



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE NATUREZA E CULTURA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA  
AMAZÔNIA**

**IMPACTO INTERCULTURAL NA SAÚDE BUCAL EM INDÍGENAS DE RECENTE  
CONTATO NO VALE DO RIO JAVARI**

**PRISCILA ROCHA SANTOS**

**BENJAMIN CONSTANT  
2018**

**PRISCILA ROCHA SANTOS**

**IMPACTO INTERCULTURAL NA SAÚDE BUCAL EM INDÍGENAS DE RECENTE  
CONTATO NO VALE DO RIO JAVARI**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia. Área de concentração: Processos Socioculturais

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Heloísa Helena Corrêa da Silva**

**BENJAMIN CONSTANT  
2018**

### Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Santos, Priscila Rocha  
S237i Impacto Intercultural na Saúde Bucal em Indígenas de Recente  
Contato no Vale do Rio Javari / Priscila Rocha Santos. 2018  
157 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Heloísa Helena Corrêa da Silva  
Dissertação (Mestrado em Sociedade e Cultura na Amazônia) -  
Universidade Federal do Amazonas.

1. Prevalência de Cárie. 2. Recente Contato. 3. Contato. 4.  
Intercultural. I. Silva, Heloísa Helena Corrêa da II. Universidade  
Federal do Amazonas III. Título



PODER EXECUTIVO  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA



**ATA DE DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO DA ALUNA**  
**PRISCILA ROCHA SANTOS**

Aos vinte dias do mês de abril do ano de dois mil e dezoito, às 9h (nove horas), no miniauditório do PPGSCA, da Universidade Federal do Amazonas – UFAM ocorreu a sessão Pública de Defesa de Dissertação de Mestrado intitulada “**IMPACTO INTERCULTURAL NA SAÚDE BUCAL DE INDÍGENAS DE RECENTE CONTATO NO VALE DO RIO JAVARI**”, apresentada pela aluna **PRISCILA ROCHA SANTOS**, que concluiu todos os pré-requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Sociedade e Cultura na Amazônia, conforme estabelece os Artigos 40 e 41 do Regimento Interno do Curso. Os trabalhos foram instalados pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Heloisa Helena Corrêa da Silva - UFAM, Orientadora e Presidente da Banca Examinadora, que foi constituída, ainda, pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Corrêa da Silva Freitas – UFAM e pela Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renilda Aparecida Costa - UFAM. A Banca Examinadora, tendo decidido aceitar a dissertação, passou a arguição pública da mestranda. Encerrados os trabalhos, os examinadores expressaram o seguinte parecer:

- Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Heloisa Helena Corrêa da Silva

Parecer: (Aprovado) Assinatura: Heloisa Helena Corrêa da Silva

- Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marilene Corrêa da Silva Freitas

Parecer: (Aprovado) Assinatura: Marilene Corrêa da Silva Freitas

- Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renilda Aparecida Costa

Parecer: (Aprovado) Assinatura: Renilda Aparecida Costa



PODER EXECUTIVO  
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA



Parecer Final

Dissertação aprovada sem ressalvas.  
Indicada para publicação pela banca

Helois Helena Corrêa da Silva

Presidente da Banca Examinadora

Proclamados os resultados, foram encerrados os trabalhos e, para constar, eu, Eliomar Nunes da Silva Junior, secretário do PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIEDADE E CULTURA NA AMAZÔNIA, lavrei a presente Ata, que assino juntamente com os membros da Banca Examinadora.

Manaus (AM), 20 de abril de 2018.

Helois Helena Corrêa da Silva

- Prof.ª Dr.ª Heloisa Helena Corrêa da Silva

Eliomar Nunes da Silva Junior

- Prof.ª Dr.ª Marilene Corrêa da Silva Freitas

Renilda Aparecida Costa

- Prof.ª Dr.ª Renilda Aparecida Costa

Eliomar Nunes da Silva Junior

Secretário

## **DEDICATÓRIA**

A Deus por ter cuidado de mim todos os dias da minha vida, colocando pessoas boas em meu caminho; aos meus pais, Marcos e Mirloni e minha irmã Patricia que serviram de estímulo para consolidar esta conquista, que nos momentos de aflições e tempestades deram-me suporte para prosseguir motivada em busca deste sonho; aos meus familiares, pelo amor, carinho e compreensão dedico-lhes essa vitória como gratidão.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, a razão de todas as minhas vitórias.

### **Aos meus pais**

“Honra o teu pai e a tua mãe para que se prolongue seus dias na terra” Ef. 20.12

Obrigada pai por todo o apoio e ajuda, a sua presença em minha vida fez com que o objetivo da minha formação em ser mestre esteja se tornando realidade.

A minha mãe que me deu a vida, não tenho palavras para agradecê-la por tudo o que fez por mim. A pessoa que me ouviu chorar e ri durante toda essa caminhada. Obrigada por ser mais que uma mãe, ser uma amiga.

### **A minha família**

A minha irmã por estar comigo e me ajudar nos momentos mais difíceis da minha vida e principalmente por ter me apoiado e me ajudado com tudo o que estava a seu alcance para que minha pesquisa fosse realizada. Obrigada pelas noites em claro me fazendo companhia enquanto escrevia.

A minha avó Mirtes, obrigada pelas orações, pelo exemplo de vida e por fazer parte desta trajetória.

A minha tia Mirciloni e tio Erivelto, pelo imenso amor, carinho e sabedoria. Obrigada pelos conselhos e pelo incentivo durante toda essa caminhada.

A minha tia Cilomirtes, que sempre que eu precisei esteve presente, obrigada pelo apoio, amor e carinho e por acreditar em mim.

## **A minha orientadora**

Agradeço, em especial, Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heloisa Helena Corrêa da Silva, minha orientadora, pelo carinho e incentivo nessa jornada, obrigada por nunca ter medido esforços para me ajudar. Obrigada pelos livros, textos, orientações e correções, pelas palavras, pela compreensão, paciência e que compreendeu os momentos difíceis por que passei para realização desta pesquisa.

## **Aos meus amigos**

“Assim como os perfumes alegram a vida a amizade sincera dá ânimo para viver” Pv 27.9

Samara, Debora, Larissa, Karla, Glauciane e Abimael, pelo companheirismo, por estarem presentes nesta fase da minha vida e por torcerem por mim.

## **Ao Dsei Vale do Javari**

Aos coordenadores Heródoto Jean Sales e Jorge Marubo, a Responsável Técnica Socorro e aos demais colegas de trabalho que compartilharam o conhecimento e fizeram o possível para que minha pesquisa fosse realizada.

## **Aos meus professores**

Aos meus professores da pós-graduação por compartilharem seus conhecimentos, pela paciência e compreensão.

## **Aos Matis e Korubo**

Foi um prazer ter estado e trabalhado com vocês e ter tido a oportunidade única de conhecer melhor a cultura. Agradeço a confiança para a escrita deste trabalho.

À vocês...

Muito Obrigada!!!!

**“O significado das coisas não está nas coisas em si,  
mas sim em nossa atitude com relação a elas.”**

Antoine De Saint Exupery

## RESUMO

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas foi uma das grandes conquistas dos povos tradicionais no âmbito das políticas públicas, adquiriram direitos a uma atenção em saúde diferenciada que atendesse a sua sociodiversidade. Uma de suas diretrizes, na área de saúde bucal, ressalta a importância de conhecer o perfil epidemiológico e os problemas de saúde bucal dos grupos indígenas, afirmando que, para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde. Através desta diretriz, foi realizado um estudo epidemiológico da prevalência de cárie com indígenas de recente contato que habitam o Vale do Javari, Matis e Korubo, entre os anos de 2013 a 2016, através da análise dos dados, foi possível identificar que, os jovens possuem uma maior prevalência de cárie e as mulheres Matis apresentam prevalência de cárie maior que os homens e que a prevalência de cárie vem aumentando com os anos. Através destes dados, é discorrido como a influência dos hábitos socioculturais e as práticas alimentares desses povos afetam o processo saúde-doença e como o contato intercultural entre as duas etnias e o não índio afetam diretamente este processo.

**Palavras-chaves:** Prevalência de Cárie, Recente Contato e Contato Intercultural

## **ABSTRACT**

The National Policy of Attention to Indigenous Peoples was one of the great achievements of the traditional peoples in the scope of the public policies, acquired rights to a differentiated health attention that would attend to their sociodiversity. One of its guidelines in the area of oral health emphasizes the importance of knowing the epidemiological profile and oral health problems of indigenous groups, stating that in order to better identify the main groups of actions for the promotion, protection and recovery of health. Through this guideline, an epidemiological study was carried out on the prevalence of caries with newly arrived natives living in the Javari Valley, Matis and Korubo, between the years of 2013 and 2016, through the data analysis, it was possible to identify that young people have a higher prevalence of caries and Matis women have a higher prevalence of caries than men and that the prevalence of caries has been increasing over the years. Through these data, it is discussed how the influence of socio-cultural habits and food practices of these peoples affect the health-disease process and how the intercultural contact between the two ethnic groups and the non-Indian directly affect this process.

**Keywords:** Prevalence of Caries, Recent Contact and Intercultural Contact

## LISTA DE FIGURAS

Figura 01 e 02 – “Dente de piranha” da etnia Kaingang.....	30
Figura 03 – Matis com labret de madeira.....	31
Figura 04 e 05 – Desgaste dentários ocasionados pelos labrtes.....	31
Figura 06 e 07 – Pedras preciosas ornamentando dentes do povo Maia.....	35
Figura 08 – Imagem de Santa Apolônia.....	36
Figura 09 – Diagrama proposto por Keys (1969).....	37
Figura 10 – Diagrama proposto por Newbrum (1978).....	38
Figura 11 – Saliências que dificultam a higienização.....	39
Figura 12 – O processo “des-re” (desmineralização x remineralização).....	40
Figura 13 – O processo cárie.....	41
Figura 14 – Ilustração infantil do açúcar como inimigo do dente.....	42
Figura 15 – Palestra feita por profissionais do Dsei Vaj sobre os malefícios do açúcar.....	42
Figura 16 – Odontograma.....	48
Figura 17 – Notação dentária FDI para dentes permanentes.....	48
Figura 18 – Notação dentária FDI para dentes decíduos.....	49
Figura 19 – Exame clínico na aldeia Paraíso.....	52
Figura 20 – Exame clínico na aldeia Mário-Brasil.....	53
Figura 21 – Tratamento de um Korubo na FPEVJ.....	54
Figura 22 – Mapa da Reserva Indígena Vale do Javari.....	55
Figura 23 – Mapa das aldeias trabalhadas segundo coordenadas.....	56
Figura 24 – Foto aérea da aldeia Paraíso.....	57
Figura 25 – Foto aérea da aldeia Tawaia.....	57
Figura 26 – Dente com abscesso.....	65
Figura 27 – Dente com ausência de cárie.....	66
Figura 28 – Jesuíta na Assistência à Saúde.....	68
Figura 29 – Marechal Rondon cria Serviço de Proteção ao Índio.....	70
Figura 30 – Criação do SUS.....	73
Figura 31 – Repercussão do Relatório Figueiredo.....	74

Figura 32 – Criação da FUNAI.....	75
Figura 33 – Movimento OcupaSesai.....	88
Figura 34 – Passeata dos Povos Indígenas do Vale do Javari.....	89
Figura 35 – Organização dos DSEIs e Modelo Assistencial.....	90
Figura 36 – Distribuição dos 34 DSEIs.....	91
Figura 37 – Sede do Dsei Vale do Javari.....	92
Figura 38 – Canoão.....	94
Figura 39 – Casai do Dsei Vale do Javari.....	96
Figura 40 – Ações de Saúde Bucal com os indígenas na quadra em ATN.....	97
Figura 41 – Logotipo do Brasil Sorridente.....	98
Figura 42 – Consultório Odontológico Casai Vale do Javari – Cadeira e equipo para consultório fixo cautelados do Alto Solimões.....	100
Figura 43 – Consultórios Odontológicos Portáteis.....	101
Figura 44 – Estojo de Zarabatana Korubo.....	103
Figura 45 – Estojo de Zarabatana Matis.....	104
Figura 46 – Equipe de Saúde Bucal – arcadas de anta por trás da foto.....	104
Figura 47 e 48 – Arcadas de anta e queixada na porta da maloca.....	105
Figura 49 – Crânios de animais de caça na aldeia Kudaya.....	105
Figura 50 – Matis com adornos.....	106
Figura 51 – Adornos de dente de macaco.....	106
Figura 52 – Adornos Matis.....	107
Figura 53 – Matis carregando cipó.....	109
Figura 54 – Matis cortando o cipó.....	109
Figura 55 – Tatxik nokoxkatê.....	110
Figura 56 – Matis ralando o cipó com as mãos.....	111
Figura 57 – Korubo ralando o cipó segurando o taxtik nokoxkatê.....	111
Figura 58 – Matis fazendo “bolinha” com as lascas de cipó.....	112
Figura 59 – Korubo fazendo “bolinha” com as lascas de cipó.....	112
Figura 60 – Matis com Taxtik.....	113
Figura 61 - Patuá oferecido a equipe de saúde pelos Korubo.....	114
Figura 62 – Coleta de frutas.....	114
Figura 63 – Alimentos.....	115
Figura 64 – Caçada de Anta.....	116
Figura 65 – Pescaria.....	116

Figura 66 – Nuadvó utilizando cordão de cauda de arraia.....	117
Figura 67 – Criança Korubo consumindo mel.....	118
Figura 68 – Mel.....	118
Figura 69 – Arcada dentária de um adulto Korubo.....	121
Figura 70 – Arcada dentária de uma criança Korubo.....	121
Figura 71 – “Coquinho” que são quebrados pelos dentes pelos Korubo.....	122
Figura 72 e 73 – Veado e Jacaré oferecidos a equipe de saúde pelos Matis.....	123
Figura 74 e 75 – Queixada, jacu e mutum criados no Tawaia pelos Matis.....	123
Figura 76 – Mulheres e crianças Matis colhendo milho.....	124
Figura 77 – Mulher Matis colhendo macaxeira.....	125
Figura 78 – Mulher Matis colhendo banana e macaxeira.....	125
Figura 79 – Hora da refeição.....	126
Figura 80 – Arcada dentária Matis.....	124
Figura 81 – Contato com os Korubo com a presença de tradutor Matis.....	129
Figura 82 – Matis traduzindo a palestra da equipe de saúde bucal.....	129
Figura 83 – Protesto Matis na sede da FUNAI.....	132
Figura 84 – Reunião entre o presidente da FUNAI e os Korubo.....	133
Figura 85 – Nota de Repúdio.....	134

## LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Tabela 01 – Exemplos de alimentos e seus respectivos açúcares.....	43
Tabela 02 – Significado de CPOD.....	47
Tabela 03 – Escala de severidade da cárie.....	51
Tabela 04 – Distribuição da amostra segundo aldeia e ano.....	58
Tabela 05 - Distribuição da população pelo SIASI.....	58
Tabela 06 – Grupos de Análise.....	59
Tabela 07 - Prevalência de cárie em Korubo de recente contato.....	64
Tabela 08 – Divisão dos Polo Base do Dsei Vale do Javari.....	92
Tabela 09 – Distância x Tempo das viagens aos polo base do Vale do Javari.....	94
Gráfico 01 – Comparativo da média do índice de ceo-d de diferentes povos indígenas amazônicos, média nacional de 2010 na faixa etária que envolve os 5 anos.....	60
Gráfico 02 – Comparativo da média do índice de CPO-D de diferentes povos indígenas amazônicos, média nacional de 2010 e meta estipulada pela OMS na faixa etária de 12 anos.....	60
Gráfico 03 – Comparativo da média do índice de CPO-D de diferentes povos indígenas amazônicos e média nacional de 2010 na faixa etária que inclui os 15 a 19 anos.....	60
Gráfico 04 – Comparativo da média do índice de CPO-D de diferentes povos indígenas amazônicos e média nacional de 2010 na faixa etária que inclui os 30 a 39 anos.....	61
Gráfico 05 – Comparativo da média do índice de CPO-D de diferentes povos indígenas amazônicos e média nacional de 2010 na faixa etária que inclui idade acima de 40 anos.....	61
Gráfico 06 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na aldeia Tawaia no ano de 2013.....	62
Gráfico 07 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na aldeia Tawaia no ano de 2015.....	62

Gráfico 08 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na aldeia Paraíso no ano de 2013.....	63
Gráfico 09 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na aldeia Paraíso no ano de 2015.....	63
Gráfico 10 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na etnia Matis.....	64
Organograma 01 – Princípios do SUS.....	77
Organograma 02 – Organização da SESAI.....	85

## LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

AC – Acre

AIM – Agente Indígena Microscopista

AIS – Agente Indígena de Saúde

AM - Amazonas

APIB – Articulação Nacional dos Povos Indígenas

ATN – Atalaia do Norte

CAN – Correio Aéreo Nacional

CASAI – Casa de Saúde do Índio

CD – Cirurgião-Dentista

CEO – Centro de Especialidade Odontológica

ceo-d - Indicador de Cárie em dentes decíduos (c-cárie, e- extração, o-obturado)

CI – Comissão de Investigação

CIMI – Conselho Indigenista Missionário

CISI – Comissão Intersetorial de Saúde do Índio

CIVAJA – Conselho Indígena do Vale do Javari

Condise - Conselho Distrital de Saúde Indígena

CPOD – Indicador de cárie no dente (C-cárie, P-perdido, O-obturado)

CF – Constituição Federal

DASI – Departamento de Atenção à Saúde Indígena

des-re – desmineralização – remineralização

DGESI – Departamento de Gestão da Saúde Indígena

DNOCS – Departamento Nacional de Obras Contra a Seca

DSBPI – Diretrizes de Saúde Bucal aos Povos Indígenas

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

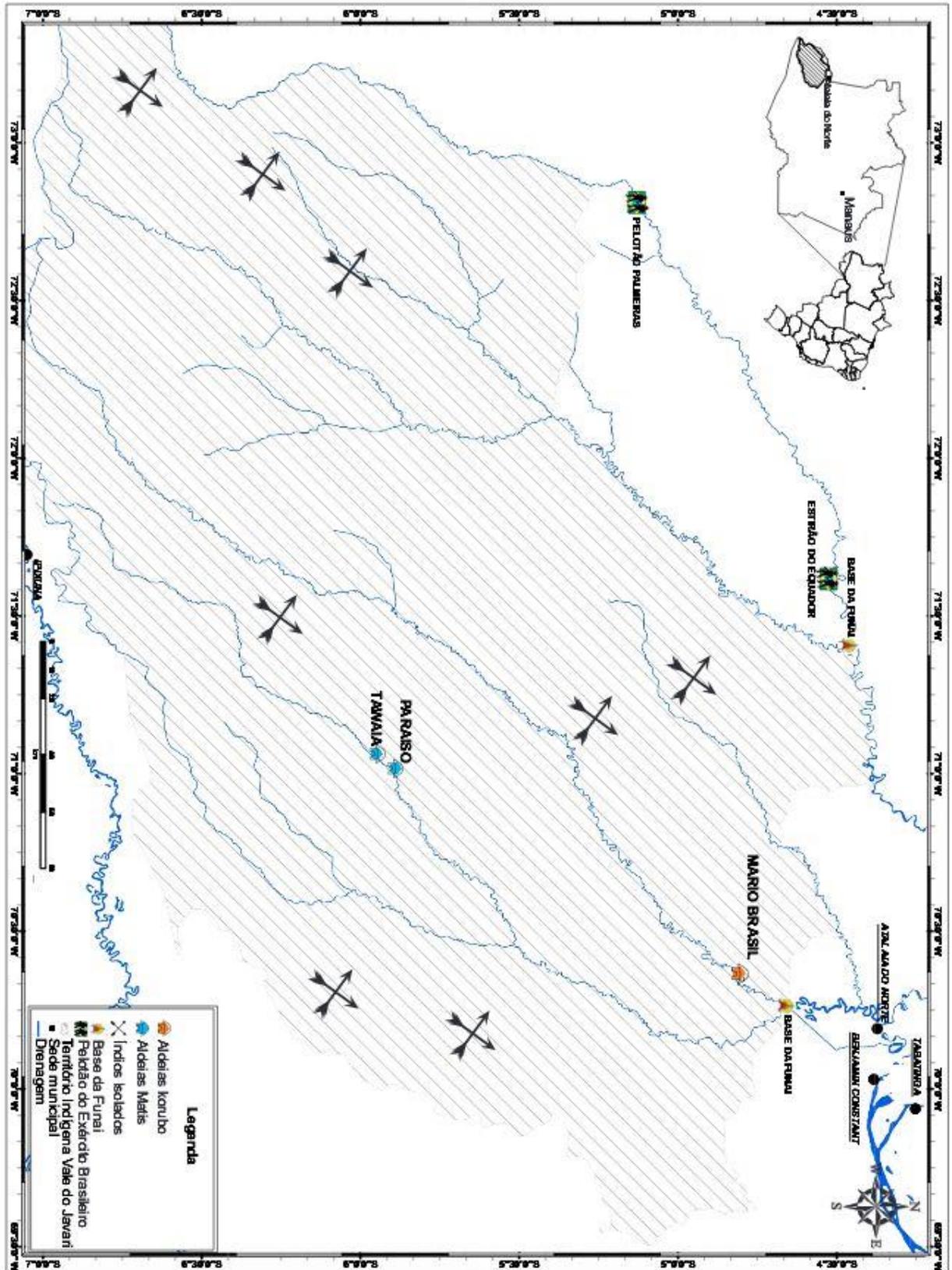
DSEI VAJ – Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari  
DSESI – Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde  
EMSI - Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena  
ESB – Equipe de Saúde Bucal  
FAB Força Aérea Brasileira  
FDI – Federação Dentária Internacional  
FPEVJ – Frente de Proteção Etnoambiental do Vale do Javari  
FSESP – Fundação de Serviço Especial de Saúde Pública  
FNS – Fundação Nacional de Saúde  
FUNAI – Fundação Nacional do Índio  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
INSI – Instituto Nacional de Saúde Indígena  
LPDR – Laboratório de Prótese Dentária  
MPF – Ministério Público Federal  
MS – Ministério da Saúde  
MSF – Médicos Sem Fronteiras  
MT – Mato Grosso  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
ONG – Organização Não Governamental  
OS – Organização Social  
OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público  
PNAPI – Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas  
PNASPI - Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas  
PNSB – Política Nacional de Saúde Bucal  
QFA – Questionário de Frequência Alimentar  
SasiSUS – Subsistema de Saúde Indígena  
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SPI – Serviço de Proteção ao Índio  
SIASI - Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena  
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública  
SUS – Sistema Único de Saúde  
SUSA – Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas  
TDH – Terre dès Hommes  
TSB – Técnico em Saúde Bucal

UNIVAJA – União dos Povos Indígenas do Vale do Javari

MAPAS



MAPA 02 – Localização das aldeias das etnias Matis e Korubo



Fonte: Mapa elaborado pelo geógrafo Rogério Barbosa para a pesquisadora Priscila Rocha Santos, 2016

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	25
CAPÍTULO I - A Doença Cárie: Aspectos Epidemiológicos e Antropológicos .....	28
1.1 Antropologia Dentária .....	28
1.2 Etiologia da Cárie.....	34
1.3 Epidemiologia da Cárie.....	45
1.4 Prevalência de Cárie dos Povos Indígenas Matis e Korubo.....	54
CAPÍTULO II - Políticas Públicas de Saúde Bucal.....	67
2.1 História das Políticas Públicas de Saúde aos Povos Indígenas.....	67
2.2 Política Nacional de Saúde aos Povos Indígenas.....	82
2.3 Distrito Sanitário Especial Indígena.....	89
2.4 Brasil Sorridente Indígena.....	97
CAPÍTULO III – Práticas Culturais das Etnias Matis e Korubo.....	103
3.1 Representação Simbólica dos Dentes.....	103
3.2 Hábitos Socioculturais que Interferem na Saúde Bucal.....	108
3.3 Práticas Alimentares.....	113

3.4 Relação Matis X Korubo.....	127
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	135
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	138
ANEXOS.....	148

## INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a política do Estado às populações indígenas teve como característica principal a assimilação desses povos à sociedade brasileira, pois se acreditava que, pouco a pouco, os indígenas deixariam de existir como sociedades culturalmente diferenciadas. Entretanto, isso não ocorreu, e as sociedades indígenas tiveram importante crescimento demográfico, bem como preservação cultural e reivindicaram direitos à diferenciação étnica. (GARNELO, 2012)

Uma dessas conquistas foi o direito a uma atenção em saúde diferenciada, que atendesse as especificidades de cada etnia. Em 1998, a Constituição Federal garantiu o reconhecimento e o respeito à sociodiversidade indígena no Brasil. Essa conjuntura permitiu o desenvolvimento de uma política de saúde com regras de atendimento adaptado às peculiaridades socioculturais e geográficas de cada povo.

Para atender essas especificidades na saúde, foi criada a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNAPI), essa política incentiva à produção de pesquisas multidisciplinares voltadas para temas relacionados à saúde, destacando urgência para pesquisas de antropologia em saúde e de medicina e a execução das ações da promoção da saúde e de controle de doenças, a partir de um modelo de atenção que leva em consideração o perfil epidemiológico.

As diretrizes do componente indígena da política nacional de saúde bucal ressaltam a importância de conhecer o perfil epidemiológico e os problemas de saúde bucal dos grupos indígenas, afirmando que, para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação da saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos da doença de maior prevalência, como também as condições socioeconômicas da comunidade indígena, seus hábitos, estilos de vida e necessidades de tratamento em saúde. (MS 2011)

A problematização na aplicação das políticas públicas de saúde é o fato que cada grupo étnico apresenta suas peculiaridades que influenciam para que haja diferentes condições bucais, assim sendo, torna-se necessário o estudo epidemiológico de cada etnia para alcançar uma saúde realmente viável e funcional nas comunidades indígenas e voltadas para suas especificidades.

Considerando à escassez de trabalhos científicos acerca da saúde bucal indígena, bem como, a diversidade étnica brasileira, torna-se relevante o estudo em relação à saúde bucal

dessas populações para que haja uma identificação da real situação da doença cárie nesses povos e seja possível identificar as principais causas que a compreendem e relaciona-la às representações do que essas etnias entendem pelo processo saúde-doença e como o contato com outras culturas podem influenciar esse fator.

A terra indígena Vale do Javari, possui 8.519.800 hectares de floresta preservada, e é a terceira maior terra indígena do Brasil. (MATOS, 2014), abrangendo segundo CIMI (1986) na Campanha Javari, doze povos diferentes, ocupando toda a bacia dos rios Javari/Jaquirana e de seus afluentes Curuçá, Ituí, Itacoáí e Quixito, assim como as cabeceiras do rio Jandiatuba e Jutáí. Os povos de abrangência do Dsei Vale do Javari são os Marubo, do rio Ituí e Curuçá; os Mayuruna/Matsés do Médio rio Curuçá, Rio Jaquirana pelo lado do Brasil e do rio Javari; os Matis no Rio Branco; os Kanamary no rio Javari e Itacoáí; os Kulina da aldeia Pedro Lopes e os Korubo da aldeia Mário-Brasil.

Entre eles as etnias consideradas de recente contato são os Matis e Korubo (ARISI, 2018), com tradições e rituais tão peculiares despertando assim a motivação para a pesquisa, tendo como foco a saúde bucal.

Esta dissertação propôs realizar um estudo epidemiológico da doença cárie em indígenas de recente contato no Vale do Javari, localizados em Atalaia do Norte, Amazonas, Brasil, com o intuito de interpretar o impacto que o contato com outras culturas está causando a saúde bucal por meio das informações obtidas pelo Setor de Saúde Bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari (Dsei Vaj), e através dessa análise investigar como a saúde bucal desses indígenas está sendo influenciada pelas políticas nacionais de saúde, pelas relações sociais entre eles e com o não índio e quais transformações culturais estão afetando o processo saúde-doença.

O texto dividiu-se em três partes principais, primeiro discorrendo sobre a doença cárie, seu aspecto histórico, antropológico, etiológico e epidemiológico, para posteriormente identificarmos a situação de saúde bucal atual dos indígenas Matis e Korubo. Para esta finalidade foi investigado a prevalência epidemiológica de cárie nos indígenas da etnia Matis da aldeia Tawaia e Paraíso nos anos de 2013 a 2015. Essas datas foram escolhidas para a pesquisa entre os Matis, porque em 2013 foi o ano oficial da mudança de território para esta respectiva aldeia, então, os dados epidemiológicos da aldeia Tawaia e Paraíso não existiam antes de 2013.

Assim como nos Matis, foi realizada a prevalência epidemiológica de cárie nos indígenas Korubo da aldeia Mário-Brasil nos anos de 2013 a 2016, a data inicial foi escolhida para coincidir com o ano em que seria pesquisado a prevalência de cárie dos Matis, para que a

fins de comparação, houvesse menos variáveis possíveis. Outro fator relevante, é o contato com os novos Korubo isolados realizados final de 2014 e final de 2015, sendo os dados referentes a saúde bucal obtidos em 2015 e 2016 respectivamente.

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do Excel e analisados com o software livre R, utilizando-se estatística descritiva e análises bivariadas. As análises univariadas foram feitas para a descrição das variáveis dependentes e independentes, apresentando as seguintes estatísticas: distribuição de frequência, média aritmética, mediana e cálculo das proporções. Para melhor compreensão do trabalho, os resultados obtidos foram descritos através de gráficos de barras para descrever a distribuição da prevalência de cárie, sendo eles divididos por idades, sexo, aldeia e ano.

Após essa análise, os dados foram comparados com os obtidos no último estudo de amplitude sobre a saúde bucal brasileira, com as metas estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e com outros estudos epidemiológicos de outras etnias indígenas no estado do Amazonas. Existem na literatura vários estudos em relação a prevalência de cárie em respectivas etnias, porém para esta dissertação, foram escolhidas para grau de comparação as etnias indígenas do Amazonas por estas apresentarem um processo histórico comum e pelas dificuldades de acesso a elas pelas políticas públicas devido ao isolamento geográfico

Após identificar a situação de saúde bucal dos indígenas de recente contato, torna-se imprescindível, discorrer sobre as Políticas Públicas de Saúde Bucal, para que seja compreensível o contexto do porquê e de que forma a saúde é levada a esses povos indígenas. Para isso, por meio de pesquisas bibliográficas, foi discorrido, a história das políticas públicas de saúde aos povos indígenas, desde o tempo dos jesuítas até a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena, e como estão sendo elaboradas as novas propostas pelo governo.

É explicado a divisão dos Distritos Sanitários Especial Indígena (DSEI) e em especial, como funciona a logística e o trabalho da saúde no Dsei Vale do Javari, incluído o Programa Nacional de Saúde Bucal.

Possivelmente, a ênfase da dissertação, seja a terceira parte, onde será relacionado o perfil epidemiológico da prevalência de cárie com os hábitos socioculturais e as práticas alimentares desses povos, e como estes afetam o processo saúde-doença. Em seguida, será discorrido a relação entre esses dois povos e o processo de contato, para que seja obtido conhecimento etnológico e antropológico que afetam a saúde bucal desses indígenas de recente contato, informações essas fundamentais para um planejamento a uma assistência à saúde bucal mais viável e funcional e para a organização dos serviços ofertados a estes povos.

## CAPÍTULO I

### A Doença Cárie: Aspectos Antropológicos e Epidemiológicos

#### 1.1 Antropologia Dentária

A reflexão sobre as sociedades, o homem e o seu comportamento social são conhecidos desde a Antiguidade Clássica pelo pensamento de grandes filósofos. A interpretação dos processos que constituem ou modificam as objetivações de várias ordens, identificando o dinamismo próprio de cada sociedade é um dos objetivos principais da antropologia, pretendendo-se com isso “minimizar os efeitos do etnocentrismo e evidenciar o que nas nossas culturas e nas nossas sociedades escapa”. (GONÇALVES, 1971, p. 15-21)

Etnocentrismo, termo formado pela justaposição da palavra de origem grega *ethnos* que significa nação, tribo ou pessoas que vivem juntas e centrismo que indica o centro, é um conceito importante da Antropologia, definido como visão demonstrada por alguém que considera o seu grupo étnico ou cultura o centro de tudo. Lévi-Strauss (1993b, p. 333) desmarginaliza o termo até então apenas visto com negatividade ao se referir a ele como “um fenômeno natural resultante das relações diretas ou indiretas entre as sociedades”, ou seja, algo natural de todas as sociedades sentir sua cultura como superior. Para ele o etnocentrismo “consiste em repudiar pura e simplesmente as formas culturais: morais, religiosas, sociais, estéticas, que são as mais afastadas daquelas com as quais nos identificamos”.

É importante identificar os processos de saúde e doença em sociedades tradicionais, para evidenciar justamente esta afirmativa de Gonçalves sobre o que “escapa a nossa sociedade”. Devido ao etnocentrismo, a sociedade ocidental acredita que certas doenças e tratamentos são algo particular de sua cultura, como é o caso das doenças bucais, que pela concepção comum e em vários trabalhos se considera a doença dita como “doença da civilização” uma doença da era “moderna” pelo adjunto do consumo do açúcar.

Descobertas arqueológicas como a do Dr. Juan Luis Asuarga, com base no estado dos dentes de fósseis sobre o provável uso de gravetos para limpeza de dentes na pré-história (EL PAÍS, 2007), e a de um protótipo chinês, feito de bambu em 1490, e um ramo de planta achado numa tumba Egípcia datado de 3 mil anos antes de Cristo com uma das extremidades desfiada à semelhança de cerdas de uma escova de dente (SOUZA, 2010) demonstram que a

preocupação com a saúde bucal não é algo dos “tempos modernos”, estando presentes também nas mais antigas civilizações.

