



**PROJETO TEMBÉ: AÇÕES DE SAÚDE BUCAL EM SEIS ALDEIAS INDÍGENAS DE TOMÉ-AÇU, PARÁ, BRASIL.**

**TEMBE PROJECT: ORAL HEALTH ACTIONS WITH SIX INDIGENOUS COMMUNITY IN TOMÉ-AÇU, PARÁ, BRAZIL.**

**TEMBÉ PROYECTO: ACCIONES DE SALUD BUCAL EN SEIS ALDEAS INDÍGENAS DE TOMÉ-AÇU, PARÁ, BRASIL.**

Bárbara Neves de Bezerril Maia<sup>1</sup>; Taynara de Assis da Silva<sup>2</sup>; Manuella Nunes Colaço<sup>3</sup>; Aluísio Ferreira Celestino Júnior<sup>4</sup>

**Submetido:** 23/06/2016

**Aprovado:** 20/12/2016

## RESUMO

**Objetivo:** Desenvolver ações preventivas de saúde bucal em aldeias indígenas Tembé no município de Tomé-Açu no Pará. **Método:** Trata-se de relato de experiência construído a partir de vivência em área indígena. Estas ações foram desenvolvidas através de estratégias clínicas e pedagógicas sob a ótica da Promoção de Saúde. **Resultados:** Diante da grande heterogeneidade em relação a morbidade por cárie entre as aldeias foram realizadas oficinas de educação em saúde, aplicação tópica de flúor, escovação dental orientada. **Conclusão:** Estimular o autocuidado com saúde bucal e realizar atividades que visem a preservação e manutenção da saúde bucal tornam-se fundamentais no contexto complexo de risco que grupos como os Tembé apresentam.

**DESCRITORES:** Saúde bucal; Populações indígenas; Assistência à saúde; Cárie dental.

## ABSTRACT

**Objective:** To develop preventive actions of oral health in Tembe indigenous in the Tomé-Açu, Pará. **Method:** This is an experience report built from living in indigenous areas. It was developed clinical and educational strategies. **Results:** There was great heterogeneity in relation to morbidity caries between the villages with a significant number of decayed and missing teeth. This situation served as a subsidy of the developed actions and as information for managers and professionals who provide care to these communities. **Conclusion:** Stimulating self-care with oral health and performing activities aimed at the preservation and maintenance of oral health become fundamental in the complex context of risk that groups such as the Tembé present.

**DESCRIPTORS:** Oral health; Indigenous peoples; Health care; Caries.

<sup>1</sup> Acadêmica do 10º período do curso de odontologia do Centro Universitário do Pará (cesupa). E-mail: babimaia20@hotmail.com

<sup>2</sup> Acadêmica do 10º período do curso de odontologia do Centro Universitário do Pará (cesupa). E-mail: tayasilva@icloud.com

<sup>3</sup> Cirurgiã-Dentista, técnica responsável em saúde bucal do DSEI GUA-TOC – CESAI - Ministério da Saúde. E-mail: manuella.colaco@saude.gov.br

<sup>4</sup> Docente da Universidade do Estado do Pará e Centro Universitário do Pará. Mestre em Saúde Coletiva. Doutor em agentes infecciosos e parasitários. Endereço: Av. Governador José Malcher, 163/305-A, Belém-Pará. CEP.: 66035-065. Telefone: (91)98234-0101. E-mail: celestinojr@yahoo.com.br



## RESUMEN

**Objetivo:** Desarrollar medidas preventivas de salud bucal en pueblo indígena Tembé en la ciudad de Tomé-Açu, Pará, Brasil. **Método:** Se trata de un relato de experiencia construido a partir de la vida en las zonas indígenas. Estas acciones han sido desarrolladas por estrategias clínicas y de enseñanza desde la perspectiva de la promoción de la salud. **Resultados:** Dada la gran heterogeneidad en relación con la carie entre miembros de la comunidad se llevaron a cabo talleres de educación para la salud, aplicación tópica de flúor e cepillado de dientes orientado. **Conclusión:** Es necesario estimular el autocuidado con las actividades de salud y conducta orales para la conservación y mantenimiento de la salud oral convertido en fundamental el conocimiento del riesgo de enfermedades en el contexto complejo que grupos como Tembe presentan.

