

Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura

Oral Health Care in Indigenous Communities: Evolution and Challenges – a Literature Review

WÂNIA DE FÁTIMA FARAONI BERTANHA¹
GIGLIANA MARIA SOBRAL CAVALCANTE¹
ALESSANDRO LEITE CAVALCANTI²
THULIO ANTUNES DE ARRUDA³
SÉRGIO D'ÁVILA³

RESUMO

Objetivo: Este artigo de revisão de literatura tem como objetivo apontar os aspectos relativos à atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas, destacando-se a evolução e os desafios. *Material e Métodos:* O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: Pubmed, SciELO, BBO e LILACS. *Resultados:* O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena tem apresentado evoluções desde sua implantação. A criação de uma nova Secretaria no Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Atenção à Saúde Indígena, responsável exclusivamente pela atenção à saúde dos povos indígenas, vem ao encontro dos anseios dessas comunidades, dos profissionais e gestores, na expectativa de uma atenção em saúde integral e diferenciada. Uma das primeiras iniciativas desta Secretaria consistiu na implantação do Brasil Sorridente Indígena, visando acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal e garantindo assistência odontológica integral a estes povos. Os desafios para o atendimento odontológico em área indígena são diversos, posto que aspectos geográficos, linguísticos e culturais representam dificuldades na atenção à saúde dessa população. *Conclusão:* É importante que o profissional adquira competência cultural, transcendendo os limites de um modelo assistencialista com foco no indivíduo, privilegiando a prevenção com o olhar voltado à coletividade, respeitando e valorizando os aspectos sociais e culturais dos povos indígenas.

DESCRIPTORIOS

Saúde Bucal. Políticas Públicas de Saúde. Saúde Indígena. Índios Sul-Americanos.

SUMMARY

Objective: The aim of this literature review is to investigate aspects on oral health care in indigenous communities, highlighting the progress and challenges. *Material and Methods* The literature search was conducted in the databases: PubMed, SciELO, BBO and LILACS. *Results:* The Subsystem for Indigenous Healthcare has evolved since its inception. The creation of a new department within the Ministry of Health, the Special Secretariat for Indigenous Healthcare, responsible solely for health care of indigenous people, aimed to meet the expectations of these communities, professionals and managers regarding comprehensive and differentiated health care. One of the first initiatives of the Department was establishing the Indigenous Smiling Brazil program, which has the purpose of providing access to dental care in the local settlements by improving the structure and quality of oral health services, and by ensuring comprehensive dental care for these people. The challenges of providing dental care in indigenous areas are diverse, due to difficult geographical, linguistic and cultural aspects. *Conclusion:* It is important for health professionals to acquire cultural competence, and to transcend the boundaries of an assistance model focused on the individual, emphasizing prevention under a collective view, respecting and valuing social and cultural aspects of indigenous peoples.

DESCRIPTORS

Oral Health. Health Public Policy. Indigenous Health. Indians. South American.

- 1 Mestranda em Odontologia pelo Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil.
- 2 Professor do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
- 3 Professor do Programa de Pós-Graduação em Odontologia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Campina Grande/PB, Brasil.

Os indígenas do Brasil perfazem um total de 547 mil, distribuídos em 4.200 comunidades, abrangendo 225 etnias, sendo faladas mais de 170 línguas maternas (BRASIL, 2009a, ISA, 2010). A atenção à saúde destes povos, que apresentam características peculiares de organização social, política e cultural e habitam regiões distantes e isoladas, se constitui uma das missões mais difíceis do Estado Brasileiro (BRASIL, 2004, BRASIL, 2009b). São muitos os desafios a serem superados quando se trata de assistência à saúde indígena, tais como culturais, linguísticos e geográficos.

Os povos indígenas brasileiros recebem assistência à saúde através do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, garantindo o respeito às suas peculiaridades culturais.