A antropologia dentária é um campo que utiliza informações obtidas a partir dos dentes de populações humanas existentes ou por esqueletos para resolver questões antropológicas. Dada a sua natureza e função, os dentes são utilizados para tratar várias indagações de diversas áreas da ciência. Apresentando variáveis que são úteis na avaliação da população, nos seus relacionamentos e na dinâmica evolutiva. Dado o seu papel na mastigação de alimentos, patologias dentárias e os padrões de desgaste dentário pode se identificar os tipos de alimentos ingeridos, os aspectos do comportamento cultural, podendo os dentes exibir modificações acidentais ou intencionais, e os aspectos de comportamento alimentar, incluindo técnicas de preparação de alimentos de diversas sociedades.

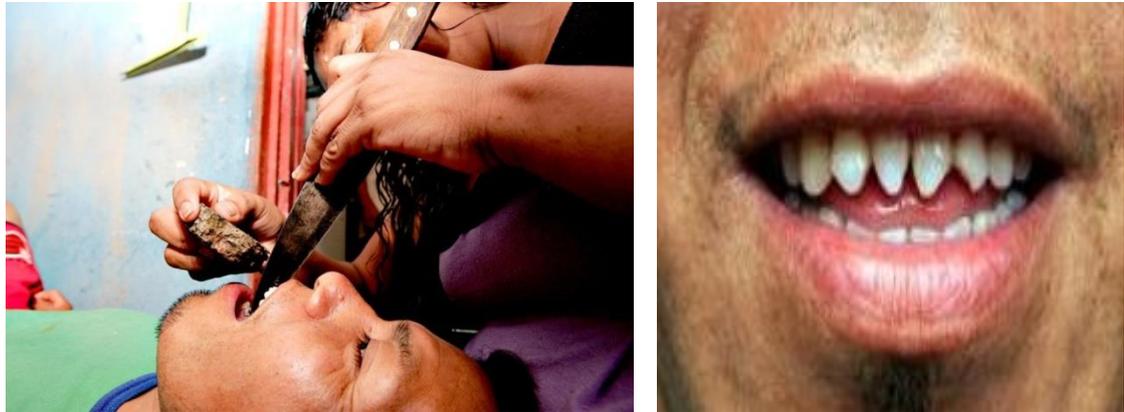
Estudos antropológicos demonstram a preocupação do homem com a saúde dentária, tendo a necessidade de lidar com a dor de dente, explicá-la e evitá-la. Registros que datam de 3500 anos a.C. da Mesopotâmia (FLIGLIOLI, 2001), de onde teria se difundido para o Egito e para o mundo, esses autores sugerem seu “nascimento” já na pré-história (ROSENTHAL, 2001). Von Lenhossek, anatomista húngaro, revela que os crânios dolicocefalos humanos do período pré-neolítico (12.000 a.C.) não apresentavam cáries dentárias, porém os crânios braquicefálicos do período neolítico (12.000 a 3.000 a.C.) continham dentes cariados sendo que, na maioria dos casos, as lesões foram observadas nas pessoas idosas em dentes que apresentavam alto grau de desgaste e impactação alimentar. (WASTERLAIN, 2006)

Como o processo de formação dos dentes sofre mudanças externas, o desenvolvimento de defeitos fornece uma medida geral de meio ambiente e do stress sofrido em uma população. Pesquisadores em várias disciplinas, incluindo a antropologia física, arqueologia, paleontologia, odontologia, genética, embriologia, e ciência forense, realizam pesquisas que diretamente ou indiretamente pertencem ao campo da antropologia dentária. (SCOTT, 1997)

Embora a função primária da cavidade oral refira à ingestão de alimentos e água, a boca também serve como um dos principais órgãos sociais para muitos animais e para os seres humanos, estes podem modificar a aparência das suas bocas em uma variedade de formas. Em alguns casos, estas modificações são de natureza externa, por exemplo, barbas, bigodes, tatoos, plugues bordo, batoques, pedaços de madeira e espinhos que atravessam a pele. Em outros, grupos podem modificar diretamente a aparência dos seus dentes, especialmente os incisivos e caninos mais visíveis, por meio da mutilação dental, podendo resultar em várias formas. Como a aparência de “dentes de piranha” feitos pela etnia Kaingang, no Paraná, onde afiavam os dentes usando uma faca afiada e uma pedra que, ao bater na lâmina, retirava lascas

do esmalte, produzindo os tais dentes afiados semelhantes a um peixe da Amazônia, a Piranha. (KUBASKI, 2012)

Figura 01 e 02 – Afição para o “dente de piranha” da etnia Kaingang



Fonte: Kubase, 2012

A literatura revela muitas práticas culturais que deixam marcas não intencionais nos dentes. Hábitos de fumar e mascar tabaco, costumeiros fumadores de cachimbo normalmente utilizam um tubo em um ou ambos os lados da boca na região dos caninos, sendo os tubos com argila os piores para gerar desgastes ovalados profundos que se estendem ao longo de vários dentes. Hábitos como uso de sondas ou palitos para remover os restos de alimentos entre os dentes, assim como o de costureiras de colocar agulha na área dos incisivos, pode deixar defeitos nas superfícies das coroas dentárias, e o costume de mascar tabaco geram inúmeras manchas nos diversos dentes.

Outra prática cultural que deixa desgaste não intencional é o uso de labret<sup>1</sup>. Labrets, que são inseridos através das bochechas ou lábios, em diferentes formas e tamanhos, e feitos a partir de uma variedade de matérias incluindo madeira, marfim, osso, pedra e metal.

Várias culturas fazem uso de labrets, os antigos maias perfuravam a língua como parte de rituais simbolizando a virilidade, espiritualidade e coragem (BRENNAN, 2006), os esquimós inseriam-no lábio inferior como símbolo de passagem para a idade adulta, no caso

---

1- Decoração para os lábios feito de metal, madeira, marfim ou osso inserido em um orifício feito nos lábios ou em suas proximidades.

dos homens, e como um ato de purificação, no caso das mulheres (ESCUDEIRO-CASTANO, 2008), os indígenas da etnia Matis no Amazonas, utilizando labrets de madeira, perfuram a pele acima do lábio inferior, geralmente na direção dos caninos ou pré-molares superiores, muitas vezes causando uma ação de abrasão<sup>2</sup>.

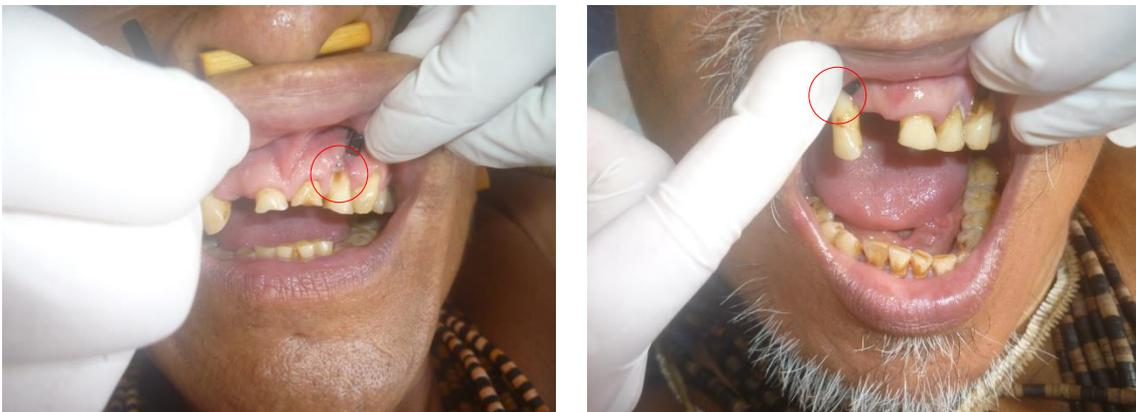
O uso do labret, muitas vezes dependendo da localidade, produz um desgaste dentário muito distinto, manifestado como uma faceta polida nas superfícies anteriores ou posteriores dos dentes, podendo esses desgastes muitas vezes explicar o hábito cultural de uma sociedade.

Figura 03 – Matis usando labret de madeira



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal do Polo Base Tawaia/Dsei Vaj, 2016

Figura 04 e 05 – Desgastes dentários ocasionados pelos labrets



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal do Polo Base Tawaia/Dsei Vaj, 2016

---

2- Desgaste por fricção. Na odontologia, é caracterizado como desgaste dos dentes por meios mecânicos ou químicos.

Além de modificações na forma, os dentes podem ser submetidos à prática traumática de abrasão. As razões para a mutilação dental podem ser idiossincráticas ou culturalmente prescritas. Os indivíduos podem optar por modificar os seus dentes para obter um efeito estético desejado. Como também algumas culturas exigem alguma forma de mutilação dental como um símbolo da associação de grupo. Em alguns casos, a mutilação está envolvida em ritos de passagem, especialmente aqueles ritos que envolvem uma transição no estado como a adolescência à idade adulta ou solteiro á casado.

A preocupação com a boca e os dentes aparece como um dos mais antigos cuidados em diversas culturas e sociedades. Se elas desenvolveram técnicas para lidarem com a questão da saúde física e bucal, não se pode negar que os povos indígenas também não o tenham feito.

Mediante notas do caderno de campo do antropólogo Dias (2011), muitos são os relatos de plantas usadas por diversas etnias indígenas para “curar” a dor de dente. Como o uso de fios de palha do tucumanzeiro para remover restos alimentares nas interfaces dentais após a alimentação, mastigação de cipó que acreditam “matar” a esse verme que estraga os dentes, e até folhas da selva usadas como terapia medicamentosa para alívio da dor provocada pelo dente realizada pelos Matsés.

Lèvi-Strauss (1978), em seu texto *Raça e Histórias* relata sobre o encontro de culturas e formação de identidades étnicas, “a noção de diversidade das culturas humanas não deve ser concebida de forma estática”, pois embora o etnocentrismo seja um fenômeno presente em todas as culturas, nenhuma delas está imune às influências de outras. Sendo as culturas hoje o resultado de trocas socioculturais.

[...] as sociedades humanas nunca se encontraram isoladas [...]. Assim não é exagero supor que as culturas norte-americanas e as sul-americanas tenham permanecido separadas de quase todo o contato com o resto do mundo durante um período cuja duração se situa entre dez mil e vinte e cinco mil anos. Mas este grande fragmento da humanidade separado consistia numa multidão de sociedades grandes e pequenas, que mantinham entre si contatos muito estreitos (Lèvi-Strauss, 1978, p 3).

O contato dos povos tradicionais com a sociedade ocidental na Amazônia acarretou diversas mudanças na vida destes, trazendo profundas transformações nos mais diferentes níveis de seus sistemas socioculturais, políticos e econômicos, com reflexo na demografia e epidemiologia. (COIMBRA, 2002; RIBEIRO, 1956) E com essas mudanças nos costumes e

inserção de novos hábitos culturais, alguns malefícios acabaram sendo inseridos nas aldeias, como é o caso do aparecimento de diversas doenças, que os povos tradicionais conhecem como “doenças do branco”.

O estudo das representações relativas à doença e seu tratamento nas sociedades tradicionais começa justamente pelo questionamento da pertinência e da aplicabilidade de certos conceitos; conceitos estes que, enquanto não constituem problemas nas sociedades ocidentais, por serem construídos a partir da história da nossa medicina, devem ser justamente repensados frente àquelas sociedades. As representações e as práticas relativas à doença e ao seu tratamento, objetos de estudo da antropologia da doença, recobrem nas sociedades tradicionais, diferentes realidades em relação às ocidentais, realidades que se deixam dificilmente apreender pela linha conceitual da biomedicina. (BUCHILET, 1991).

Os estudos em antropologia dentária trazem valiosas informações pela sua estreita ligação com a dieta e hábitos alimentares, uma vez que alimentos e padrões de consumo diferem em diferentes sociedades, fazendo refletir na condição de saúde bucal dos povos indígenas da Amazônia (COIMBRA, 2005).

Diversos estudos citados na literatura, são consensuais ao afirmarem que indígenas isolados da civilização, possuem excelente saúde bucal (PINTO, 1990; SELAU, 1988; POSE, 1993 e THYLSTRUP, 1988). Como Ribeiro (1995) afirma na sua reconstituição do encontro europeu com os indígenas, dizendo que os indígenas brasileiros da era pré-contato não possuíam cárie, como também outras doenças e epidemias trazidas pela “branquitude” dos europeus:

A branquitude trazia da **cárie dental** à beixiga, à coqueluche, à tuberculose e o sarampo. Desencadeia-se, ali, desde a primeira hora, uma guerra biológica implacável. (RIBEIRO, 1995, p. 184 *grifo meu*).

A dieta de populações indígenas da era do pré-contato pode ser analisada através de informações obtidas da antropologia dentária. Estudos como o Detogni (2007) argumentam que esse padrão de contato não pode ser tomado como regra absoluta, pois há casos de povos que, mesmo antes do contato, já apresentavam elevados níveis de cárie devido a particularidades de sua dieta. Locais onde a alimentação indígena é pastosa, composta por mingaus de mandioca ou de milho e mel, os índios já apresentavam cáries antes do contato com outra sociedade. Isso porque esses alimentos são à base de amido, uma substância que,

quando ingerida, se transforma em açúcar em nosso organismo, o que favorece o surgimento de cáries.

Mediante essas afirmações, surgiu a indagação: Povos amazônicos, cuja dieta é a base da caça, pesca e consumo de macaxeira (mandioca), banana, milho, cana de açúcar e mel silvestre realmente possuem níveis elevados de cárie em comparação àqueles que já têm certo contato com a sociedade ocidental? Se sim, como a medicina tradicional tratava esses problemas bucais? Se não, qual fator presente permite que o alimento, típico de etnias do Amazonas, consumido nessa população não produza o efeito da doença cárie e quais práticas tradicionais são utilizadas para prevenir esse problema?

Assim, um dos objetivos do estudo será investigar a prevalência epidemiológica de cárie nos indígenas da etnia Matis da aldeia Tawaia e Paraíso nos anos de 2014 à 2016, Korubo da aldeia Tapalaya e Tarauaka nos anos de 2013 à 2016; e os Korubo recém-contatados de 2014 e 2015. E com isso comparar os dados obtidos entre eles, com os indicadores de cárie do país, com as metas estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e com outros estudos epidemiológicos de outras etnias indígenas no estado do Amazonas.

## **1.2 Etiologia da Cárie**

Os demais tópicos desse capítulo terão como objetivo estudar a doença cárie no ponto de vista histórico, biológico e epidemiológico para posterior discussão da doença no aspecto cultural. Com a tentativa de compreender tal problemática integrando as visões epidemiológicas e antropológicas, o assunto será tratado a partir do conhecimento científico da doença atrelando-o ao contexto sociocultural, respeitando as particularidades quanto à experiência de doença, saúde e terapêutica das etnias estudadas.

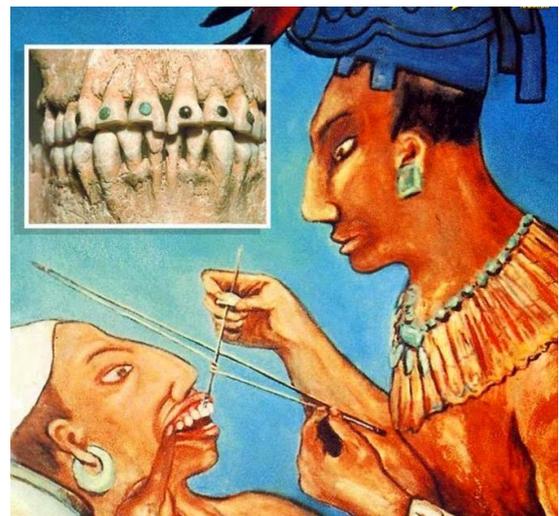
Muitas são as explicações com o decorrer da história para as origens, causas e terapêuticas da doença cárie. As dores de dente eram atribuídas a verme dentais, demônios e alterações nos humores (desequilíbrio nos fluidos corporais), sendo tratadas por sacerdotes e com uso de orações. Na Mesopotâmia as inscrições existentes em tábuas de argila encontraram-se gravadas a oração e a fórmula para destruir o tal verme dentário, tido como uma encarnação do demônio do mal que corroía e destruía os dentes. (FLIGLIOLI, 2001)

Plantas, orações, magias e crenças se difundiam na esperança de se conseguir minimizar o sofrimento humano causado pela dor de dente. Para alguns povos antigos, o Sol era o astro que curava todas as enfermidades, inclusive afecções dentárias. (RING, 1998)

As primeiras documentações terapêuticas sobre as infecções da cavidade bucal são encontradas nos papiros egípcios e se referem ao uso analgésico do incenso, da mandrágora e do meimendo. Nesses escritos pode-se notar que havia uma preocupação com o tratamento dos dentes, mas não com a higiene bucal e, é deles também que se tem relato de próteses rudimentares (RING, 1998).

Apesar de grande parte dos escritos das civilizações pré-colombianas, como a dos Maias, (que tiveram seu apogeu entre 300 e 900 d.C.) ter sido queimado pelos espanhóis, sabe-se que, possuíam sólidos conhecimentos de matemática, astronomia, arquitetura e escultura. Eles costumavam ornamentar os dentes com pequenas pedras preciosas cimentadas a eles e também, foram encontrados dentes com material inorgânico em locais de cárie, em restos humanos desta civilização (ANDRADE, 1998).

Figura 06 e 07 – Pedras preciosas ornamentando dentes do povo Maia



Fonte: Gurgel, 2012

Durante os séculos XII a XIV, as universidades medievais continuavam tomando por base antigos textos dos gregos e romanos. A dor de dente provocada pelo verme dentário era curada com mistura de alho poro com sebo de ovelha, e a aplicavam enquanto o paciente permanecia ajoelhado ou de pé junto a um braseiro onde a mistura era esquentada. (RING, 1998)

Na Igreja Católica, a Santa Apolônia é a imagem à qual se rende tributo para as dores de dente. Apolônia era filha de um rico magistrado de Alexandria, cidade importante do Egito, então sob o domínio do imperador romano Felipe, por volta do ano 249 d.C. Ao ser capturada, negou-se a prestar culto aos deuses romanos, e por isso sofreu grande torturas, tendo seus dentes arrancados. Mesmo sofrendo a dor dilacerante de ter seus dentes quebrados, ela não renunciou à sua fé em Jesus Cristo. Em meio a seu suplício, pediu a Deus que todos os que sofressem de dores de dente, ao invocar seu nome teriam as dores imediatamente acalmada. Depois de sua morte, seus dentes foram recolhidos e levados para vários mosteiros. Existe um dente e um pedaço de sua mandíbula no Mosteiro de Santa Apolônia em Florença, Itália. (MENDES, 2006). Por ter tido os seus dentes arrancados ela é sempre representada por uma imagem de uma senhora com vestes segurando um fórceps na mão.

Figura 08 – Imagem de Santa Apolônia



Fonte: Mendes, 2006

Algumas culturas explicam as dores de dente como feitiços, castigos e maldições lançadas por outros, no caso de uma índia Kanamary da aldeia Massapê, afirmou em consulta odontológica que “seu dente doía” por um feitiço lançado por uma indígena da etnia Kulina, e preferiu antes de prosseguir o tratamento com a cirurgiã-dentista realizar uma pajelância com o Xamã da aldeia.

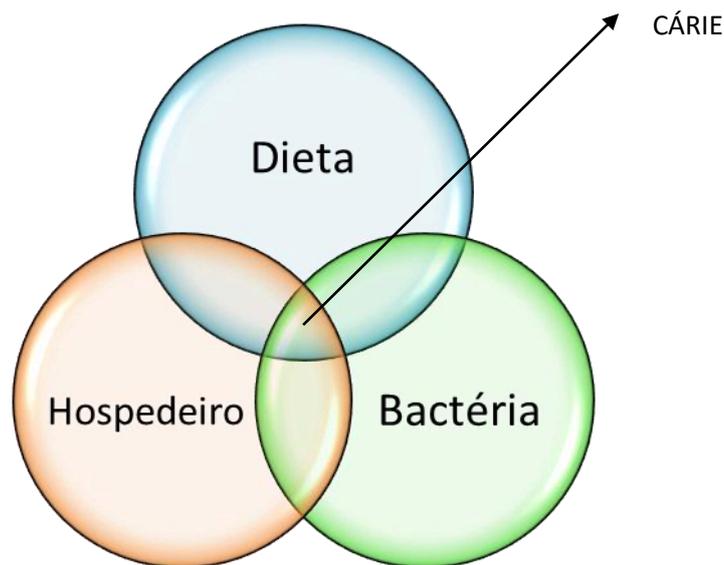
Alguns estudos como de Moreira (2007) mostram que atualmente existem uma variedade de curandeiros populares: rezadeira, raizeiro, prático, umbandista, espírita e pastor evangélico para tratar as dores de dente. A rezadeira é procurada, pois sua oração para Santa

Apolônia “acalma a largatinha que come o dente” e paralisa a dor latejante. Essa busca em diversos recursos sociais demonstra que a resposta aos problemas bucais pode depender da capacidade de enfrentamento e do apoio na crença do indivíduo (JACQUES, 2003).

A ideia do "verme do mal" e “da largatinha que come o dente” não só evoluiu como se transformou em verdade científica ao longo dos séculos, confirmada por escritores e especialistas, se tornando a doença conhecida hoje como cárie.

A cárie dentária é uma doença infecciosa oral com alto índice de prevalência na população mundial, que acarreta várias implicações para o indivíduo, não só em termos de dor e dificuldade em mastigar, mas também a nível psicossocial. As teorias sobre a etiologia da cárie se consolidam nas décadas de 1960 e 1970 como multicausais, resultando da desmineralização dos tecidos dentários devido à ação de ácidos orgânicos produzidos por bactérias ditas cariogênicas, sendo que para tal também contribuem a suscetibilidade do hospedeiro e a dieta (GOMES, 2008)

Figura 09 – Diagrama proposto por Keys (1969) para explicar os fatores etiológicos determinantes da doença cárie.



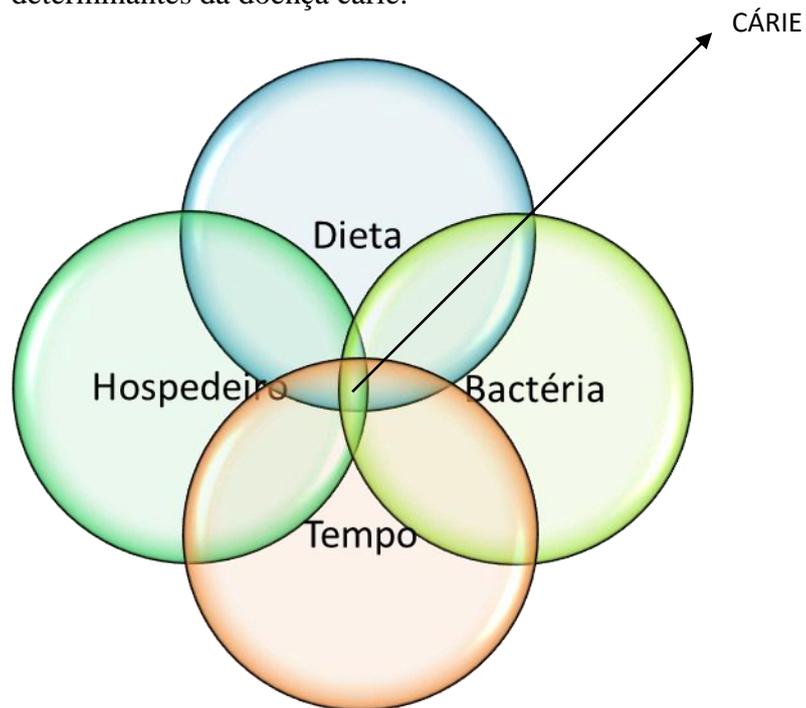
Fonte: Diagrama elaborado pela autora com base no proposto por Keys, 2017

Desta forma, Keyes, em 1969, identifica que a dieta composta por sacarose favorece os processos de cárie e estabelece o caráter infectocontagioso da doença e responsabiliza, definitivamente, a bactéria *Streptococcus mutans* por sua causação. Este modelo etiológico ou

macrotendência multicausal-biologicista se torna característico ao estilo de pensamento da "ciência odontológica".

Ernest Newbrum (1978) modifica de forma subliminar a tríade de Keyes, acrescentando um quarto fator: o tempo. O que não altera de forma substancial este modelo multicausal centrado no biológico.

Figura 10 – Diagrama proposto por Newbrum (1978) para explicar os fatores etiológicos determinantes da doença cárie.



Fonte: Diagrama elaborado pela autora com base no proposto por Keys, 2017

Para melhor compreensão dos diagramas, será descrito esses fatores determinantes da doença cárie:

**1. Hospedeiro:** o hospedeiro compreende a susceptibilidade do indivíduo. No caso os dentes e a saliva.

O dente é o local onde a doença se manifesta. Algumas condições dos elementos dentários os tornam mais suscetíveis à doença cárie, tais como a morfologia dental e saliências e reentrâncias que existem em alguns dentes que dificultam o controle da higienização.

Figura 11 – Saliências que dificultam a higienização



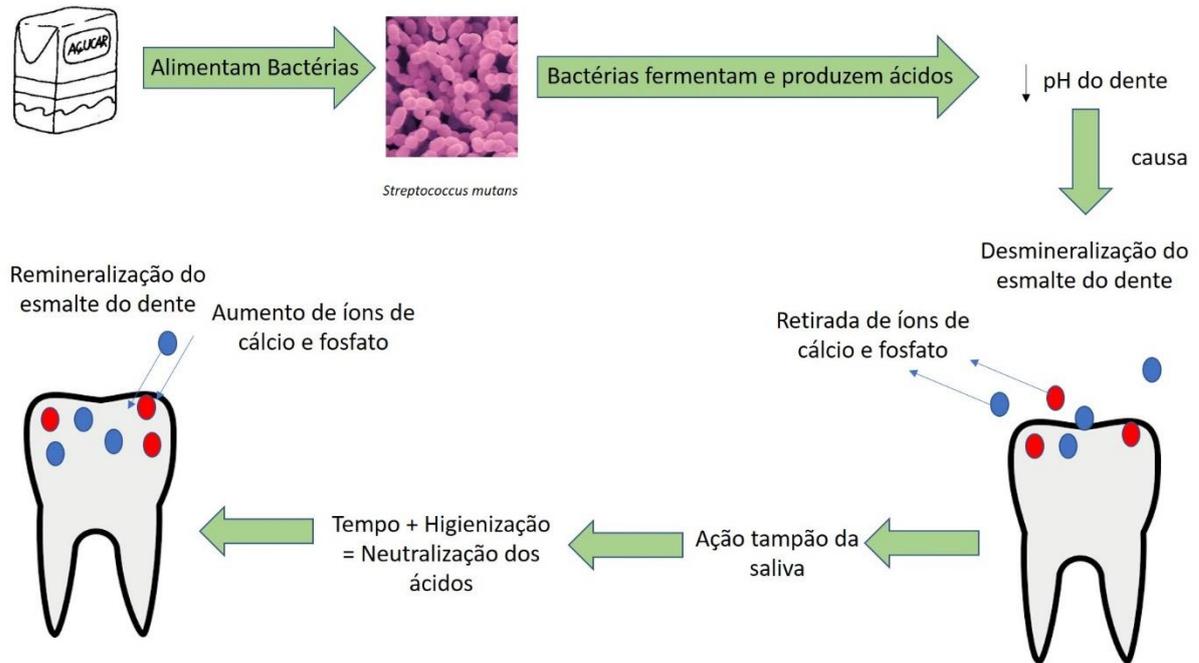
Fonte: Batista, 2013

A saliva possui capacidade tampão pela presença de íons de bicarbonato e fosfato que neutralizam os ácidos produzidos pelos microrganismos cariogênicos. Ela também tem a função de autolavagem e limpeza das superfícies dentárias e possui ação antibacteriana por conter proteínas e imunoglobulinas que atuam contra os microrganismos cariogênicos (BRAGA, et al., 2008).

**2. Bactéria:** a cavidade bucal possui inúmeras espécies de microrganismos. Apesar da diversidade microbiana, poucas espécies estão relacionadas à doença cárie, como *Streptococcus mutans*, *Streptococcus sobrinus* e *Lactobacillus*, pois possuem as características específicas para participar do processo da doença. As bactérias cariogênicas possuem a capacidade de se aderir às estruturas dentárias e produzir ácidos a partir da fermentação dos carboidratos da dieta e de sobreviver nesse meio ácido.

A simples presença de microrganismos na cavidade bucal não é suficiente para o aparecimento da doença cárie. No entanto, a sua participação é inquestionável e indispensável, já que a lesão de cárie passa pelo metabolismo bacteriano, culminando com a formação de ácido e consequente desmineralização do esmalte, desencadeando, simplesmente, o processo fisiológico chamado de des-re (desmineralização e remineralização), não determinando, porém, a cárie. A figura abaixo explicará melhor este processo:

Figura 12 – O processo “des-re” (desmineralização x remineralização)



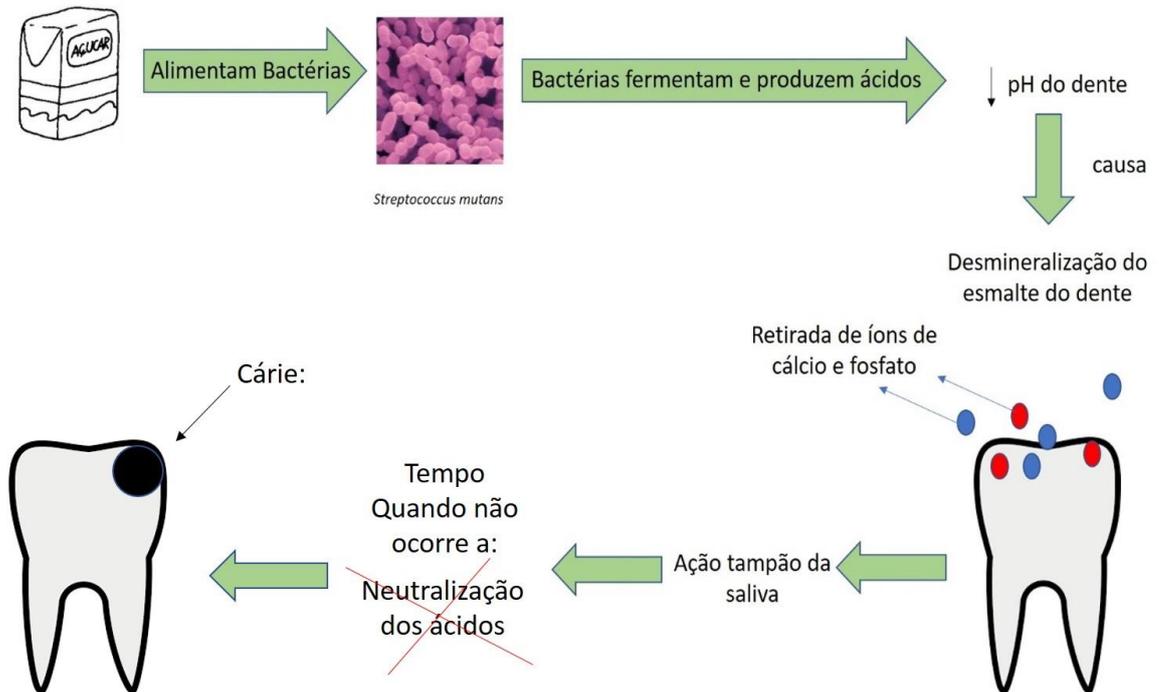
Fonte: Representação esquemática elaborada pela autora, 2017

**3. Dieta e Tempo:** A cariogenicidade da dieta é determinada pela presença de carboidratos, principalmente a sacarose, que servem de substrato para os microrganismos da cavidade bucal. Os fatores dieta, hospedeiro e bactéria, quando associados, necessitam de um período de tempo para favorecer a desmineralização dos dentes.

É importante considerar que a desmineralização que ocorre após a ingestão de qualquer dieta cariogênica se dá durante um determinado tempo, até que a capacidade tampão e ação remineralizadora da saliva paralise o processo, não determinando uma lesão de cárie e sim uma simples desmineralização reversível, como representado na figura acima.

Mas, com a ingestão sistemática e cada vez mais frequente de alimentos cariogênicos e a permanência do açúcar na superfície do dente, produz um desequilíbrio crescente da des-re, levando apenas ao processo da perda de minerais, acarretando na doença cárie, levando-se a concluir que a dieta e o tempo que o dente permanece desmineralizado seriam fatores determinante da doença (LANKE, 1957).

Figura 13 – O processo da cárie

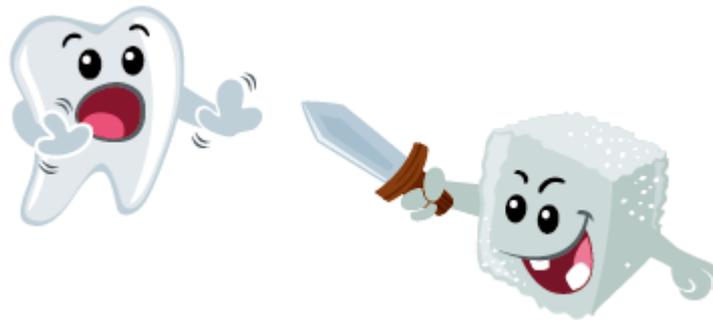


Fonte: Representação esquemática elaborada pela autora, 2017

A partir dos diagramas e dos clássicos estudos de Vipeholm, na Suécia, Gustafson et al (1954), durante os anos de 1946-1951 com doentes mentais determinou que o açúcar aumenta significativamente a experiência de cárie, consolidando-o como o "arqui-inimigo" dos dentes.