**DESCRIPTORES:** Salud oral; Pueblos indígenas; Cuidado de la salud; Caries dentales.

## INTRODUÇÃO

No mais recente levantamento epidemiológico sobre saúde bucal realizado no Brasil, a região Amazônica foi a única macrorregião brasileira a não apresentar melhora no perfil de cárie dentária aos 12 anos de idade<sup>1</sup>. Esta região é composta por sete Estados: Acre, Amapá, Amazonas, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins. Possui 3 853 676,948 km<sup>2</sup>, sendo a maior entre as cinco regiões em extensão territorial, cobrindo 45,25% do território nacional. Seu IDH (Índice de Desenvolvimento Humano é considerado médio (0,683) e, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sua população é atualmente estimada em 17,7 milhões de habitantes. É onde está concentrada a mais significativa parcela da população indígena do país<sup>2</sup>. Embora o país tenha melhorado significativamente sua condição geral em relação à cárie, há situações de grandes iniquidades influenciadas principalmente por fatores não biológicos e que são exacerbados onde as condições socioeconômicas e culturais são menos favoráveis.

A informação epidemiológica é ferramenta fundamental para o planejamento em saúde, mas infelizmente, nem sempre está disponível para a implementação mais racional de ações sistemáticas deste setor<sup>3</sup>. A região Amazônica acompanha esta grande deficiência dentro da odontologia<sup>1</sup>. Aspectos relacionados à logística operacional difícil dos grandes levantamentos e a pouca tradição em se medir saúde contribuem para lacunas importantes do conhecimento do homem amazônico e sua saúde.

Se no espaço urbano das pequenas, médias e grandes cidades da região as dificuldades em saúde bucal são grandes, na área mais interiorizada se expressa de maneira exponencialmente mais grave. Populações tradicionais como as comunidades ribeirinhas, quilombolas e indígenas sofrem pela baixa cobertura assistencial do setor saúde e qualidade desta assistência<sup>4,5</sup>.

Este trabalho se propôs a contribuir com a assistência em saúde bucal sob o paradigma da Promoção de Saúde em grupos indígenas Tembé no Pará. Esta etnia fez contato com não índios ainda na época da colonização portuguesa



quando os Temb  eram conhecidos como Tenetehara. Segundo Ricardo<sup>6</sup>, há registros de contato no ano de 1653.   medida em que a coloniza o portuguesa avançava sobre as terras dos Temb , parte deles também se interiorizava em territórios distintos. Sua cultura a partir de então, foi muito influenciada pela popula o não  ndia.

Em estudos realizados em popula es índigenas tem-se observado grande impacto em sua saúde geral e, particularmente, em sua saúde bucal. Muitos destes agravos decorrem ainda hoje da aquisi o de hábitos da popula o não  ndia que se estabelecem sobrepondo-se a elementos da cultura autóctone<sup>7</sup>.

Neste estudo foram desenvolvidas a es de caráter educativo e preventivo de saúde bucal em seis aldeias da etnia Temb . Foi realizada uma abordagem exploratória com ênfase no principal problema de saúde bucal, a cárie dental, bem como, realizou-se exame clínico que serviu para evidenciar outros riscos, notadamente aqueles associados a lesões com potencial de malignidade como a constata o de sinais de alerta do câncer bucal tais como leucoplasias, eritroplasias, úlceras, nódulos e outras lesões cujo encaminhamento para diagnóstico seria necessário em unidades especializadas de referência na região. Esta abordagem permitiu orientar as a es dos autores e da equipe de saúde bucal do Distrito Sanitário Especial  ndigena Guam -Tocantins que, simultaneamente, desenvolveu a es nas aldeias visitadas.

## MATERIAL E MÉTODOS

Este   um relato de experiência desenvolvido a partir do atendimento a uma demanda dos gestores do DSEI GUA-TOC (Distrito Sanitário Especial  ndigena Guam -

Tocantins), contribuindo com a es de caráter assistencial às aldeias no município de Tomé-açu. Todas as atividades tiveram a supervisão direta da coordena o de Saúde Bucal do DSEI que propiciou a infraestrutura aos autores e demais membros da equipe como também da programa o de visitas cuja autoriza o prévia foi feita diretamente pela coordenadora de saúde bucal do DSEI que esteve presente em todas as aldeias durante a realiza o das atividades.

Apesar do trabalho se configurar como projeto de extensão, os autores comprometeram-se em utilizar informa es deste estudo somente para fins de realiza o deste relato, comprometendo-se em respeitar a visão de mundo dos Temb  (costumes, est tica, crenças religiosas, organiza o social, diferenças linguísticas e estrutura política) além de peculiaridades relacionadas   sua condi o intelectual, psicológica e social.