O modelo de assistência à saúde bucal do Sistema Único de Saúde, de acordo com a Política Nacional de Saúde Bucal, tem como um dos seus pilares e eixo estratégico a Atenção Básica. É desenvolvido através de práticas sanitárias e gerenciais e de uma equipe, direcionada a determinadas populações de territórios bem delimitados (BRASIL, 2006) e com relação aos povos indígenas através do Departamento de Atenção à Saúde Indígena e Distritos Sanitários Especiais Indígenas, integrantes da Secretaria Especial de Saúde Indígena.

Este estudo tem como objetivos apontar os aspectos relativos à saúde bucal nas comunidades indígenas e mostrar a organização dos serviços, de acordo com o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena e com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, destacando-se a evolução e os desafios de um modelo de assistência à saúde bucal.

MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: Pubmed, SciELO, BBO e LILACS.

REVISÃO DE LITERATURA

A Atenção à Saúde Indígena

Os primeiros cuidados de saúde foram proporcionados aos grupos indígenas por missões religiosas, sendo que a primeira política indigenista instituída pelo Estado Brasileiro foi o Serviço de Proteção ao Índio (SPI), criado em 1910, que permaneceu até 1967 (COSTA, 1987, CONFALONIERE, 1989).

Durante este período foi institucionalizado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), em 1956, pelo médico e indigenista Noel Nutels, que realizava ações de controle da tuberculose, vacinação, doenças transmissíveis e atendimento odontológico, apoiado pela Força Aérea Brasileira (FAB), através do Correio Aéreo Sanitário, ligado ao Correio Aéreo Nacional, transportando material e as equipes de saúde (COSTA, 1987).

A partir de 1967 a assistência à saúde destes povos passou para a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada através do Decreto Lei nº 5.371, vinculada ao Ministério da Justiça, que atuou até 1999. Este órgão criou as Equipes Volantes de Saúde (EVSs), baseado no modelo de atenção do SUSA, que representavam um dos pilares dos serviços e das ações (COSTA, 1987, SELAU, 1992, BRASIL, 2000, BRASIL, 2004).

Após este período, a Fundação Nacional de Saúde assumiu a responsabilidade pelos cuidados e atendimento aos povos indígenas, através do Decreto Lei nº 3.156, de 27/9/1999, permanecendo até 2010, quando foi criada a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), no âmbito do Ministério da Saúde, por meio do Decreto nº 7.336 de 19/10/2010, que passa a coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo o território nacional (BRASIL, 2004, BRASIL, 2010, BRASIL, 2011).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011).

A atenção à saúde dos povos indígenas foi organizada por meio da Lei n. 9.836, de 23 de setembro de 1999, denominada Lei Arouca, que criou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, vinculado ao Sistema Único de Saúde, englobando os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2004).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), em número de trinta e quatro, prestam atenção básica à população indígena de forma hierarquizada e integrada, com complexidade crescente e devidamente articulada com a rede do SUS. Têm como instância regional o Pólo-base, através da atuação de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena. Consistem em unidades descentralizadas e autônomas e são considerados espaços étnicos, sociais, dinâmicos, geográficos,

populacionais e administrativos bem delimitados, não coincidentes com os limites de estados e municípios onde estão localizadas as Terras Indígenas (BRASIL, 2004, BRASIL, 2009c, AITH, 2009). A assistência à saúde prestada a estes povos tem como princípios o respeito pelos seus sistemas tradicionais e o reconhecimento da sua diversidade social e cultural (BRASIL, 2002).

A Saúde bucal como parte do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

São escassos os registros sobre a atenção em saúde bucal indígena. Sabe-se que a partir da política indigenista de Noel Nutels, através do SUS, além das ações de vacinação e cadastro torácico para tuberculose, extrações dentárias também eram realizadas pelas equipes de saúde, integradas por um médico, uma enfermeira, um bioquímico e um cirurgião-dentista (COSTA, 1987).

