



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE RIBEIRÃO PRETO**

**CURRICULARIZAÇÃO DE UM CURSO TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO EM
SAÚDE BUCAL PARA UMA COMUNIDADE INDÍGENA NO XINGU – UMA
ANÁLISE AMBIENTACIONAL**

SERGIO RODRIGUES

**Ribeirão Preto
2023**

SERGIO RODRIGUES

**CURRICULARIZAÇÃO DE UM CURSO TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO EM
SAÚDE BUCAL PARA UMA COMUNIDADE INDÍGENA NO XINGU – UMA
ANÁLISE AMBIENTACIONAL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Ciências no programa de Biologia Oral

Área de Concentração: Biologia Oral

Orientadora: Profa. Dra. Simone Cecilio Hallak Regalo

Ribeirão Preto
2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

CATALOGAÇÃO DA PUBLICAÇÃO

Serviço de Documentação Odontológica

Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Ficha Catalográfica

Rodrigues, Sergio

Curricularização de um Curso Técnico de Nível Médio em Saúde Bucal para uma Comunidade Indígena no Xingu – Uma Análise Ambientacional. Ribeirão Preto, 2023. 59p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Área de concentração: Biologia Oral.

Orientadora: Profa. Dra. Regalo, Simone Cecilio Hallak

1. Povos Originários. Técnico em Saúde Bucal. Xingu.

Candidato: Sergio Rodrigues

Título da Dissertação: Curricularização de um Curso Técnico de Nível Médio em Saúde Bucal para uma Comunidade Indígena no Xingu – Uma Análise Ambientacional.

A comissão julgadora dos trabalhos de defesa da tese de mestrado, Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (USP) – área de concentração Biologia Oral, em sessão pública realizada a/...../..... considerou o candidato.....

Banca Examinadora

Presidente: Prof(a). Dr(a).

Instituição.....

Assinatura.....

Prof(a) Dr(a).

Instituição.....

Assinatura.....

Prof(a) Dr(a).

Instituição.....

Assinatura.....

Prof(a) Dr(a).

Instituição.....

Assinatura.....

DEDICATÓRIA

*À minha mãe, meu exemplo de vida, meu amor incontestado,
minha parceira mor,
meu tudo.*

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

Realmente, esta não é uma tarefa fácil! As palavras não são suficientes para expressar o que trago no coração e na memória. Sem ter a pretensão de esgotar minhas declarações de gratidão, seguem alguns registros.

O início da minha história na Odontologia foi em meados de 2009 quando assumi a Diretoria Acadêmica da Escola CETAO em São Paulo/SP. À época a coordenação dos cursos Técnicos em Saúde Bucal era realizado a quatro mãos pelas professoras Renata e Carla. A primeira participou da equipe que fez minha admissão e, portanto, a responsável por me aproximar da segunda, que veio a ser um dos mais valiosos presentes que a vida me deu; ela é o elo que me ligou à FORP-USP e à **Professora Doutora Simone Cecilio Hallak Regalo**, quem me orientou e amparou nesta pesquisa, além de ser meu modelo a seguir.

Abaixo de Deus, tenho por essas duas últimas moças incomensurável respeito e gratidão.

Não posso deixar de incluir nos meus agradecimentos especiais a participação fundamental do **Professor Doutor Wilson Mestriner Júnior** que foi o grande precursor do Projeto Xingu na FORP-USP e que me acolheu. Sua determinação e grandeza permitem que seja possível o desenvolvimento do projeto Xingu da FORP-USP há muitos anos. As suas condutas frente aos grupos de alunos e professores que o acompanham neste projeto realizado no Parque Nacional do Xingu são surpreendentes.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais **Aneli Cardoso Rodrigues** e **José Rodrigues** pela sua sabedoria e amor incondicional.

Às **Professoras Doutoras Selma Siessere** e **Karina Fittipaldi Bombonato Prado**, docentes do **Departamento de Biologia Básica e Oral – DBBO**, que compuseram a comissão de entrevistas e me deram a oportunidade de cursar o mestrado nesta área.

Ao **Programa de Pós-graduação em de Biologia Básica e Oral – DBBO** por mais esta oportunidade.

À secretária do Programa **Imaculada Jainaira Miguel** pela dedicação ao trabalho e prontidão em solucionar os problemas enfrentados por nós, pós-graduandos, e, não menos importante, pela paciência e generosidade comigo por atender com presteza, paciência e cortesia minhas inúmeras chamadas telefônicas.