As aldeias visitadas compõem o polo-base de Tomé-açu do DSEI GUA-TOC e se localizam todas no município de mesmo nome que está localizado na mesorregião Nordeste do Estado do Pará a 113 km da capital Belém. O município de Tomé-açu possui 59.795 habitantes<sup>2</sup>. Parte desta popula o está representada pelos Temb  que foram seus primeiros habitantes e atualmente estão distribuídos em oito aldeias: Acará-Mirim, Tur , Tekenay, Cuxiú-Mirim, Pitawã, Nova, Arumateua e Maracaxi. Estas duas últimas não fizeram parte das a es desenvolvidas e estão localizadas no município de Autora do Pará. A escolha das seis aldeias foi definida pela limita o de logística.

A aldeia Acará-Mirim se encontra a 54 km do polo-base de Tomé-Açu. Percorreu-se a rodovia estadual não pavimentada em três veículos do DSEI, sendo um deles um



odontomóvel, veículo que possui equipamento odontológico completo, incluindo aparelho de raios-X periapical. Estes veículos constituíram parte da infraestrutura do DSEI e foram utilizados pela equipe, que era composta por cirurgião dentista e auxiliar em saúde bucal e que, paralelamente, realizava ações essencialmente de caráter curativo.

A aldeia Acará-mirim não possui consultório odontológico, apenas posto de saúde sem energia elétrica ou água potável encanada. Possui 128 residentes distribuídos em moradias distantes uma das outras, o que dificultou o acesso ao posto de saúde para as ações coletivas programadas. Por isso a equipe teve que percorrer vários quilômetros a pé em estrada não pavimentada para chegar às casas de famílias que não participaram das ações na unidade de saúde. O rio Acará-Mirim se constituiu trajeto utilizado através de canoa para chegar às famílias mais isoladas.

A aldeia Cuxiú-Mirim se encontra a 55 km do polo-base e não possui consultório odontológico nem posto de saúde. Não possui energia elétrica regular, mas possui um gerador e água encanada em algumas casas. Por conta da boa localização, o odontomóvel ficou estacionado na frente da escola para atender as 13 famílias indígenas da aldeia, totalizando 80 pessoas residentes.

A aldeia Nova encontra-se a 22 km do polo-base. Uma igreja em construção serviu de apoio para reunir os membros da comunidade. Esta aldeia é formada por 55 pessoas, mas nem todos compareceram às atividades coletivas, por isso foram realizadas visitas domiciliares para atingir estas pessoas. A aldeia não possui água encanada, tampouco energia elétrica. Sua população é constituída de 61 pessoas.

A dez minutos, de carro da aldeia Nova, encontra-se a aldeia Pitawã. As residências não são contíguas, porém muito próximas umas das outras. Possui energia elétrica, água encanada e telefone rural em algumas casas. Possui 65 residentes.

A aldeia Tekenay localiza-se a 25 quilômetros do polo-base e é a que tem a mais bem equipada unidade de saúde com cinco salas, salão amplo, banheiro e um consultório odontológico equipado para realização de procedimentos básicos cirúrgicos e restauradores. Possui ainda alojamento para a equipe de saúde, energia elétrica, água potável e telefone rural. Sua população é composta por 40 pessoas.

A aldeia Turé, localiza-se a 26 km do polo-base. Possui apenas duas famílias e não possui boa estrutura de moradias, no entanto, possui água encanada, energia elétrica e telefone rural em algumas casas. Sua população é composta por 16 pessoas.

A equipe do projeto de extensão era composta por oito acadêmicos de odontologia, sendo duas, as autoras do atual trabalho e seis voluntários, além de dois orientadores. A equipe do DSEI GUA-TOC foi composta pelo coordenador do DSEI que visitou cada uma das aldeias antes do início das ações, para articular as ações, a coordenadora de saúde bucal do DSEI, um cirurgião dentista do próprio polo-base de Tomé-açu, um Auxiliar em Saúde Bucal-ASB, uma enfermeira e três motoristas. As atividades da equipe do DSEI eram predominantemente curativas, aproveitando a infraestrutura do odontomóvel.

As ações desenvolvidas pelos autores foram direcionadas às atividades educativas e de proteção específica em relação às principais doenças bucais. Previamente, foi realizado

levantamento epidemiológico de cárie nos membros das seis aldeias que estavam presentes no momento das visitas e que concordaram em participar das ações. Este levantamento permitiu melhor direcionamento das ações, como também instrumentalizar a equipe do DSEI que atuava nas aldeias.

Foram realizadas visitas domiciliares como busca ativa àqueles que não compareceram aos locais onde se concentravam as ações. Foram realizadas escovações supervisionadas, orientação do uso do fio dental, enfatizando aspectos individuais e coletivos da comunidade a respeito de situações de risco e proteção às principais doenças bucais. Nestas atividades educativas foram utilizados recursos audiovisuais como macromodelos, macroescovas, cartazes, caça-palavra, jogos, desenho e pintura. Os materiais utilizados tinham motivação de saúde bucal, valorizando o lúdico nas ações. Para todos que participaram das ações foram distribuídos kits de higiene bucal (escova, creme dental e fio dental).