Essas ações também foram executadas pelas Equipes Volantes de Saúde (EVS), a cargo da FUNAI, que assistiam as populações indígenas na área médica, odontológica e farmacêutica, através de visitas periódicas. Tais ações caracterizavam-se pela descontinuidade e fragmentação, além de serem predominantemente curativas, sem garantia para execução de tratamentos prolongados (VERANI, 1998, BRASIL, 2000, BRASIL, 2004).

Observa-se que até a criação da Política Nacional de Saúde Bucal (2004), denominada Brasil Sorridente, as ações em favor dos indígenas eram pontuais e localizadas (BRASIL, 2009b). A normatização da assistência em saúde bucal teve início com a construção do documento “Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas”, que orienta a prestação de assistência à saúde bucal no âmbito dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Este documento, publicado em 2006, teve como referência o relatório de oficinas macrorregionais, ocasião em que foi discutida a organização do sistema local de saúde bucal e a avaliação das ações desenvolvidas, promovendo a socialização das experiências locais (BRASIL, 2007). A consolidação da sua implantação se deu em 2008, com 100% de cobertura, abrangendo desta forma os 34 DSEIs (BRASIL, 2009a).

Nesta perspectiva a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, enfatiza a execução de ações educativas, preventivas e reabilitadora em saúde bucal, aliadas à manutenção das práticas tradicionais e respeito à cultura (BRASIL, 2007). Com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, foi lançado o Programa Brasil Sorridente Indígena, que tem como objetivos

ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas, garantindo assistência odontológica integral aos povos indígenas (BRASIL, 2011).

Com relação às condições de saúde bucal dos povos indígenas, estudos mostram uma associação entre a deterioração da saúde bucal e o consumo de alimentos industrializados, envolvendo também a precariedade da atenção odontológica (CARNEIRO; SANTOS; ARNELO *et al.*, 2008). Há indícios de que o aumento da prevalência de cárie nas populações indígenas possa ser atribuído às mudanças na dieta, aliado às modificações sócio-econômicas, ambientais e à falta de programas preventivos (ARANTES *et al.*, 2001, ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2009). CONFALONIERE (1989) identificou a transição epidemiológica e a transculturação no surgimento de doenças de um modo geral e de abscessos dentários.

Deste modo, notam-se altos índices de cárie dentária, como mostram alguns estudos epidemiológicos realizados em populações indígenas, tais como nos povos *Baniwa* do Alto Rio Negro, Amazonas (CARNEIRO; SANTOS; ARNELO *et al.*, 2008), *Guarani* do Rio de Janeiro (ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2009), *Xavante* de Pimentel Barbosa, Mato Grosso (ARANTES *et al.*, 2001) e *Aweti, Kamaiurá, Mehinako* e *Yawalapiti* do Parque Indígena do Xingu, Mato Grosso (RIGONATTO *et al.*, 2001).

ARANTES *et al.* (2010) avaliaram os níveis de experiência de cárie entre subgrupos *Xavante*, no Mato Grosso, com o objetivo de investigar desigualdades dentro de uma mesma etnia indígena e concluíram que a transição em saúde bucal é heterogênea entre os *Xavante* e que as diferenças podem estar relacionadas aos fatores demográficos, ao processo histórico de interação com sociedade não-indígena, às características sócio-culturais e econômicas e ao acesso e utilização de serviços.

Observa-se que são várias as barreiras encontradas diante do atendimento odontológico nas aldeias, destacando-se as tecnológicas, geográficas, ambientais, linguísticas e culturais. Este atendimento, geralmente, é realizado nos centros comunitários ou em casas típicas indígenas, onde as cadeiras odontológicas são substituídas por mesas, cadeiras ou pequenos bancos próximos de uma fonte natural de luz. Os equipamentos necessitam de geradores de energia, como no Alto Rio Negro, Amazonas (SOARES, 2006).

Em meio às dificuldades operacionais, o documento “Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas” aponta como objetivo a adequação das práticas onde não existam consultórios

odontológicos, sendo deste modo viável e adequada a utilização do tratamento restaurador atraumático (ART), em função também do baixo custo operacional, da simplicidade da técnica e da possibilidade da execução do tratamento sem uso de energia elétrica (BRASIL, 2007).