Mediante a identificação da dieta com sacarose ser um importante fator determinante, e vários estudos apontado o açúcar como principal fator dietético na etiologia da cárie dental. Surgiu a verdade universal do causador da doença: o açúcar. Os programas educativos, os vídeos, as palestras, as peças teatrais, os livros infantis que trazem com o tema saúde bucal tem a tendência a enfatizar o açúcar como o principal causador da doença cárie. Por meio de figura de doces, chocolates, biscoitos e refrigerantes e as vezes até mesmo o açúcar atacando o dente.

Figura 14- Ilustração infantil do açúcar como inimigo do dente



Fonte: Colgate, 2015

Figura 15 – Palestra feita por profissionais do Dsei Vale do Javari sobre os malefícios do açúcar



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal no rio Jaquirana/Dsei Vaj, 2017

Nota: A profissional de saúde está perguntando das crianças quem gosta de doces

A importância da dieta, particularmente da sacarose, como fator imprescindível para a instalação do processo carioso é resultado de inúmeros estudos, desenvolvidos para avaliar a participação desses componentes na cárie dentária, ressaltando a importância da sacarose como o carboidrato mais cariogênico em relação aos outros açúcares (KRASSE, 1965;KEYES, 1968).

Já está bem estabelecido que alimentos ricos em sacarose aumentam os riscos à carie dental (TOLEDO et al.,1989). Mas em quanto à potencialidade de diversos outros alimentos

contendo diferentes açúcares? Como alguns alimentos naturais, frutas, mel, milho, mandioca, batata e tapioca?

Todos os açúcares comuns da dieta alimentar (sacarose, glicose, frutose e lactose) são utilizados no metabolismo de energia de muitas bactérias, portanto estando sujeitos a serem fermentados por esses microrganismos (THYLSTRUP e FEJERSKOV, 1995).

Tabela 1 – Exemplos de alimentos e seus respectivos açúcares

Carboidratos	Açúcar	Alimentos
<b>Frutose<sup>3</sup></b>	Frutose	Frutas, cereais, vegetais e mel
<b>Lactose<sup>4</sup></b>	Glicose + Galactose	Leite e Derivados
<b>Amido<sup>5</sup></b>	Moléculas de Glicose	Arroz, Batata, Tapioca, Milho, Farinha, Macaxeira
<b>Mel<sup>6</sup></b>	Glicose + Frutose	Mel de Abelha
<b>Sacarose<sup>7</sup></b>	Glicose + Frutose	Açúcar e Cana de Açúcar

Pereira (2001), realizou um estudo comparando *in vitro* diversos açúcares, a glicose, frutose, sacarose e glicose + sacarose em relação a diminuição do pH, conseqüentemente, qual dos açúcares causariam maior desmineralização do dente. O autor concluir que, todos os açúcares possuem potencial cariogênico, sendo que a sacarose e a combinação de glicose com frutose apresentaram uma redução maior do pH, ou seja, seriam mais nocivos aos dentes. Corroborando o estudo de Oliveira (1989) e Borges (2008) que também comparam os diferentes tipos de açúcares: sacarose, frutose e lactose e afirmam a cariogenicidade de todos, sendo sempre a sacarose com maior teor.

3 – BARREIRO, R. C. et al. **Frutose em humanos: Efeitos metabólicos, utilização clínica e erros inatos associados.** Revista de Nutrição, v. 18, n. 3, p. 377-389, 2005

4- BORGES, M.F. **Influência da sacarose, lactose e glicose + frutose no potencial cariogênico de S. mutans: estudo in situ e in vitro.** Revista Odonto Ciencia. Vol. 23 Issue 4, p. 360-364. 2008

5- ZEOULA, M.L. **Solubilidade e Degradabilidade Ruminal do Amido de Diferentes Alimentos.** Rev. bras. zootec., v.28, n.5, p.898-905, 1999

6 - SILVA R.A et al. **Composição e Propriedades Terapêuticas do Mel de Abelha.** In Alimentos e Nutrição Araraquara, Vol. 17, No 1. 2006

7 - MELO, R.C. **Determinação de açúcar redutor em presença de sacarose.** In Brasil Açucareiro. Rio de Janeiro, v.99, n.3, p.26-31. 1982.

A frutose é o principal açúcar encontrado na fruta, embora também estejam presentes a glucose e a sacarose. As frutas e os vegetais são geralmente considerados benéficos para a saúde, mas o seu impacto na saúde oral ainda é bastante debatido (WILSON, 2009), assim como o mel, que alguns naturalistas acreditam ser menos cariogênico do que a sacarose, mas ainda não existem evidências científicas que suportem essa afirmação (FADEL, 2004). O mel contém 85% de açúcares, principalmente frutose e glicose, sendo considerado por alguns, como Thystrup e Fejerskov (1995) um alimento de alto risco para o desenvolvimento da cárie dental.

Arora (2012) afirma que a fruta esmagada tem um potencial cariogênico superior, já que a sua digestão inicial na cavidade oral é mais fácil, e os frutos secos, devido ao seu elevado conteúdo em açúcar, levam a uma diminuição significativa do pH da placa bacteriana em comparação com a fruta fresca, e as maçãs, por serem altamente ricas em fibras, apresentam um efeito de “autolimpeza”, o que diminui o seu potencial cariogênico.

Após o entendimento do aspecto científico da doença cárie, pode-se notar uma tendência hegemônica que é encontrada na maioria dos artigos, delimitadas no esquema proposto por Keyes e Newbrum como causa suficiente. Nestes artigos, buscam-se entender a relação dos componentes do diagrama e cárie de raiz, cárie secundária, cárie em bebês, modificações na dieta, efeitos iatrogênicos de aparelhos ortodônticos, relação com doenças sistêmicas, doenças crônico-degenerativas, síndromes, HIV, cigarros, goma de mascar com adoçantes, genética do *Streptococcus mutans* e materiais restauradores. (GOMES, 2007)

Silveira et al. (2002) afirmam que a doença cárie não pode ser determinada exclusivamente por fatores biológicos, como afirmava Keyes (1969) e Newbrun (1978), pois muitos são os fatores que podem influenciar na doença, potencializar ou amenizar a ocorrência, que segundo Moyses (2003), podem ser classificados em fatores sociais, econômicos e culturais, determinantes dos hábitos e estilos de vida. E é nessa base teórica, na crença em que a cultura pode influenciar na doença que motivou a pesquisa com os Matis e Korubo do Vale do Javari.

A maioria dos programas de educação voltados para a saúde bucal, inclusive nos Dseis, incluem alguma referência sobre os malefícios dos alimentos açucarados e para a limitação de alimentos doces, mas há muito pouca discussão sobre os aspectos práticos de como a dieta feita pela respectiva comunidade poderia afetar a saúde bucal e qual o real impacto na doença pelos fatores sociais e culturais. Muito pouco é estudado sobre os diferentes padrões de consumo do açúcar específicos de cada etnia indígena, e quais outros alimentos próprios da cultura favorecem o aparecimento da doença e quais hábitos

tradicionais colaboram ou retardam-na. Essas informações seriam indispensáveis para o sucesso de uma terapêutica e um programa educativo, tanto em nível individual como coletivo na aldeia.

Através do estudo da epidemiologia da doença cárie nas etnias Matis e Korubo, podemos determinar o perfil epidemiológico atual da população e discutir como a influência dos hábitos socioculturais desse povo afetam o processo saúde-doença.

### 1.3 Epidemiologia da Cárie

Etimologicamente, “epidemiologia” significa o estudo que afeta a população (*epi* = sobre, *demio* = povo, *logos* = estudo). Devido a crescente complexidade e abrangência da sua prática atual, Roquairol e Almeida Filho (2003) definem a moderna Epidemiologia como a ciência que estuda o processo saúde – doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração e avaliação das ações de saúde.

Para que seja possível analisar um possível impacto na saúde bucal de povos indígenas de recente contato, é importante haver um estudo que trace o perfil epidemiológico da etnia estudada relacionando-o a um estudo etnográfico, para evidenciar os contrastes e as desigualdades da situação de saúde dos indígenas, e assim, a partir dessas informações, verificar a real situação em que se encontram esses povos e analisar com maior eficiência os dados etnográficos e pautar às práticas culturais aos dados epidemiológicos obtidos.

A informação é um elemento fundamental nas análises de situações de saúde, pela necessidade de coleta e avaliação das informações demográficas e epidemiológicas dos povos indígenas no Brasil. Coimbra e Santos (2000) discutem a importância da criação de um sistema de estatísticas contínuas e confiáveis, preferencialmente integrado aos sistemas nacionais de informação em saúde. Para esses autores, evidenciar os contrastes e as desigualdades da situação de saúde dos indígenas em relação a outros segmentos da sociedade nacional, em particular a partir das informações em saúde, é um passo importante na busca da equidade.

A permanente atualização das informações, a sua qualidade e disponibilidade são fatores decisivos para as tomadas de decisões e ações correspondentes. O trabalho com informações subsidia todo o conjunto de processos de gestão e de atividade de atenção à saúde. É através dessas informações que a implantação dos modelos de atenção, de promoção em saúde e das ações de prevenção e controle serão efetuados. (MANOZZO, 2006)

A “era tecnológica” tem facilitado o funcionamento e a eficiência dos sistemas de informação. Com o adjunto da internet, de novas tecnologias, equipamentos e programas de informática tem ampliado a coleta, consolidação e transmissão dos dados.

A estruturação dos sistemas de informação para atender às demandas de organização de atenção à saúde deve contemplar a captação, a disponibilidade dos dados, informações nos serviços, tratamento intensivo da informação, multidisciplinaridade, implantação de modelos de atenção centrados na promoção na qualidade de vida e na tomada de decisões (OPS/OMS, 1998).

O Sistema Único de Saúde (SUS) conta com diversos tipos de sistemas de informações, entre eles está o Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), implantado em 2000 como parte da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), tendo como objetivo a coleta, o processamento e a análise de informações para o acompanhamento da saúde das comunidades indígenas, abrangendo óbitos, nascimentos, morbidade, imunização, recursos humanos, infraestrutura e produção de serviços, inclusive o de saúde bucal (SOUZA et al, 2007).

O SIASI utiliza no que abrange a área de saúde bucal, entre outras, a avaliação da prevalência de cárie através do índice conhecido como CPOD, por meio do preenchimento da ficha odontológica individual, a ficha 7, preconizada pelas Diretrizes de Saúde Bucal dos Povos Indígenas (DSBPI) da PNASPI com o objetivo de criar um perfil epidemiológico e sistematizar ações voltadas para atenção à saúde bucal dos povos indígenas. (Anexo 1)

O estudo epidemiológico mais utilizado do mundo que tem como ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para a formulação e avaliação de programas de saúde bucal é o índice de ataque de cárie (CPOD), originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937, tendo o dente como unidade de medida.

O estudo com indígenas da etnia Matis e Korubo foram baseados em dados obtidos em 2013 a 2016 pelo setor de saúde bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari (DSEI VAJ), através da avaliação das fichas do SIASI foi possível obter a prevalência de cárie, seguindo a metodologia preconizada pela OMS para a realização de estudos

epidemiológicos, utilizando os índices de saúde bucal, CPOD para a dentição permanente<sup>8</sup> e ceo-d para decídua<sup>9</sup>.

Tabela 02 – Representação das siglas CPOD

<b>C</b>	<b>Número de dentes cariados</b>
<b>P</b>	Número de dentes perdidos
<b>O</b>	Número de dentes ‘obturados’ e restaurados

Tabela 03 – Representação das siglas ceo-d

<b>c</b>	<b>Número de dentes cariados</b>
<b>e</b>	Número de dentes perdidos ou com indicação a extração
<b>o</b>	Número de dentes ‘obturados’ e restaurados

O índice de CPOD expressa o número de dentes permanentes atacados por cárie. No indivíduo examinado ele é o resultado da soma do número de dentes permanentes cariados, o número de dentes “obturados” e o número de dentes perdidos. Portanto, na dentição permanente, seus valores variam de 0 até 32 (número de dentes permanentes em uma arcada dentária adulta). Em uma população, o índice de CPOD é o resultado da soma de todos os dentes atacados por cárie dividido pelo número de indivíduos examinados. (PEREIRA, 2003)

$$\text{CPOD} = \frac{\text{C} + \text{P} + \text{O}}{\text{N}^\circ \text{ de Indivíduos Examinados}}$$

8 – Conhecido como dentes definitivos, eles sucedem a dentição decídua (ou dentes de leite). Um ser humano adulto possui normalmente 32 dentes permanentes: 16 na maxila (superior) e 16 na mandíbula (inferior).

9 - Conhecido como dente de leite ou dentição temporária é o primeiro conjunto de dentes que aparecem durante a infância. A dentição decídua é composta por 20 dentes: 10 na maxila (superior) e 10 na mandíbula (inferior).

Figura 16 - Odontograma

Odontograma

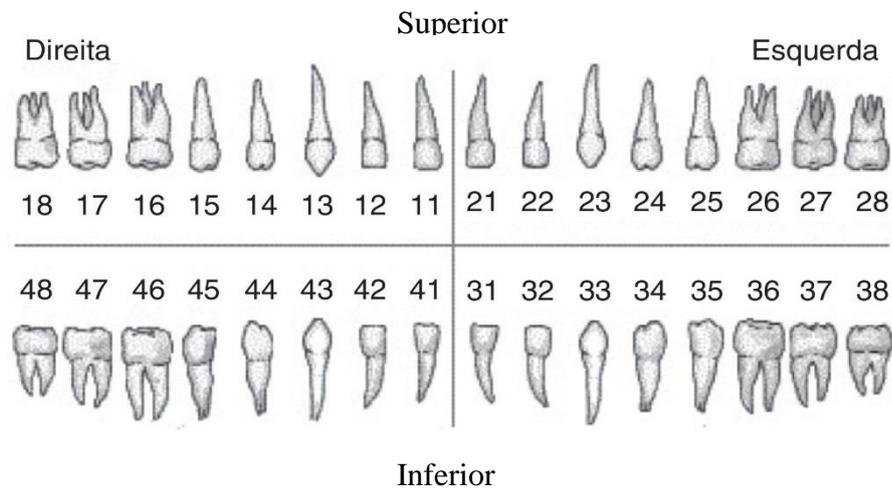
18	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/76	36	37	38
			20. ceo <input type="checkbox"/>				21. CPD-D <input type="checkbox"/>								

Fonte: MS, 2013

Nota: Área recortada da parte utilizada no estudo da ficha odontológica individual (Anexo 1)

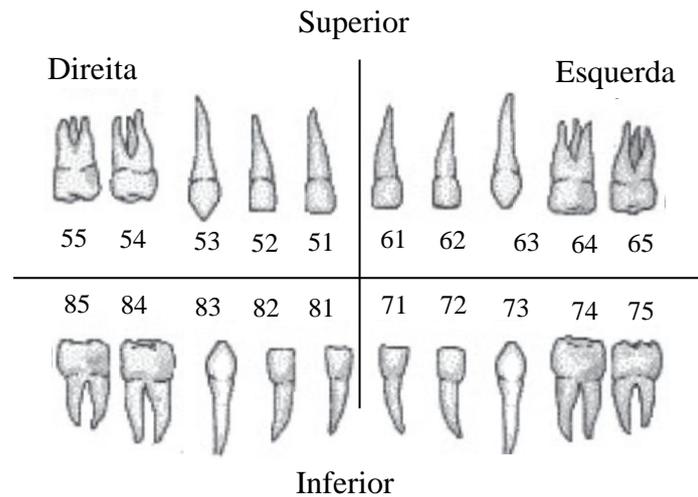
Odontograma é a parte da ficha odontológica que contém a representação gráfica dos dentes, na qual o dentista anota as características dentárias de cada paciente. O odontograma em questão segue a notação dentária da Federação Dentária Internacional (FDI) que é amplamente utilizada por dentistas internacionalmente para relacionar informações sobre um dente específico, como por exemplo: número 18 – terceiro molar superior direito permanente, 55 – segundo molar superior direito decíduo.

Figura 17 – Notação dentária FDI para dentes permanentes



Fonte: Souza, 2013

Figura 18 – Notação dentária FDI para dentes decíduos



Fonte: Souza, 2013

Nota: Adaptado pela autora, 2017

Dentro dos quadrados da figura 16 será descrito um número que seguirá o critério de diagnóstico de cárie adotado na coroa dentária da ficha odontológica individual segundo o Ministério da Saúde (2013):

- 0 – Coroa hígida – Não há evidência de cárie, não há cavidade. Estágios iniciais (mancha branca) não são considerados. Nota: Todas as lesões questionáveis serão codificadas como dente hígido.
- 1 – Coroa cariada – Sulco, fissuras ou superfície lisa apresentando cavidade evidente ou restauração provisória. Notas: Na dúvida entre dente hígido ou cariado considerar o dente como hígido.
- 2 – Coroa restaurada, mas cariada – Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e recorrentes, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).
- 3 – Coroa restaurada e sem cárie – há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como [7].
- 4 – Dente perdido devido à cárie – um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Dente decíduo: aplicar apenas quando o

indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não justifica a ausência do dente.

- 5 – Dente perdido por outras razões – Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas, congênitas ou outras.
- 6 – Selante – Há um selante de fissuras na superfície oclusal. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código de cariado [1].
- 7 – Apoio de ponte ou coroa – Indica um dente que é suporte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados como [4] ou [5]. Nota: em caso de implante registrar este código.
- 8 – Coroa não erupcionada – Aplica-se aos dentes permanentes ainda não erupcionados, desde que inexista dente temporário no espaço. Não inclui dentes perdidos por traumas, problemas congênitos etc.
- 9 – Dente excluído – Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasia de esmalte severas etc.). Nota: quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo.
- T – Trauma – Parte da superfície coronária perdida em consequência de trauma, não há evidência de cárie.

A partir dessa numeração será feito o cálculo para o CPOD, onde serão considerados para o estudo os dentes cariados, perdido e restaurados (“obturados”).

Como o índice de cárie aumenta com a idade, é recomendado o cálculo CPO em cada idade. A OMS estabelece a idade de 12 anos como parâmetro básico para o indicador, com os seguintes escores para CPOD:

Tabela 03 – Escala de severidade da cárie

<b>Graus de Severidade</b>	
<b>Muito Baixo</b>	0,1 a 1,1
<b>Baixo</b>	1,2 a 2,6
<b>Moderado</b>	2,7 a 4,4
<b>Alto</b>	4,5 a 6,5
<b>Muito Alto</b>	Acima de 6,6

Fonte: OMS, 2010

Quanto menor o índice, melhor a condição de saúde bucal. A OMS estabelece como meta o CPOD  $\leq 3,0$  aos 12 anos de idade. Essa é uma boa idade estabelecida, pois além de aos 12 anos ser a idade em que geralmente o indivíduo já tenha trocado todos os seus dentes decíduos por permanentes, pode-se também verificar a melhora ou piora do perfil epidemiológico da população em um período de tempo.

Os dados necessários para este trabalho foram coletados em visitas anuais as aldeias. A permanência da equipe nas aldeias Matis variou de 20 a 40 dias, a população, mesmo possuindo três aldeias, foi examinada em apenas duas, Tawaia e Paraíso, os Matis do Todowak, por estarem em área de risco de índios isolados, precisaram se deslocar para o Tawaia para ao atendimento em 2013, em 2014 por estarem em processo de migração para um novo local, estavam morando temporariamente no Tawaia, e em 2016, ao migrarem para a nova aldeia nomeada de Kudaya, também necessitaram se deslocar para o Tawaia por falta de infraestrutura para locação dos profissionais.

Figura 19 – Exame clínico na aldeia Paraíso



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal do Polo Base Tawaia/Dsei Vaj, 2016

Nas aldeias dos Korubo, as visitas eram geralmente de uma semana, sendo que a equipe pernoitava na Frente de Proteção Etnoambiental do Vale do Javari (FPEVJ), e durante o dia ia à aldeia Mário-Brasil<sup>10</sup> (Tapalaya e Tarauaka)<sup>11</sup> realizar o exame clínico, e as atividades de educação em saúde. Em alguns casos, se necessário, os indígenas eram levados a FPEVJ para o devido tratamento.

Nas aldeias dos Matis, os exames clínicos foram realizados em um consultório portátil na farmácia da comunidade com a ajuda de instrumentais para diagnóstico, enquanto na dos Korubo, pela dificuldade de acesso a aldeia e a falta de infraestrutura, a avaliação era realizada com espátula de madeira, e nos casos de dúvida de diagnóstico, eram utilizados a sonda exploradora e espelho clínico.

---

10 – Nome da aldeia utilizado por profissionais de saúde e cadastrado no SIASI

11 – Nome das aldeias dado pelos indígenas Korubo

O diagnóstico foi efetuado por uma só examinadora, uma cirurgiã-dentista (CD), contando sempre com a ajuda de um técnico em saúde bucal (TSB), onde o CD examinava e o TSB anotava os dados na ficha odontológica individual. Os exames clínicos foram realizados em cada indivíduo em uma única sessão anual, obedecendo sempre à mesma ordem dos hemi-arcos, da direita para a esquerda na arcada superior e da esquerda para a direita na inferior.

Figura 20 – Exame clínico na aldeia Mário-Brasil



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal na aldeia Mário-Brasil/Dsei Vaj, 2016

Figura 21 – Tratamento de um Korubo na FPEVJ



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal na aldeia Mário-Brasil/Dsei Vaj, 2016

Todos os relatórios de viagem, fotos e dados obtidos durante a permanência da equipe de saúde bucal inseridos em fichas odontológicas foram entregues ao setor de saúde bucal do Dsei VAJ. Os dados epidemiológicos presentes na ficha odontológica individual foram inseridos no SIASI com o intuito de tratar o perfil epidemiológico da população.

#### **1.4 Prevalência de Cárie dos Povos Indígenas Matis e Korubo**

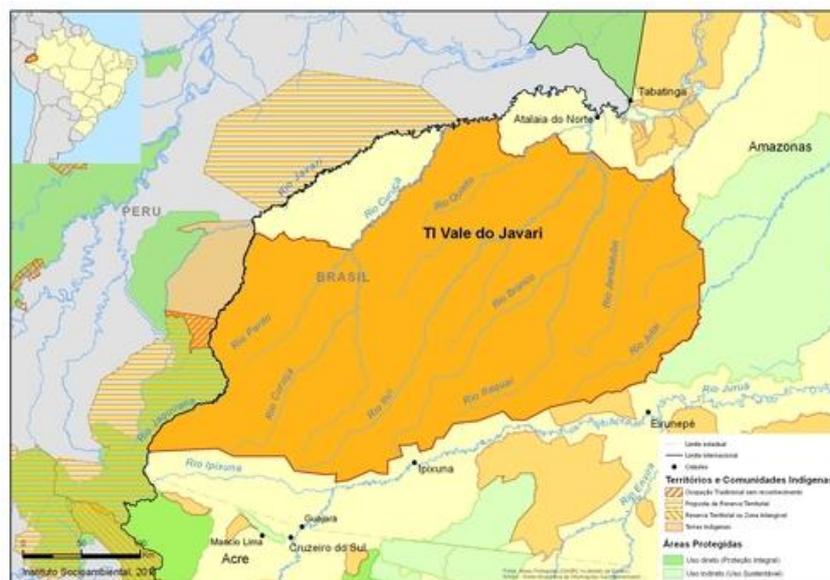
O momento atual da saúde dos povos indígenas no Brasil caracteriza-se por intensas transformações, que englobam desde aceleradas mudanças nos perfis epidemiológicos até a reestruturação do sistema de atenção à saúde indígena. Não obstante, mesmo que transbordem evidências quanto às condições de marginalização socioeconômica, com amplos impactos sobre o perfil saúde/doença, muito pouco se conhece sobre a saúde dos povos indígenas, ainda mais se considerarmos a enorme diversidade sociocultural e de experiências históricas de interação com a sociedade nacional. (COIMBRA, 2000)

Para conseguirmos relacionar as práticas culturais e os hábitos tradicionais envolvendo a arcada dentária das etnias Matis e Korubo e o impacto que culturas de outras etnias e do não índio vem trazendo a saúde desses povos, devemos primeiro conhecer a real situação que se encontra a saúde bucal dessa população, por isso no estudo foram utilizadas informações epidemiológicas obtidas pelo setor de saúde bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari (DSEI VAJ). O estudo seguiu a metodologia preconizada pela OMS para a realização de estudos epidemiológicos, utilizando os índices de saúde bucal, CPO-D para a dentição permanente e ceo-d para decídua, que é o mais utilizado atualmente para coleta de dados epidemiológicos referentes à cárie humana.

#### 1.4.1 Universo da Pesquisa

O estudo epidemiológico e etnográfico foi realizado em indígenas de recente contato das etnias Matis e Korubo, localizados em Atalaia do Norte, Amazonas, Brasil. A pesquisa foi realizada dentro da reserva indígena Vale do Javari, a pesquisadora é funcionária terceirizada da organização não governamental (ONG) Caiuá para trabalhar como cirurgiã-dentista no Dsei Vaj, sendo assim, todas os dados obtidos foram entregues ao setor de saúde bucal do respectivo distrito.

Figura 22 – Mapa da Reserva Indígena Vale do Javari

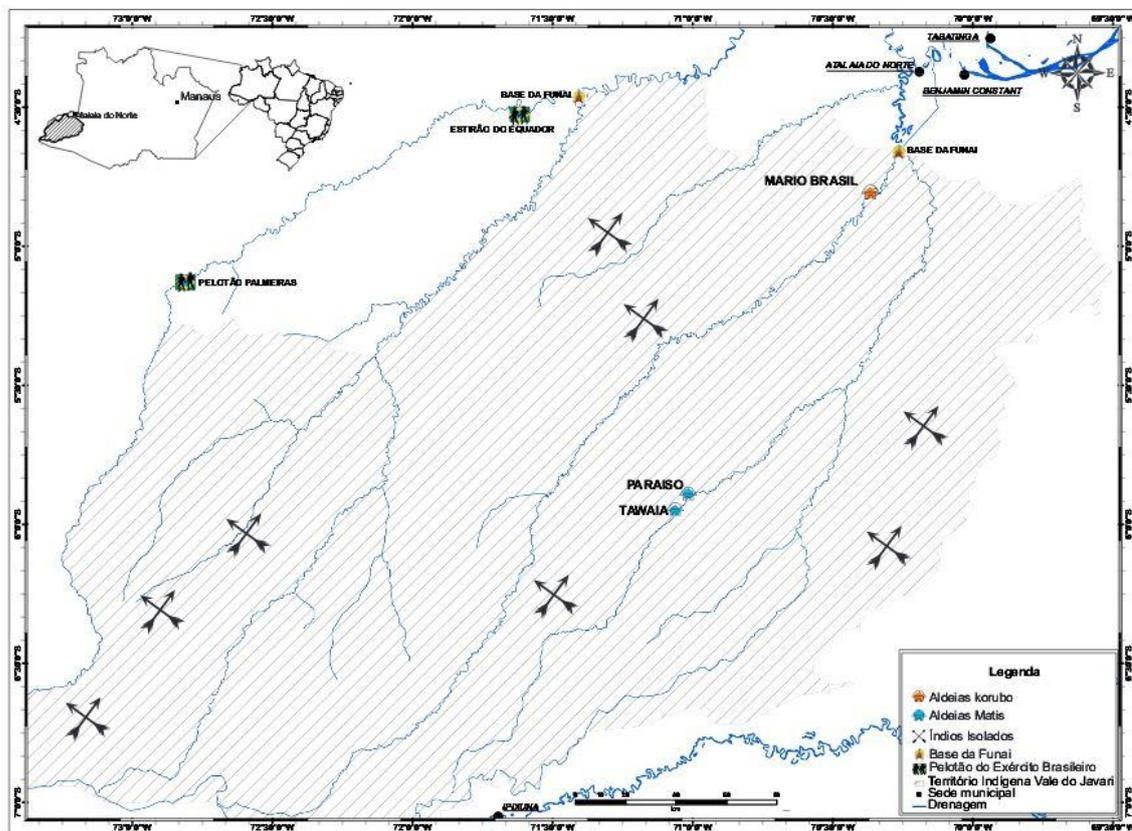


Fonte: CTI/ISA (2011)

Os grupos trabalhados se encontram atualmente no Rio Branco, os da etnia Matis, contatado em 1976 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), e no Rio Médio Ituí, os da etnia Korubo, que serão divididos em dois grupos: o primeiro, composto de 34 indígenas, aquele contatado pela FUNAI em 1996, que será identificado como contato mais antigo (CA) e o segundo, de 45 indígenas contatados final de 2014 e em 2015 que serão representados como recente contato (RC).

A aldeia Tawaia, se encontra na seguinte coordenada S 5° 56' 54", W 71° 03' 45". E a Mário-Brasil, durante o período da pesquisa, se encontrava nas coordenadas S 04 48 36.0, W 70 22 18.6. Em 2016, por conflitos étnicos e pela presença de novos integrantes na aldeia, ela está atualmente migrando para outro local.

Figura 23 – Mapa das aldeias trabalhadas segundo coordenadas



Fonte: Barbosa, 2016

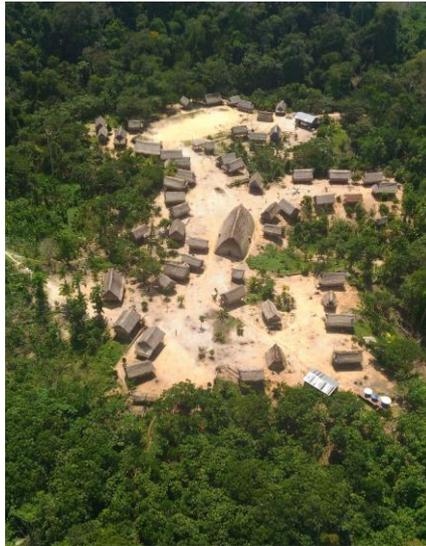
Nota: Mapa elaborado para a pesquisadora Priscila Rocha Santos

A entrada da equipe de saúde bucal na aldeia Tawaia, foi realizada duas vezes de helicóptero e uma de motor 200 HP, para aldeia Paraíso, a equipe tinha como ponto de partida a aldeia Tawaia com embarcação com motor 15 HP. Em relação a aldeia Mário-Brasil todas

as entradas foram realizadas por água, com a saída do porto de Atalaia do Norte por meio de embarcações com motores 115 HP e 60 HP com chegada na FPEVJ.

Para as entradas na aldeia com os índios da etnia Korubo, foi necessário o acompanhamento de um funcionário da FUNAI e um tradutor Matis, com exceção do ano de 2016, por conflitos étnicos entre Matis e Korubo, contamos com a ajuda de Malevó Korubo, que dos de suas etnias está mais familiarizado com a língua portuguesa.

Figura 24– Foto aérea da aldeia Paraíso



Fonte: Acervo da autora, 2017

Figura 25 – Foto aérea da aldeia Tawaia



Fonte: Acervo da autora, 2015

### 1.4.2 População de Estudo

O número de indivíduos avaliados para esta pesquisa foi inserido na tabela abaixo divididos por sexo, aldeia e ano. Em relação ao Matis, foram incluídos na amostra apenas os que estavam presentes na aldeia, não sendo considerados os que moram na cidade.

Os Korubo, tanto os de contato mais antigo como os de recente contato foram avaliados em sua totalidade.

Tabela 04 – Distribuição da amostra segundo aldeia e ano

<b>Aldeia/ Ano</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>Total</b>
<b>Tawaia / 2013</b>	55	92	147
<b>Tawaia / 2015</b>	76	79	155
<b>Paraíso / 2013</b>	44	50	94
<b>Paraíso / 2015</b>	69	67	136
<b>Mário Brasil (CA)<sup>12</sup> / 2014</b>	15	15	30
<b>Mário Brasil (CA) / 2015</b>	18	16	34
<b>Mário Brasil (CA) / 2016</b>	18	17	35
<b>Mário Brasil (RC)<sup>13</sup> / 2015</b>	10	11	21
<b>Mário Brasil (RC) / 2016</b>	20	25	45

Para melhor percepção da amostra da população avaliada, foi inserido em uma tabela o cadastro da quantidade de indígenas pertencentes a cada etnia estudada.

Tabela 05 - Distribuição da população indígena Matis e Korubo e dos rios de acordo com o SIASI

<b>Aldeia</b>	<b>SIASI</b>	<b>Polo Base</b>
<b>Toroá</b>	53	Rio Médio Ituí
<b>Tawaia</b>	198	Rio Médio Ituí
<b>Paraíso</b>	216	Rio Médio Ituí
<b>Mário Brasil (CA)</b>	34	Rio Médio Ituí

Fonte: SIASI (2016)

Para fins didáticos os Korubo foram separados por período de contato

12 – CA – Contato mais Antigo. Refere-se aos Korubo contatados em 1996

13 – RC – Recente Contato. Refere-se aos Korubo contatados em 2014 e 2015

No SIASI, as aldeias Matis são classificadas no Rio Médio Ituí, porque no período de 2012 eles moravam nas aldeias nomeadas de Aurélio e Beija-Flor neste respectivo rio, mas em 2013 ocorreu uma migração para o rio Branco. E como os polo-base neste distrito são classificados por rio, não houve a mudança no sistema. Na prática existe o polo-base Tawaia, mas no SIASI ele ainda se encontra como pertencente ao polo-base Rio Médio Ituí.

Os indígenas de recente contato, não foram até o momento cadastrados no SIASI, por não possuírem data de nascimento, fator determinante no cadastro, algo que está sendo trabalhado pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI). Mesmo com a falta de registro no sistema, não há ausência de assistência na área de saúde e as informações estão sendo colhidas por meio das fichas de saúde impressas.