O exame clínico contemplou a identificação de sinais de alerta de lesões suspeitas de neoplasias, tais como leucoplasias, eritropasias, nódulos, úlceras e outras lesões cujo tempo de evolução ou características clínicas indicaria suspeição de lesões neoplásicas cujo exame complementar (hiostopatológico, por exemplo) se fizesse necessário ser referenciado pelo DSEI.

Para avaliação de cárie foi utilizado o índice ceo-CPO de acordo com a 4ª. edição do manual da Organização Mundial de Saúde<sup>8</sup> para levantamentos epidemiológicos com calibração prévia de dois examinadores. Foram examinados indivíduos nas idades de 5 anos e 12 anos, além dos grupos etários de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos. Por se tratar de um universo numericamente pequeno, este exame foi realizado em todos os indivíduos que concordaram em participar nas diferentes faixas etárias acima mencionadas para subsidiar as atividades posteriores do DSEI.

Apesar de ser aparentemente oportuno realizar um completo levantamento epidemiológico envolvendo doenças periodontais, má-oclusão, traumatismo dentário, fluorose, entre outros eventos, os autores não dispunham de condições satisfatórias relacionadas ao tempo necessário e toda logística pertinente para conduzir um trabalho na ótica da pesquisa epidemiológica.

## RESULTADOS

Na tabela a seguir estão elencados os procedimentos realizados nas diferentes aldeias. Foram atendidas 299 pessoas, perfazendo um total de 76,6% da comunidade Tembê de Tomé-Açu. Estas ações foram distribuídas entre os procedimentos apresentados na tabela 1.

**Tabela 1:** Tipos de procedimentos e número de indivíduos atendidos nas seis aldeias Tembê de Tomé-Açu, Pará, Brasil, 2015.

PROCEDIMENTOS	PESSOAS ATENDIDAS
Exame Clínico	299
Escovação Supervisionada	178
Aplicação Tópica de Flúor	122



Oficinas Educativas Coletivas	12
Visitas Domiciliares	28
Índice ceo/CPO	86
<b>TOTAL DE PROCEDIMENTOS</b>	<b>725</b>

**Nota:** Não foram computados procedimentos realizados exclusivamente pela equipe do DSEI no odontomóvel.

**Fonte:** autores.

As oficinas foram realizadas com grupos distintos, respeitando a faixa etária, embora em grande parte das oficinas, pessoas de diferentes idades participavam ao mesmo tempo.

Ações de proteção específica acerca das principais doenças bucais como cárie, doença periodontal, câncer bucal foram também realizadas, valorizando os aspectos relacionados a prevenção.

A aplicação de flúor foi realizada com Fluoreto de Sódio a 1,23% (gel acidulado). Casos de necessidades que requeriam uma atenção diferenciada (urgente ou complexa) foram orientados pela equipe para sua solução conforme pertinência junto a equipe do DSEI presente na área. Nenhum caso se configurou como urgência durante a presença dos autores nos diferentes

momentos de desenvolvimento das tarefas, mas alguns deles se enquadravam como necessidades mais complexas.

Foram realizadas escovações supervisionadas com orientação individual sobre situações de risco e proteção em relação às principais doenças bucais, além de aplicações tópicas de flúor em moldeiras descartáveis.

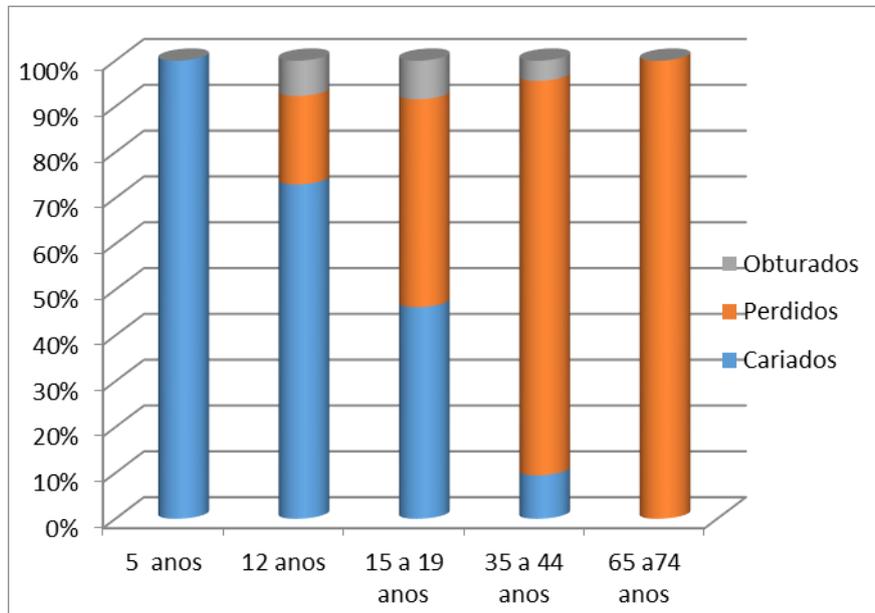
Ainda que todos os indivíduos tenham sido examinados, a tabela abaixo demonstra a distribuição de cárie nas faixas etárias índices que embora não tenham força de levantamento epidemiológico, são úteis para implementação de ações subsequentes para estes indivíduos.