A construção de um modelo de atenção em saúde bucal no Médio e Baixo Xingu, através de uma parceria entre a UNIFESP, FORP-USP e a Colgate®, possibilitou a horizontalização das ações de saúde bucal e a sua integração com outras áreas da saúde. As ações de promoção de saúde são descentralizadas, multiplicativas e compartilhadas com os agentes indígenas de saúde, professores, pajés, pais e outros, sob a responsabilidade e orientação da equipe (LEMOS *et al.*, 2010).

Neste contexto, um trabalho desenvolvido pela Organização Geral dos Professores *Ticuna* Bilíngues, abrangendo escolas municipais de aldeias localizadas em uma extensa região do Estado do Amazonas, os professores são preparados para trabalhar a prevenção das doenças bucais em sala de aula e na comunidade, realizando atividades de educação em saúde (GRUBER, 2003).

Os agentes indígenas de saúde são definidos como base de mediação entre os saberes e práticas tradicionais e biomédicas de atenção à saúde (LANGDON *et al.*, 2006, LANGDON *et al.*, 2007). Na saúde bucal desempenham ações educativas e de prevenção nas comunidades, realizam visita domiciliar, encaminham o usuário para o atendimento individual executado pelo dentista, prestam orientação sobre doenças bucais, realizam escovação supervisionada, distribuem materiais de higiene oral, orientam sobre os cuidados de higiene e conservação das escovas e cremes dentais, organizam o descarte das escovas, tubos de cremes dentais e de fios dentais e desenvolvem as atividades de saúde bucal em conjunto com os professores das escolas indígenas (BRASIL, 2007).

Uma articulação entre o sistema médico indígena e o biomédico deve ser considerada, assim como o respeito aos aspectos culturais, quando se refere à assistência à saúde em comunidades indígenas (GIL, 2007).

MUNANGA (2007) afirmou que deveria ser proporcionada uma assistência diferenciada pelos profissionais de saúde para determinados grupos populacionais, tais como os indígenas, permitindo atenção especial em decorrência de diversidades culturais e étnicas. A atuação dos profissionais de saúde deve envolver a dinâmica social destas comunidades, superando o “choque cultural”, procurando entender como eles se cuidam, sem pretensões de estabelecer regras (OLIVEIRA, 2006). O profissional de saúde

indígena deve ter conhecimento e respeito aos aspectos culturais dos povos com o quais trabalha, agindo com disponibilidade e motivação, atuando em equipe e se relacionando bem com as comunidades e com os agentes indígenas de saúde (HAYD *et al.*, 2008). Por sua vez, a equipe de saúde bucal que atua em comunidades indígenas deve conhecer as principais barreiras que prejudicam a operacionalização de suas ações e construir instrumentos culturalmente diferenciados, assim como um vínculo com a comunidade (SOUZA, 2005).

Atuavam na saúde bucal indígena, em 2007, cento e noventa e oito cirurgiões-dentistas distribuídos nos trinta e quatro DSEIs (ALVES FILHO, 2007). No ano de 2009 se encontravam em atividade e contratados quinhentos e quatorze profissionais (BRASIL, 2009b).

A promoção de saúde, realizada com minorias étnicas, requer dos técnicos e pesquisadores formação antropológica, para identificar as nuances culturais presentes na etnografia e história da população estudada, de modo que o trabalho seja realizado com compromisso étnico-social (PIUZEVA *et al.*, 2005).

Outro aspecto importante diz respeito ao monitoramento das ações por meio do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena (SIASI). Com relação à saúde bucal já se encontra disponível um módulo específico, que tem como objetivos monitorar os indicadores epidemiológicos de cárie e doença periodontal dos indígenas e os procedimentos individuais e coletivos e registrar os dados referentes à produtividade e aos levantamentos por aldeia e perfis por etnia (BRASIL, 2009b).

