidades indígenas, pois os profissionais devem estar sensíveis às diferentes representações, hábitos e práticas de saúde já existentes. Desta forma o resultado das ações realizadas serão mais efetivas e duradouras, pois estreitarão o vínculo com estas comunidades.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, E. T. J. Sistema Médico Kaingang: Conhecimentos e Utilização de “Remédios do Mato” na Terra Indígena Apucarana. **Revista da Universidade de São Paulo**, São Paulo, n.5, p. 75-85, 2013;

ARANTES, R. Saúde Bucal dos Povos Indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Editora **Fiocruz/ABRASCO**. Rio de Janeiro, p. 49-72, 2003;

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; FRAZÃO, P. Diferenciais de Cárie Dentária entre os Índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. São Paulo, v. 13, n.2, jun. 2010;

ARANTES, R.; FRAZÃO, P. Cárie Dentária para os Indígenas do Brasil: Implicações para os Programas de Saúde. **Actas de Saúde Coletiva**, p. 169-180, 2013;

BERTANHA, W. F. F. et al. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v.16, n.1, p. 105 – 112, 2012;

FERREIRA, A. R. **Viagem Filosófica pelas Capitanias do grão Pará, Rio Negro, Mato Grosso e Guaíba**, São Paulo: Conselho Federal de Cultura, 1974. (Memória Antropologia);

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**, 2º ed. Brasília, 2002;

HENRIQUES, M.; AZEVEDO, A.; MELO, P. Cárie Dentária – a Doença antes da Cavidade. **Sociedade Portuguesa de Pediatria** – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, v.39, n.6, p. 253-259, 2008;

LANGDON, E. J. Saúde e Povos Indígenas: Os Desafios na Virada do Século. **V Congresso Latino Americano de Ciências**, Quito Equador, 1999;

LEWIS. M. et al. Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso, 1964;

LIMA. E. L. Deformações Tegumentares e Mutilação Dentária entre os Índios Tenetehára. **Boletim do Museu Nacional**, Rio de Janeiro, n.16, 1954;

LITAIFF, A. O Sistema Médico Guarani. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, v.14, n.19, p. 107-115, 1996;

LITAIFF, A. **As Divinas Palavras: Representações Étnicas dos Mbya-Guarani**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1991. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social;

MATOS, B. A. **Os Matses e os Outros: Elementos para a Etnografia de um Povo Indígena do Javari**. Dissertação, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, 2009;

MACHADO JR, E. V.; REYES, M. A. M.; DIAS, R. L. Odontologia na Aldeia: a Saúde Bucal Indígena numa Perspectiva Antropológica. **Revista de Antropologia**, Brasília, v.5, n.4, p. 182-222, maio. 2012;

MISSÃO, N. T. B. Cultura Mayoruna. Banco de Dados de Campo do Período de 1997 a 2007. Manaus: Consultoria, 2011 a. Mimeo;

MOIMAZ, S. A. S. et al. Percepção de Saúde Bucal em uma Comunidade Indígena no Brasil. **Revista da Faculdade de Odontologia de Lins**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.60-65, jan./jun. 2001;

MOURA, P. G.; BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M. População Indígena: uma Reflexão sobre a Influência da Civilização Urbana no Estado Nutricional e na Saúde Bucal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, nº. 3, maio./jun. 2010;

MELO.C.B.; LIMA, C. M. A. Estudo Epidemiológico da Cárie Dentária no Brasil, Período de 1986 a 2003, 2009;

OLIVEIRA, M. A. **Representações e Práticas em Saúde Bucal entre os Guarani Mbya da Aldeia Boa Vista no Município de Ubatuba**. Dissertação, Programa de Pós Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2006;

Organização Geral dos Professores Ticunas Bilíngües. Produção de material didático. Livro de Saúde Bucal, 2002. Disponível em: <http://www.ogptb.org.br/matdid.htm>;

PACAGNELLA, R. **Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal da População do Parque Indígena do Xingu, entre os anos de 2001 e 2006**. Dissertação, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007;

SANTOS, R. V.; COIMBRA JUNIOR. Cenários e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil. **Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil**, Rio de Janeiro, p. 13-47, 2003;

SANTOS, R. V. O “Indígena” que emerge do Censo Demográfico de 2010. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1048-1049, jun. 2011;

SIQUEIRA, J. S. et al. Perfil da Doença Cárie em Comunidades Indígenas Brasileiras. **XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação** – Universidade do Vale do Paraíba, Paraíba 2007;

RISSARDO, L. K. et al. Fatores da Cultura Kaingang que Interferem no Cuidado ao Idoso: Olhar dos Profissionais de Saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.21, n.6, nov./dez. 2013;

ROCHA, C. C.; BARROS, K. F. G.; NEU, V. Etnoconhecimento utilizado pelos Índios Kaingang da Região Sul do Brasil. **Anais do 9º Seminário Anual de Iniciação Científica**, 2011;

ROSA, R. R. Os Kujá são diferentes: **Um estudo etnológico do complexo xamânico dos Kaingang da Terra Indígena Votouro**. Porto Alegre: Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, 2005. Tese, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005;

SOUZA, T. A. C.; FERREIRA, E. F. A Saúde Bucal no Povo Indígena Wajãpi do Estado do Amapá. **Revista Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.1, 2012;

TUMANG, A. J.; PIEDADE, E. F. Cárie Dental, Doenças Periodontais e Higiene Oral em Indígenas Brasileiros. **Boletín de La Oficina Sanitária Pan-americana**, p. 103–109, fev. 1968;

ZANETTI, C. H. G. A Formação do Cirurgião Dentista. In: DIAS, Aldo Angelim (org) **Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas**. São Paulo: Ed. Santos, p. 21-41, 2006.