**Tabela 2:** Número de indivíduos da etnia Tembé examinados para registro dos índices ceo/CPO por aldeia e faixa etária no município de Tomé-açu, Pará, Brasil, 2015.

ALDEIAS	5 anos	12 anos	15 a 19 anos	35 a 44 anos	65 a 74 anos
Acará Mirim	7	5	18	8	2
Cuxiu Mirim	2	2	5	4	2
Pitawã	0	1	3	4	2
Tekenay	1	2	2	0	2
Aldeia Nova	1	1	5	3	1
Turé	0	1	2	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>35</b>	<b>21</b>	<b>10</b>

**Fonte:** autores.

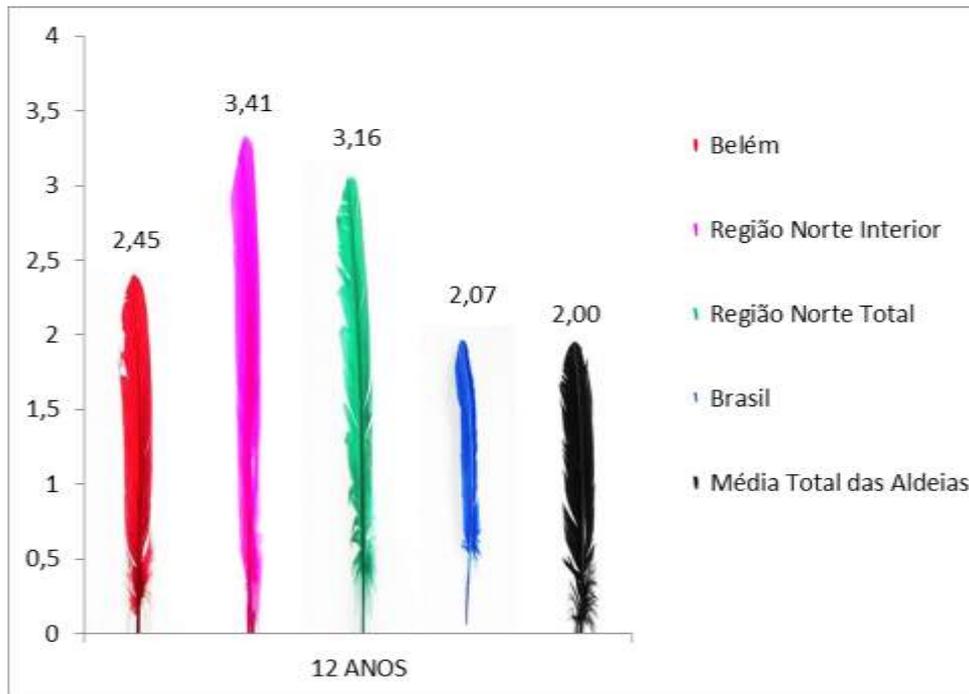
No gráfico a seguir se observa a distribuição de morbidade por cárie em diferentes idades e faixas etárias de acordo com a OMS.



**Gráfico 1:** Distribuição dos componentes do CPO/ceo nas seis aldeias Tembé de acordo com faixa etária, Tomé-açu, Pará, 2015.

**Fonte:** autores

O gráfico a seguir foi adaptado a partir de informações do último levantamento epidemiológico de base populacional realizado no Brasil em 2010<sup>1</sup> favorecendo a comparação dos dados dos autores com informações epidemiológicas dos domínios de Belém, região Norte (região norte total e região norte somente interior) e aos dados gerais do Brasil.



**Gráfico 2:** Comparação da média de CPO aos 12 anos de Belém, Região Norte Interior, região Norte Total, Brasil e as seis aldeias dos Tembés de Tomé-Açu. 2015.