DISCUSSÃO

As diferenças étnicas e culturais características dos povos indígenas brasileiros, assim como o difícil acesso geográfico às comunidades, são consideradas dificuldades na atenção à saúde desses povos.

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, integrante do Sistema Único de Saúde, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas é um modelo de assistência que respeita os sistemas tradicionais de saúde, o que é considerado primordial para estes povos, que entendem o processo saúde-doença de forma coletiva e multifatorial, com determinantes sociais e culturais. Segundo AITH (2009), os serviços públicos de saúde prestados pelo Sistema Único de Saúde estão assegurados pelo Estatuto do Índio, garantindo o respeito às suas peculiaridades culturais.

Ressalta-se que os indígenas dispõem de seus próprios sistemas de interpretação, prevenção e de

tratamento das doenças. Deste modo, MENTA (2002) observou que o processo saúde-doença dos povos indígenas manifesta-se, empírica e nitidamente, mais no âmbito coletivo, do que no individual, sendo que as doenças podem ter diferentes etiologias como fuga da alma, feitiçaria xamânica, explicações naturais, sobrenaturais, entre outras. MUNANGA (2007) citou como causas a inveja, a vingança e a punição por transgressão de regras ou descontentamento dos ancestrais, deuses e espíritos da família, diante da ausência de cultos.

No contexto da saúde bucal direcionada à população brasileira em geral, muitos avanços ocorreram na prevenção e no controle da cárie e de outras doenças bucais. No entanto, em se tratando especificamente da saúde bucal dos povos indígenas, esta evolução é incipiente, sendo realizada inicialmente pelo SUSA e depois pelas EVSs, com ações predominantemente curativas e não executando tratamentos prolongados, conforme relataram diversos pesquisadores (CONFALONIERE, 1989, COSTA, 1987, SELAU, 1992, VERANI, 1998). Somente nos últimos anos foi dada uma efetiva atenção a essas comunidades, período em que a saúde indígena esteve sob cuidados da Fundação Nacional de Saúde e após o Programa Brasil Sorridente.

Destaca-se que o relatório final da 3ª Conferência de Saúde Bucal apresentou como proposta para melhoria da saúde bucal indígena, o estímulo ao diálogo e a pactuação entre prefeituras, organizações da sociedade civil e o órgão responsável pela saúde indígena (BRASIL, 2005).

PIUZEVAM *et al.* (2005) verificaram entre os povos *Tremembé* (Ceará) uma saúde bucal precária, onde as mudanças de hábitos alimentares, associada à falta de atenção à saúde bucal e práticas basicamente curativas são as causas de tal situação e segundo RIGONATTO *et al.* (2001) as alterações em padrões alimentares e culturais dos povos indígenas xinguanos, fortalecem a necessidade de iniciativas de promoção de saúde dirigidas a estes grupos. Portanto, a introdução de alimentos industrializados, principalmente do açúcar, é um fator importante no quadro atual das condições de saúde bucal dos povos indígenas (ARANTES *et al.*, 2001).

Desta forma, a população indígena brasileira tem sido alvo de preocupação diante das suas condições de saúde bucal, destacando-se que a doença cárie e a doença periodontal são as mais prevalentes na odontologia (MOIMAZ *et al.*, 2001).

Torna-se importante que sejam implementados programas de promoção em saúde bucal e preventivos,

entre outras iniciativas, visando a difundir a prática da higienização sistemática e o uso de dentifrícios fluoretados, mediante a situação de deterioração das condições de saúde bucal como verificado com a etnia *Xavante* (ARANTES *et al.*, 2001).