#### 1.4.3. Prevalência de cárie em relação à idade

A literatura preconizada para fins de comparação envolveu diversos estudos com prevalência de cárie em pesquisas com etnias do Amazonas, os Matis e Korubo para estes gráficos foram considerados os últimos levantamentos epidemiológicos, assim como o último estudo realizado pela Pesquisa Nacional de Saúde Bucal feita no ano de 2010.

Forem separados cinco grupos de idade para critério de análise, incluindo os dos estudos de Carneiro et al. (2008) com os índios Baniwa no Rio Negro, o de Cortês (2013) com os índios Kotira do Rio Uaupés, o de Pereira (2007) com os Yanomami do Amazonas e o de Cortês (2006) que aborda o levantamento epidemiológico com indígenas do Alto Rio Negro.

Tabela 06 – Grupos de Análise

<b>Aldeia</b>	<b>Divisão de Grupos</b>				
<b>Baniwa</b>	05	12 a 14	15 a 19	30 a 39	≥ 50
<b>Kotira</b>	05	12	15 a 19	-	-
<b>Yanomami</b>	05	12	15 a 19	35 a 44	≥ 60
<b>Alto Rio Negro</b>	05	12	15	35 a 44	≥ 41
<b>Brasil</b>	05	12	15 a 19	35 a 44	≥ 41
<b>Matis</b>	01 a 05	12 a 14	15 a 19	30 a 39	≥ 40
<b>Korubo</b>	01 a 05	12 a 14	15 a 19	30 a 39	≥ 40

Gráfico 01 – Comparativo da média do índice de ceo-d de diferentes povos indígenas amazônicos e média nacional de 2010 na faixa etária que inclui os 5 anos.

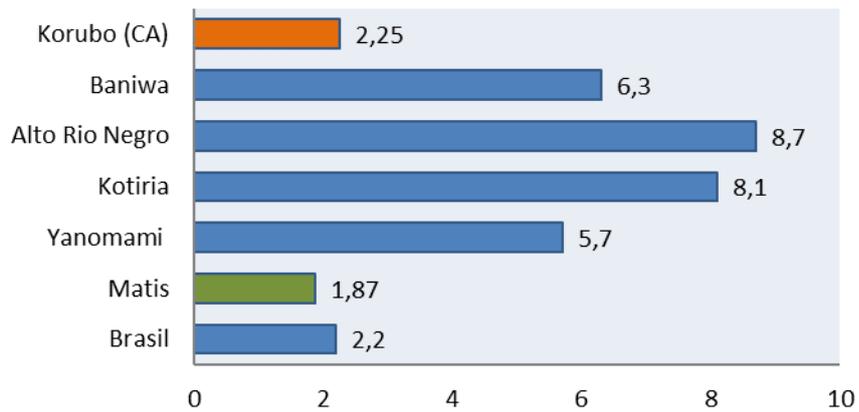


Gráfico 02 – Comparativo da média do índice de CPO-D de diferentes povos indígenas amazônicos, média nacional de 2010 e meta estipulada pela OMS na faixa etária que inclui os 12 anos.

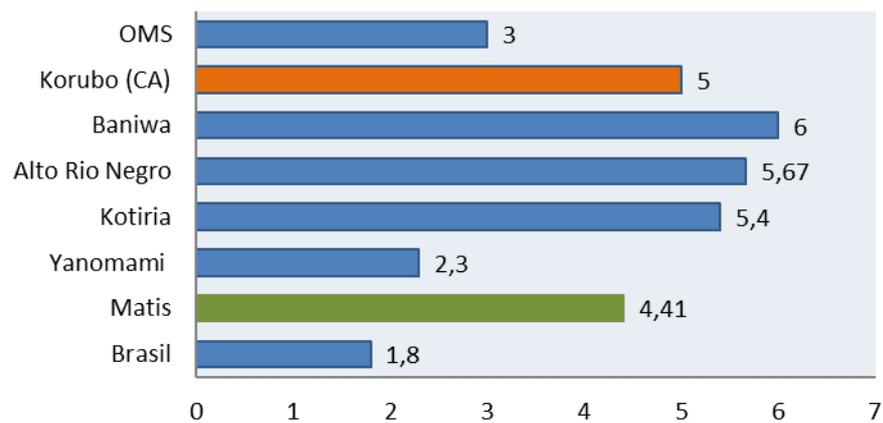


Gráfico 03 – Comparativo da média do índice de CPO-D de diferentes povos indígenas amazônicos e média nacional de 2010 na faixa etária que inclui os 15-19 anos.

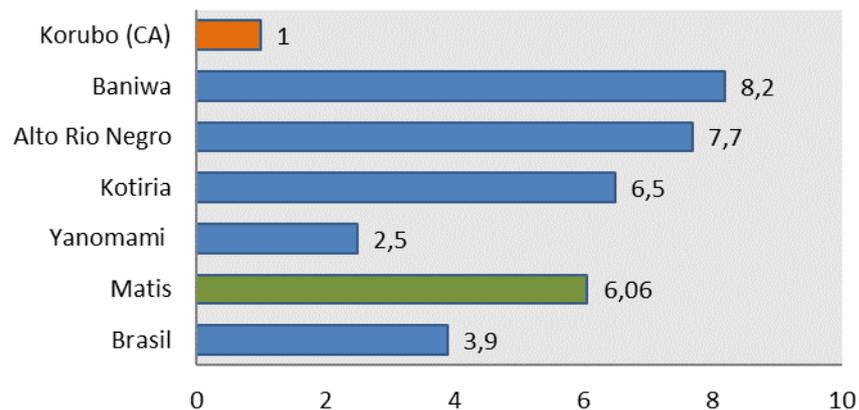


Gráfico 04 – Comparativo da média do índice de CPO-D de diferentes povos indígenas amazônicos e média nacional de 2010 na faixa etária que inclui os 30 a 39 anos.

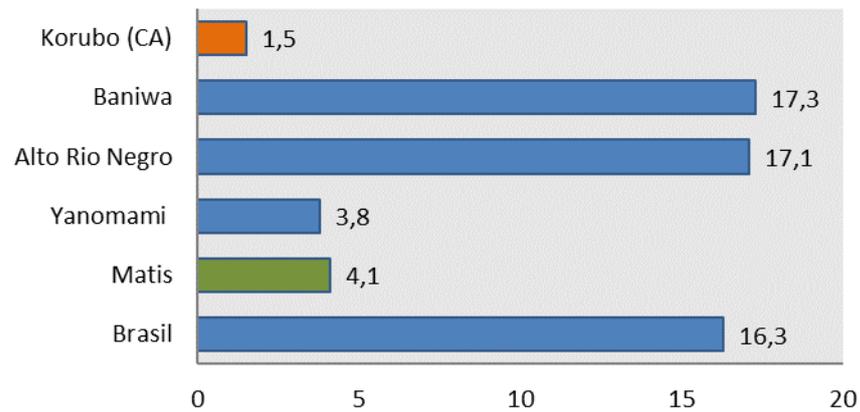
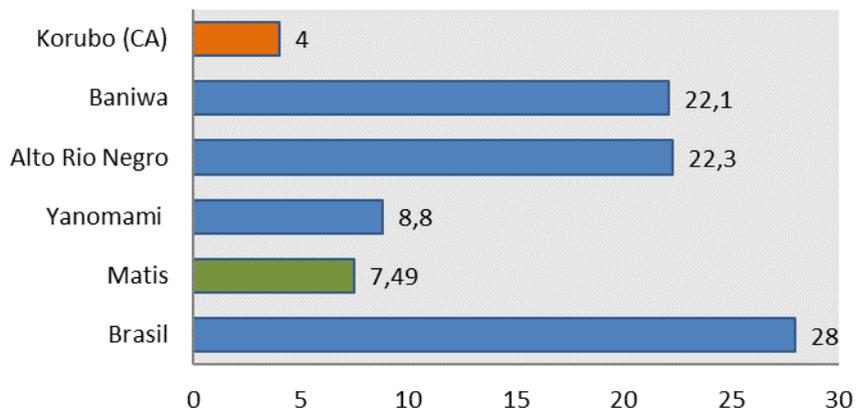


Gráfico 05 – Comparativo da média do índice de CPO-D de diferentes povos indígenas amazônicos e média nacional de 2010 na faixa etária que inclui idade acima de 40 anos.



O índice de cárie aumenta com a idade, fato percebido nas demais etnias do Amazonas, porém quando se trata da etnia Korubo (CA), o seu maior índice aparece aos 12 anos com CPOD 5,0, que na escala de severidade pertence ao score alto, enquanto nas demais idades existe uma queda significativa.

Analisando os Korubo em sua totalidade, podemos concluir que a prevalência de cárie é baixa, com exceção dos 12 a 14 anos, principalmente quando comparada com a média do país e com outras etnias.

Em relação aos Matis, percebe-se um aumento da cárie na fase da adolescência, dos 12 aos 19 anos, e uma baixa prevalência na idade dos 30 aos 39, o que leva a concluir que os jovens estão mais susceptíveis a doença cárie em comparação com aqueles da década de 30.

#### 1.4.4 Prevalência de cárie em relação ao sexo

Gráfico 06 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na aldeia Tawaia no ano de 2013.

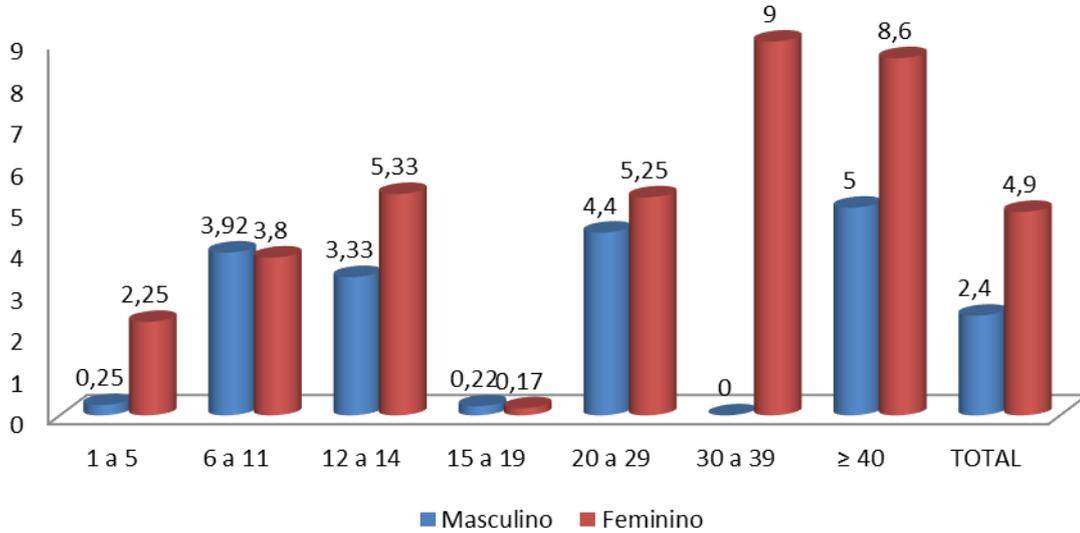


Gráfico 07 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na aldeia Tawaia no ano de 2015.

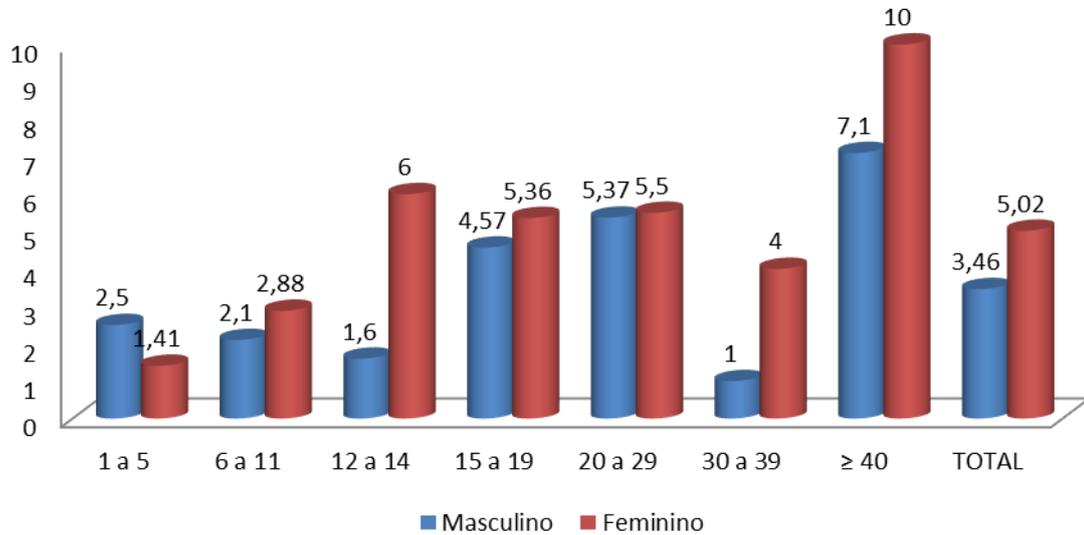


Gráfico 08 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na aldeia Paraíso no ano de 2013.

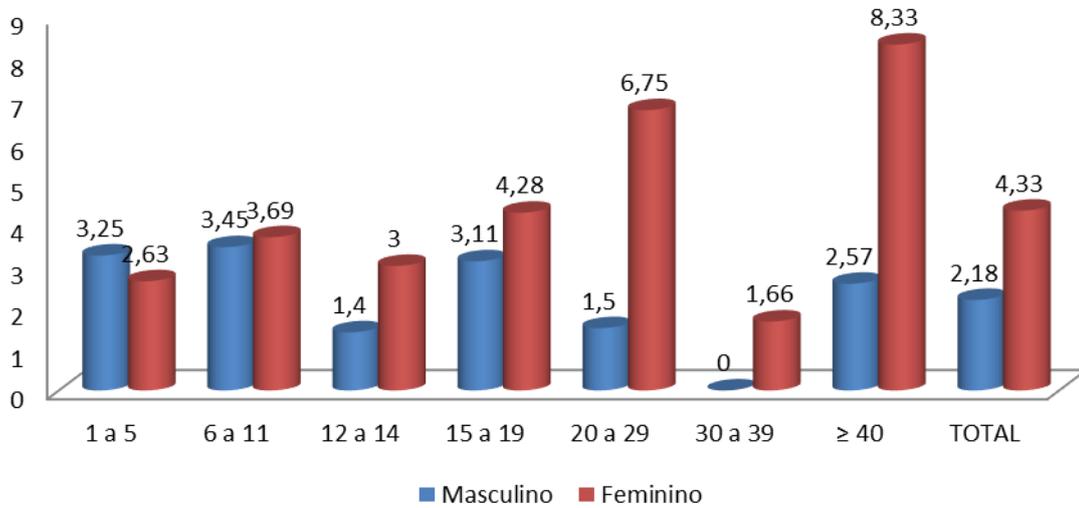


Gráfico 09 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na aldeia Paraíso no ano de 2015.

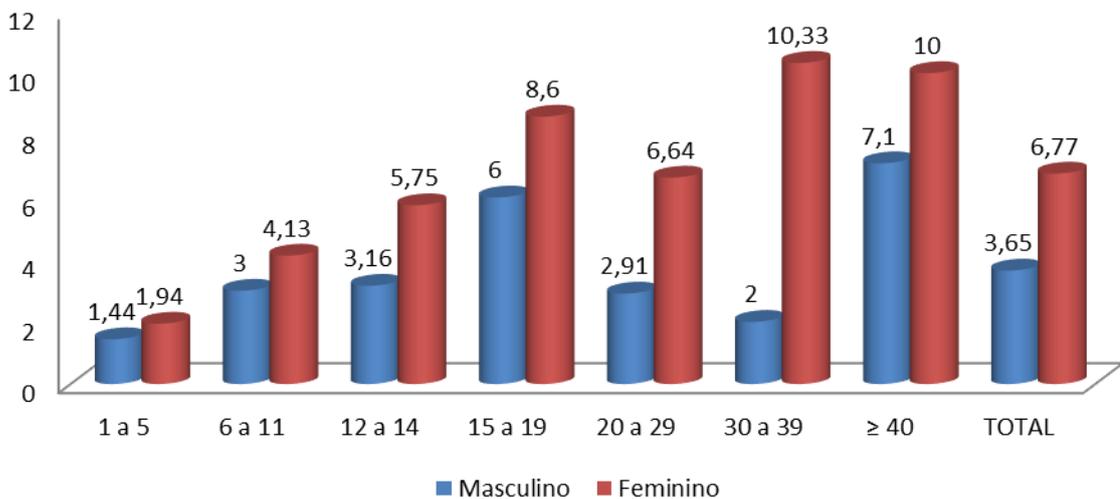
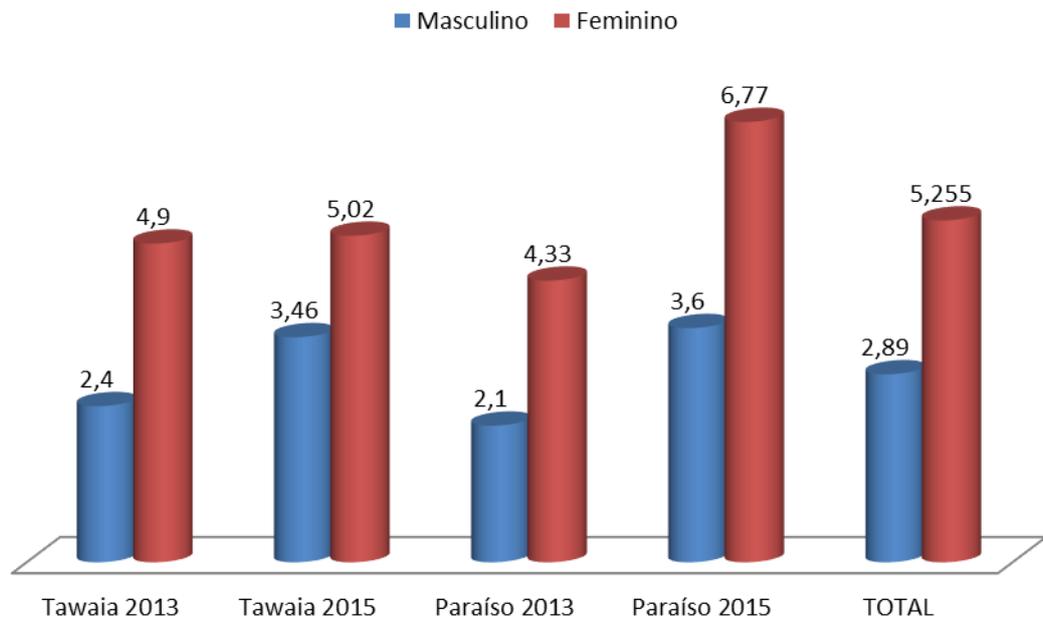


Gráfico 10 – Comparativo da média do índice de CPO-D em relação ao sexo na etnia Matis



Nos gráficos acima se podem notar que do ano de 2013 para 2015 houve um aumento na prevalência de cárie em ambas aldeias, e que em relação ao sexo feminino em todos os anos e aldeia apresentou uma prevalência de cárie muito maior que o sexo masculino.

Os Korubo de recente contato, estão subdivididos em dois grupos, os 21 indígenas que foram contatados final de 2014, avaliados em 2015 (n 21) e os 24 contatados final de 2015 avaliados em 2016 (n 24).

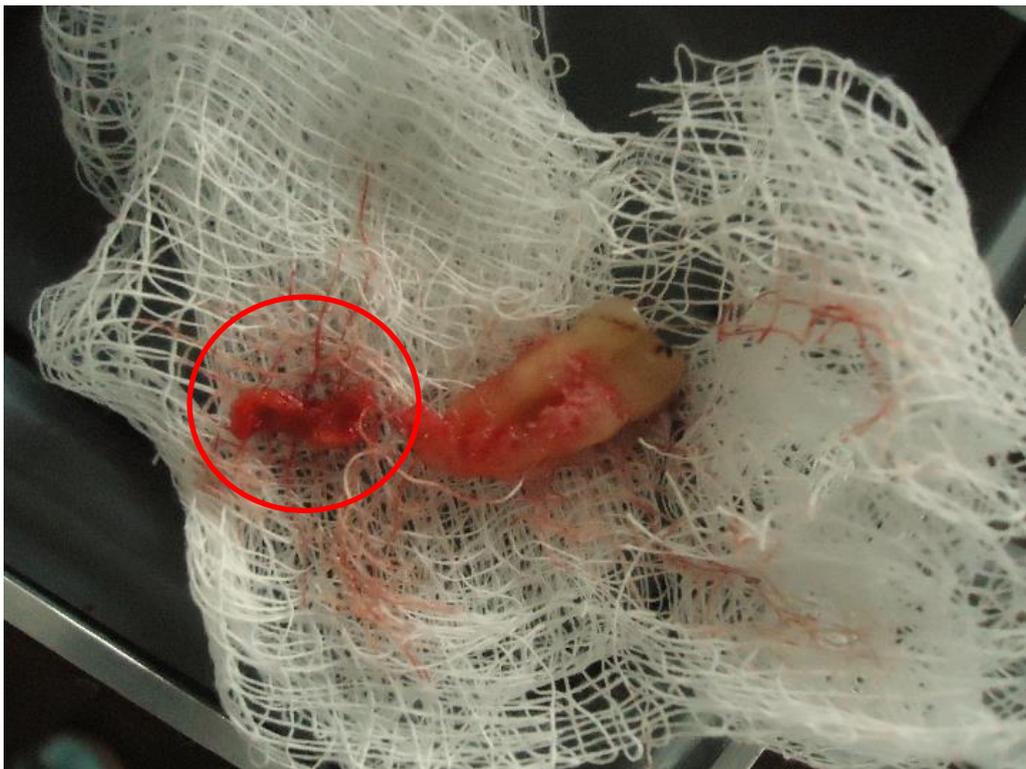
Tabela 07 – Prevalência de cárie em Korubo de recente contato

Korubo (RC)	2015	2016
Número de cáries (n 21)	0	5
Número de cáries (n 24)	-	0
<b>CPOD</b>	0	0,1

Ao analisar a tabela acima pode-se afirmar que os Korubo de recente contato em 2015 possuíam ausência total de cáries, e em 2016 teve o aparecimento de 05 cáries, sendo essas 05 encontradas em apenas um indivíduo do contato de 2014, enquanto os outros em um ano de contato permanecem sem cárie.

Nos Korubos contatados em 2015, teve um caso clínico de um paciente que possuía abcesso dentário, a equipe realizou o atendimento e tratamento e não foi observado nenhuma cárie. O paciente relata não recordar de quando começou o problema, mas que desde jovem sofria, tratando-o com remédios do mato, porém o mal sempre retornava. O caso foi diagnosticado como trauma [T] e por isso este dente não entrou no índice no ano da avaliação em 2016.

Figura 26 – Dente com abcesso



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal na FPEVJ/Dsei Vaj, 2016

Figura 27 – Dente com ausência de cárie



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal na FPEVJ/Dsei Vaj, 2016

Torna-se relevante a partir dos dados obtidos, analisar quais as práticas alimentares dos povos das etnias Matis e Korubo, quais fatores favorecem o aparecimento de cárie, quais práticas culturais são utilizadas para o tratamento da doença, quais fatores presentes na etnia Matis afeta o aumento na prevalência de cárie no sexo feminino, quais os fatores nos Korubo de recente contato impedem que estes possuam cáries e quais mudanças nas práticas culturais está alterando esse índice em ambas etnias.

## CAPITULO II

### **Políticas Públicas de Saúde**

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas (PNAPI), incentiva à produção de pesquisas multidisciplinares voltadas para temas relacionados à saúde, destacando urgência para pesquisas de antropologia em saúde e de medicina e a execução das ações da promoção da saúde e de controle de doenças, para que se atenda as especificidades das etnias indígenas.

A fim de que haja um diálogo direcionado a essas especificidades são necessárias pesquisas etnográficas para a identificação das causas dos principais problemas compreendidos a partir do conhecimento da organização social, das condições cotidianas de existência dos valores culturais, que dão sentido aos mesmos, assim como dos processos de experiência histórica e de organização e de estruturação ou de reestruturação de valores (entre eles o de saúde) que influem nos valores normativos sociais. A etnografia é uma das principais ferramentas para poder identificar os elementos que geram os diversos perfis patogênicos (COLOMA, 2010, p 128).

Como objetivo de entender as atuais políticas públicas de saúde e alcançar uma saúde realmente viável e funcional nas comunidades indígenas, é necessário compreender o processo histórico e a luta dos povos indígenas pela assistência à saúde.

### **2.1 História das Políticas Públicas de Saúde aos Povos Indígenas**

#### 2.1.1 Missões Religiosas

Historicamente, no Brasil, os primeiros relatos de cuidados a saúde aos grupos indígenas partiram das missões religiosas. A Companhia de Jesus teve início com a chegada dos jesuítas no país em 1549, cujo objetivo principal era o difundir a fé cristã entre os povos nativos. Fundaram escolas promovendo a catequização e a educação aos gentios, nestes espaços, os missionários passaram a cultivar plantas medicinais e a manipular medicamentos, que eram administrados aos doentes que os procuravam em busca de tratamento e cura, fato

atestada por diversos pesquisadores e pela presença de documentação das correspondências que mantiveram com seus irmãos em Portugal e no Brasil. (FLECK, 2012; CONFALONIERE, 1989)

Um desses documentos são os textos quinhentistas do padre jesuíta português Fernão Cardim, produzidos entre 1583 e 1601 durante sua primeira estadia no Brasil, o qual foram publicados em português em 1925, com o título ‘Tratados da terra e gente do Brasil’, reunindo escritos, entre eles sobre os costumes dos povos indígenas e à ação das missões jesuíticas na colônia onde descreve as propriedades curativas de várias espécies de plantas e árvores. (AZEVEDO, 1997)

Alguns jesuítas vinham de Portugal formados nas artes médicas, mas a maioria acabou por atuar informalmente como físicos, sangradores e até cirurgiões, aprendendo, na prática, o ofício na colônia, como José de Anchieta, João Gonçalves ou Gregório Serrão. Outros, como Fernão Candim em meio a escritos, obras e cartas, onde comentavam sobre a natureza colonial, dedicaram várias páginas à descrição de ervas e plantas curativas, inaugurando os primeiros escritos sobre a farmacopeia brasileira. (CALAINHO, 2005)

Durante o período colonial, a medicina era exercida por agentes de formação europeia, o que era escasso na época, fazendo com que além de as ações públicas em saúde se restringissem a arte de curar, aos povos indígenas restava à assistência à saúde por meio dos seus xamãs, aos jesuítas e boticários.

Figura 28 – Jesuíta na Assistência à Saúde



Fonte: BLOGFARM, 2016

No Brasil o primeiro boticário foi Diogo Castro trazido de Portugal com as suas caixas de botica, arca de madeira contendo medicamentos, presente em todas as embarcações militares navais e terrestres. Em 1640 as boticas foram autorizadas a se transformar em comércio, os boticários aprovados eram profissionais empíricos com conhecimentos corriqueiros de medicamentos.

A falta de profissionais formado em medicina, o alto preço das drogas, a precariedade que vinham os medicamentos da Europa e a frequente deterioração nos navios e nos portos obrigara os jesuítas a se voltarem para os recursos naturais oferecidos pela terra, motivando-os a conhecer melhor os saberes curativos dos indígenas: tornando-os responsáveis quase que exclusivos pela assistência médica no primeiro século de colonização do Brasil. (CALAINHO, 2005)

Fleck (2012) comenta como os registros feitos por padres jesuítas, especialmente os da segunda metade do século XVII e da primeira metade do século XVIII, dão conta de uma apropriação cada vez maior da farmacopeia americana no tratamento de doenças, citando várias traduções do manuscrito ‘Materia medica misionera’ de Montenegro:

Nestas terras da América, sem botica e nem boticários, me vi desafiado a ser autor de botica confeccionando umas com outras como se pode ver nos seus tratados [...] Alguns índios a usam (*se referindo a batatilla (Ipomoea trifida)*) para disenteria hemorrágica, assim por bebida como para auxílio, não sei com que bons ou maus sucessos; 'só dei algum crédito a um bom cristão chamado Clemente que me assegurou ser bom e eficaz remédio e assim não duvido sejam os casos de diarreias decorrentes de indigestão grave ou coisa assentada no estômago, ou, então, por lombrigas ou vermes e, nestes casos, pode ser eficaz. (MONTENEGRO, 1945)

### 2.1.2 Serviço de Proteção ao Índio

Somente em 20 de junho de 1910 o atendimento médico aos grupos indígenas foi atribuído à uma agência governamental, através do Serviço de Proteção ao Índio (SPI) pelo Decreto nº 8.072, tendo por objetivo prestar assistência, inclusive à saúde, a todos os índios do território nacional (OLIVEIRA, 1947). O projeto do SPI instituía a assistência leiga, procurando afastar a Igreja Católica da catequese indígena, seguindo a diretriz republicana de

separação Igreja-Estado. A ideia de transitoriedade do índio orientava esse projeto, que o índio, com o tempo, iria se integrar a sociedade, deixando de ser culturalmente diferenciado. (OLIVEIRA, 1985)

A formulação das concepções está intimamente ligada à atuação do Marechal Cândido Rondon, que foi o primeiro presidente do órgão e exerceu grande influência na condução de sua política. Entrou para a história o seu lema pessoal por ele ideologicamente formulado: “Minha formação cerebral fizera-me ao contato com o Positivismo, ter a sensação de que, espontaneamente, norteara minha conduta pelos seus princípios. Daí o entusiasmo com que formulei e adotei o lema, verdadeiramente religioso, que foi a diretriz dos trabalhos da Comissão: *Morrer se preciso for, matar, nunca.*”. Por suas posturas e feitos recebeu congratulações civis e militares oferecidos aos brasileiros. Em 1957 foi indicado ao Prêmio Nobel da Paz. (SÁ, 2009)

FIGURA 29 – Marechal Rondon cria Serviço de Proteção ao Índio



Fonte: Major Thomas Reis, 1910, com edição de Gustavo Villela. Acervo O GLOBO

Desde a década de 1920, registrava-se a notável dificuldade sanitária enfrentada pelos grupos indígenas assistidos pelo SPI, o registro da mortalidade de crianças indígenas era feito no relato dos chefes de inspetorias, como é o caso de Bento Lemos, chefe inspetoria do Amazonas e território do Acre, que em 1921, ao acompanhar os índices de mortalidade

indígena na região afirmou que era péssimo o estado sanitário de muitas regiões da Amazônia, onde faleciam muitas crianças. (FREIRE, 2007, p. 42)

Como um dos objetivos e parte integrante do regulamento estava a assistência sanitária ao índio, que não foi alcançada de maneira eficaz, (BRITO, 2011; PAZ, 1994; OLIVEIRA, 2008; FIGUEIREDO, 2009), gerando denúncias e registros sobre epidemias, falta de assistência às populações e a fragilidade do SPI. Fato que consta nos relatórios e inquéritos realizados pelo Serviço desde suas origens.

Darcy Ribeiro realizou diversas denúncias em artigos e documentos oficiais do SPI com ampla divulgação dos problemas decorrentes da relação entre indígenas e sociedade nacional, especialmente no que concerne à questão da redução demográfica. Um dos textos emblemáticos sobre essa questão foi publicado em 1956 e, posteriormente, como capítulo do livro “Os índios e a civilização”, de 1970, sob o título “Convívio e contaminação” (BRITO, 2013). Em 1956, Darcy pediu exoneração do SPI por não poder compactuar com os escândalos a que o órgão estava sendo acusado e a inoperância do governo para moralizá-lo. (FUNDAR, 2015)

Como alguns desses povos conseguiram sobreviver às compulsões a que estiveram sujeitos e alguns outros ainda não experimentaram o contato com a civilização - confiamos que tanto as análises como as denúncias aqui contidas ajudem a definir formas mais justas e adequadas de relações com os índios, capazes de abrir-lhes perspectivas de sobrevivência e um destino melhor. (RIBEIRO, 1970, p. 03)

As denúncias presentes nos documentos oficiais do Serviço, entre elas a falta de material médico e de profissionais da saúde, além da constatação de prejuízos e doenças advindos do processo de contato entre índios e brancos, associado aos inquéritos sanitários dos chefes de postos, estabeleceu fontes importantes para a análise realizada pelo antropólogo Darcy Ribeiro durante a década de 1950. Ao apontar para a diminuição demográfica motivada pela contaminação por doenças transmissíveis, Ribeiro relacionou a saúde às organizações sociais dos povos indígenas. (BRITO, 2013)

A indiada não conhecia doenças, além de coceiras e desvanecimentos por perda momentânea da alma. [...] De um lado, povos peneirados, nos séculos e milênios, por pestes a que sobreviveram e para as quais

desenvolveram resistência. Do outro lado, povos indenes, indefesos, que começavam a morrer aos magotes. Assim é a civilização que se impõe, primeiro, como uma epidemia de pestes mortais. (RIBEIRO, 1995, p.184)

O efeito de maior relevância se fez sentir na proposta teórica de se pensar o contato inter étnico como problema. Dela decorreu uma linha de estudos antropológicos que acentuou os conflitos da sociedade nacional diante das frentes de expansão do capitalismo e da fronteira interna do Estado Nacional. (BRITO, 2013)

A assistência à saúde dos grupos indígenas foi sempre desorganizada e esporádica. Mesmo com a criação do SPI não se instituiu qualquer forma de prestação de serviços sistemática à população. As informações disponíveis sobre condições de saúde vieram das denúncias, e dos relatos de missionários e de médicos participantes de expedições.