Às minhas irmãs **Nilceia Rodrigues Cardozo** e **Elisangela Rodrigues** por vibrarem com cada degrau avançado em minha formação acadêmica.

Ao grande amigo **Robson Fernandes da Fonseca** entusiasta das minhas ideias mirabolantes.

À minha sobrinha **Maria Fernanda Rodrigues** que a todos inspira com sua generosidade e amor pelos estudos; médica em formação.

Ao **Professor Mestre Caio Vieira de Barros Arato**, grande parceiro, amigo e apoiador para a consecução desta empreitada.

Aos **Professores e colaboradores do Programa de Biologia Oral**, muito obrigado pelos seus ensinamentos, pela paciência e por me proporcionar uma convivência incrível na Universidade. Sempre serei eternamente grato por tudo!

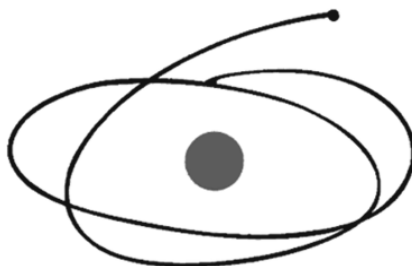
Aos **amigos do Departamento de Biologia Básica e Oral da FORP/USP**, muito obrigado pela convivência e pelos ensinamentos que cada um me proporcionou. Muito obrigado por tudo!

Ao **Departamento de Biologia Básica e Oral, da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FORP/USP)** por me promover conhecimentos e por fazer parte do meu crescimento pessoal e profissional e pela disponibilização dos equipamentos para a realização desta pesquisa.

À **Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP/USP)** e ao **Programa de Biologia Oral**, muito obrigado por cada momento e por me proporcionar uma convivência incrível que sempre vou levar comigo para minha jornada pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior



C A P E S

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo



Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e
Tecnológico



LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Cirurgião-dentista
CF	Constituição Federal
CFE	Conselho Federal de Educação
CFO	Conselho Federal de Odontologia
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CPO	Cariado, perdido ou obturado
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
FORP	Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
LDB	Lei de Diretrizes e Bases de Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MP	Medida Provisória
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não-governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PBE	Prática Baseada em Evidência
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
SasiSUS	Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

SB	Saúde Bucal
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Demonstração de um indígena mostrando a CF como caminho possível para contemplação de seus direitos.....	29
Figura 2 - Atendimento odontológico em um DSEI. Notar a especificidade do atendimento, visto as condições locais.	38
Figura 3 - Área territorial do Parque Nacional do Xingu.	40
Figura 4 - Etnias do Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – distribuídas segundo as aldeias e localidades assistidas e suas populações.	42
Figura 5 - O Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – com as indicações dos quatro polos de saúde: Leonardo Villas Bôas, Pavuru, Diauarun e Wawi....	43
Figura 6 - Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Indígenas por DSEI, 2015.	50
Figura 7 - Indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2006-2013.	51
Figura 8 - Números totais de extrações dentárias, números totais de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e indicadores de proporção de exodontia em relação aos procedimentos. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2004-2013.	52
Figura 9 - Linha da trajetória histórica: momentos primordiais na regulamentação da profissão do TSB no contexto da formação profissional no Brasil.	56

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	19
2. PROPOSIÇÃO	22
3. MATERIAL E MÉTODOS	24
Coleta de dados	25
4. REVISÃO NARRATIVA E DISCUSSÃO.....	26
A população indígena e os direitos conquistados	27
Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)	32
Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal.....	34
Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)	37
A população indígena e o Parque Nacional do Xingu	39
Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil	47
Regulamentação do Técnico em Saúde Bucal (TSB) no Brasil.....	55
5. CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS.....	61
ANEXOS	68
ANEXO 1 - Demonstração de um indígena mostrando a CF como caminho possível para contemplação de seus direitos.....	69