Programas de saúde mais eficientes, abrangendo uma adequada alocação de recursos, estabelecendo a necessidade de profissionais ou a criação de programas especiais para cada segmento populacional, podem ser estruturados a partir um maior conhecimento sobre os determinantes locais e regionais e estudos epidemiológicos (ARANTES *et al.*, 2010). Nesse sentido, LEMOS *et al.*, (2010) demonstraram um programa de saúde bucal diferenciado, desenvolvido através de parcerias, como no Médio e Baixo Xingu/MT, permitindo integralidade no modelo, ações executadas de forma compartilhada, interação entre a comunidade e a equipe de saúde bucal e desenvolvendo meios de sensibilizar no indivíduo a importância das ações de saúde coletiva. Mostram que na construção do modelo cada situação é única, não sendo possível ser reproduzível.

Mesmo com o aumento expressivo do número de dentistas atuantes na assistência aos indígenas (ALVES FILHO, 2007, BRASIL, 2009b) a ampliação da atenção à saúde bucal se faz necessária, levando-se em consideração a complexidade dos aspectos socio-culturais destes povos.

De acordo com SOARES (2006) os desafios no atendimento odontológico em áreas indígenas são diversificados, envolvendo desde a estrutura física até os aspectos geográficos, culturais e linguísticos. Corroborando com tal afirmação, CONFALONIERE (1989) reportou que a maioria das comunidades indígenas brasileiras se localiza no Centro-Oeste e em regiões distantes da Amazônia, constituindo-se em aldeias mais ou menos esparsas e de baixa densidade demográfica, o que implica em dificuldades de acesso a elas.

Embora estas dificuldades estejam presentes, o atendimento odontológico em área indígena é realizado tanto nas aldeias como nas Unidades Básicas de Saúde dos Pólos-base, onde estão instalados os consultórios odontológicos, utilizando-se em alguns locais geradores de energia. Desta forma, torna-se importante, estudar meios de proporcionar melhorias na infraestrutura, permitindo a utilização de equipamentos necessários para o atendimento odontológico, proporcionando melhorias na assistência e melhores condições de trabalho aos profissionais.

Na saúde indígena, a educação em saúde deve ser realizada respeitando as peculiaridades e espe-

cificidades culturais, produzindo material didático com a participação da comunidade, construindo conhecimentos e interagindo o saber indígena com o saber da equipe de saúde bucal. Essa estratégia demonstra melhores resultados se comparada à utilização de materiais não elaborados pelos próprios indígenas (SOARES, 2006).

Torna-se prioritário, portanto, a viabilização de recursos para confecção, impressão e editoração de materiais didático-pedagógicos que levam em consideração a realidade local, com textos escritos na língua materna e desenhos produzidos durante capacitações e oficinas, por integrantes da comunidade, tais como professores indígenas, agentes indígenas de saúde, agentes indígenas de saneamento, escolares e conselheiros de saúde, dentre outros.

Deste modo, verifica-se que atuação dos agentes indígenas de saúde se faz presente na execução das ações de saúde bucal e conforme relatado por LEMOS *et al.* (2010), representam uma ponte entre a equipe e a população indígena, principalmente nos aspectos relativos à abordagem, linguagem e convivência nas suas comunidades.

Critérios definidos para atuar na saúde indígena como disponibilidade, qualificação e perfil de recursos humanos também se constituem desafios além dos requisitos citados por PIUZEVA *et al.* (2005), SOUZA (2005) e HAYD *et al.* (2008). Desse modo, a rotatividade profissional apresenta-se como um fator de dificuldade para a execução das ações efetivas nas aldeias (GARNELO; MACEDO; BRANDÃO, 2003). Verifica-se, portanto, a necessidade de capacitações antropológicas de forma continuada e de reavaliar os fatores que propiciam a rotatividade profissional, possibilitando melhores condições de assistência em saúde bucal a estes povos.

É importante que o Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena seja alimentado no contexto da saúde bucal e as informações necessárias à expansão de conhecimento sobre a saúde bucal desses povos sejam socializadas (ALVES FILHO, 2007). Importantes estudos poderão ser realizados a partir dos dados referentes à atenção a esta população.