### 2.1.3 Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas

Em 1956, criou-se o SUSA (Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas), proposto por Noel Nutels e que objetivava ações de saúde aos índios e às populações rurais de difícil acesso, permitindo aos índios da selva amazônica terem acesso aos serviços de saúde pública, contando com o apoio do Correio Aéreo Nacional (CAN) e da Força Aérea Brasileira (FAB) permitindo ser implantado unidades volantes que trabalhavam junto às populações indígena. (COSTA, 1987)

Esse serviço, vinculado ao Ministério da Saúde, tinha como objetivo levar ações básicas como vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis. (CTI, 2011) A expedição foi organizada no governo de Getúlio Vargas, durante a segunda guerra mundial, com o objetivo de desbravar terras ainda desconhecidas entre o Brasil Central e a Amazônia. Buscava-se criar campos de pouso intermediários na construção de uma rota aérea que ligasse o Sul e o Norte pelo interior do país. (BARUZZI, 1984)

Figura 30 – Criação do SUSA



Fonte: Gurgel, 2016

No final de 1963, Noël Nutels foi nomeado diretor do SPI. Nessa época o SPI já estava extremamente decadente. Nesta época inúmeras denúncias repercutiram internacionalmente e a pressão internacional levou a Casa Civil a solicitar providências ao Ministro do Interior, General Albuquerque Lima, que criou, em julho de 1967, a Comissão de Investigação (CI), presidida por Jáder de Figueiredo, Procurador do Departamento Nacional de Obras Contra a Seca (DNOCS), as denúncias foram confirmadas e provadas através do Relatório Figueiredo que documentava sobre centenas de atrocidades e violências, inclusive o assassinato, em 1960, de 3.500 índios Cinta Larga, envenenados com arsênico, a introdução deliberada da varíola, gripe, tuberculose e sarampo entre diversas comunidades indígenas, assim como torturas e estupros. (DAVIS, 1978, FREIRE, 2015)

Em entrevista ao Instituto Humanista Unisinos (2015), Elena Guimarães, a autora da dissertação ‘Relatório Figueiredo: entre tempos, memórias e narrativas’, afirmou que “Por se tratar de um Inquérito Administrativo, o destaque dado [da imprensa] é em relação aos crimes cometidos por agentes do Serviço de Proteção aos Índios. Embora seja possível aferir pelos depoimentos [Relatório Figueiredo] que muitos dos crimes eram cometidos por civis, muitas vezes em conluio com agentes políticos locais, a ideia predominante divulgada pela imprensa é de que o SPI era formado por funcionários corruptos, e estes seriam os responsáveis por todas as mazelas pelas quais passavam os indígenas até aquele momento. Mas os textos e denúncias não chegavam a debater acerca das redes de forças políticas e de interesses por trás de cada ação”.

Embora a história do SPI tenha sido marcada pela influência de figuras proeminentes e comprometidas com o destino dos povos indígenas, sua atuação não era a regra. Darcy Ribeiro afirma que “através de toda a sua história o Serviço de Proteção ao Índio se viu quase sempre só, lutando contra o consenso geral para impor a aplicação da lei, não somente daquela que garantia amparo especial ao índio, mas o simples respeito à Constituição Civil quando os índios se viam envolvidos em conflitos com civilizados”. (RIBEIRO, 1970, p. 165)

Permanentemente carente de recursos, o órgão acabou incorporando indivíduos que não possuíam qualquer preparação ou interesse pela proteção aos índios, afetando suas atuações à frente dos Postos Indígenas de todo o país que acabaram por gerar resultados diametralmente opostos a proposta do Serviço. (OLIVEIRA e FREIRE, 2006). Em meio à crise institucional, tornou-se necessário propor uma reestruturação do órgão através de um amplo debate sobre a política indigenista, envolvendo antropólogos, indigenistas, universidades e pessoal de saúde.

Figura 31 – Repercussão do Relatório Figueiredo



Fonte: FREIRE, 2015

## 2.1.4 Fundação Nacional do Índio

A Fundação Nacional do Índio (FUNAI) foi criada em 1967, sucedendo o extinto SPI, com o objetivo de executar políticas indigenistas, como promover a educação básica aos índios, assegurar a posse das terras ocupadas por eles, defender seus interesses e impedir ações de seringueiros, garimpeiros, posseiros, caçadores, pescadores e madeireiros que poderiam colocar esses povos em risco.

FIGURA 32 – Criação da FUNAI



Fonte: Pinterest, 1967

Contudo à política indigenista do Estado brasileiro à época continuava a ser a integração dos indígenas à sociedade. Tal política reforçava a relação paternalista e intervencionista do Estado para com as sociedades indígenas, mantendo-as submissas e profundamente dependentes. (FUNAI, 2010)

Apenas em 2009, quando a saúde não estava mais encargo da FUNAI que, no intuito de reformular a atuação da Fundação Nacional do Índio, atualizando sua estrutura aos novos marcos legais da Constituição, foi editado o Decreto nº 7056/09, que instituiu um processo de reestruturação do órgão indigenista. As mudanças tiveram como objetivo a otimização do funcionamento do órgão, a ruptura com o paradigma assistencialista, e renovação das formas de relação da Funai com as comunidades indígenas em âmbito local.

A FUNAI desenvolvia ações de saúde esporádicas através das equipes volantes de saúde. Em escala e com capacidades operacionais e administrativas insuficientes, esta atividade foi se atrofiando até a sua paralisação. (CTI, 2011)

### 2.1.5 Sistema Único de Saúde

Em novembro de 1986 foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, responsável por formular as bases doutrinárias do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a universalidade, garantido o acesso às ações e serviços todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, renda, ocupação e etnia; equidade, tratando desigualmente os desiguais para que se tornem iguais, sendo este um princípio de justiça social, investindo mais onde a carência é maior e por último, a integralidade, considerar a pessoa como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, contando com integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. (MENDES, 1992)

A 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio foi realizada oito meses depois, tendo como temas principais: a criação de um único órgão, vinculado ao ministério responsável pela coordenação do Sistema Único de Saúde (SUS), para gerenciamento da saúde indígena e participação dos indígenas na formulação da política de saúde. Foi nessa Conferência que ocorreram as primeiras discussões em torno do modelo de atenção à saúde do índio, com a participação de representantes de várias nações indígenas, órgãos públicos e organizações da sociedade civil que atuavam em apoio à causa indígena. (CCMS, 2016)

Conforme citado na Conferência de Proteção à Saúde do Índio, o relatório final apontou diretrizes relativas à questão da organização, pelo poder público, dos serviços de saúde para as comunidades etnicamente diferenciadas. Dentre elas destacam-se a participação de representantes indígenas na formulação de políticas e execução das ações e serviços; a criação de uma agência específica para assuntos de saúde indígena no âmbito do ministério responsável pela coordenação do SUS e o desenvolvimento de estratégias de atenção primária a nível local que respeitem as especificidades etnoculturais. (CONFALONIERI, 1989)

## Organograma 01 – Princípios do SUS



Fonte: Medeiros, 2016

A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal de 1998, podendo ser exercida através da participação institucionalizada. De acordo com a Lei 9.836/99 está garantida a participação indígena nos órgãos colegiados de formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas de saúde, que são os conselhos de saúde organizados em Conselho Local de Saúde Indígena, Conselho Distrital de Saúde Indígena (Condisi) e o Fórum de Presidentes dos Condisi. Freitas et. al (2017) comenta sobre o crescimento e a autonomia das representações indígenas, demonstrando como é fundamental o preparo das lideranças para lidar com a realidade, pois são essas organizações que irão discutir estratégias, técnicas de coordenação e manejo de discussões de grandes grupos em questões cotidianas da saúde.

### 2.1.6 Constituição Federal

Em 1988 a Constituição Federal reconhece as organizações socioculturais dos povos indígenas. Representando um avanço importante do Brasil para criar um sistema de normas a fim de proteger os direitos e interesses indígenas. (CONSEA, 2017)

Para antropólogos, advogados e técnicos da área indígena, a carta trouxe inovações em relação às constituições anteriores e ao chamado Estatuto do Índio. Foi abandonada a ideia de assimilação dos indígenas pelos colonizadores, e foi aceita a proposta do respeito a diversidade étnica e cultural.

A Constituição foi um marco na conquista e garantia de direitos pelos indígenas no Brasil, modificando, o modelo que previa prioritariamente que as populações deveriam ser integradas ao restante da sociedade, pelo respeito e a proteção à cultura das populações tradicionais, instaurando um novo conceito sobre políticas públicas, substituindo o modelo pautado em noções de tutela e assistencialismo pela pluralidade étnica como direito e estabelecendo relações protetoras e promotoras de direitos entre o Estado e comunidades indígenas. (OLIVEIRA, 2017)

“São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens”. (Art 231, CF)

Em 1990, foi regulamentada a Lei Orgânica da Saúde, cuja premissa básica consistia em “A saúde é direito de todos e dever do Estado” (Art 196, Lei 8080/1990), o que deixa evidente o significativo avanço constitucional promulgado na Constituição de 1988, principalmente no que diz respeito às populações tradicionais.

### 2.1.7 Fundação Nacional de Saúde

Em 1990, com a redefinição do sistema de saúde, foi criada, por medida provisória, a Fundação Nacional de Saúde (FNS, posteriormente FUNASA), vinculada ao Ministério da Saúde, a partir da fusão de diversos programas, sendo os principais a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM) e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP). (FUNASA, 2004)

Contudo sua regulamentação se daria apenas cerca de um ano depois, em 1991, transferindo a responsabilidade da saúde das populações indígenas da FUNAI para a FUNASA. Apesar das próprias características das instituições que a formaram, todas disciplinadas, hierarquizadas, com pessoal técnico qualificado e bastante normatizadas, esse processo enfrentou graves problemas, principalmente a brutal resistência da FUNAI à transferência.

#### 2.1.8 Médicos sem Fronteiras

Com a epidemia de cólera em 1991 oriunda da região do Alto Solimões e atingindo o Vale do Javari, é organizada a “Operação Cólera Alto Solimões”, com a participação do Médico Sem Fronteiras (MSF). Os MSF junto com as entidades Terre des Hommes -TDH/Suíça, foram os responsáveis pela atual estrutura da Casa de Saúde do Índio (CASAI) no município de Atalaia do Norte (UNIVAJA, 2012). Utilizada ainda hoje pelo Dsei Vale do Javari.

A organização permaneceu na região até 2002, promovendo um trabalho de medicina preventiva com populações indígenas. Esse projeto na Amazônia foi encerrado após organizações não-governamentais e Distritos Especiais Sanitários Indígenas assumirem a assistência à saúde. (MSF, 2017)

Em 25 a 27 de outubro de 1993, aconteceu em Luziânia/GO a 2ª Conferência Nacional de Saúde Indígena, cujo os debates refletiram pontos que resultariam posteriormente na aprovação da Lei Arouca (9.836/99), que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena (SasiSUS), como a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), que responderiam pela gestão da saúde indígena na ponta. (CCS, 2016)

#### 2.1.9 FUNASA – FUNAI

A tentativa de criação de um modelo indigenista de atenção à saúde, ocorreram cheias de idas e vindas, demonstrando uma disputa interinstitucional entre FUNAI e FUNASA.

A partir de 1994, com as dificuldades da FUNASA em atender às necessidades em relação à saúde indígena, é formada a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio/ CISI, com a participação de vários ministérios, coordenados pela FUNAI, onde foi aprovado por intermédio da Resolução N.º2 que ambas as instituições assumiram a saúde, a FUNAI seria responsável pela assistência e a FUNASA pela prevenção. (CRUZ, 2007)

No Vale do Javari, a organização indígena Conselho Indígena do Vale do Javari (CIVAJA) estabelece uma parceria com o MSF para a assistência básica de saúde e inicia a formação de agentes indígenas de saúde (AIS) nas aldeias e Agentes Indígenas Microscopistas – AIM. (CTI, 2011)

#### 2.1.10 Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

Foi criado em 1999, por meio da Lei nº 9.836/99, O Subsistema de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, conhecida como Lei Arouca. Ele é composto pelos Dseis que se configuram em uma rede de serviços implantada nas terras indígenas para atender essa população, a partir de critérios geográficos, demográficos e culturais. Seguindo os princípios do SUS, esse subsistema considerou a participação indígena como uma premissa fundamental para o melhor controle e planejamento dos serviços, bem como uma forma de reforçar a autodeterminação desses povos.

Neste período, por meio do Decreto Presidencial nº 3156, a responsabilidade pela atenção à saúde indígena deixou novamente de ser de responsabilidade da FUNAI, transferindo novamente todas as atribuições referentes à saúde à FUNASA.

A atenção à saúde indígena é dever da União e será prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, objetivando a universalidade, a integralidade e a equanimidade dos serviços de saúde. [...] O Ministério da Saúde estabelecerá as políticas e diretrizes para a promoção, prevenção e recuperação da saúde do índio, cujas ações serão executadas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. A FUNAI comunicará à FUNASA a existência de grupos indígenas isolados, com vistas ao atendimento de saúde específico. (Art 2º e 3º Dec. No 3.156, DE 27 DE AGOSTO DE 1999)

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas foi aprovada na 114ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde em novembro de 2001 e sancionada pelo Ministro da Saúde por meio da Portaria nº 254/2002. O objetivo desta política é a proteção, promoção e recuperação da saúde garantindo aos povos indígenas o exercício de sua cidadania nesse campo, reconhecendo as especificidades étnico-culturais e os direitos sociais

e territoriais desses povos, compatibilizando as determinações das leis 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e 9.836/199 (Lei Arouca). (MS, 2002)

Em 2003 as organizações conveniadas com a FUNASA de todo o Brasil promovem encontros para solucionar problemas da falta de apoio político, técnico e administrativo na execução de convênios por parte da FUNASA e a omissão do Ministério da Saúde. (CTI, 2011)

A trajetória do Subsistema foi marcada 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 a recorrentes manifestações de insatisfação por parte dos usuários indígenas e à demanda por mudanças. A situação 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. (FERREIRA, 2013)

Lima e Silva (2010) citam como a participação popular dos indígenas no Amazonas foi importante para a implantação dos Distritos na região e sendo parte do movimento indígena foram protagonistas nas mudanças do subsistema, apoiando a criação de uma Secretaria de Saúde Indígena.

#### 2.1.11 Secretaria Especial de 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, por meio da criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI). Esse processo foi marcado por uma ampla participação de representantes da população indígena e por várias rodadas de negociação, tornando-se um marco histórico para a assistência à saúde indígena. (FERREIRA, 2013)

A Secretaria de Saúde Indígena (SESAI) foi aprovada por unanimidade no Senado Federal em 3 de agosto de 2010 e regulamentada pelos Decretos 7.335 e 7.336, ambos de 19/10/2010, assinados pelo Presidente Lula; transferindo as ações da Saúde Indígena da FUNASA ao Ministério da Saúde. Por ainda possuir contratos firmados anteriormente à transição, e que não podiam ser interrompidos do ponto de vista administrativo, através da portaria nº 253/11, o prazo de transição foi prorrogado por 180 dias até o dia 31 de dezembro de 2011.

Ficam transferidos, da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA para o Ministério da Saúde, os bens permanentes ativos compreendendo móveis, imóveis, intangíveis e semoventes, acervo documental e equipamentos destinados à promoção, proteção e recuperação da saúde dos povos indígenas, incluindo os relacionados às ações de saneamento ambiental em terras indígenas. O Ministério da Saúde e a FUNASA terão o prazo de cento e oitenta dias para efetivar a transição da gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para o Ministério da Saúde. (Art 5º e 6º do Dec. no 7.336, 2010)

## **2.2. Política Nacional de Atenção à Saúde aos Povos Indígenas**

Grandes confrontos, rodearam a história da questão indígena no Brasil. Desde conflitos com madeireiros, seringueiros, garimpeiros, caçadores, como os conflitos de território pelas construções de linhas telegráficas e ferrovias, construção de estradas com a expansão Amazônica na época da ditadura militar, a população indígena se organizou através de movimentos, organizando protestos e criando grupos autônomos com o objetivo central de sua movimentação política, com reivindicações como a conservação de áreas indígenas, uma educação e saúde diferenciadas, respeito e reconhecimento à cultura, projetos socioeconômicos destinados aos diversos povos, áreas de preservação e fiscalização ao cumprimento de leis e demarcações de terra.

Os relatos etnográficos evidenciam que as sociedades indígenas são complexas e suas culturas heterogêneas e diversificadas (OLIVEIRA, 1988), dificultando a aplicabilidade do SUS aos povos indígenas. Devido a essa diversidade étnica e culturas heterogêneas, em 1988, a Constituição Federal permitiu o desenvolvimento de uma política que atenda as reivindicações indígenas por uma especificidade da atenção intercultural em saúde, respeitando as peculiaridades de cada povo, instituindo assim, o Subsistema de Atenção a Saúde Indígena como parte do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas implementada em 2002 foi uma conquista dos povos indígenas a uma saúde diferenciada, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, reconhecendo aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais.

O propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a

diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura. (FUNASA, 2002)

Com o objetivo de alcançar este propósito foram estabelecidas algumas diretrizes como “a organização dos serviços de atenção à saúde dos povos indígenas na forma de Distritos Sanitários Especiais e Polos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situariam, a preparação de recursos humanos para atuação em contexto intercultural; monitoramento das ações de saúde dirigidas aos povos indígenas; articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde; promoção do uso adequado e racional de medicamentos; promoção de ações específicas em situações especiais; promoção da ética na pesquisa e nas ações de atenção à saúde envolvendo comunidades indígenas; promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena e controle social”. (FUNASA, 2002)

Em outubro de 2010, o decreto 7335 redefine as atribuições e a organização da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), enquanto o 7336 oficializa a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), dentro da estrutura do Ministério da Saúde, garantindo os cargos e insumos necessários ao funcionamento da secretaria. No Art. 42 do decreto 7336, fala sobre as competências da nova secretaria, sendo elas: “coordenar a implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas mediante gestão democrática e participativa; coordenar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena para a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas; 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; coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena; promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena; promover o fortalecimento e apoiar o exercício do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades organizacionais; identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena; e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas”. (MS, 2011)

### 2.2.1 Secretaria Especial de Saúde Indígena

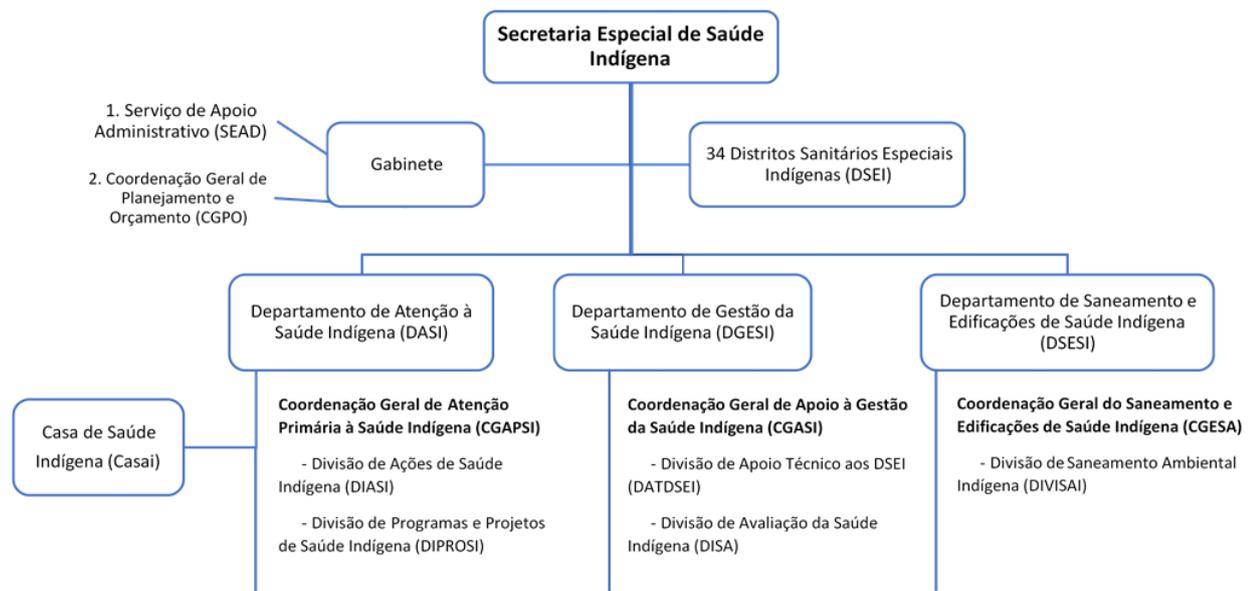
A criação da SESAI, constituía uma antiga reivindicação dos povos indígenas. Em sua estrutura administrativa conta com três departamentos: Departamento de Gestão da Saúde Indígena (DGESI), Departamento de Atenção à Saúde Indígena (DASI), Departamento de Saneamento e Edificações de Saúde (DSESI); (MS, 2011)

O DGESI tem a responsabilidade de garantir as condições necessárias à gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena; promover o fortalecimento da gestão nos DSEIs; propor mecanismos para organização gerencial e operacional da atenção à saúde indígena; programar a aquisição e a distribuição de insumos, em articulação com as unidades competentes; coordenar as atividades relacionadas à análise e à disponibilização de informações de saúde indígena e promover e apoiar o desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde indígena. (BRASIL, 2015)

O DASI tem a missão de planejar, coordenar e supervisionar as atividades de atenção integral à saúde dos povos indígenas; orientar e apoiar a implementação de programas de atenção à saúde para a população indígena, segundo diretrizes do SUS; nos DSEIs tem como objetivo, planejar, coordenar e supervisionar as atividades de educação em saúde; coordenar a elaboração de normas e diretrizes para a operacionalização das ações de atenção à saúde; prestar assessoria técnica às equipes no desenvolvimento das ações de atenção à saúde. (BRASIL, 2015)

O DSESI é o responsável pelo saneamento e edificações de saúde na área indígena. Para isso tem como função planejar, coordenar, supervisionar, monitorar e avaliar as ações; planejar e supervisionar a elaboração e implementação de programas e projetos; planejar e supervisionar ações de educação em saúde indígena relacionadas à área de saneamento; estabelecer diretrizes para a operacionalização das; apoiar as equipes dos DSEIs no desenvolvimento das ações; e apoiar a elaboração dos Planos Distritais de Saúde Indígena, realizando todas as suas funções em sua área específica. (BRASIL, 2015)

## Organograma 2 – Organização da SESAI



Fonte: MS, 2011

### 2.2.2 Organizações Não Governamentais

A assistência à saúde sendo efetivada pelo seu respectivo Ministério, possibilitou a participação na política indigenista das Organizações não Governamentais (ONGs), sendo parte delas representada pelas ONGs organizadas pelos próprios índios, que vêm atuando em paralelo, ou complementarmente, às entidades de defesa dos direitos à diferença étnica (GARNELO, 2003)

A contratação de profissionais nos Dseis, tanto das atividades fins como das atividades meios são realizados através de terceirização por meio de ONGs, mesmo não havendo previsão legal nesta época para esse tipo de atividade, pois a súmula 331 do Tribunal Superior do Trabalho que ditava os regramentos da terceirização, permitia somente a terceirização de empregados para as atividades meio da empresa contratante, proibindo a contratação de empregados terceirizados para execução de atividade fim.

Com a publicação da Lei 13.429 em março de 2017, que deu início ao processo de regulamentação da terceirização, autorizou o que já era praticado, a terceirização para serviços determinados e específicos.

O MS já terceirizava a contratações de profissionais de saúde através de instituições conveniadas com o governo federal, desde a época da FUNASA. Uma dessas conveniadas é a Missão Evangélica Caiuá.

A Missão Evangélica Caiuá é uma agência missionária que atua entre os indígenas, foi criada em 28 de agosto de 1928 por Albert Maxwell, pastor presbiteriano norte-americano, que veio ao Brasil para investir na expansão do evangelho aos indígenas. No ano de 2001, a missão realizou convênio com a FUNASA para dar atendimento à população indígena de todo o Mato Grosso do Sul, combatendo a tuberculose e a desnutrição infantil. Além dos convênios, a entidade é dona do Hospital e Maternidade Indígena Porta da Esperança, inaugurado em 1963, e do Instituto Bíblico Felipe Landes. Além disso, criou a primeira Igreja Indígena Presbiteriana no Brasil, em 2008, e mantém diversas escolas no Mato Grosso do Sul. (IPB, 2016)

Vários debates surgiram pela aprovação da lei, o coordenador do Conselho Indigenista Missionário (CIMI) Regional Sul analisa que a Lei da Terceirização será o caminho mais viável para estas contratações, mas afirma que essa lei é um meio de burlar a recomendação do Ministério Público Federal (MPF) sobre a necessidade de concursos públicos para todos os servidores, prestadores de serviços e funcionários. (CIMI, 2017)

Como consequência da Lei da Terceirização, sancionada pelo Palácio do Planalto, ficou previsto o cancelamento até dezembro de 2017 dos contratos da SESAI com as três entidades, Missão Evangélica Caiuá, Sociedade Paulista para o Desenvolvimento da Medicina e Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, que prestam o serviço nas aldeias dos 34 DSEI's do país, o objetivo era que mais entidades fizessem parte do quadro de terceirizadas ampliando o espectro da iniciativa de terceirização nos novos contratos. Porém os contratos com as conveniadas foram prorrogados por mais um ano para evitar a interrupção do serviço à saúde as comunidades indígenas.

### 2.2.3 Instituto Nacional de Saúde Indígena

Em 2014 foi realizada uma proposta de um novo modelo de gestão da saúde indígena que daria mais agilidade aos processos administrativos e às contratações de profissionais que atuam junto aos povos indígenas. O Instituto Nacional de Saúde Indígena (INSI) ficaria responsável pela execução das ações que integram a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) definida pela SESAI.

A criação do INSI, projeto idealizado pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, seria feita após aprovação do Congresso Nacional. Para o ministro da Saúde, então na época, Arthur Chioro, a criação do Instituto como órgão executor da PNASPI modernizaria a gestão da saúde indígena, chegando a afirmar: “Estamos de fato muito confiantes de que estamos produzindo uma oferta de modernização do subsistema de atenção à saúde indígena condizente com as reais necessidades das aldeias e de acordo com as propostas apresentadas na última Conferência Nacional de Saúde Indígena, realizada ano passado. Essa proposta constrói uma estrutura de gestão adequada à realidade que temos na saúde indígena”. (BRASIL, 2014)

Essa recente tentativa de implantar o INSI fracassou. Na compreensão de lideranças indígenas, MPF e organizações indigenistas a proposta ia além da terceirização completa, mas propunha uma espécie de privatização da saúde indígena, pois o INSI passaria a ser contratado pela SESAI para prestar o serviço da política pública; o Instituto, por sua vez, seria gerido por Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPs), que são entidades privadas atuando em áreas típicas do setor público com interesse social, que podem ser financiadas pelo Estado ou pela iniciativa privada sem fins lucrativos. Ou seja, seriam geridos por entidades típicas do terceiro setor. (CIMI, 2017)

O Instituto não seria obrigado a cumprir as exigências dos processos públicos de licitação, contratação de profissionais via concurso público e não estaria sob a jurisdição da Justiça Federal. A Procuradoria da República apontou à época que era proibido pela Constituição esse tipo de serviço complementar porque ele não poderia ser realizado com recursos públicos. A proposta do INSI foi enviada ao Congresso no formato de Projeto de Lei e nunca chegou a ser votado. (CIMI, 2017)

#### 2.2.4 Organizações Sociais

Em 2016 e 2017, com o cenário atual da crise política no Brasil, muitas denúncias, principalmente sobre desvio de verba caíram sobre as ONGs, inclusive sobre a Caiuá. Colocando em risco a renovação de contrato para as conveniadas. (ANGELO, 2017)

Em outubro de 2016, o ministro da saúde, Ricardo Barros, defendeu durante uma reunião com os indígenas no MS que “o atendimento à saúde indígena deveria ser repassado as Organizações Sociais (OSs) vinculada às universidades, que teriam uma estrutura mais ampla de disposição de pessoas com conhecimento de história, de geografia, de tudo”. (BARROS, 2016)

Em 17 de outubro de 2016, foi publicada a portaria 1.097, que retirava a autonomia orçamentária e financeira da SESAI e dos DSEIs, com a publicação, os gestores dos distritos ficaram impedidos de gerar notas de crédito, realizar despesas, conceder diária e requisitar passagens e transportes de pacientes. Fato que gerou diversos protestos em todo o Brasil, com o movimento intitulado de ‘#OcupaSesai’.

### 2.2.5 Ocupa Sesai

No final de 2016 ocorreram diversos protestos pelo movimento indígena, a Articulação Nacional dos Povos Indígenas (APIB) organizou o movimento #OcupaSesai contra a terceirização da política pública. As lideranças defenderam o Subsistema de Saúde Indígena, criticaram as mudanças propostas pelo governo federal e afirmaram que a postura só serviria para alocar nos quadros da SESAI indicações político-partidárias. Os indígenas se opunham à municipalização ou privatização, propondo discutir um sistema nacional para a execução da política pública. (BRASILIA, 2016)

Figura 33: Movimento #OcupaSesai



Fonte: Desacato, 2016

Os indígenas do Vale do Javari, aderido ao movimento, ocupou a SESAI e fez passeatas em Atalaia do Norte contra a portaria 1.097, Paulo Marubo, coordenador da

UNIVAJA se pronunciou: “Nós não aceitamos a revogação da Portaria 475. Somos contra e estamos nos organizando para dizer ao mundo que nós não aceitamos. Pra nós, enquanto indígenas, isso é a extinção dos povos indígenas do Brasil. Michel Temer entende como progresso, nós entendemos como a extinção dos Povos Indígenas”, diz. (CTI, 2016)

Figura 34 - Passeata do Povos Indígena do Vale do Javari



Fonte: Janekely D'Avila. Acervo do CTI, 2016

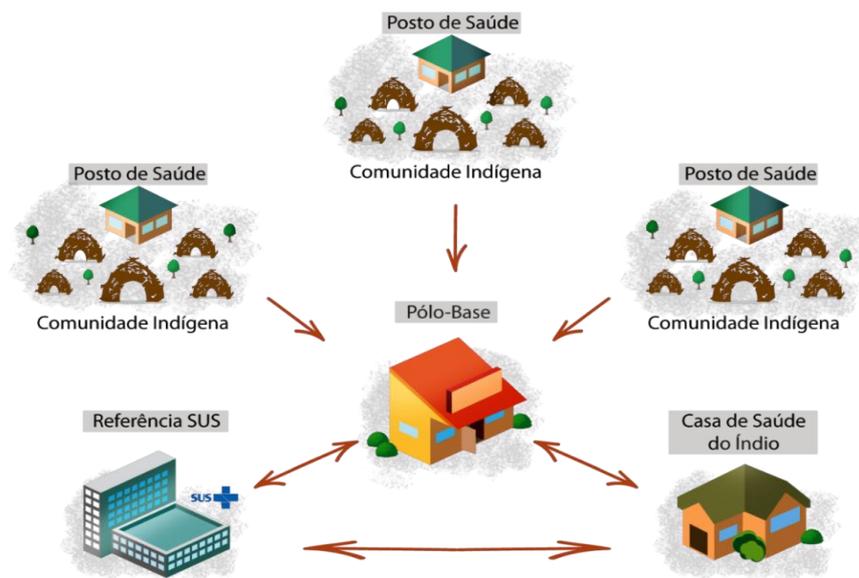
Em resposta aos protestos realizados, as ocupações das sedes dos DSEIs e os bloqueio de diversas rodovias, a portaria 1.907 foi revogada e publicada no dia 25 de outubro de 2017 no Diário Oficial.

### 2.3 Distrito Sanitário Especial Indígena

Distrito Sanitário é uma unidade gestora descentralizada do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, modelo de organização de serviços orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social. (FUNASA, 2002)

O modelo organizacional e assistencial do DSEI é dividido em Postos de Saúde, Polos Base, Casa de Saúde do Índio e a Casa de Apoio à Saúde do Índio na condição de prestar apoio e assistência aos indígenas. (BRASIL, 2007).

Figura 35 – Organização dos DSEIs e Modelo Assistencial



Fonte: MS, 2011

A Portaria n. 852/1999 que trata sobre a criação dos DSEIs, organizados na forma de 34 distritos distribuídos em vários estados do Brasil, eles estão divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas. No estado do Amazonas localizam-se nas seguintes regiões do Alto Rio Juruá, Vale do Javari, Alto Rio Solimões, Médio Rio Solimões, Alto Rio Negro, Manaus, Médio Rio Purus, Parintins e Alto Rio Purus.

O conceito de DSEI, segundo a Portaria n. 254/2002 que aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, é um modelo de organização de serviços que contempla uma atenção à saúde considerando critérios que contemplam a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde (BRASIL, 2002).

Figura 36 – Distribuição dos 34 DSEIs



### 2.3.1 DSEI Vale do Javari

O Vale do Javari é uma região que se localiza no Alto Solimões, no extremo sudoeste do estado do Amazonas, fazendo fronteira com o Peru. A sede do Dsei Vale do Javari se encontra em Atalaia do Norte, Amazonas, e é dividido em 08 polos base, 57 aldeias, e 5.804 pessoas (SIASI, 2017). Abrangendo 06 etnias distintas, sendo elas: Marubo, Kanamary, Mayuruna, Korubo, Matis e Kulina.