ANEXO 2 - Atendimento odontológico em um DSEI. Notar a especificidade do atendimento, visto as condições locais.	69
ANEXO 3 - Área territorial do Parque Nacional do Xingu.....	70
ANEXO 4 - Etnias do Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – distribuídas segundo as aldeias e localidades assistidas e suas populações.....	71
ANEXO 5 - O Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – com as indicações dos quatro polos de saúde: Leonardo Villas Bôas, Pavuru, Diauarun e Wawi.	72
ANEXO 6 - Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Indígenas por DSEI, 2015.....	73
ANEXO 7 - Indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2006-2013.....	73
ANEXO 8 - Números totais de extrações dentárias, números totais de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e indicadores de proporção de exodontia em relação aos procedimentos. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2004-2013.....	74
ANEXO 9 - Linha da trajetória histórica: momentos primordiais na regulamentação da profissão do TSB no contexto da formação profissional no Brasil.	74

RESUMO

Com o intuito em promover saúde, especificamente quando associado à saúde bucal, as práticas de atenção, sejam elas curativas, preventivas ou de promoção, devem obedecer aos desafios impostos por diversos fatores que moldam, sobretudo, o aspecto social e comunitário de uma determinada cultura. A prática baseada em evidência compõe-se principalmente da adequação do diálogo e instrumentos à realidade da comunidade em que se propõem executar determinada clínica ou ação. Este trabalho teve como objetivo realizar uma análise ambiental geográfica e cultural dos povos originários do Xingu com intenção em adaptar/adequar um modelo curricular de curso de técnico em saúde bucal para a comunidade local. Por se tratar de um estudo do tipo observacional descritivo com dados secundários, a coleta de dados baseou-se principalmente na observação crítica de pesquisas científicas já publicadas nas principais bases de dados, como PubMed, SciELO e LILACS, além de bases ofertadas pela literatura cinzenta, como a Constituição Federal, leis, documentos governamentais e parlamentares. Para a coleta de dados nas bases principais, os descritores “atenção à saúde”, “odontologia”, “odontologia baseada em evidência”, “povos originários”, “índios” e “Xingu” foram inseridos na pesquisa avançada com os operadores booleanos <and> e/ou <or>. A seleção dos artigos foi do tipo qualitativa, integrando toda e qualquer literatura que discutisse sobre o assunto, sem limite temporal e de língua. Dessa forma, estudos metodológicos qualitativos e quantitativos foram inseridos para garantir máxima estafa sobre o tema

proposto. Concluiu-se com essa pesquisa que, tanto quanto possível, a adaptação/adequação do currículo de um curso técnico de saúde bucal se faz necessária, visto as especificidades locais e a inevitabilidade em preservar os conceitos da odontologia baseada em evidência, fortalecendo os aspectos culturais, geográficos e de preferências do coletivo, tornando exequível a captação de recursos humanos e a possibilidade em definir um modelo de saúde de promoção, preventivo e curativo o mais perto do ideal para a comunidade dos povos originários do Xingu.

Palavras-chave: Povos Originários. Técnico em Saúde Bucal. Xingu.

ABSTRACT

With the aim of promoting health, specifically when associated with oral health, care practices, whether curative, preventive or promotional, must meet the challenges imposed by various factors that shape, above all, the social and community aspect of a given culture. Evidence-based practice consists mainly of adapting dialogue and instruments to the reality of the community in which it is proposed to carry out a certain clinic or action. This work aimed to carry out a geographic and cultural environmental analysis of the native peoples of the Xingu with the intention of adapting/adapting a curricular model of an oral health technician course for the local community. As this is a descriptive observational study with secondary data, data collection was based mainly on the critical observation of scientific research already published in the main databases, such as PubMed, SciELO and LILACS, in addition to databases offered by the gray literature, such as the Federal Constitution, laws, government and parliamentary documents. For data collection in the main databases, the descriptors "health care", "dentistry", "evidence-based dentistry", "original peoples", "indians" and "Xingu" were inserted in the advanced search with the Boolean operators < and> and/or <or>. The selection of articles was of the qualitative type, integrating any and all literature that discussed the subject, without time or language limits. Thus, qualitative and quantitative methodological studies were inserted to ensure maximum stress on the proposed theme. It was concluded from this research that, as much as possible, the adaptation/adaptation of the curriculum of a technical course in oral health is necessary, given the local specificities and the

inevitability of preserving the concepts of evidence-based dentistry, strengthening the cultural aspects , geographic and collective preferences, making it feasible to attract human resources and the possibility of defining a model of health promotion, prevention and care that is closer to the ideal for the community of peoples originating from the Xingu.

Keywords: Indigenous Peoples. Oral Health Technician. Xingu.