**Fonte:** Dados dos autores e do Ministério da Saúde (Adaptado pelos autores).

Neste gráfico observa-se que a média do índice de CPO na faixa etária de 12 anos, Belém, Brasil e a média total das aldeias, apresentaram prevalência baixa, com índices 2,45; 2,07 e 2,00, respectivamente, enquanto a Região Norte Interior e Região Norte Total tem prevalência moderada, com 3,41 e 3,16, respectivamente.

Nenhuma lesão suspeita de malignidade foi observada, apesar de muitos indígenas trabalharem expostos ao sol com riscos de lesão de lábio inferior. Outros fatores de risco como consumo de álcool e uso de tabaco foram discutidos nas ações pedagógicas, mas não foram diretamente mensurados.

## DISCUSSÃO

É fundamental que sejam implementadas ações de educação em saúde bucal em comunidades indígenas como a dos Tembés de

Tomé-açu, pois, em geral, depois do contato com a população não índia, esses grupos sofreram influência, de hábitos alimentares inadequados como o consumo de alimentos hipercalóricos, principalmente a sacarose, e carboidratos de maior risco para o desenvolvimento de cárie. Por outro lado, nem sempre os hábitos como o da higiene oral acompanham adequadamente esta situação. Essa dieta representa risco não somente para a saúde bucal, mas para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas como diabetes e doenças cardiocirculatórias, por exemplo.

Em relação ao aspecto nutricional de comunidades indígenas é importante destacar que não é tão raro deparar-se com condições onde as necessidades nutricionais básicas não são plenamente atendidas para seu desenvolvimento. Em algumas delas, percebe-se deficiência proteica ao lado de excessivo consumo de carboidratos.



Isto pode ser observado, por exemplo, no estudo de Ferreira<sup>9</sup> que observou crescimento retardado em comunidades indígenas do Mato Grosso. Crescimento é apenas um dos pilares do desenvolvimento biológico que influenciam diretamente na imunidade. A desnutrição é a principal imunodeficiência do mundo, embora não a mais conhecida. Parte deste desconhecimento refere-se a relativa importância dos grupos que esta condição atinge e sua pouca relevância em políticas públicas mais assertivas que envolvam mudanças estruturais intersetoriais (educação, renda, trabalho, moradia, saúde).

Por outro lado, deve-se dar atenção ao equilíbrio microbiano existente entre a microbiota residente - protetora - e aquela relacionada ao risco de cárie. O agente microbiano não sendo reconhecido como de risco, poderá ter sua importância minimizada em relação a transmissibilidade destes agentes infecciosos. Mas há desafios que a equipe de saúde se defronta e que precisam ser compreendidos em dimensões além da biológica. Como explicar doenças transmissíveis para algumas pessoas que não esperam receber nenhum mal (microrganismo ou doença) de seu familiar mais próximo? "Da família só se recebe coisas boas". Esse é parte do desafio antropológico para o acadêmico da área da saúde.

Neste contexto é importante que a equipe identifique no indígena (fala verbal e não verbal) o que ele considera relevante no processo de adoecimento, valorizando elementos positivos e oportunizando compreender melhor os fatores a ela relacionados que ainda não eram de seu domínio.

Paralelamente é importante que o DSEI invista de maneira permanente em estratégias de educação em saúde bucal que podem ser

desenvolvidas pelos Agentes Indígenas e Saúde-AIS. Em algumas aldeias estas pessoas acompanhavam a equipe de autores e do próprio DSEI nas atividades. São estratégias que já existem e que precisam ser dinâmicas e se reformulando sendo criativas na forma, pois as estratégias de educação em saúde ao longo do tempo perdem eficácia se não são reforçadas.

Pelo lado dos autores, sobretudo aqueles em formação (acadêmicos) é necessário compreender a influência dos fatores relacionados ao contexto onde vivem estes indígenas e que resultam em condições menos favoráveis a saúde bucal. São contextos culturais em geral bem distintos daqueles vivenciados pelos acadêmicos e que por isso devem ter o cuidado de não criar condições de preconceitos, mesmo que em ações aparentemente bem-intencionadas.

O profissional que cuida de comunidades indígenas deve se preocupar em favorecer a autonomia e capacidade de compreender a influência do meio na saúde das pessoas<sup>10</sup>.

Apesar do levantamento de cárie realizado ter finalidade de subsidiar as ações sem inferências generalizantes, é possível perceber desafios importantes a serem enfrentados pela gestão de serviços de assistência aos Tembés de Tomé-açu. Verificou-se, por exemplo, que todas as crianças de 5 anos que sofreram ataques de cárie apresentavam como único componente do CPO o elemento cariado.