As condições de saúde bucal dos povos indígenas permanecem largamente desconhecidas, necessitando-se de uma reversão deste quadro, pois o conhecimento da situação epidemiológica é de suma importância para o planejamento e execução das atividades de atenção. No entanto, poucos levantamentos das condições de saúde bucal indígena foram executados até o momento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, um modelo de atenção diferenciado, que respeita os métodos de tratamento tradicionais e a diversidade cultural e social dos povos indígenas, tem apresentado evoluções desde sua implantação, em 1999. A criação de uma nova Secretaria, responsável exclusivamente pela atenção à saúde dos povos indígenas, vem ao encontro dos anseios destas comunidades, dos profissionais e gestores, na expectativa de uma atenção em saúde integral e diferenciada, que proporcione qualidade de vida a estes povos.

Verifica-se a necessidade de melhorias nas condições de saúde bucal dos povos indígenas, o que pode ser alcançado por meio de estudos epidemiológicos abrangendo os determinantes locais e regionais, fortalecimento das ações de promoção de saúde e prevenção e ampliação da atenção. Deste modo, a implantação do Brasil Sorridente Indígena possibilitará um maior acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal e garantindo assistência odontológica integral a essa população.

Os desafios para o atendimento odontológico em área indígena são diversos, onde os aspectos geográficos, linguísticos e culturais representam dificuldades na atenção à saúde desta população. Assim, torna-se importante que o profissional adquira competência cultural, transcendendo os limites de um modelo assistencialista com foco no indivíduo, privilegiando a prevenção com o olhar voltado à coletividade, respeitando e valorizando os aspectos sociais e culturais dos povos indígenas.