1. INTRODUÇÃO

Com o intuito em promover saúde, especificamente quando associado à saúde bucal, as práticas de atenção, sejam elas curativas, preventivas ou de promoção, devem obedecer aos desafios impostos por diversos fatores que moldam, sobretudo, o aspecto social e comunitário de uma determinada cultura. A prática baseada em evidência compõe-se principalmente da adequação do diálogo e instrumentos à realidade da comunidade em que se propõem executar determinada clínica ou ação.

Dessa forma, se faz importante o entendimento e ambientação dos mais diversos fatores, sejam eles fatores epidemiológicos, sociais e da estrutura que configuram a comunidade, especialmente as comunidades dos povos originários assentadas nos diversos estados brasileiros, visto suas particularidades de linguagem, comunicação e formas de entender a saúde e seus modelos de atenção, que geralmente se distinguem dos tradicionalmente e usualmente modelos empregados na sociedade brasileira não-indígena.

Tal forma de ajuste e incorporação da realidade da comunidade estudada deve ser condição *sine qua non* para a ética do objeto de estudo proposto, já que os espaços devem ser observados não como delimitações geográficas sem vivências, mas como “espaços sociais” compostos por sujeitos, culturas, relações, crenças e estruturas que configuram peculiaridades próprias e que carecem de consideração ao serem investigadas, em especial quando tal investigação sugere experimentação com o intuito em “melhorar” a condição local.

Acompanhando a lógica acima mencionada, um processo de parceria entra Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) e os indígenas da

região do Xingu, no Mato Grosso, propõem, através de uma ambientação da realidade local, considerando as especificidades locais, a adaptação/adequação curricular de um curso de técnico de saúde bucal para os povos originários, considerando, à vista disso, o amoldamento amparado na prática baseada em evidência (PBE).

Esclarece-se, contudo, que a prática baseada em evidência (PBE) considera, além das preferências profissionais e a melhor literatura existente e publicada, as preferências individuais da culturalidade em que se propõe investigar e, sobretudo, da análise sociocultural local, traduzindo-se na concepção de saúde ampliada e de acordo com a realidade específica, subjetiva ou não, local.

2. PROPOSIÇÃO

Este trabalho teve como objetivo:

1. Realizar uma análise ambiental geográfica e cultural dos povos originários do Xingu com intenção em adaptar/adequar um modelo curricular de curso de técnico em saúde bucal para a comunidade local.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Coleta de dados

Por se tratar de um estudo do tipo observacional descritivo com dados secundários, a coleta de dados baseou-se principalmente na observação crítica de pesquisas científicas já publicadas nas principais bases de dados. Combinações de palavras foram adaptados para cada uma das seis bases eletrônicas selecionadas como fonte de informação: Embase, PubMed (incluindo Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), LIVIVO, Scopus e Web of Science. Além disto, a literatura cinzenta também foi utilizada como fonte de informação através do Google Scholar e o OpenGrey, como a Constituição Federal, leis, documentos governamentais e parlamentares.

Para a coleta de dados nas bases principais, os descritores “atenção à saúde”, “odontologia”, “odontologia baseada em evidência”, “povos originários”, “índios” e “Xingu” foram inseridos na pesquisa avançada com os operadores booleanos <and> e/ou <or>.

A seleção dos artigos foi do tipo qualitativa, integrando toda e qualquer literatura que discutisse sobre o assunto, sem limite temporal e de língua. Dessa forma, estudos metodológicos qualitativos e quantitativos foram inseridos para garantir máxima estafa sobre o tema proposto.

4. REVISÃO NARRATIVA E DISCUSSÃO

A população indígena e os direitos conquistados

O peso do passado colonizador português no Brasil incitou, em certa maneira, diversas agressões, inclusive de direitos humanos, e dispôs vítimas, tomada de terras, escravidão e descaso, sobretudo em pretos trazidos da África e índios do então “Novo Mundo”. Ditas agressões foram suficientes para dizimar, em alguns casos, populações inteiras. Para tanto, com o início da república e do entendimento das identidades étnicas discutidas por diversos autores antropólogos e sociólogos, e pela busca dos direitos humanos, aos poucos, os direitos dos povos originários foram sendo reconhecidos e suas culturas gradativamente foram sendo estudadas.