No outro extremo etário desta comunidade observa-se que todos os idosos que sofreram ataques pela cárie apresentaram como elemento exclusivo o componente extraído. Nas faixas intermediárias percebe-se uma progressiva substituição dos elementos cariados por elementos extraídos. O componente restaurado



apresentou-se em percentual muito reduzido. Diversos estudos apontam para dados semelhantes em outras comunidades indígenas, denotando principalmente a falta de acesso a serviços de atenção à saúde bucal<sup>11, 12, 13</sup>.

No mais recente levantamento epidemiológico de base nacional realizado no Brasil, a região norte figurou como quadro mais desfavorável entre as macrorregiões brasileiras, situação considerada estagnada em termos estatísticos considerando o levantamento anterior<sup>14</sup>.

Ao se avaliar o percurso de envelhecimento desta população em relação a história natural da doença cárie nesta população, verifica-se que há uma transformação gradativa, mas consistente dos elementos cariados em extraídos. Dentes restaurados são numericamente pouco significativos considerando o universo de dentes cariados e extraídos que compõem o CPO-D. Estes resultados denotam falta de acesso aos serviços de saúde bucal, notadamente aqueles relacionados à prevenção, proteção específica e recuperação por restaurações. A Política Nacional de Saúde Bucal já se defrontou com este problema, nacionalmente com mudanças favoráveis em diversos grupos populacionais e faixas etárias, mas permanece ainda uma grande iniquidade em grupos mais vulneráveis social, econômica e culturalmente no país<sup>15,16</sup>.

Ao se avaliar as condições de cárie nesta população observa-se que os dados aparentemente não diferem muito das demais regiões (domínios Norte e Norte/interior). Isto de forma alguma poderá significar conforto com estas informações. A cárie parece configurar-se como evento patológico significativo e que se acumula ao longo da vida de muitos indígenas. Mais preocupante, no entanto, é perceber que crianças e jovens apresentam situações que prenunciam

adultos e idosos com suas sequelas no futuro. Este é seguramente mais um grande desafio para quem cuida destes grupos humanos no interior da Amazônia<sup>17,18,19,20</sup>.

Este quadro pode ser resultado das transformações sofridas pela comunidade estudada após contato com os não índios, principalmente ao que se refere à transição nutricional, demográfica e epidemiológica. Alguns quadros patológicos como a cárie têm etiologia relacionada a transformações de hábitos como a inclusão de açúcar na dieta, além de inclusão de produtos industrializados. Por estas razões, devem ser priorizadas ações de promoção de saúde bucal sistematicamente, a fim de prevenir que as doenças sejam instaladas e quando instaladas tenham a garantia de limitação do dano, seu tratamento adequado e sua reabilitação.

O flúor é um elemento protetor que poderia estar mais presente na comunidade como na água de abastecimento das aldeias onde há água encanada, mas a própria equipe do DSEI manifesta-se feliz quando encontra uma comunidade já com água encanada o que reduz substancialmente as infecções e as infestações tão frequentes nos grupos em que a água não tem o tratamento adequado. O Flúor na escova de dentes e a escovação regular com creme dental com flúor minimiza em muito esta deficiência, mas precisa estar disponível e ter seu uso regular, o que nem sempre é observado.

Para necessidades que se acumulam como demandas de saúde bucal, não basta investir na prevenção, é preciso assistência que limite o dano, e que reabilite aqueles que necessitam, ou seja, acesso de integralidade e qualidade de cuidados. Infelizmente, a cobertura assistencial na região Amazônica está distante de ser equitativa. Em indígenas como os Tembé, percebe-se o



quanto populações espacialmente dispersas, necessitam de equipes que cheguem onde brasileiros como estes, habitam.

Embora Tomé-açu não possua tantos acidentes geográficos limitantes relacionados ao relevo, hidrologia, vegetação, distância da capital como outros municípios da Amazônia, a escassez de recursos da saúde parece influenciar o limitado acesso deles ao profissional de saúde que faça uma razoável cobertura assistencial. Considerando que a região Norte é uma região de muitos e caudalosos cursos d'água é importante que parte das ações sejam desenvolvidas por equipes em embarcações cuja manutenção e vida útil destes veículos, em geral, são mais favoráveis quando se leva em conta o custo financeiro da prestação de serviços de saúde.

Embora os veículos tipo Van sejam extremamente necessários e atualmente insuficientes, o estado geral das rodovias na região amazônica representa outro grande desafio para manutenção deste tipo de transporte da equipe de saúde. Acresça-se a isso o fato de populações ribeirinhas dispersas não serem atendidas por veículos de rodagem, principalmente no vigoroso inverno amazônico quando muitas comunidades ficam isoladas deste e de outros serviços. Por vezes, municípios inteiros tem como único recurso de transporte a utilização dos rios.