REFERÊNCIAS

1. ALTH F. Saúde Indígena no Brasil: atual quadro jurídico-administrativo do Estado Brasileiro e desafios para a garantia do direito à Saúde da população indígena. *Revista de Direito Sanitário*, 9(3):115-32, 2009.
2. ALVES FILHO PA. *Saúde bucal dos Índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro*. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2007. 110f.
3. ALVES FILHO PA, SANTOS RV, VETTORE MV. Saúde bucal dos índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(1): 37-46, 2009.
4. ARANTES AR, SANTOS RV, COIMBRA JÚNIOR CEA. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(2): 375-384, 2001.
5. ARANTES AR, SANTOS RV, FRAZÃO P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(2): 223-236, 2010.
6. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. Aprovada em caráter preliminar no Conselho Nacional de Saúde/MS. Brasília: Funasa/Ministério da Saúde; 2000. 24p.
7. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas*. 2. ed. Brasília: Funasa/Ministério da Saúde. 2002. 42p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatório da 3ª Conferência de Saúde Bucal*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 148p.
9. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. 100 anos de Saúde Pública. A visão da Funasa. Brasília: Funasa/Ministério da Saúde; 2004. 231p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos da Atenção Básica n. 17: Saúde Bucal*. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 92p.
11. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico*. Brasília: Funasa/Ministério da Saúde; 2007. 68p.
12. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Saúde indígena. *Funasa em Revista*, 4(3):28-37, 2009a.
13. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena. Brasília: Funasa/Ministério da Saúde; 2009b. 112p.
14. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Enfim a autonomia. *Funasa em Revista*, 4(2):40, 2009c.
15. BRASIL. Lei 12.314/2010. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Diário Oficial da União, 20 agosto de 2010a. p. 4-6.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Conheça a Sesai. 2010 b. [Acesso em 21 Out 2010]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Conheça a SESA. [Acesso em 4 Maio 2011]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>.
18. CARNEIRO MCG, SANTOS RV, GARNELO L, REBELO MAB, COIMBRA JÚNIOR CEA. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6):1985-1992, 2008.
19. CONFALONIERE UEC. Sistema Único de Saúde e as Populações Indígenas: Por uma Integração Diferenciada. *Cadernos de Saúde Pública*, 5(4):441-450, 1989.
20. COSTA DC. Política Indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cadernos de Saúde Pública*, 4(3): 388-401, 1987.
21. GARNELO L, MACEDO G, BRANDÃO LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde indígena no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. 120p.
22. GIL LP. Políticas de saúde, pluralidade terapêutica e identidade na Amazônia. *Saúde & Sociedade*, 16(2): 48-60, 2007.
23. GRUBER JG. Projeto educação Ticuna: arte e formação de professores indígenas. *Em Aberto*, 20: 130-142, 2003.
24. HAYD RLN, OLIVARES AIO, FERREIRA MLS, LUITGARDS-MOURA JF. Um olhar sobre a saúde indígena no Estado de Roraima. *Mens Agitat*, 3(1): 89-98, 2008.
25. Instituto Sócio-Ambiental (ISA). Os Índios do Brasil. In: Povos Indígenas [online]. [Acesso em 01 Mar 2010]. Disponível em: <<http://www.socioambiental.org/prg/pib.shtm>>.
26. LANGDON EJ, DIEHL EE, WILK FB, DIAS-SCOPEL R. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(12): 2637-2646, 2006.
27. LANGDON EJ, DIEHL EE. Participação e autonomia nos espaços interculturais de Saúde Indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. *Saúde & Sociedade*, 16(2): 19-36, 2007.
28. LEMOS PN, HIROOKA LB, NUNES SAC, ARANTES R, MESTRINER SF, MESTRINER JÚNIOR W. O modelo de atenção à saúde bucal no médio e baixo Xingu: Parcerias, processos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(1): 1449-1456, 2010.
29. MENTA SA. Processo saúde-doença entre populações indígenas brasileiras: uma questão conceitual e instrumental. *Tellus*, 2(2): 65-72, 2002.
30. MOIMAZ SAS, SALIBA NA, GRABIN CA, BERGAMASCHI JÚNIOR E, SOUZA JEA. Percepção de saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*, 13(1): 60-65, 2001.
31. MUNANGA K. Saúde e diversidade. *Saúde & Sociedade*, 16(2): 13-15, 2007.
32. OLIVEIRA MA. Representações e práticas em saúde bucal entre os Guarani Mbyá da aldeia Boa Vista no município de Ubatuba, São Paulo, 2006. Dissertação [Mestrado em Ciências]. Coordenadoria do Controle das Doenças da Secretaria do Estado de São Paulo, São Paulo. 84f.
33. PIUZEVA G, ALVES FCSM, RONCALLI GA. Ações de promoção em saúde bucal: um estudo com o povo indígena Tremembé, Ceará. *Robrac*, 14(37): 60-65, 2005.
34. RIGONATTO DDL, ANTUNES JLF, FRAZÃO P. Dental caries experience in indians of the upper Xingu, Brazil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 43(2): 93-98, 2001.

35. SELAU MGG. *A Política indigenista governamental: Aspectos ideológicos e administrativos da ação médico-sanitária entre as populações indígenas brasileiras, (1967 a 1988)*. Relatório de Pesquisa. Brasília; 1992. 50p.
36. SOARES OE (Org.). *Ações em saúde indígena amazônica: o modelo do alto rio Negro*. São Gabriel da Cachoeira: Federação dos Organizadores Indígenas do Rio Negro; 2006. 192p.
37. SOUZA TAC. *Etnografia Wajãpi/AP do processo saúde-doença: Um enfoque odontológico*. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2005. 68p.
38. VERANI CBL. A política de saúde do índio e a organização dos serviços no Brasil. *Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi*, 15(2):171-192, 1999.

Original submetido em 03/Jun/2011
Versão Final apresentada em 15/Nov/2011
Aprovado em 01/Dez/2011

Correspondência

Wânia de Fátima Faraoni Bertanha
SHCGN Quadra 709 Asa Norte – Bloco F
Brasília - Distrito Federal - Brasil
CEP: 70.750-706

E-mail: waniabertanha@hotmail.com