Figura 37 – Sede do Dsei Vale do Javari



Fonte: Acervo da autora, 2017

Tabela 08 – Divisão dos Polo Bases do Dsei Vale do Javari

<b>Polo Base</b>	<b>Rio</b>	<b>Etnia</b>	<b>Aldeias</b>
<b>Trinta e Um</b>	Jaquirana	Mayuruna	05 aldeias
<b>Maronal</b>	Alto Curuçá	Marubo	05 aldeias
<b>São Sebastião</b>	Médio Curuçá	Marubo / Mayuruna	07 aldeias

<b>Vida Nova</b>	Alto Ituí	Marubo	14 aldeias
<b>Rio Novo</b>	Médio Ituí	Marubo	03 aldeias
<b>São Luís</b>	Médio Javari	Mayuruna Kanamary	09 aldeias
<b>Massapê</b>	Itacoaí	Kanamary	09 aldeias
<b>Tawaia</b>	Branco	Matis	03 aldeias
<b>Mário-Brasil<sup>14</sup></b>	Médio Ituí	Korubo	02 aldeias

Fonte: SIASI, 2017 com complementos do SESANI. Feito pela própria autora.

Os Korubos, a fim de cadastro, são considerados parte do polo base no Médio Ituí, mas na prática, por ser uma etnia diferenciada e de recente contato, é considerado como um polo base, cujas ações de saúde ocorrem na comunidade ou na Frente de Proteção Etnoambiental do Vale do Javari (FPEVJ).

As equipes multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) são compostas por um enfermeiro, que é chefe da equipe, técnicos de enfermagem, agentes de endemias, AIS e motorista, eventualmente compõem a equipe, médicos, odontólogos, nutricionistas, psicólogos e antropólogos. As EMSIs são divididas por polo base, nos polo bases com maior número de pessoas e que abrangem um maior número de aldeias, geralmente vão duas equipes, como é o caso do polo base São Sebastião, que abrange duas etnias diferentes, uma equipe permanece em São Sebastião com as aldeias de abrangência dos Marubos e outra no Nova Esperança com os Mayurunas. Formando no DSEI Vale do Javari ao todo 16 equipes.

A logística para distribuição das equipes, equipamentos, insumos e materiais do DSEI se distanciam muito do ideal. Possuindo poucas embarcações e motores e com redução da cota de gasolina pela crise econômica enfrentada pelo Brasil acarreta numa disputa das equipes e setores pelas para entrada em área indígena.

14 – Não existe cadastrado no SIASI do polo Mário-Brasil, mas a área de atendimento dos Korubo é considerada na prática um polo base

Entre as embarcações a mais utilizada para entrada de equipes em área indígena é o canoão, por ser o meio de transporte tanto confortável por existir a possibilidade de atar redes, como a possibilidade de levar um maior número de pessoas, combustível e material para área indígena.

Figura 38 – Canoão



Fonte: Acervo da autora, 2016

A desvantagem dessa embarcação, é a demora que leva para trocar as equipes em área indígena. Levando de 8 dias a 20 dias para ir ao local e voltar, pela distância da sede de Atalaia (ATN) as aldeias conforme mostra a tabela abaixo:

Tabela 09 – Distância x Tempo das viagens aos polo base do Vale do Javari

<b>Rios</b>	<b>Polo Base</b>	<b>Distância de ATN</b>	<b>Tempo barco com motor 200HP(somente ida)</b>	<b>Tempo com canoão (somente ida)</b>
<b>Itacoaí</b>	Massapê	466 Km	09 horas	6 dias

<b>Javari</b>	São Luís	287 Km	06 horas	3 a 5 dias
<b>Alto Curuçá</b>	Maronal	926 Km	22 horas	12 a 15 dias
<b>Médio Curuçá</b>	São Sebastião	701 Km	13 horas	10 a 12 dias
<b>Jaquirana</b>	Trinta e Um	799 Km	18 horas	12 a 15 dias
<b>Alto Ituí</b>	Vida Nova	726 Km	17 horas	12 a 15 dias
<b>Médio Ituí</b>	Rio Novo	470 Km	11 horas	8 a 9 dias
<b>Rio Branco</b>	Tawaia	453 Km	09 horas	6 dias

Tabela adaptada pela autora com informações oriundas do CTI/ISA (2011) com informações adicionais do Setor Logístico (SELOG, 2016)

Pela distância, pela demora da troca das equipes pelas embarcações, e pelas embarcações não serem usadas unicamente para troca de equipes por haver outras ações a serem realizadas por outros setores, o DSEI não consegue manter a equipe pelo tempo previsto de permanência em área indígena que são 45 dias, passando os profissionais a ficarem em área de 60 a 120 dias, gerando grande desconforto tanto dos profissionais quanto da administração pelo longo período de tempo.

### 2.3.2 CASAI

A Casa de Saúde do Índio (Casai) é a responsável pelo apoio, acolhimento e assistência aos indígenas referenciados à Rede de Serviços do SUS, para realização de ações complementares da atenção básica e de atenção especializada, estendendo essa atenção aos acompanhantes, quando necessário. Estas devem possuir condições de receber, alojar e alimentar o paciente encaminhado e seu acompanhante, prestar assistência a enfermagem, marcar consultas, exames complementares ou internação hospitalar, providenciar o acompanhamento dos pacientes nessas ocasiões e o seu retorno às comunidades de origem, acompanhados das informações sobre o caso (BRASIL, 2002).

Figura 39 – Casai do DSEI Vale do Javari



Fonte: Acervo da autora, 2017

A Casai, construída pelos MSF, foi doada a UNIVAJA, por muito tempo os indígenas reivindicaram melhorias (UNIVAJA, 2012), mas não era aprovado os projetos para construções no local porque o terreno não era de propriedade pública. Foi relatado por funcionários do SESANI que “parece” que no final de 2017 o local foi doado para o Dsei Vale do Javari, ainda falta comprovação. (SESANI, 2018)

A Casai pertencente ao Vale do Javari, tem uma peculiaridade em relação as demais Casais no Brasil, mesmo não fazendo parte de sua função, ela possui um consultório odontológico fixo. Fato que já gerou diversas discórdias entre administradores por não fazer parte do quadro de suas atribuições. Porém, pela dificuldade, principalmente logística, da entrada da equipe de saúde bucal em área indígena, muitas vezes permanecendo as 5 equipes por longos períodos juntas na cidade, e o consultório odontológico do município de Atalaia não conseguir arcar com as demandas, pela dificuldade de compreensão dos indígenas e preconceitos formados por longas história de rivalidades entre ‘Atalaienses’ não indígenas e indígenas, por Atalaia do Norte ter sido uma cidade madeireira, tornou-se esse setor criado na casai de fundamental importância para o DSEI Vale do Javari.

As equipes de saúde bucal quando não estão em área indígena, estão na Casai realizando promoção, prevenção e recuperação da saúde bucal, fazendo além de atendimentos odontológicos curativos, realizando eventualmente palestras, distribuição de kits de higiene bucal, e escovações supervisionadas com os pacientes e acompanhantes e em algumas ações programadas, fazem atividades educativas com os pacientes no porto, próximo a FUNAI, onde muitos indígenas que vão a cidade permanecem até o fim de sua estadia.

Figura 40 – Ações de saúde bucal com os indígenas na quadra em ATN



Fonte: Priscila Santos. Setor de Saúde Bucal/Dsei Vaj/SESAI, 2015

#### **2.4 Política Nacional de Saúde Bucal aos Povos Indígenas**

Em 2004, sob o governo do presidente Lula, foi apresentado oficialmente uma nova Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB), denominada Brasil Sorridente, tendo como ponto chave as diretrizes da PNSB. A gênese do programa Brasil Sorridente tem suas bases em uma reunião em São Paulo no dia 24 de novembro de 2000, cujo resultou no documento intitulado: “Fome Zero e Boca Cheia de Dentes”. (NARVAI, 2009) Antes da criação da PNSB, as ações em favor dos indígenas eram pontuais e localizadas (BRASIL, 2009b).

Tendo como base a vigilância em saúde teve o foco para a expansão dos procedimentos clínicos especializados, através do Centro de Especialidade Odontológica (CEO) e dos Laboratórios de Prótese Dentária (LPDR). (MS, 2004) 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 DSEIs. 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).

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).

#### 2.4.1 Brasil Sorridente Indígena

Figura 41 – Logotipo do Brasil Sorridente



Fonte: MS, 2011

Sete anos após a implantação do Brasil Sorridente em 2004, assim como a inserção da equipe de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros através da Portaria n.1.444/2000, foi lançado o Brasil Sorridente indígena visando zerar as necessidades de atendimento odontológico nas comunidades indígenas e levar atendimento em saúde bucal às aldeias, garantindo assistência odontológica integral. Esse programa além de ter uma equipe especializada, disponibilizaria consultórios portáteis para se chegarem aos locais de difícil acesso, instalação de CEOs e LBDTs, e com objetivo de abranger todos os DSEIs do Brasil (BRASIL, 2011). O programa Brasil Sorridente Indígena, implementado em 2011, foi planejado para ser executado em duas etapas. Inicialmente, o Ministério da Saúde adquiriu 37

consultórios odontológicos portáteis e 37 Kits de instrumental clínico odontológico para equipar as equipes de saúde.

O projeto piloto foi realizado em três DSEI, por serem os maiores distritos do país: Xavante (MT), Alto Rio Purus (AC/AM/RO) e Alto Rio Solimões (AM) que, juntos, têm uma população aproximada de 70 mil indígenas. (BRASIL, 2011)

Esse projeto piloto realizado no Alto Rio Solimões (AM), influenciou a saúde bucal no Vale do Javari. Nesta época, no Vale do Javari, pouca importância estava sendo dada a odontologia pelos gestores, contando apenas com um consultório portátil, uma cirurgiã dentista e três auxiliares em saúde bucal e uma grande falta de materiais e processos de licitação para a compra de insumos, equipamentos, instrumentais e materiais médicos hospitalares.

Com a entrada do coordenador do Dsei Vale do Javari, Heródoto Jean Sales de Souza, no final de 2012, tomou como uma das prioridades equipar o setor de saúde bucal. Contratou novos cirurgiões-dentistas, ampliou as vagas e contratação de auxiliares em saúde bucal, formando 05 equipes para entrada em terra indígena, e uma cirurgiã-dentista como responsável técnica de saúde bucal, como é protocolado a nível central, que ficaria coordenando as entradas e com a solicitação dos pedidos para aquisição dos materiais e insumos necessários. Além disso, em parceria com o Dsei Alto Rio Solimões, na época agraciado com o Brasil Sorridente Indígena, foi possível a cautela de equipamentos, como 3 consultórios odontológicos portáteis e um fixo, alocado na CASAI, além do empréstimo de insumos e materiais, até que fosse possível a aquisição desses equipamentos pelo próprio Dsei.

Figura 42 – Consultório Odontológico Casai Vale do Javari - Cadeira e equipo para consultório fixo cautelados do Alto Solimões



Fonte: Acervo da autora, 2018

Em 2015, chegaram 08 consultórios portáteis para o Dsei Vale do Javari, gerando grande contentamento entre os funcionários e profissionais que há anos pelejavam pelas cadeiras e equipos odontológicos. O projeto piloto era equipar cada polo base com um consultório odontológico como é previsto na PNSB. Os primeiros polos a serem entregue a cadeira foram os que possuíam uma melhor estrutura física e estavam na sequência para entrada da equipe de saúde bucal em área indígena, foram eles: Maronal, São Sebastião, Vida Nova e Rio Novo.

O projeto não deu certo, em algumas aldeias sumiram peças, os equipamentos foram mexidos, em alguns lugares estavam mal alocados, algumas aldeias entenderem que o consultório era propriedade da aldeia, não do polo, isso gerou grande desconforto para os profissionais por não poderem realizar o atendimento de uma maneira mais eficaz, como transportando-o da aldeia para outra pertencente ao mesmo polo.

Outras dificuldades foram encontradas, uma em relação aos Korubo, que no sistema é cadastrado como parte do polo base Rio Novo, mas é inviável a ida deles a esse outro rio para atendimento odontológico, assim como os Mayuruna que moram no Nova Esperança se deslocarem para o São Sebastião; outra foi um dos equipos levados a área indígena não funcionar, precisando ser substituído por outro que se encontrava na cidade. O setor de saúde

bucal ao perceber todos esses entraves, decidiu abortar o projeto, gerando revolta nos polo que não foram agraciados com o consultório.

Este assunto foi pauta de reclamação na reunião do Condise em 2017, os indígenas que moram em polo base queriam o consultório e alguns não aceitaram a justificativa, entendendo que só os polo que possuía Marubo receberam o consultório. Durante a reunião foi proposto discutirmos o aumento no número de polos-base, porque foi percebido pela equipe que necessitaríamos de 16 consultórios, alocados não um por polo base, mas um por equipe multidisciplinar.

Figura 43 – Consultórios Odontológicos Portáteis



Fonte: Dsei Vaj, 2015

O Brasil Sorridente foi a mais importante política de saúde com abrangência nacional implantada no país, fazendo avanços muito importantes na mudança do modelo de atenção, abrindo espaços estratégicos para as propostas vinculadas ao ideário da saúde bucal coletiva. A mudança mais tangível em relação a esse programa foi a construções dos CEOs e das LPDTs. (NARVAI, 2017).

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) foram as mudanças mais marcantes do projeto, ampliando de modo significativo o acesso da população às ações de média complexidade e tirando a odontologia pública no SUS das restrições à atenção básica.

Possibilitando a população a ter acesso a tratamento como endodôntico, pacientes com necessidades especiais e periodontia. (MS, 2011)

O grande marco foi a política pública de saúde estar ligada ao conjunto das políticas sociais do governo, tendo seu auge na primeira metade do segundo governo Lula (2007-2010). Mas, desde meados de 2005, a Odontologia de mercado intensificou as pressões na disputa pelo modelo de atenção. Um episódio significativo dessas pressões foi a Audiência Pública realizada em 2005, na Câmara dos Deputados, para analisar o Projeto de Lei 1.140 de 2003, que tratava da regulamentação das profissões de técnico e auxiliar em saúde bucal. Setores da categoria odontológica contrários à regulamentação organizaram-se nacionalmente e agiram fortemente contra aspectos centrais. Essas pressões surtiram efeito, produzindo alterações negativas no projeto de lei, resultando em ambiguidades na norma legal que tiram dela a força que deveria ter para dar sustentação ao importantíssimo trabalho que auxiliares e técnicos podem e devem realizar, integrados plenamente às Equipes de Saúde Bucal. Não obstante, em 2008, o presidente Lula sancionou a lei 11.889, regulamentando o exercício das profissões de nível médio de TSB e ASB. Desde então, porém, diminuiu o ritmo de alguns avanços previstos para o Brasil Sorridente e, mais recentemente, com a aprovação da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), à revelia do Conselho Nacional de Saúde, as perspectivas não são favoráveis. (NARVAI, 2017)

Em 2018, os municípios credenciados no Amazonas a possuírem LRDP são: Apuí, Autazes, Boca do Acre, Borba, Canutama, Itapiranga, Japurá, Maués, Parintins e São Gabriel da Cachoeira e o CEO são Boca do Acre, Iranduba, Itacoatiara, Lábrea, Manaus (com 5 unidades), Maués, Parintins, São Gabriel da Cachoeira e Tefé. (SESAI,2018)

Para os indígenas que vivem no Rio Alto Solimões, incluindo os residentes no Vale do Javari, não é viável referenciar para tratamento especializado odontológico, pois não possuem LRDP próximos, e o CEO o mais próximo é na cidade de Tefé. Restando aos que residem nos dois DSEIs a exodontia dos elementos dentários que já atingiram a polpa dentária, e pela dificuldade de adquirir uma prótese dentária na cidade, muitas vezes recorrem ao Peru pela prótese ser economicamente mais viável.

É importante o conhecimento de como funciona a política de saúde atual aos povos indígenas e a realidade do DSEI Vale do Javari, para que se tenha maior compreensão de como são feitas a atenção a saúde a esses povos inclusive aos de recente contato.

## CAPÍTULO III

### Práticas Culturais das Etnias Matis e Korubo

#### 3.1 Representação Simbólica dos Dentes

A variedade cultural consiste um tema privilegiado de práticas simbólicas que se referem a estruturação da realidade. Essa variedade é constituída pelo conjunto formado pelos sistemas de representação que abrangem os conceitos e os símbolos pelos quais os indivíduos e os grupos se interpretam a si próprios e interpretam o meio envolvente e através dos quais transmitem o seu saber e o seu saber-fazer. Daí a importância da análise transcultural, cujos conceitos possam ser utilizados na compreensão de diversas culturas e sociedades e na descoberta da dinâmica interna pela qual a cultura surge e das formas exteriores em que se estrutura. (GONÇALVES, 1992)

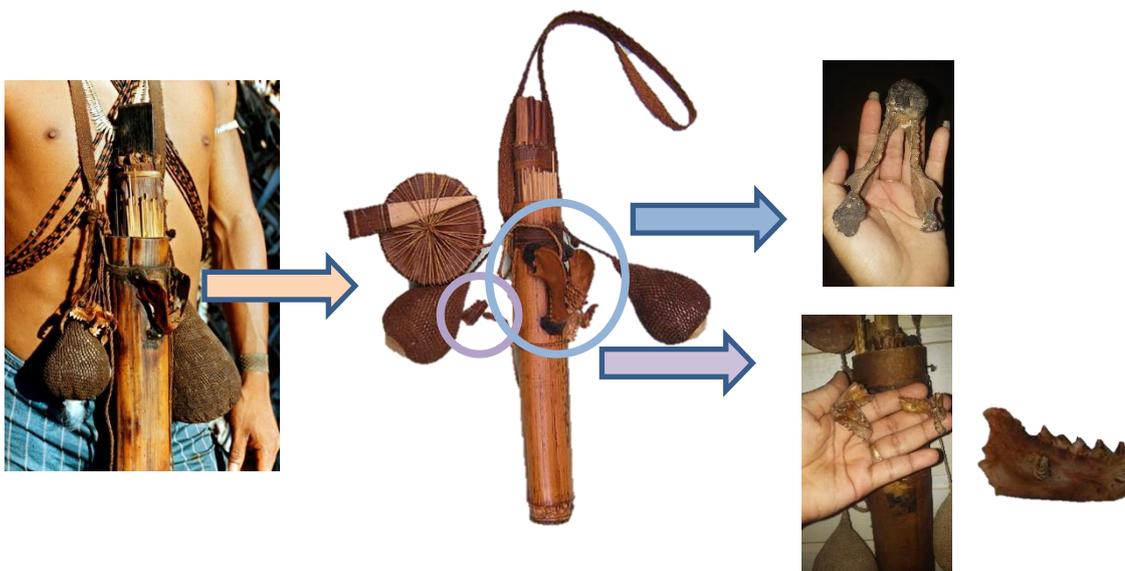
Entre essas práticas simbólicas está o dente, em diversas culturas, inclusive entre a etnia Matis e Korubo, percebe esta representação, sendo o dente usado em diversas expressões culturais. Arcadas dentárias de macaco guariba são encontradas coladas em seus estojos de dardos com curare e dentes de piranha para desgastar as pontas dos dardos que serão usados na zarabatana.

Figura 44 - Estojo da Zarabatana Korubo



Fonte: Dsei Vaj, 2014

Figura 45 – Estojo de zarabatana Matis



Fonte: Adaptado pela própria autora, 2017

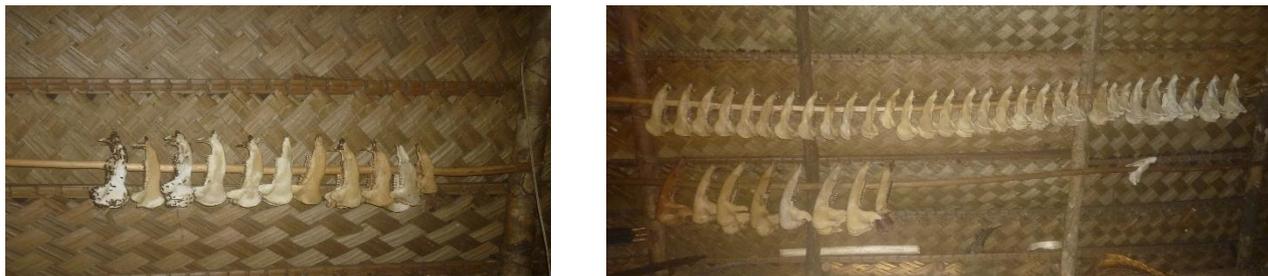
Outas representações na cultura é a exibição na aldeia ou na maloca de crânios e mandíbulas dos animais abatidos em caçadas. Arcadas dentárias são a ornamentação na maloca Matis, em uma porta lateral arcadas de queixada e na outra de anta.

Figura 46 – Equipe de saúde bucal – arcadas de anta por trás da foto



Fonte: Priscila Santos. Capa do Relatório de Saúde Bucal, Dsei Vaj, 2016

Figura 47 e 48– Arcadas de anta e queixada na porta da maloca



Fonte: Acervo da autora, 2016

A aldeia Kudaya por ser nova e ainda não possuir maloca, os crânios de caçada ficam expostos em estacas.

Figura 49 – Crânios de animais de caça na aldeia Matis Kudaya

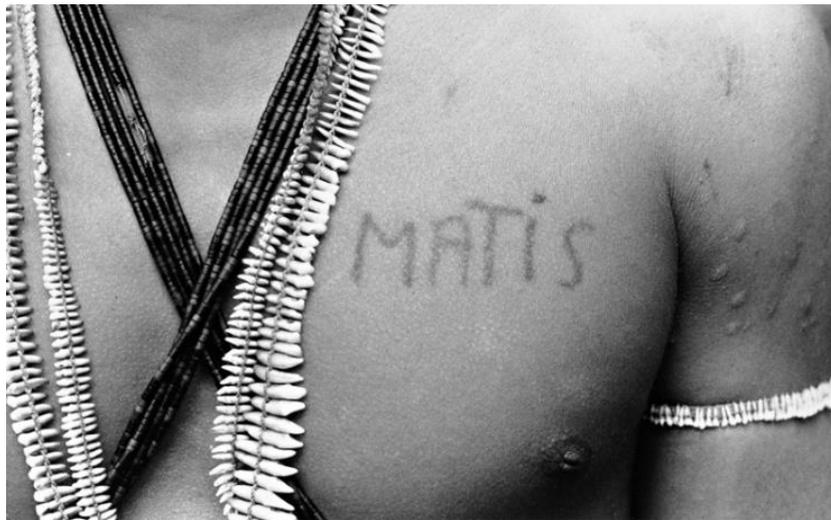


Fonte: Acervo da autora, 2016

Essa exposição dos dentes em maloca, representam a boa caçada que a etnia está tendo durante o ano, quando as arcadas preenchem, ou alguém importante da aldeia falece, como foi o caso do pajé Tepi Matis em março de 2017, as arcadas dentárias são retiradas e enterradas em um igarapé.

Adornos de dentes também são característicos da etnia Matis, através de colares, pulseiras e braceletes que refletem diretamente em seu perfil cultural. Os dentes maiores de macaco Zog Zog geralmente adornam o pescoço dos homens e os de macaco Sauim por serem menores os das mulheres e crianças.

Figura 50 – Matis com adornos



Fonte: ISA, 1985

Figura 51 – Adornos de dente de macaco



Fonte: Acervo da autora, 2016

Figura 52 – Adornos Matis



Fonte: Acervo da autora, 2017

O dente é permeado de sentidos na cosmologia indígena. Conforme observado por Dias (2011) no Alto Javari, em contato com comunidades Matses no período entre 1997-2007, o dente tem um valor significativo naquele contexto sociocultural repleto de explicações como, por exemplo, tabus alimentares que interferem no fortalecimento ou perda dos dentes. Comer fígado de animais como Tracajá, Jabuti e Caititu - de quem se diz ser o fígado mole/ poroso - dá Macu, ‘lagarta’ nos dentes, ao passo que comer fígado de Tatu e Preguiça - ditos de “fígado duro”- ajuda e faz-lhes bem. Até mesmo implicações sexuais são relacionadas de alguma forma aos dentes como, por exemplo, a esposa não poder fazer sexo com o marido após um parto até que nasçam dentes na criança. (MACHADO, 2011)

### **3.2 Hábitos Socioculturais que Interferem na Saúde Bucal**

Alguns fatores culturais podem afetar direta ou indiretamente a saúde bucal. Um dos hábitos realizados pelos homens na aldeia, tanto dos Korubo quanto dos Matis é o uso do tatkik, bebida feita por um cipó que serve para inúmeras funções. O cipó é retirado da floresta e cortado em pedaços de mais ou menos 30 a 40 cm. Ele é ralado com um bastão de madeira com elevações que possibilitam o desgaste do cipó, geralmente essas protuberâncias são feitas com dentes de guariba por serem entre os dentes de macaco um dos mais afiados, sendo esse bastão conhecido segundo Arisi (2011) como tatkik nokoxkatê.

Figura 53 - – Matis carregando cipó



Fonte: Arisi, 2011

Figura 54 – Matis cortando o cipó



Fonte: Arisi, 2011

Figura 55 – Tatzik nokoxkatê



Fonte: Acervo da autora, 2016

É costume o uso do tatzik em rodas de conversas na maloca entre os homens. Nos Matis, eles se sentam em bancos, que segundo Arisi (2007) são chamados de sektê, e cada um pega uma cuia, que possui uma alça, pendurada nos barrotes da maloca, já os Korubo, costumam usar utensílios de metal. Depois de ralado, eles colocam as lascas do cipó na cuia misturando-a com água. Fazendo “bolinhas” com as lascas de cipó misturadas a água, e o líquido avermelhado que fica na cuia é inserido na boca, dentro da boca, eles fazem como ritual movimenta-lo de um lado para o outro diversas vezes. Após essa “lavagem”, a bebida é engolida.

O ralador dos Korubo são idênticos ao dos Matis, mas diferente destes que seguram o tatzik nokoxkatê com as mãos para ralar o cipó, os Korubo o seguram com os pés.

Figura 56 – Matis ralando o cipó com as mãos



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal da aldeia Tawaia/Dsei Vaj, 2016

Figura 57 – Korubo ralando o cipó segurando o taxtik nokoxkatê com os pés



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal sobre a etnia Korubo/Dsei Vaj/SESAI, 2017

Figura 58 – Matis fazendo “bolinha” com as lascas de cipó



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal na aldeia Tawaia/Dsei Vaj, 2016

Figura 59 – Korubo fazendo “bolinha” com as lascas de cipó



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal sobre a etnia Korubo/Dsei Vaj/SESAI, 2017

Figura 60 – Matis com o Taxtik



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal na aldeia Tawaia/Dsei Vaj, 2016

Segundo os relatos de ambas etnias, o consumo de taxtik serve para inúmeras utilidades, além do encontro social, servem para preparar o estômago para receber alimentos, para melhorar na caça e na pesca e inclusive para a saúde dos dentes. Acredito, que esse processo de “lavagem” como um enxaguatório bucal permite que, os que realizam esse hábito tenham menos cárie do que aqueles que não o fazem. Isso seria um dos possíveis fatores de os homens possuírem menos cárie que as mulheres.

### 3.3 Práticas Alimentares

#### 3.3.1 – Korubo

O contexto alimentar da etnia Korubo no Vale do Javari é à base da agricultura, da caça, da pesca, das frutas e mel coletados. Os dois grupos, divididos em duas aldeias, Tapalaya e Tarauaka, dividem uma única roça, onde a base do plantio é macaxeira e mandioca. Os frutos coletados geralmente dependem muito do período sazonal, entre eles se encontram a pupunha, abacate, cupuaçu, açaí, ingá, patuá e goiaba.

Figura 61 – Patuá oferecido a equipe de saúde pelos Korubo



Fonte: Acervo da autora, 2016

Figura 62 – Coleta de Frutas



Fonte: Sebastião Salgado. Folha de São Paulo, 2017

A caça é realizada com as bordunas, conhecida popularmente como cacetes, objetos característicos dessa etnia e zarabatanas, sendo uma atividade exclusivamente masculina, assim como outras etnias indígenas do Amazonas. Os Korubo caçam em grupo, geralmente matando animais maiores, como anta, com cacetadas e animais menores como macaco atingindo-os com o curare presente no dardo da zarabatana.

Figura 63 – Alimentos



Fonte: Dsei Vaj, 2014

Figura 64 – Caçada de Anta



Fonte: Sebastião Salgado. Folha de São Paulo, 2017

A pesca inclui diversos peixes do rio de água doce, inclusive jacarés e arraias, onde os ossos da cauda podem ser aproveitados para confecção de cordões.

Figura 65 - Pescaria



Fonte: Sebastião Salgado. Folha de São Paulo, 2017

Figura 66 – Nuadvó Utilizando Cordão de Cauda de Arraia



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal sobre a etnia Korubo/Dsei Vaj/SESAI, 2017

Além dos artesanatos, como os cordões de cauda de arraias, bordunas, zarabatanas, braceletes e cocás feitos de tucum, o mel é utilizado também como moeda de troca com os não-índios. Por mais que essa etnia tenha uma cultura à base da caça e da pesca, é inevitável a chegada de produtos industrializados, como conservas, sal e alimentos contendo sacarose. Isso porque com o contato, se torna um fator social as relações de escambo. Por mais que seja instruído a todos os trabalhadores a não oferecerem, nem trocarem produtos por alimentos que contenham sal e açúcar, isso não ocorre. Não só esses alimentos chegam à aldeia por meio de funcionários, como por meio de indígenas que vivem acima deste rio, e ao passarem pelos Korubo, que muitas vezes podem ser vistos chamando a beira do rio, são lançados a eles, pacotes de bolacha, potes de goiabada, farinha e outros tipos de alimentos que contêm açúcar.

Figura 67 – Criança Korubo consumindo mel



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal sobre a etnia Korubo/Dsei Vaj/SESAI, 2017

Figura 68 - Mel



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal sobre a etnia Korubo/Dsei Vaj/SESAI, 2017

Os profissionais de saúde e da FUNAI, que passam muito tempo dentro da terra indígena, precisam levar alimentos não perecíveis para sua permanência em área. E o sal e o açúcar fazem parte da cultura ocidental, e são artigos sempre encontrados no rancho de servidores de ambas as instituições.

Os Korubo ao se deslocarem para a Frente de Proteção da FUNAI por necessitarem de tratamento que não possa ser realizado na aldeia, como restaurações dentárias e tratamento de malária, precisam de alimentação durante sua permanência na base. Durante a seca do rio eles podem assar e cozinhar a alimentação adquirida por eles mesmos embaixo da FPEVJ por ser uma estrutura suspensa, mas mesmo com o mantimento próprio, eles querem comer a alimentação que os funcionários ingerem, e além de ser constrangedor uma proibição, é um entrave para as relações sociais. Durante a cheia, os Korubo precisam se alimentar junto com os profissionais por não possuírem local para fazer sua refeição.

Assim, por essas e outras questões, foi discutido no plano de contingência, a necessidade de o Dsei Vale do Javari estar fornecendo alimentos para os Korubo quando estes se encontrarem em tratamento na Frente de Proteção.

Esses alimentos são prejudiciais à saúde bucal, visto que no momento do contato de 2015 e 2016 nenhum dos Korubo avaliados possuíam cárie, mesmo contendo uma dieta rica em carboidratos. E hoje, se forem comparados ao contato de 1996, em um período de 21 anos de contato, o índice de CPO-D cresceu significativamente, podendo ser afirmado que o consumo de sacarose, sem os devidos hábitos de higiene bucal podem trazer resultados devastadores. Pois para uma população em que faz parte do hábito cultural mastigar alimentos duros e quebra-los com os dentes, a falta de um elemento dentário pode ser significativa.

Inserir um novo hábito como o de escovação, é um desafio para as equipes de saúde, tanto por questões de logísticas do Dsei, onde as aldeias são longe e de difícil acesso, impossibilitando o profissional de saúde bucal estar constantemente com esta etnia para aquisição do hábito, como as dificuldades da etnia de entender a importância e se disciplinar a escovar os dentes quando consumirem alimentos pertencentes ao não índio. Uma das ações de saúde bucal realizada pelo Dsei Vaj, foi relatado pela equipe sobre a entrega das escovas e cremes dentais e no dia seguinte a maioria já não tinha mais, pedindo uma escova nova.

Percebe-se uma necessidade da entrega de insumos de higiene bucal para esta etnia pelo aumento de dentes extraídos a cada ano, mas esse ato acarreta certas incertezas, como o receio de ser uma imposição de hábito da cultura ocidentalizada em uma etnia de recente contato, o aparecimento de lixo não degradável na aldeia, como as escovas e tubos de plástico e a reposição não constante dos insumos.

Pode-se notar também uma falta de coordenação motora que eles possuem para a escovação. Precisando constantemente de um profissional para ensinar a correta maneira de segurar a escova e como proceder à limpeza dos dentes para não trazer outros malefícios como abrasão nos dentes pela escovação errada.

Diversos hábitos socioculturais podem influenciar o não aparecimento de cárie em indígenas de recente contato, além do uso do tatzik, o consumo de alimentação dura, altera a morfologia dos dentes, tornando-os lisos, sem saliências, sulcos e cúspides, fazendo também com que eles possuam uma camada remineralizada de dentina e muitas manchas, que até dificultam no diagnóstico de cárie. Esse aspecto dentário dificulta o acúmulo de restos de alimentos ou açúcares na oclusal<sup>13</sup> dos dentes, em relação à mesial<sup>14</sup> e distal<sup>15</sup>, eles retiram os restos de alimentos com pedaços de palha de tucum e fios de cabelo.

Em contrapartida, esse tipo de alimentação pode causar traumas aos dentes, como foi o caso de dois indígenas de recente contato de 2015, onde foram encontrados quatro dentes com trauma em cada um dos indivíduos.