Pensar na Amazônia como unidade de assistência singular no contexto do país é o grande desafio para o Ministério da Saúde. Saúde bucal é apenas parte desta necessidade. Há lugares desta importante e estratégica região onde seus habitantes nunca realizaram uma consulta médica ou odontológica.

Outro ponto fundamental no rol de necessidades que emerge do universo Amazônico

é o perfil profissional do cirurgião dentista. Não são poucos os lugares onde as endemias como as arboviroses, doenças de veiculação hídrica e outras infecções e infestações, se somam aos insumos limitados, deficiência em equipamentos, eletricidade inexistente ou fornecimento irregular, transporte ruim e ausência de conforto para trabalhar. Essa é uma situação comum da saúde na região amazônica e que não se restringe a assistência a povos indígenas.

Projetos de extensão ou similares que mergulham no universo destas comunidades indígenas permitem reconhecer e melhor interpretar fenômenos humanos em sua complexidade como na saúde. A prevenção, o tratamento e a reabilitação compõem o cuidar humano que nas comunidades indígenas são permeadas por elementos culturais, eventualmente, incomuns. Preparar-se para esta complexidade é reconhecer causas nem sempre biológicas do adoecer e agir com resolutividade, tentando dirimir situações tão sérias como as que ainda acontecem com seres humanos no interior da Amazônia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A população indígena Tembé de Tomé-açu apresenta características de cárie que se assemelham em parte aos dados da população não indígena da Amazônia, porém ainda em situação preocupante.

Os dados sugerem falta de acesso a assistência em saúde bucal regular. Estar preparado para esta assistência é parte importante das ações governamentais que necessitam chegar a rincões geográficos desafiadores, precisa ainda ter profissionais preparados para este enfrentamento. Formar pessoas com este perfil



também é o desafio das instituições de ensino de saúde da Amazônia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. Pesquisa nacional de Saúde Bucal 2010. Brasília, 2010.
- 2-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE: censo demográfico 2010. Brasília, 2012.
- 3-Roncalli AG. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: Um Caminhar Compartilhado. Ciência e Saúde Coletiva. 2006. 11(1):105-4.
- 4-Roncalli AG, Côrtes MIS, Peres KG. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2012, 28 Sup:58-68.
- 5-Arantes R. Saúde bucal dos Povos Indígenas do Brasil e o caso dos Xavante de Mato Grosso [tese] ENSP-Fiocruz: Rio de Janeiro; 2005.
- 6-Ricardo CA. Povos Indígenas no Brasil. São Paulo: CEDI, 1985.
- 7-Souza KLPCR, Alves CAD. Diagnóstico nutricional de crianças e adultos indígenas atendidos pela rede pública de saúde no Brasil: um estudo exploratório. Rev Ciênc Méd Biol. 2013. Salvador, 12(especial):433-40.
- 8-World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 4. ed. Geneva: ORH/EPID; 1997.
- 9-Ferreira AA, Welch JR, Santos RV, Gugelmin SA, & Coimbra CE. (2012). Nutritional status and growth of indigenous Xavante children, Central Brazil. *Nutrition journal*, 11(1):1.
- 10- Brito JSS, ALBUQUERQUE P, & Silva EH. (2013). Educação popular em saúde com o povo indígena Xukuru do Ororubá. *Interface, Botucatu*.
- 11- Brasil. Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde – Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde – Fundação Nacional de Saúde – Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos distritos sanitários Especiais Indígenas: manual técnico – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- 13- Arantes R, Frazão P. Cárie Dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para programas de saúde bucal. Rev Tempus Actas Saúde coletiva. 2013. 7(4):169-80.
- 14- Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde – Pesquisa Nacional de Saúde bucal: SB-BRASIL 2010 – Principais Resultados. Brasília, 2010.
- 15- Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004.
- 16- Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, Brasília, 2004.
- 17- Bertanha WFF, Cavalcante GMAS, Cavalcanti AL, Arruda, TA, D’ávila S; Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. Rev Bras Ciênc da Saúde.2012. 16(1):105-12.



- 18- Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde – Secretaria Especial de Saúde Indígena Protocolo de Intervenção odontológica em áreas remotas e de difícil acesso. Brasília, 2011.
- 19- Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde – Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2011.
- 20- Nunes SAC. Avanços e desafios na implantação da atenção básica em saúde bucal dos povos indígenas nos rios Tiquié e Uaupés – distrito Sanitário especial indígena – Alto Rio negro – Amazonas: análise de uma experiência [Dissertação]. Faculdade de Odontologia de Bauru: Bauru; 2003.