---

Oclusal, Mesial e Distal são termos usados na odontologia para se referir às faces do dente

13 – Oclusal - face cortante dos dentes posteriores

14 – Mesial – uma das faces laterais do dente. É a face mais próxima da linha média do arco dentário;

15 – Distal - outra face lateral do dente, é a face mais afastada da linha média do arco dentário

Figura 69 – Arcada Dentária de um adulto Korubo



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal sobre a etnia Korubo/Dsei Vaj/SESAI, 2017

Figura 70 – Arcada Dentária de uma criança Korubo



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal na aldeia Mário-BrasilDsei Vaj/, 2015

Figura 71 – “Coquinho” que são quebrados pelos dentes nos Korubo



Fonte Alcirlene Roque, 2016, Relatório de Saúde Bucal na aldeia Mário-Brasil/Dsei Val, 2016

### 3.3.2 Matis

Os Matis, assim como os Korubos, vivem da caça, com o arco e flecha, zarabatana e espingarda, sendo um a atividade masculina muito valorizada entre os eles. Caçam anta, macacos, catitu, mutum, jacu, queixada entre outros. Tumi Sibó, matis que trabalha como tradutor na Casai, afirmou que alguns animais são proibidos comer entre eles, como coração de anta pois faz mal a criança, e apenas podem comer jacaré se for o da espécie tinga, o jacaré “branco”, já a capivara, tracajá, macaco preto macho, ovo de tracajá e tartaruga os pais só comem depois que o filho completa 3 anos, por que se não o filho desmaia, tem febre e vômito.

Após uma boa caçada, ou quando os funcionários entregam cartucho para a espingarda, os Matis oferecem uma parte da caça.

Figura 72 e 73 -Veado e Jacaré oferecidos a equipe de saúde pelos Matis



Fonte Acervo da autora, 2015

Os Matis eventualmente criam animais, tratando-os como bichos de estimação e alguns deles com a intenção de posteriormente consumi-los.

Figura 74 e 75 – Queixada, jacu e mutum criados no Tawaia pelos Matis



Fonte Acervo da autora, 2015

A agricultura entre os Matis é feita a partir de cultivos itinerantes produzidos sobre áreas de queimadas, as roças são porções de floresta derrubadas, queimadas e cultivadas que vão sendo progressivamente abandonadas a medida que seus rendimentos diminuem. Os produtos essenciais dessas plantações são a macaxeira, a banana, a pupunha e o milho, alimento cujo consumo é fundamentalmente ao ritual da tatuagem. Em relação a pesca, peixes mais comuns são cará, tamboatá, traíra, pirarucu e piranha, e entre os produtos de coleta são o patauá, buriti, açai, cacau e o cupu. (CHITA, 2014)

Figura 76 – Mulheres e crianças Matis colhendo milho



Fonte: Enf Luana/Dsei Vaj, 2015

Figura 77 - Mulher Matis colhendo macaxeira



Fonte: Priscila Santos/Dsei Vaj, 2015

Figura 78 – Mulher Matis colhendo banana e macaxeira



Fonte: Priscila Santos/ Dsei Vaj, 2015

Após o ritual de tatuagem, também existem alimentos que se tornam proibidos, como relata Arisi (2011) sobre como a Tumë Japonesa, mulher matis, explica aos recém tatuados

sobre as proibições e concessões da comida através de uma canção: “Depois que tatuarem vocês não podem comer macaco de cheiro, jacu, kujubim, parauacu, tatu, arara e veado. Podem comer macaco barrigudo, macaco preto, queixada e porco. Não pode comer sozinho, tem de comer junto com os demais recém tatuados”. Se não forem obedecidos esses códigos de conduta, pode haver consequências como até a morte do indivíduo. É citado que Makë Mabuxá possui cabelos brancos porque ela não comeu os animais certos quando foi tatuada.

Os homens Matis costumam comer em rodas na maloca, as mulheres cozinham nas suas próprias casas de paxiuba ou na própria maloca e levam a eles a alimentação. Na foto abaixo, pode ser identificado a equipe de saúde logo atrás e a roda de homens durante o almoço, vários com macaxeira, outros com panela de mingau de milho e uma esteira com pedaços de carne e costela.

Figura 79 - Hora da refeição



Fonte: Enf Luana/Dei Vaj, 2015

Os Matis, assim como os Korubo, também possuem desgastes e manchas dentárias, mas ao contrário destes eles são encontrados apenas nos mais velhos. Além do desgaste na superfície oclusal, também é observado desgaste na área de caninos e pré-molares devido ao uso dos labrets.

Figura 80 – Arcada dentária Matis



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal do Polo Base Tawaia/Dsei Vaj, 2016

### 3.4 Relação Matis x Korubo

A relação entre as etnias Matis e Korubo têm ocupado diversos papéis que se alternam entre família, amizade, mortes e inimizades. Para compreender esta relação é necessário entender como se deu a história de contato<sup>16</sup> com o não índio e como surgiram os conflitos territoriais.

#### 3.4.1 Contato Matis

Existe debates em relação a data com que os Matis começaram o processo de contato. De acordo com Melatti (1981), a data do contato com os Matis ocorreu em 21 de dezembro de 1976. Antes disso, os Matis já haviam estabelecido relações tanto pacíficas como conflituosas com seringueiros e madeireiros da região. Quando tiveram os primeiros contatos com a Funai, a maior parte dos Matis viviam em cinco malocas distribuídas na região do alto Jacurapá, região que é próxima às cabeceiras do rio Coari e margem direita do rio Branco. (MATOS, 2015)

---

16 - Para fins desta dissertação aprende-se o significado do contato a partir do autor Albert e Ramos, que é troca, palavras, contaminação, dinamismo linguístico e reinterpretação cultural.

Ver livro *Pacificando o Branco. Cosmologia de Contato no Norte Amazônico*. UNESP. São Paulo. 2002.

A presença de madeireiros e seringueiros em mau estado de saúde e sem assistência nas proximidades dos Matis, recém-contatados, e mesmo a falta dos devidos cuidados no contato por parte dos funcionários do Posto Indígena, contagiaram os Matis desde cedo e a partir de 1978, começam as epidemias de gripe, tosse e disenteria. Para completar o quadro trágico, o posto não tinha remédios para a assistência ou gasolina para remoção dos casos mais graves, e assim começava a ocorrer mortes entre eles (MELATTI, 1980). Estima-se que dois terços da população foi dizimada pela consequência do desastroso pós-contato. (AMORIM, 2017)

Com medo de serem totalmente exterminados, passaram a viver em uma só aldeia no rio Ituí. O período de recuperação demográfica e cultural dos Matis culmina, em 1998, na mudança dos Matis para uma nova aldeia na margem do rio Itui, chamada de Aurélio e, em 2005, na formação de uma segunda aldeia, Beija Flor. Entretanto, a partir de 2003, as “doenças do branco” voltaram a assombrar o povo Matis: ocorre a crise das hepatites virais, colocando em risco todo o histórico de resistência e fortalecimento desse povo (NASCIMENTO e ERIKSON, 2008).

Como reação, os Matis adotaram uma série de estratégias, sendo uma delas a retomada dos territórios que ocupavam antes da primeira grande epidemia advinda do contato com a Funai, outro fator para o retorno aos antigos lugares, era o acesso ao tatzik, onde era farto nas regiões próximas ao rio Coari e Branco, pois esse cipó não era encontrado no novo local de habitação e que para obtê-lo, eles precisavam fazer longas excursões. (AMORIM, 2017)

A partir de 2010 começou o retorno para os antigos territórios, na época, a FUNAI se manifestou contrária essa mudança por conta de proximidade do grupo Korubo isolado do rio Coari (AMORIM, 2010). A preocupação desta migração dos Matis era a disseminação de doenças aos isolados e ocorrência de conflitos territoriais. (AMORIM, 2017)

Então entre 2012 e 2013, contrários as orientações da FUNAI, o grupo retornou oficialmente a ocupar a área construindo as aldeias Tawaia e Paraíso.

#### 3.4.2 Contato Korubo em 1996

Registros esporádicos de contato com os Korubo ocorrem desde 1920. (ISA, 2014). Mas o contato oficial começou em agosto de 1996 com a expedição de Sydney Possuelo, nessa expedição contou com o auxílio de indígenas Matis, por diversos motivos, especialmente pela proximidade territorial, linguística e histórica entre eles, servindo como tradutores no processo do contato.

Figura 81 – Contato com os Korubo com a presença de tradutores Matis



Fonte: ISA, 2014

Os Matis que trabalhavam na FPEVJ como assessores continuaram a ser os intermediadores na língua entre funcionários, tanto da FUNAI quanto SESAI, até o ano de 2015 quando ocorreram os conflitos com a etnia Korubo.

Figura 82 – Matis traduzindo a palestra da equipe de saúde bucal



Fonte: Priscila Santos. Relatório de Saúde Bucal na Aldeia Mário-Brasil/Dsei Vaj, 2014

ARISI (2007) cita que no primeiro contato oficial, de 1996, os Matis se aproximaram dos Korubo chamando-os de ‘nukon utsibo’, ‘nukon txampi’, ‘nukon papi’ que significaria ‘meu parente, minha filha, meu filho’.

Existem muitos relatos na etnia Matis sobre a mistura de sua etnia com a dos Korubo, segundo Mantë Matis, os Matis antigos sempre foram altos, como são algumas lideranças como Tumi Matis, cacique da aldeia Kudaya, mas com a mistura com os Korubo, começaram a nascer com estatura baixa.

Rapto de mulheres era comum entre a etnia Matis e Korubo, tanto, que algumas Matis ainda levam o sobrenome Korubo. Fato relatado através de alguns casos citado por Arisi (2007) em sua dissertação: “Como o de Txami Matis que lembra de ouvir contar quando, há muito tempo atrás quatro homens e uma mulher foram “buscar mulher”, porque não tinha mais mulher para casar com os Matis. Eles voltaram trazendo duas meninas Korubo, ambas se chamaram Mënke, uma delas viria a ser a mãe de Binan Tukun. Ivan Rapa cita que agora eles são misturados. “Já misturado agora, Korubo agora, misturado agora.” Ivan Rapa também relata que os Matis não matavam os Korubo como vingança, mas matavam para raptar mulheres que foram incorporadas no grupo.

### 3.4.3 Contato Korubo em 2014

Em 2014, em meados de setembro e outubro, um pequeno grupo do povo indígena isolado Korubo estabeleceu contato com indígenas Kanamary no rio Itaquai. No dia seguinte, receberam os primeiros atendimentos médicos preventivos na própria aldeia. As equipes da FUNAI e da SESAI iniciaram encaminhamentos visando à proteção epidemiológica do grupo Korubo, tomando as medidas necessárias para o acionamento do Plano de Contingência para situações de contato com grupos isolados.

O pequeno grupo Korubo foi levado para a Base da Frente de Proteção e posteriormente para um outro ponto no rio Ituí, próximo ao ponto em que vive hoje o grupo contatado em 1996, onde permaneceram em quarentena e em tratamento médico. Esse grupo ficou conhecido como “grupo do Visa”, nome do homem adulto que havia entre eles. Na ocasião, Visa relatou ter havido mortes por doenças e que o restante grupo permanecia doente e as mortes haviam motivado a migração deles para o alto Itaquai, próximo às aldeias Kanamary. (AMORIM, 2017)

### 3.4.5 Contato Korubo em 2015

Em 2014 ocorreram duas mortes Matis na roça na área do Coari ocasionadas por Korubo isolados o que deu início ao confronto. As duas lideranças indígenas Matis, Damë e Iva Xukurutá, foram mortas a bordunadas por quatro índios isolados do povo Korubo na aldeia Todowak. (UNIVAJA, 2014)

Várias foram as especulações sobre este ataque Korubo, os Matis informaram que era comum a interação com a outra etnia, o que já até havia motivando a ida de equipes da FUNAI na aldeia Todowak para dialogar com as lideranças para uma mudança da localidade da aldeia. (AMORIM, 2017) Essa aldeia, por estar muito próximas dos isolados, também dificultavam a ida das equipes de saúde, que já temiam pela segurança.

Segundo nota da UNIVAJA, a motivação do ataque seria a remoção do grupo Korubo no final de 2014: “Os índios do Subgrupo foram trazidos para o período de quarentena na Base de Vigilância da Frente Etnoambiental da Funai na confluência dos rios Itaquai e Ituí. Depois foram levados para aldeia dos Korubo de recente contato [a aldeia contatada em 1996] ao invés de ser devolvido ao local, onde estava o restante do seu grupo.” (UNIVAJA, 2014)

Os Matis consideraram que o ataque foi ocasionado porque uma mulher e crianças do outro grupo haviam desaparecido e o grupo isolado pensou que eles poderiam tê-los sequestrado. (ARISI, 2018)

Para a FUNAI, o foco do conflito poderia estar em uma disputa territorial. Em entrevista para o G1, o antropólogo Neon Solimões, hoje funcionário do Dsei Vaj, afirmou que o conflito entre os dois povos pode ser explicado pela disputa de terras: "Essa perspectiva de território para a questão indígena tem o significado diferente do nosso. Conheço a área, os Matis dizem que a terra é só deles. Em contrapartida, esta é uma área que anteriormente era dos Korubo. Eles já andavam naquela área, por isto este conflito. Quando um entra na casa do outro, o outro não aceita e vai matar. É basicamente isso." (RYLO, 2016)

Para alguns, um grave surto epidemiológico ocasionando diversas mortes desse grupo, então em isolamento, tenha sido uma das motivações do ataque. (AMORIM, 2017)

Em nota enviada à agência Amazônia Real, a UNIVAJA afirmou que após o ataque, 30 guerreiros Matis partiram para selva para revidar as mortes, numa ação classificada pela organização como um confronto interétnico motivado por “grande revolta”. (AMAZÔNIAREAL, 2014). O ataque não foi confirmado oficialmente, e não se sabe o número de Korubo mortos no revide, algumas referências citam nove (SERVA, 2017), “pelo menos” oito (ARISI, 2017), algumas que mataram com arma de fogo oito índios isolados,

além de ferirem mais três (BRASIL, 2016), alguns Matis relataram várias mortes (AMORIM, 2017) e alguns negam qualquer morte (CHORIMPA, 2014).

O último grupo contatado de Korubo foi no final de 2015, quando cinco crianças encontradas pelos Matis foram levadas para a aldeia Tawaia, posteriormente seguidas pelos adultos Korubo. A FUNAI em conjunto com a SESAI precisou intervir, iniciando a operacionalização do plano de contingência. Cerca de duas semanas depois desse contato, os Matis encontraram um segundo grupo, constituído por 10 pessoas, levando-os ao encontro dos outros recém contatados. (AMORIM,2017)

A FUNAI ao transportar o grupo para próximo da aldeia dos outros Korubo recém-contatados, gerou revolta nos Matis que protestaram e invadiram a sede da organização.

Figura 83 – Protesto Matis na sede da FUNAI



Fonte: Milanez, 2016

Devido aos protestos, foi realizado um diálogo com o presidente da FUNAI, João Pedro Gonçalves, que decidiu substituir a atual coordenação da Funai local e propôs a realização de uma agenda de trabalho, a ser realizada na região e em Brasília, entre diversos setores da Funai e os representantes indígenas, a fim de discutir a gestão e os trabalhos da Coordenação Regional.

Após a reunião o presidente esteve na FPEVJ, acompanhado do coordenador de Índios Isolados e de Recém Contatados, Carlos Travassos, onde se reuniu com os índios Korubo, que afirmaram não terem a intenção, nem vontade, de voltar a área onde foi efetuado o contato. (AMAZONIAREAL, 2016)

Figura 84 – Reunião entre o presidente da FUNAI com os Korubo



Fonte: AMAZONIAREAL, 2016

Após a volta do presidente a Atalaia do Norte, os Matis deixaram de ocupar a sede e seguiram para a FPEVJ, e segundo relatos de funcionários, os indígenas tomaram atitude de intimidação, ameaçando colaboradores e agredindo o médico da SESAI; quebraram o bloqueio epidemiológico e desobedeceram as instruções do coordenador da FPEVJ, seguindo até a aldeia do grupo Korubo. Por essas razões, a FUNAI pela primeira vez na história da instituição, no dia 08 de março de 2016, gerou uma nota de repúdio a uma etnia indígena. (FUNAI, 2016)

Figura 85 – Nota de repúdio



Fonte: FUNAI, 2016

Os Matis contaram sua versão por meio de Baristika Matis, que afirmou que não haver tentativa de agressão ao médico, que intenção não era de feri-lo. O fato ocorrido foi um acidente pelos Matis estarem exaltados e quando foram confrontar o médico, que se autointitulava médico dos Korubo, e segundo o povo Matis se recusava a prestar atendimento a etnia, a flecha tocou o rosto dele, abrindo um corte na testa. Baristka Matis falou da vontade da etnia em se desculpar com o médico e demonstra a tristeza pela nota de repúdio, dizendo que contarão sua história ao Ministério Público Federal. (AMAZONIAREAL, 2016)

No presente momento, as instituições FUNAI e SESAI estão agindo em parceria aprimorando o plano de contingência, que é um cuidadoso protocolo em casos de contato com isolados, para quando surgirem novos contatos, as instituições estejam sempre mais preparadas.

Múltiplas e complexas são as relações entre Matis e Korubo, e a influência que uma etnia pode exercer sobre as atitudes da outra, até mesmo em relação ao consumo de tatxik, prática que foi ensinada aos Korubo pelos Matis. Muita história permeia essa relação e provavelmente ainda serão protagonizadas no futuro.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa antropológica relacionada a saúde de povos indígenas é fundamental para que se alcance uma medicina mais humanizada. Athias e Machado (2001), alertam para a reflexão sobre como doença e cura tem uma razão na perspectiva indígena, seja na violação de um ser espiritual, como na violação de tabus, evidenciado na pesquisa, onde os Matis não podem comer determinadas carnes antes de o filho completar 3 anos ou até em rituais como o da tatuagem.

O diálogo entre culturas se torna essencial para que haja uma saúde mais eficiente, exigindo conhecimento das informações básicas sobre as populações indígenas trabalhadas, sobre sua cultura, seu cosmo e sua concepção de saúde e doença, essenciais para estabelecer o processo de planejamento das ações de saúde.

A pesquisa oportunizou o desvelar da realidade da saúde bucal desses povos de recente contato, entre o ano de 2013 a 2016, onde pode-se perceber, nos Matis, um aumento da prevalência de cárie na adolescência, dos 12 aos 19 anos, destoando das demais etnias do estado do Amazonas, onde proporcionalmente, os mais velhos apresentam uma prevalência de cárie maior. Fato, possivelmente, ocorrido pelos processos de contato dos Matis com o não índio, a qual os mais novos incorporam à sua cultura novas práticas alimentares. Nos Korubo, o processo é similar, por mais que a prevalência de cárie desta etnia continue baixa, os jovens apresentam um aumento em relação a outras idades.

Entre os Matis, as mulheres apresentam prevalência de cárie duas vezes maior que os homens, como a alimentação é a mesma, considera-se que exista um fator diferencial que cause essa divergência. Acredito que o uso de cipó, o Taxtik, seja o provável responsável, por ser uma prática exclusivamente masculina, onde os homens sentam-se em roda diariamente para consumi-lo. Pelo ritual de o líquido passar de um lado a outro da boca até ser ingerido, funciona como um enxaguante bucal. Prática também realizada pelo Korubo transmitida pelos Matis no contato de 1996, demonstrando a influência da relação intercultural.

Os Korubo contatados em 2014 e 2015, não possuíam cárie, mesmo com o consumo de alguns tipos de açúcar como o mel, possivelmente pela alteração morfológica dos dentes ocasionadas pelos hábitos alimentares e as práticas de quebrarem e roerem sementes com os dentes. A alteração morfológica nos dentes também foi encontrada na etnia Matis, na oclusal principalmente nos mais velhos e efeitos de abrasão na região de canino e pré-molar naqueles que utilizam labrets.

Estudos com populações indígenas têm demonstrado realidades que distanciam da preconizada pelas diretrizes dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas (CARNEIRO et al. 2008; ERRICO,2011). Inclusive no que se refere à saúde bucal. Para mudar este quadro, no Vale do Javari faz-se necessário mais estudos voltados para a saúde indígena em cada etnia abrangida pelo respectivo Dsei, para que se conheça melhor a cosmologia e a visão de saúde/doença de cada um para obter resultados mais eficazes. Mesmo com as muitas dificuldades encontradas pela administração do Dsei, inclusive no que tange a alta rotatividade dos profissionais, é necessária a capacitação de cada indivíduo que entrará em terra indígena sobre a etnia com que o tal irá trabalhar, podendo ser feita essa capacitação semestral ou anual pelo próprio antropólogo da instituição com os novos contratados.

Deve-se promover incentivos àqueles profissionais que se interessarem em se aperfeiçoar em saúde indígena através de cursos, especializações e parcerias com as universidades e incentivar a produção de conhecimento local, enviando os profissionais a eventos como congressos e encontros para partilharem do conhecimento obtido com outros da área. E valorizar esses profissionais para que essas pessoas que possuam perfil para o trabalho com populações diferenciadas permaneçam motivadas a continuar na equipe.

O setor de saúde bucal precisa receber mais importância dos gestores, porque a saúde bucal não se refere apenas a dor de dente, mas um bem-estar físico e psicológico do corpo, influenciando inclusive na autoestima e funcionalidades necessárias a muitos desses povos. Os indígenas de recente contato, principalmente os Korubo, necessitam dos dentes em bom estado, pela predominância do consumo de alimentos de difícil mastigação, inclusive no hábito de roerem “coquinhos”.

É imprescindível aumentar o número de insumos, equipamentos, materiais e profissionais de saúde bucal. Sendo necessário pelo menos um por equipe para que este se integre na EMDS, para que não continue neste círculo de atividades apenas curativas, mas que venha também a ofertar promoção e prevenção de saúde com continuidade. Tendo cada equipe seus equipamentos e materiais em área, não será mais necessário para cada viagem o deslocamento de inúmeros itens, que por muitas vezes geram danificações ocasionadas pela chuva, acidentes e pelo próprio transporte em si. Inclusive, no posto de saúde idealizado pelo Dsei, que será construído na FPEVJ para o atendimento dos Korubo, é necessário um consultório odontológico e que o profissional de saúde bucal vá com mais frequência, pelo menos a cada três meses e não mais quando um Korubo estiver sentindo dor de dente. Para que seja possível a preservação do elemento dentário e evitar a dor.

E acima de tudo, é importante que o profissional de saúde não tenha um olhar impositivo, mas disposto a observar novas visões de mundo para que possa perceber que em pleno século do conhecimento científico e de técnicas tão avançadas na medicina, temos ainda muito o que aprender com o conhecimento tradicional desses povos, principalmente o de recente contato, que mantêm tão viva suas práticas tradicionais.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ATHIAS, Renato; MACHADO, Marina. **A Saúde indígena no processo de implantação dos Distritos Sanitários: temas cítricos e propostas para um diálogo interdisciplinar.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 17(2):425-431, mar-abr, 2001.

AMAZONIAREAL. **Ataque de índios Korubo ao povo Matis deixa dois mortos e provoca alerta no Vale do Javari, no Amazonas.** Disponível em: <<http://amazoniareal.com.br/ataque-de-indios-korubo-ao-povo-matis-deixa-dois-mortos-e-provoca-alerta-no-vale-do-javari-no-amazonas/>> Acesso em:30/03/2018. 2014

AMORIM, Fabrício. **Nos tapiris Korubo: uma perspectiva indigenista das tensões e distensões Korubo (e Matis).** Povos Isolados. 2017

ANDRADE, M. **História da odontologia: a era da dor.** Rev. ABO Nacional, São Paulo, v.6, n. 5, 1998.

ARISI, Bárbara Maisonnave. **Matis e Korubo: Contato e Índios Isolados. Relações entre povos do vale do Javari, Amazônia.** Dissertação. Florianópolis. 2007.

\_\_\_\_\_. **A Dádiva, a Sovenice e a Beleza. Economia da Cultura Matis, Vale do Javari, Amazônia.** Tese de Doutorado. Florianópolis. 2011

\_\_\_\_\_. **Os Magníficos Korubo: um estúdio de Sebastião Salgado na selva amazônica.** AmazoniaReal, 2018.

ARISI, Bárbara; MILANEZ, Felipe. **Isolados e ilhados: indigenismo e conflitos no Vale do Javari, Amazônia.** Estudos Ibero-Americanos, Porto Alegre, v.43, n. 1, p.49-66, jan-abr. 2017

ARORA, Amit; EVANS, Robin Wendell. **Is the consumption of fruit cariogenic?** Journal of investigative and clinical dentistry. 3(1):17-22. 2012.

AZEVEDO, Ana Maria de. Fernão Cardim. **Tratados da terra e gente do Brasil. Introdução e notas de Ana Maria de Azevedo.** Lisboa: Comissão Nacional para as Comemorações dos Descobrimentos Portugueses, 1997.

BARUZZI R. B. **Programa Médico Preventivo da Escola Paulista de Medicina no Parque Nacional do Xingu.** Rev. de Antropologia, USP, São Paulo, 21 (2): 155-64, 1978.

BATISTA, Diego. **Selamento de dentes: Prevenção ou dor de cabeça?** Disponível em: <<http://doutissima.com.br/2013/07/11/selamento-de-dentes-prevencao-ou-dor-de-cabeca-9648/>> Acesso em: 25/03/2017.

BARBOSA, Rogério Oliveira. **Mapa elaborado para a localização da etnia Matis e Korubo no Dsei Vale do Javari, Amazonas.** 2016.

BARROS. In: VALENTE, Rubens. **Ministro diz que universidades devem atuar na saúde indígena.** A Folha. 2016

BRAGA, M. M.; MENDES, F. M.; IMPARATO, J. C. P. **A doença Cárie Dentária.** In: IMPARATO, J. C. P.; RAGGIO, D. P.; MENDES, F. M. **Selantes de fossas e fissuras: quando como e por quê?** 1. ed. São Paulo: Livraria Santos Editora, 2008.

BRASIL., Kátia. **Repúdio da Funai: Possuelo diz que João Pedro não está no cargo para punir os Matis.** Disponível em: <<http://amazoniareal.com.br/repudio-da-funai-possuelo-diz-que-joao-nao-esta-no-cargo-para-punir-os-matis/>> Acesso em: 03/04/2018.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde. **100 anos de Saúde Pública.** A visão da FUNASA. Brasília. 2004.

\_\_\_\_\_. **Relatório das Principais Atividades e Resultados. 1999 - 2002** Funasa; 2002

\_\_\_\_\_. **Diretrizes do Componente de Saúde Bucal.** Brasília. 2011

\_\_\_\_\_. **Saúde Indígena.** Funasa em revista, 4(3):28-37. 2009.

\_\_\_\_\_. **Lei Arouca: a Funasa nos 10 anos de saúde indígena.** Brasília. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica,** n 17: Saúde Bucal. Secretaria de Atenção Básica a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. 2006

\_\_\_\_\_. **Relatório da 3ª Conferência de Saúde Bucal.** Brasília: 2005.

BRENNAN, Maire, O'CONNELL, Brian. e O'SULLIVAN, Michael. **Multiple dental fractures following tongue barbell placement: a case report.** Dental Traumatology, 22(1). 2006. p. 41-43.

BORGES, M.F. **Influência da sacarose, lactose + frutose no potencial cariogêncio de S mutans: estudo in situ e in vitro.** Revista Odonto Ciência. Vol 23. 2008

BRITO, Carolina Arouca Gomes de. **Medicina e antropologia: atenção à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956).** Dissertação Mestrado em História das Ciências e da Saúde - Fundação Oswaldo Cruz/Casa de Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

BRITO, Carolina Arouca Gomes de; LIMA Nísia Trindade. **Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956).** Bol. Mus. Para. Emílio Goeldi. Ciênc. hum. vol.8 no.1 Belém Jan./Apr. 2013.

BUCHILLET, Dominique. **A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde.** In Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. (Dominique Buchillet, org.), Belém, MPEG/CEJUP/UEP. 1991. p. 21-44.

CARNEIRO, Marília Clemente Gomes; SANTOS, Ricardo Ventura; GARNELO, Luiza; REBELO, Maria Augusta Bessa; COIMBRA JR., Carlos Everaldo Alvares. **Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas**. Ciênc. saúde coletiva vol.13 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2008

CALAINHO, Daniela Buono. **Jesuítas e Medicina no Brasil Colonial**. Tempo, Rio de Janeiro, nº 19, pp. 61-75. 2005

CCMS. 1ª Conferência Indígena, Centro Cultural do Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/cns/conferencias-indigenas.php>> Acesso em: 21/03/2017.

COIMBRA JR., Carlos E. **The Xavante in Transition. Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brazil**. Ann Arbor, The University of Michigan Press. 2002.

COIMBRA JR., Carlos Everaldo Alvares; SANTOS, Ricardo Ventura. **Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2000, vol.5, n.1, pp.125-132

COIMBRA JR., Carlos E.; SANTOS, Ricardo Ventura; ESCOBAR, Ana Lúcia. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.

COLGATE. Ilustração para colorir. 2013

COLOMA, C. A. **A interculturalidade na atenção à saúde dos povos indígenas**. In: Psicologia e Povos Indígenas, Conselho Regional de Psicologia da 6ª Reg. (Org.), p. 128, 2010.

CONFALONIERI, Ulisses E. C. **O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada**. Cad. Saúde Pública vol.5 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1989.

CONSEA. Constituição consagra direito indígena de manter terras, modo de vida e tradições. 2017. Disponível em: <<http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/noticias/2017/abril/constituicao-consagra-direito-indigena-de-manter-terras-modo-de-vida-e-tradicoes/>> Acesso em: 10/01/2017

CORTÊS, Gabriel. **Cárie Dentária e Fatores Associados em Indígenas Kotira do Alto Rio Uaupés, AM, Brasil**. Dissertação mestrado. Manaus. 2013

\_\_\_\_\_. **Levantamento Epidemiológico pelo Índice CPO-D na Bacia do Alto Rio Negro. 2006**. (Congresso).

COSTA, Dina Czeresnia. **Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas**. Cad. Saúde Pública vol.3 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 1987.

CRUZ, Katiane Ribeiro da. **Os Desafios da Participação Indígena na Saúde Indigenista**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas). Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas. Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2007.

CTI/ISA. **Saúde na Terra Indígena Vale do Javari**. Diagnóstico Médico-antropológico: subsídios e recomendações para uma política de assistência. 2011

DAVIS, H. S., **Vítimas do Milagre**, Rio de Janeiro, Zahar, 1978

DETOGNI, Agda Maria. **Práticas e perfil em saúde bucal: o caso Enawene-Nawe, MT, no período 1995-2005**. Dissertação para mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso em Saúde Coletiva. 2007.

DIAS, Ricardo Lopes. et al. **Cultura Mayoruna: Banco de Dados de Campo do período de 1997 a 2007**. Manaus: Missão Novas Tribos do Brasil - MNTB (Consultoria), 2011. Mimeo.

EL PAÍS. El Neandertal que se limpiaba los dientes. **Madrid**, 11 set. 2007. Disponível em: <[http://www.elpais.com/articulo/espana/neandertal/limpiaba/dientes/elpepuesp/20070911elpepunac\\_10/Tes](http://www.elpais.com/articulo/espana/neandertal/limpiaba/dientes/elpepuesp/20070911elpepunac_10/Tes)>. Acesso em: 25 out. 2016.

ERRICO, L.S.P. **Acesso e utilização dos serviços de saúde da população da etnia Xakriabá, norte de Minas Gerais** [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011.

ESCUREDO-CASTANO, N.; BASCONES MARTINEZ, A. **Oral and Perioral Piercing Complications**. The Open Dentistry Journal, v2, 2008. p. 133-136.

FADEL, Cristina Berger. **Cárie Dental Precoce: Qual o verdadeiro impacto da dieta em sua Etiologia?** UEPG Ciência Biol. Saúde, Ponta Grossa. 2004.

FANCHIN, Patrici. **Relatório Figueiredo: crimes continuam 50 anos depois**. Entrevista especial com Elena Guimarães. 2015. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/entrevistas/547493-relatorio-figueiredo-crimes-continuum-50-anos-depois-entrevista-especial-com-elena-guimaraes>>. Acesso em: 20/01/2018.

FARMABLOG. **História da Farmácia**. 7 de março de 2016. Disponível em: <<http://farmaconectados.blogspot.com.br/2016/03/historia-da-farmacia-e-seus-spectos.html>>. Acesso em: 20/02/2018.

FERREIRA, Luciana Benevides. **O controle social no subsistema de atenção à saúde indígena : uma reflexão bioética**. Tese (doutorado)—Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Bioética, 2013.

FIGLIOLI, Maria Devanir. **A prática odontológica da pré-história até o final do século XX**. In: Rosenthal, E. A Odontologia no Brasil no século XX. São Paulo. Editora Santos, 2001. p.5-29.

FIGUEIREDO, Regina Érika Domingos. **Histórias de uma antropologia da "boa vizinhança": um estudo sobre o papel dos antropólogos nos programas de assistência técnica e saúde no Brasil e no México (1942-1960)**. Tese Doutorado em Antropologia Social. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

FLECK, Eliane Cristina Deckmann. **A abordagem historiográfica dos séculos XIX e XX sobre a atuação de médicos e boticários jesuítas na América platina no século XVIII.** Ciências, Saúde, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.2, abr.-jun. 2012, p.667-685.

FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. **O SPI na Amazônia: política indigenista e conflitos regionais, 1910-1932.** Série Publicação Avulsa do Museu do Índio, 2. Rio de Janeiro: Museu do Índio/FUNAI, 2007.

FREIRE, José Ribamar Bessa. **A Universidade, a Ditadura e os Crimes contra os índios.** 2015

FREIRE, José Ribamar Bessa. Universidade estuda 'Relatório Figueiredo' sobre crimes sistemáticos contra os indígenas. 2015. Disponível em: <<https://contilnetnoticias.com.br/2015/08/universidade-estuda-relatorio-figueiredo-sobre-crimes-sistematicos-contra-os-indigenas/>>. Acesso em: 21/03/2018.

FREITAS, Márcilio de; FREITAS, Marilene Corrêa da Silva; IORIS, Antonio A.R.; JUNIOR, Walter Esteves de Castro, **Amazônia.** Ed Chiado.p.49. 2017.

FUNAI. **Política Indigenista no Brasil: avanços e desafios.** 2010

FUNDAR. Fundação Darcy Ribeiro. **Memorial.** 2015. Disponível em: <[http://www.fundar.org.br/fundacao/abre\\_memorial.php?abre=46](http://www.fundar.org.br/fundacao/abre_memorial.php?abre=46)>. Acesso em: 15/01/2018.

GARNELO, Luíza; PONTES, Ana Lúcia. **Saúde Indígena: uma introdução ao tema.** Brasília: MEC-SECADI. 2012.

GARNELO, L.; MACEDO, G. & BRANDÃO, L. C. **Os Povos Indígenas e a Construção das Políticas de Saúde no Brasil.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003

GOMES, Doris. **A etiologia da cárie no estilo de pensamento da ciência odontológica.** Ciênc. Saúde Coletiva, vol.13, n.3, Rio de Janeiro. 2008.

GONÇALVES, Custódio António. **Questões de Antropologia Social e Cultural.** 410 ed. 1971. p. 15, 25 e 115-119.

GURGEL, Haroldo. **História da Odontologia, seus vestígios nas civilizações antigas e uma retrospectiva com a atualidade** - Odonto UFRN 2012. Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=srsXSP4iXNE>> Acesso em: 03/03/2017

GURGEL, Paulo. Unidades Sanitárias Aéreas. Disponível em: <<http://airblog-pg.blogspot.com.br/2016/02/827-unidades-sanitarias-aereas.html>> Acesso em: 03/03/2017

GUSTAFSSON, B.E. The Vipeholm dental caries study: survey of the literature on carbohydrates and dental caries. Acta Odontol Scand, v.11, p.207-31, 1954.

IPB. Igreja Presbiteriana do Brasil. **Missão Evangélica Caiuá.** Disponível em: <<http://www.ipb.org.br/evangelizacao/missao-caiua>> Acesso em: 09/02/2018

JACQUES, Maria da Graça Corrêa. **Abordagens teórico-metodológicas em saúde/doença mental e trabalho.** Psicologia Social. 2003, vol.15, n.1, p.97-116

KEYES, Paul. **Present and future measures for dental caries control.** J Am Dent Assoc. 1968. Dec;79(6): p.1395-1404.

KRASSE, B. **The effect of caries inducing streptococci in hamsters fed diets with sucrose or glucose.** Arch Oral Biol. United States v. 10, n. 2. 1965.

KUBASKI, Derek. Dentes Esculpidos pela Tradição, 24 fev. 2012. **Gazeta do Povo.** Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-e-cidadania/dentes-esculpidos-pela-tradicao-7z2eomhck6sdiusxb0v7b5fy>>. Acesso em: 26 out. 2016.

LANKE, Swenander L. **Influence on salivary sugar of certain properties of foodstuffs and individual oral conditions.** Acta Odontol Scand, v.15, n.23, 1957.

LÉVI-STRAUSS, Claude. **O Etnocentrismo.** In: Antropologia Estrutural Dois. 4. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993b. p.333-336.

LÈVIS-STRAUSS, C. **Raça e História** In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p.3

MACHADO, Eliseu Vieira; REYES, Marco Antonio; DIAS, Ricardo Lopes. **Odontologia na aldeia: a saúde bucal indígena numa perspectiva antropológica.** Revista de Antropologia – Ano 4 – Volume 5

MANOZZO, Rosemary. **Sistema de Informação à Saúde no RS: Processo de Implantação e sua Situação Atual.** Trabalho de conclusão de curso da especialização em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

MATOS, Beatriz de Almeida. **A Visita dos Espíritos: ritual, história e transformação entre os Matses da Amazônia brasileira.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro. 2014

MELATTI, Júlio Cezar. **Os índios esquecidos e ameaçados.** In: Povos Indígenas no Brasil. CEDI, 1983, pp. 80-86.

\_\_\_\_\_. CEDI (Centro Ecumênico de Documentação e Informação). “**Matis**”. In: Povos Indígenas no Brasil. São Paulo, 1981, volume 5 (Javari), pp. 82-93.

MENDES, E.V. **O Processo de construção do Sistema Único de Saúde: reflexões sobre uma agenda mínima para a reforma sanitária,** 1992.

\_\_\_\_\_. **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MENDES, Giovani Carvalho. **Santa Apolônia, virgem e mártir, padroeira dos dentistas.** 2006. Disponível em: <[http://santosebeatoscatolicos.blogspot.com.br/2015/10/santa-apolonia-virgem-e-martir\\_19.html](http://santosebeatoscatolicos.blogspot.com.br/2015/10/santa-apolonia-virgem-e-martir_19.html)> Acesso em: 20/03/2017

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JR, Carlos Everaldo Álvares. **Introdução: entre a liberdade e a dependência, reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento.**

In: MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JR., Carlos Everal do Álvares (orgs.). *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 11-24.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COIMBRA JUNIOR, Carlos E. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Atenção à Saúde Bucal. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF, 2004.

Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2011.

MONTENEGRO, Pedro. **Materia medica misionera**. Buenos Aires: Imprenta de la Biblioteca Nacional. 1945.

MOREIRA, Thiago Pelúcio; NATIONS, Marilyn Kay; ALVES, Maria do Socorro Costa Feitosa. **Dentes da desigualdade: marcas bucais da experiência vivida na pobreza pela comunidade do Dendê, Fortaleza, Ceará, Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2007.

MOYSÉS, Samuel Jorge. **Desigualdades em saúde bucal e desenvolvimento humano: um ensaio em preto, branco e alguns tons de cinza**. Rev. Brasileira em Saúde Coletiva. Vol 1. 2003. p. 7-17.

MSF. **Médicos sem Fronteiras no Brasil**. Disponível em: <<https://www.msf.org.br/msf-no-brasil>> Acesso em: 15/09/2017. 2017

NARVAI, P.C; FAZÃO, P.O. **O SUS e a Política Nacional de saúde Bucal**. In: Pereira AC et al. Tratado de Saúde Coletiva em odontologia. Nova Odessa: Napoleão, 2009. P-18-34.

NEWBRUM, Ernest. **Cariologia**. Sao Paulo: Santos. 1988. p.326

OLIVEIRA, Humberto de. **Coletânea de leis, atos e memoriais referentes ao indígena brasileiro**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1947.

\_\_\_\_\_. **Contexto e horizonte ideológico: reflexões sobre o Estatuto do Índio**. In: SANTOS, Silvio Coelho dos (org.). Sociedades indígenas e o direito: uma questão de direitos humanos. Florianópolis: Ed. da UFSC/CNPq, 1985, p. 17-30.

OLIVEIRA, Suane Sodrê de. **Influência de diversos açúcares na incidência de cárie de molares de ratos (*Rattus nvergicus*, var. *albinus*)**. Tese apresentada a Universidade de São Paulo. Faculdade de Odontologia de Bauru; s.n; 1989.

OLIVEIRA, João Pacheco de; FREIRE, Carlos Augusto da Rocha. **A Presença Indígena na Formação do Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006.

OLIVEIRA, João Pacheco. **Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais.** Mana vol.4 n.1 Rio de Janeiro Apr. 1998

OLIVEIRA, Priscila Henrique. **Vacinação grátis contra febre amarela e tuberculose. Extração de dentes grátis. Curativo e remédio grátis. Tudo por conta do Governo!!!** In: Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão. Anais. São Paulo.2008.

OLIVEIRA, Cristiane de. Repórter da Agência Brasil. Ed. CAVALCANTE, Talita. **Povos Indígenas: conheça os direitos previstos na Constituição** Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/direitos-humanos/noticia/2017-04/povos-indigenas-conheca-os-direitos-previstos-na-constituicao>>. Acesso em: 03/03/2017

OPS/OMS. **Desenvolvimento e fortalecimento de Sistemas Locais de Saúde.** Gestão estratégica .Washington, D.C. 1998.

PAZ, Mariza Campos da. **Noel Nutels: a política indigenista e a assistência à saúde no Brasil Central (1943-1973).** Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 1994.

PEREIRA, Cássio Vicente, **Supressão e recolonização da placa bacteriana por S. mutans e S. sobrinus e seu significado em relação à cárie dentária.** Tese para doutorado em Biologia e Patologia Buco-Dental apresentada a Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas. 2001.

PEREIRA, A.C. **A odontologia em saúde coletiva: Planejando ações e promovendo saúde.** Editora Artmed, Porto Alegre, 2003.

PEREIRA, Sandro Magno Costa. **Estudo Epidemiológico em Saúde Bucal em uma Comunidade Yanomami do Amazonas.** Dissertação Mestrado. Manaus. 2007

PINTO, Vitor Gomes. **Saúde Bucal. Panorama Internacional.** Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Ministério da Saúde. 1990.

POSE, Silvana Blanco. **Avaliação de saúde bucal dos índios Xavantes do Brasil Central.** Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

REIS, Major Thomas. Ed. Gustavo Villela. **Marechal Rondon cria Serviço de Proteção aos índios.** O Globo. 2010. Disponível em: <<http://acervo.oglobo.globo.com/em-destaque/marechal-rondon-cria-servico-de-protecao-aos-indios-spi-transformado-em-funai-22116410#ixzz5Byd7UUqm>> Acesso em: 25/02/2017

RIBEIRO, Darcy. **Convívio e contaminação. Efeitos dissociativos da população provocada por epidemias em grupos indígenas.** Sociologia, 18:3-50. 1956

\_\_\_\_\_. **Os índios e a civilização.** A integração das populações indígenas no Brasil moderno Petrópolis, Vozes, 1970.

\_\_\_\_\_. **O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil.** 2.Ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

RING, Malvin E. **História da Odontologia**. Ed. Manole. São Paulo.1998.

ROSENTHAL, Elias. **A odontologia no Brasil no Século XX**. São Paulo. Editora Santos, 2001.

ROUQUAYROL, M.Z, Almeida Filho. **Epidemiologia & Saúde**. 6a ed. Rio de Janeiro: Medsi. 2003

RYLO, Ive. **Disputa de território entre índios no Amazonas alimenta tensão**. Indígenas das etnias Matis e Korubo já morreram em briga por território. Grupos dividem terra indígena no Vale do Javari, sudoeste do Amazonas. G1, AM. 2017.

SÁ, Luiza Vieira, **Rondon: O Agente Público e Político**. Universidade de São Paulo. Departamento de história. Programa de Pós-Graduação em História. São Paulo 2009.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Para além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes**. In: MENESSES, Maria Paula. (orgs.) Epistemologias do Sul Coimbra: Edições Almedina, 2009. p.23-71.

SELAU, Maria Gorete Goncalves; MENEGOLA, Ivone Andreatta; Oliveira Maria Aparecida; VERDUM, Ricardo, ZACQUINI, Carlo. **Uma política diferenciada de saúde para populações isoladas e/ou recém-contatadas: os Yanomami no Brasil**. Saúde em Debate. 1988. p.52-59.

SERVA, Leão. **Eles estão com medo**. Folha de São Paulo. 2017

SCOTT, Richard G. **Dental Anthropology**. Encyclopedia of Human Biology. v.3. 1997

SOUZA, Maria da Conceição; SCATENA, João Henrique G.; SANTOS, Ricardo Ventura. **O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI): criação, estrutura e funcionamento**. Cad. Saúde Pública vol.23 no.4 Rio de Janeiro. 2007.

SOUSA, José Miguel Brandão Ribeiro de. **Lesão dentária na anestesiologia**. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, Porto, Portugal. 2013

SOUSA, Rainer. **História da escova de dentes**. 2010. Brasil Escola. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/curiosidades/historia-da-escova-dedente.htm>> Acesso em: 03/03/2017.

THYLSTRUP, Anders; FEJERSKOV, Ole. **Tratado de cariologia**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1988.

\_\_\_\_\_ **Cariologia clínica**. São Paulo : Santos, 1995.

THYLSTRUP, Ander. **Quando cárie é cárie e o que fazer sobre isso**. Quintessence Int. Berlim. v. 29, n 9. 1998. p. 594 – 598.

**TOLEDO,O,A.; BEZERRA,A.C.B.; BEZERRA,V.L.V.A.; et al. Cárie e Estado Nutricional - prevalência da cárie dentária relacionada com o estado nutricional em população infantil de baixa renda. RGO, v.37, n.4, p.295-8, july/ ago., 1989.**

**UNIVAJA. Saúde Indígena no Vale do Javari. 2012**

**WASTERLAIN, Rosa Sofia da Conceição Neto. Males da Boca. Estudo da patologia oral numa amostra das Coleções Osteológicas Identificadas do Museu Antropológico da Universidade de Coimbra (finais do séc.XIX/inícios do séc.XX). Tese em Antropologia, Departamento de Antropologia, Universidade de Coimbra. 2006.**

**WILSON, Michael. Food Constituents and Oral Health: Current Status and Future Prospects. 1 ed. North America: Woodhead Publishing Limited; 2009.**

ANEXOS

ANEXO 1 – Ficha 7 – Ficha Odontológica Individual

		Ficha Odontológica Individual																																																																																																									
01. Data			02. País-novo			03. Aids/a																																																																																																					
04. Nome			05. Mãe		06. Sexo		07. Nº Residência		08. Nº Família																																																																																																		
09. Filiação																																																																																																											
Anamnese																																																																																																											
10. História Progressiva																																																																																																											
11. Está tomando algum medicamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				Antibiótico, Qual?				Analgésico, Qual?																																																																																																			
				Anti-inflamatório, Qual?				Outro Medicamento, Qual?																																																																																																			
12. É alérgico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				A qual?																																																																																																							
13. Aspectos culturais																																																																																																											
<input type="checkbox"/> Usa de tabaco? <input type="checkbox"/> Hábitos alimentares? <input type="checkbox"/> Práticas de auto-cuidado? <input type="checkbox"/> Adorno ou modificação na cavidade bucal?																																																																																																											
Exame																																																																																																											
14. Extra-oral						15. Má-formação <input type="checkbox"/>																																																																																																					
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9						<input type="checkbox"/> Ausência de má-formação <input type="checkbox"/> Lábio leporino <input type="checkbox"/> Fenda Palatina <input type="checkbox"/> Interferência de freios																																																																																																					
16. Mucosa oral						17. Fluorese (12 e 15 a 19 anos)																																																																																																					
Hipótese diagnóstica <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						Localização <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9																																																																																																					
						18. Condição periodontal - sextante			19. Condição periodontal																																																																																																		
						16/17      11      26/27																																																																																																					
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																					
						46/47      31      36/37																																																																																																					
						<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																																																																					
Odontograma																																																																																																											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">18</td><td style="width: 10%;">17</td><td style="width: 10%;">16</td><td style="width: 10%;">15/55</td><td style="width: 10%;">14/54</td><td style="width: 10%;">13/53</td><td style="width: 10%;">12/52</td><td style="width: 10%;">11/51</td><td style="width: 10%;">21/61</td><td style="width: 10%;">22/62</td><td style="width: 10%;">23/63</td><td style="width: 10%;">24/64</td><td style="width: 10%;">25/65</td><td style="width: 10%;">26</td><td style="width: 10%;">27</td><td style="width: 10%;">28</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">48</td><td style="text-align: center;">47</td><td style="text-align: center;">46</td><td style="text-align: center;">45/85</td><td style="text-align: center;">44/84</td><td style="text-align: center;">43/83</td><td style="text-align: center;">42/82</td><td style="text-align: center;">41/81</td><td style="text-align: center;">31/71</td><td style="text-align: center;">32/72</td><td style="text-align: center;">33/73</td><td style="text-align: center;">34/74</td><td style="text-align: center;">35/75</td><td style="text-align: center;">36</td><td style="text-align: center;">37</td><td style="text-align: center;">38</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center;">20, oco <input type="checkbox"/></td><td colspan="4" style="text-align: center;">21, CPD-D <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>												18	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28	<input type="checkbox"/>	48	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37	38	20, oco <input type="checkbox"/>												21, CPD-D <input type="checkbox"/>																																																		
18	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28																																																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																												
48	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37	38																																																																																												
20, oco <input type="checkbox"/>												21, CPD-D <input type="checkbox"/>																																																																																															
Próteses																																																																																																											
22. Necessidade de prótese?						23. Uso de prótese																																																																																																					
Superior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Inferior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2						Superior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 Inferior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2																																																																																																					

## ANEXO 2 – Termo de Anuência da etnia Matis

### **TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO “IMPACTO INTERCULTURAL NA SAÚDE BUCAL EM INDÍGENAS DE RECENTE CONTATO NO VALE DO JAVARI”**

#### **1 – Finalidade do estudo**

A finalidade do estudo é interpretar o impacto que o contato com outras culturas está causando a saúde bucal de indígenas Matis e Korubo por meio das informações epidemiológicas obtidas pelo Setor de Saúde Bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari.

#### **Objetivos Específicos:**

- Investigar sobre a prevalência epidemiológica de cárie nos indígenas Matis das aldeias Tawaia e Paraíso e Korubos da aldeia Mário-Brasil nos anos de 2012 à 2015;
- Comparar os dados obtidos com os indicadores de cárie do país e com as metas estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS);
- Observar os fatores que transformam este manejo e causaram o quadro epidemiológico;
- Verificar as formas de cuidado de saúde bucal tradicionais e a integralidade com a saúde e o manejo da vida dos Matis e Korubo do Vale do Javari;

#### **2 – Por que este estudo é importante?**

As populações tradicionais do Vale do Javari possuem conhecimento e métodos de se conservar a saúde bucal, seja por meio da higiene oral ou plantas que façam cessar a dor de dente. O que acontece hoje é que, por vários motivos, a prática e o conhecimento tem se perdido, principalmente pela introdução de medicamentos e insumos de higiene oral obtido através das políticas pública de saúde.

Além disso, por mais que essas etnias mantenham um modo tradicional de viver, nas quais uma alimentação adequada em quantidade e qualidade provém da caça, da pesca e da prática de agricultura, a maioria desses indígenas, vem sofrendo um processo de interculturalização oriundo do contato com outras etnias e povos não-indígenas. Desse modo, acabam consumindo alimentos industrializados e cariogênicos que podem ser prejudiciais à saúde bucal, produzindo um efeito devastador sobre a dentição desse povo.

Por isso torna-se importante pesquisar sobre as etnias de recente contato, localizadas no Vale do Javari, Atalaia do Norte, Amazonas, Brasil, para que se conheça a real situação que se encontra a prevalência de cárie dessa população e mostrar a sua evolução com os anos para conscientizar aos profissionais a necessidade de criar e manter hábitos de prevenção em saúde bucal, e dar um direcionamento para futuras intervenções se necessárias de ações em Educação em Saúde para evitar que esse povo de recente contato não venha a sofrer odontalgias, perdas dentárias e outras doenças bucais que vem atingindo uma grande parcela da sociedade indígena.

### **3 – O que se estudará?**

O estudo será baseado em dados obtidos em 2012 a 2015, pelo setor de Saúde Bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari. Será analisada a prevalência de cárie, com o intuito de conhecer a real situação bucal desses povos e com isso verificar o atual quadro epidemiológico de cárie em que estes se encontram.

### **4 – Da forma como se estudará?**

Além da autorização da liderança Matis para a utilização das informações obtidas através do trabalho do setor de saúde bucal e dos conhecimentos tradicionais por meio de relatos, serão encaminhados termos de anuências a Sesai para a utilização dos documentos do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari (Dsei Vale do Javari), como também a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para autorização de pesquisas com indígenas.

O material usado será a ficha odontológica individual e coletiva, os relatórios e as fotos do setor de saúde bucal do Dsei Vale do Javari.

O estudo seguirá a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para a realização de estudos epidemiológicos, utilizando os índices de saúde bucal, CPO-D para a dentição permanente e ceo-d para decídua, onde:

- C – representa o número de dentes cariados,
- P – número de dentes perdidos e
- O – número de dentes obturados ou restaurados.
- c - número de dentes cariados,
- e – número de dentes com indicação a extração e
- o – número de dentes obturados ou restaurados.

#### **Trabalho de Campo**

Não será mais necessário o trabalho de campo, pois os dados coletados serão dos documentos adquiridos pelo Dsei Vale do Javari.

#### **Seleção da comunidade**

Serão estudados os Matis das aldeias Tawaia e Paraíso, e os Korubos das aldeias Mário-Brasil.

#### **Análise dos Dados**

Diante disso, será realizada uma análise dos dados coletados, utilizando o índice de CPOD e ceo-d com o intuito de conhecer a real situação bucal desse povo e sua diferença e correlaciona-la com o tipo de alimentação consumida pela etnia e seus métodos de higienização bucal.

Os dados serão consolidados no Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena (SIASI) do Ministério da Saúde (MS), tabulados, avaliados e comparados anualmente com os indicadores de cárie do país e com as metas estipuladas pela OMS.

#### **5 – O período de estudo e os locais de estudo**

Serão coletados dados de documentos entre os anos de 2012 a 2015 a cerca das aldeias Tawaia, Paraíso e Mário-Brasil.

## 6 – A equipe de trabalho

Nome	Formação/Instituição	Função
Priscila Rocha Santos	Odontologia/SESAI	Cirurgiã-Dentista

## 7 – Os recursos para a pesquisa

Os recursos de pesquisa são provenientes da própria pesquisadora.

## 8 – Dos impactos sociais, culturais e ambientais da pesquisa

A realização da pesquisa não deverá trazer impactos negativos para as comunidades, visto que as informações obtidas serão de âmbito documental.

## 9- Resultados esperados

Espera-se descobrir a real situação da saúde bucal encontrada nesses povos e a diferença da prevalência de cárie entre os anos de 2012 a 2015, e se eles possuíam problemas bucais anteriores ao contato, e como eles cuidavam desses problemas antes das políticas públicas de saúde.

## 10 – Informações referentes ao uso e destino das informações/materiais acessados, as formas de armazenamento e sua divulgação

A análise dos dados obtidos neste estudo estará sob a responsabilidade da pesquisadora proponente, sendo inserida em bancos de dados do Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena e/ou ser publicada, caso seja pertinente e a aldeia concorde com a divulgação.

**11 – Uso de imagens e sons**

As imagens utilizadas serão de posse do setor de saúde bucal do Dsei Vale do Javari. As fotos, também digitalizadas a partir do arquivo do Dsei, serão arquivadas e poderão ser utilizadas em publicações científicas a título de ilustração. Vale ressaltar que as fotos/vídeos somente serão utilizadas se e após a autorização dos detentores destas informações/imagens.

**12 – Dados para contatos**

\* Mestranda/Pesquisadora Responsável: Priscila Rocha Santos

Rua João Candido de Lima, N 288, Coimbra, Benjamin Constant, Amazonas, Brasil. CEP: 69630-000

\* E-mail: priscila98rocha@gmail.com

\* Fone: (97)99181-4134

\* Orientadora: Heloisa Helena Correa da Silva (Professora Doutora da Ufam)

Fone para contato: (92)99264-7480

\* Local de Trabalho: Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari

\* Local do Mestrado: UFAM – Universidade Federal do Amazonas – Instituto de Natureza e Cultura

**Pelo presente termo, atestamos que estamos cientes e que concordamos com a realização do estudo acima proposto; além disso, foi garantido nosso direito de recusar o acesso ao conhecimento tradicional durante o processo de Anuência Prévia.**

Local Casa de Apoio Matis, Atalaia do Norte

Data 22/12/2015

Assinatura

RG/CPF

Kumim Pussa Matis - 2647406-9

Make Beun Matis -

RG  
2874289-7

ANEXO 3- Termo de Anuência da etnia  
Korubo

**TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DO PROJETO  
“IMPACTO INTERCULTURAL NA SAÚDE BUCAL EM INDÍGENAS DE  
RECENTE CONTATO NO VALE DO JAVARI”**

**1 – Finalidade do estudo**

A finalidade do estudo é interpretar o impacto que o contato com outras culturas está causando a saúde bucal de indígenas Matis e Korubo por meio das informações epidemiológicas obtidas pelo Setor de Saúde Bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari.

**Objetivos Específicos:**

1. Investigar a prevalência epidemiológica de cárie nos indígenas da etnia Matis da aldeia Tawaia e Paraíso nos anos de 2012 à 2015;
2. Investigar a prevalência epidemiológica de cárie nos indígenas Korubo da aldeia Mário-Brasil nos anos de 2013 à 2016;
3. Comparar os dados obtidos com o último estudo de amplitude sobre a saúde bucal brasileira, com as metas estipuladas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e com outros estudos epidemiológicos de outras etnias indígenas no estado do Amazonas;
4. Discorrer como a influência dos hábitos socioculturais desses povos afeta o processo saúde-doença;
5. Relacionar o perfil epidemiológico com as práticas alimentares desses povos;
6. Verificar a integralidade dos profissionais de saúde bucal com as comunidades.

**2 – Por que este estudo é importante?**

As populações tradicionais do Vale do Javari possuem conhecimento e métodos de se conservar a saúde bucal, seja por meio da higiene oral ou plantas que façam cessar a dor de dente. O que acontece hoje é que, por vários motivos, a prática e o conhecimento tem se perdido, principalmente pela introdução de medicamentos e insumos de higiene oral obtido através das políticas pública de saúde.

Além disso, por mais que essas etnias mantenham um modo tradicional de viver, nas quais uma alimentação adequada em quantidade e qualidade provém da caça, da pesca e da prática de agricultura, a maioria desses indígenas, vem sofrendo um processo de interculturação oriundo do contato com outras etnias e povos não-indígenas. Desse modo, acabam consumindo alimentos industrializados e cariogênicos que podem ser prejudiciais à saúde bucal, produzindo um efeito devastador sobre a dentição desse povo.

Por isso torna-se importante pesquisar sobre as etnias de recente contato, localizadas no Vale do Javari, Atalaia do Norte, Amazonas, Brasil, para que se conheça a real situação que se encontra a prevalência de cárie dessa população e mostrar a sua evolução com os anos para conscientizar aos profissionais a necessidade de criar e manter hábitos de prevenção em saúde bucal, e dar um direcionamento para futuras intervenções se necessárias de ações em Educação em Saúde para evitar que esse povo de recente contato não venha a sofrer odontalgias, perdas dentárias e outras doenças bucais que vem atingindo uma grande parcela da sociedade indígena.

### **3 – O que se estudará?**

O estudo será baseado em dados obtidos em 2012 a 2016, pelo setor de Saúde Bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari. Será analisada a prevalência de cárie, com o intuito de conhecer a real situação bucal desses povos e com isso verificar o atual quadro epidemiológico de cárie em que estes se encontram.

### **4 – Da forma como se estudará?**

Além da autorização da liderança Matis para a utilização das informações obtidas através do trabalho do setor de saúde bucal e dos conhecimentos tradicionais por meio de relatos, serão encaminhados termos de anuências a Sesai para a utilização dos documentos do Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari (Dsei Vale do Javari), como também a Fundação Nacional do Índio (FUNAI) para autorização de pesquisas com indígenas.

O material usado será a ficha odontológica individual e coletiva, os relatórios e as fotos do setor de saúde bucal do Dsei Vale do Javari.

O estudo seguirá a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), para a realização de estudos epidemiológicos, utilizando os índices de saúde bucal, CPO-D para a dentição permanente e ceo-d para decídua, onde:

C – representa o número de dentes cariados,

P – número de dentes perdidos e

O – número de dentes obturados ou restaurados.

c - número de dentes cariados,

e – número de dentes com indicação a extração e

o – número de dentes obturados ou restaurados.

### **Trabalho de Campo**

Não será mais necessário o trabalho de campo, pois os dados coletados serão dos documentos adquiridos pelo Dsei Vale do Javari.

### **Seleção da comunidade**

Serão estudados os Matis das aldeias Tawaia e Paraíso, e os Korubos das aldeias Mário-Brasil.

### **Análise dos Dados**

Diante disso, será realizada uma análise dos dados coletados, utilizando o índice de CPOD e ceo-d com o intuito de conhecer a real situação bucal desse povo e sua diferença e correlaciona-la com o tipo de alimentação consumida pela etnia e seus métodos de higienização bucal.

Os dados serão consolidados no Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena (SIASI) do Ministério da Saúde (MS), tabulados, avaliados e comparados anualmente com os indicadores de cárie do país e com as metas estipuladas pela OMS.

### **5 – O período de estudo e os locais de estudo**

Serão coletados dados de documentos entre os anos de 2012 a 2016 a cerca das aldeias Tawaia, Paraíso e Mário-Brasil.

## 6 – A equipe de trabalho

Nome	Formação/Instituição	Função
Priscila Rocha Santos	Odontologia/SESAI	Cirurgiã-Dentista

## 7 – Os recursos para a pesquisa

Os recursos de pesquisa são provenientes da própria pesquisadora.

## 8 – Dos impactos sociais, culturais e ambientais da pesquisa

A realização da pesquisa não deverá trazer impactos negativos para as comunidades, visto que as informações obtidas serão de âmbito documental.

## 9- Resultados esperados

Espera-se descobrir a real situação da saúde bucal encontrada nesses povos e a diferença da prevalência de cárie entre os anos de 2012 a 2015, e se eles possuíam problemas bucais anteriores ao contato, e como eles cuidavam desses problemas antes das políticas públicas de saúde.

## 10 – Informações referentes ao uso e destino das informações/materiais acessados, as formas de armazenamento e sua divulgação

A análise dos dados obtidos neste estudo estará sob a responsabilidade da pesquisadora proponente, sendo inserida em bancos de dados do Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena e/ou ser publicada, caso seja pertinente e a aldeia concorde com a divulgação.

## 11 –Uso de imagens e sons

As imagens utilizadas serão de posse do setor de saúde bucal do Dsei Vale do Javari. As fotos, também digitalizadas a partir do arquivo do Dsei, serão arquivadas e poderão ser utilizadas em publicações científicas a título de ilustração. Vale ressaltar que as fotos/vídeos somente serão utilizadas se e após a autorização dos detentores destas informações/imagens.

**12 – Dados para contatos**

\* Mestranda/Pesquisadora Responsável: Priscila Rocha Santos

Rua João Candido de Lima, N 288, Coimbra, Benjamin Constant, Amazonas, Brasil. CEP: 69630-000

\* E-mail: priscila98rocha@gmail.com

\* Fone: (97)99181-4134

\* Orientadora: Heloísa Helena Correa da Silva (Professora Doutora da Ufam)

Fone para contato: (92)99264-7480

\* Local de Trabalho: Distrito Sanitário Especial Indígena do Vale do Javari

\* Local do Mestrado: UFAM – Universidade Federal do Amazonas – Instituto de Natureza e Cultura

**Pelo presente termo, atestamos que estamos cientes e que concordamos com a realização do estudo acima proposto; além disso, foi garantido nosso direito de recusar o acesso ao conhecimento tradicional durante o processo de Anuência Prévia.**

Local Frente de Proteção Etnoambiental do Vale do Javari - Atalaia do Norte - Amazonas  
Data 25/11/17

Assinatura

RG/CPF

TAKVAN VAKWĒ KURUBO



RG 3344946 - 5

TXITXOPI KORUBO

D/N: 14/02/86

Obs: Não possui registro de identidade, nem CPF

## ANEXO 4 – Termo de Anuência do Dsei Vale do Javari

SIPAR - Ministério da Saúde DSEI - VALE DO JAVARI Registro Numero: 25041.000495/2015-34
--

**Ministério da Saúde**  
**Secretaria Especial de Saúde Indígena**  
**Distrito Sanitário Especial Indígena Vale do Javari**

Memorando nº. 275/2015/GAB DO COORD/DSEI-VAJ/SESAI/MS.

Atalaia do Norte - AM, 21 de Dezembro de 2015.

Do: Coordenador do Dsei Vale do Javari

**Heródoto Jean de Sales**

Ao: DASI/SESAI/MS

**Danielle Soares Cavalcante**

**Assunto:** Projeto de Mestrado da Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas.

Prezada senhora,

Encaminho para vossa apreciação e demais providências que julgar necessárias, o projeto **“Impacto Intercultural na Saúde Bucal em Indígenas de Recente Contato no Vale do Javari”** juntamente com o termo de anuência prévia, anexos, de autoria da cirurgiã-dentista do Dsei Vale do Javari, Priscila Rocha Santos.

Atenciosamente,



**Heródoto Jean de Sales**

Coordenador do Dsei JAVARI

Portaria nº. 1.848 DOU 29/08/2012

SIAPE: 0445299

## ANEXO 5 – Termo de Anuência da SESAI

Despacho nº 72/DIPROSI/DASI/SESAI/MS  
Protocolo SIPAR nº 25041000495/2015-14  
Assunto: Projeto de Mestrado da Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da UFAM.  
Interessado: Distrito Sanitário Especial Vale do Javari

Em, 04 de fevereiro de 2016.

À CGAPSI/DASI/SESAI/MS

Assunto: **Projeto de Mestrado da Pós-Graduação em Sociedade e Cultura na Amazônia da UFAM**

1. Em atenção ao Despacho nº 14/2016/DASI/SESAI/MS, de processo nº 25041000495/2015-14 e considerando a análise contida no Parecer Técnico em anexo, estamos de acordo com o pleito, desde que seja observado o fluxo legal em respeito à ética em pesquisa preconizado pela CONEP. Sugere-se ainda que seja enviado um ofício com a cópia da proposta de pesquisa à Coordenação-Geral de Estudos e Pesquisa da FUNAI.

Atenciosamente,

  
**Rafael de Aguiar Marshall**  
Analista Técnico de Políticas Sociais