A Constituição Federal (CF) de 1988, conhecida hoje como Constituição Cidadã, é a que rege todo o ordenamento jurídico brasileiro e, desde a independência do Brasil em 1822, é a sétima e última constituição vigente, e, por ser considerada “cidadã”, apresenta em seus dispositivos legais diversos direitos, como os dos povos originários e minorias étnicas.

A CF, em seu artigo 231, reconhece aos índios "direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam" e determina que, *ipsis litteris*, "as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios se destinam à sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos neles existentes".

Ainda em seu Capítulo VIII, transcorre-se:

Art. 231. 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.

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivadas com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, "ad referendum" do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa fé.

(Constituição Federal, 1988, art. 231, p. 129)

Transcreve-se, portanto, que apesar de direito constitucional, diversas ferramentas jurídicas foram lançadas mão para deslegitimar os direitos conquistados, sobretudo na última legislatura com os artifícios de exploração e os constantes desmontes das políticas e instituições que protegem os povos originários do Brasil, como a Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Para tanto, e à frente de diversas pesquisas sobre as identidades étnicas, coube questionar sua repercussão nos campos do Direito e nas maneiras a que este lança mão para reconhecer a identidade indígena a partir

da CF. Ainda que essa possa ser considerada um divisor no reconhecimento dos direitos dos povos originários, do ponto de vista da efetividade de tal reconhecimento e prático, o caminho a percorrer é ainda longo (Wagner, 2018), uma vez que abertamente diversos juristas tem considerado a CF como uma “constituição de alma”, já que produz direitos às minorias, porém sem dita “alma”.

Destaca-se, portanto, que além de direitos fundamentais estruturados no materialismo dos direitos humanos, da Carta da Organização das Nações Unidas (ONU), os direitos dos povos originários baseiam-se na identificação e permanência de sua cultura, que não deve sofrer, sobre qualquer juízo, interferência ou ajuste do homem não-índio colonizador, já que diversas críticas foram postuladas por autores e etnólogos sobre o papel opressivo dos europeus na vinda ao Brasil (Ricardo e Ricardo, 2017). A figura abaixo demonstra, de maneira categórica, a inclusão dos direitos dos índios na CF, e seu empoderamento em apresentá-la de maneira a entender o esforço de suas lutas.



Figura 1 - Demonstração de um indígena mostrando a CF como caminho possível para contemplação de seus direitos.

Cabe, assim, portanto, o reconhecimento das identidades étnicas dos diversos povos originários, baseando-se em prerrogativas legais, morais e éticas, a fim de compreender sua cultura e forma de viver e fazer diversas condições da vida humana, como entendimento da saúde, podendo adequar os instrumentos utilizados na cultura não indígena, ou “branca”, como preferem os colonizadores, propiciando autonomia dos sujeitos e possibilitar a independência, *exempli gratia*, nas diversas formas de se fazer saúde (Wagner, 2018).

O termo a que se refere, fazer saúde, deve ser entendido de maneira individual, e minimamente comunitária, de acordo com os critérios culturais estabelecidos por determinado grupo de pessoas, como os povos originários, uma vez que a compreensão dos saberes se altera nas mais diversas civilidades. Dessa forma, a adaptação cultural de programas propostos pelos homens brancos, deve ser condição *sine qua non* para emancipação, autonomia e independência dos índios que utilizarão dada ferramenta.

Dessa forma, e como explicitado no parágrafo anterior, ainda como base dos direitos dos índios, a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1989, descreve em seu artigo 2º, *ipsis litteris*:

Art. 2. Os governos deverão assumir a responsabilidade de desenvolver, com a participação dos povos interessados, uma ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade. (OIT, 1989, art. 2, p. 2).

Desta forma, além da questão de direito jurídico e legal a que se propõem, as normatizações pressupõem o respeito cultural com base em

critérios morais e éticos, que visam estabelecer a integridade étnica, sem que haja influências e proposições dos homens brancos sobre os povos originários (RIBEIRO, 1982), devendo àqueles basearem seus parâmetros nos conhecimentos locais a partir de uma ambientação prévia, sobretudo numa etnografia delimitada que respeite os saberes e formas de se fazer já estabelecidos no processo histórico e construtivo dessa civilidade.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde (CNS), respectivamente. Essas ditas conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Discute-se, no entanto, que apesar do grande avanço almejado e já conquistados a partir das conferências, faz-se necessário, à *priori*, fornecer meios para o empoderamento da comunidade não apenas como forma passiva do processo, mas realizadora dele, como participante ativa, inclusive no ato de se fazer saúde, como profissionalização.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), foi considerada um marco regulatório do MS que possibilita maiores entendimentos sobre a conceituação de saúde e melhora desta para os povos originários, mas definindo como morte o uso do recurso humano não indígena para a prática da saúde.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória (MP) n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo considerando as particularidades locais biológicas e sociais.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações,

de forma fragmentada e conflituosa, o que acaba por gerar, em última instância perdas ativas do processo de cuidado conquistado a duros movimentos políticos e institucionais. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas.

Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena. Cabe ainda esclarecer que, como comentado anteriormente, além de superar o aspecto fragmentado da atenção à essa população, deve-se considerar as particularidades do território indígena, como suas especificidades demográficas, epidemiológicas e culturais.

Para tanto, e independentemente dos fracassos alcançados e dos poucos ganhos conquistados, o propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, 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.

Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal

Um documento lançado pelo MS em 2011, intitulado Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, apresenta as diretrizes do MS para a organização da atenção à saúde bucal dos povos indígenas, considerando suas características e especificidades. Tais diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado, respeitando a autonomia, as diferenças culturais e o mosaico extremamente diversificado formado pelos povos originários do Brasil.

Por considerar de forma par, que a população dos povos originários do Brasil se constitui entendendo a função holística do corpo e da saúde, a adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção que se está propondo requerem, entre outros pontos, conforme discutido:

Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: a atuação dos profissionais de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, os profissionais devem interagir as outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem holística do indivíduo, atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas.

Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo, considerando que os comportamentos sociais se dão de forma tal onde o conjunto de ações da sociedade ou em grupo de pessoas influenciam diretamente o olhar individual.

Deve-se observar em ambos os pontos discutidos anteriormente, que os componentes de integralidade e entendimento da saúde de uma maneira mais holística tende a influenciar e delimitar o pensamento desses povos, tornando-se necessária a reorientação do modelo ocidentalizado utilizado pelos homens brancos, em um modelo que considere, inclusive a questão espiritual para a definição do processo saúde-doença.

Destaca-se, ainda, que além da promoção e da prevenção à saúde, outras formas que influenciam diretamente o processo saúde-doença, como a recuperação e reabilitação, devem ser melhores entendidas, já que para apresentar os pressupostos de um modelo de atenção que considera a realidade epidemiológica e valoriza as representações culturais dos povos, é capaz de fornecer uma orientação sistematizada para as diversas atividades de saúde bucal como possível não realidade em oferecer um tratamento curativo ou reabilitador, como prótese, não entendido como “real” ou necessário para o grupo.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade e são o produto de sua

relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, mas que devem ser consideradas a fim de empoderar os habitantes locais e considerar como real suas simbologias e mitos no processo de adoecimento e cura.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença, e sim através de uma troca de saberes diversos (dos indígenas e não indígenas), que juntos e de forma complementar intensifiquem o cuidado e promovam uma melhora da qualidade de vida.

O princípio que permeia todas as diretrizes da PNASPI é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. Portanto, a articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

O DSEI é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado. Tais distritos são responsáveis pelo conjunto de atividades técnicas, medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde para uma população local e descentralizada. Tem o objetivo, inclusive, de promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e organizar as atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, estimulando o controle social, de acordo com as especificidades locais.

Cada distrito organiza, de maneira ordenada, uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. Destaca-se nesse ponto que tal processo, apesar de integrativo, considera apenas o modelo biomédico centrado, inclusive com classificação hierárquica do cuidado: prática já superada na construção do modo de saúde ocidental, que preconiza sobretudo a promoção de saúde e o letramento estratégico impedindo o início de adversidades.

Entre as atribuições dos DSEIs, destacam-se a preparação dos recursos humanos para atuação no âmbito intercultural, monitoramento das ações de saúde dirigidas aos indígenas, articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, promoção do uso adequado e racional de medicamentos, promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena. A figura abaixo demonstra um atendimento odontológico para a população indígena de Dourados.



Figura 2 - Atendimento odontológico em um DSEI. Notar a especificidade do atendimento, visto as condições locais.

A população indígena e o Parque Nacional do Xingu

Criado pelo Decreto nº 50.455, de 14/04/1961, assinado pelo presidente Jânio Quadros, o Parque Nacional do Xingu foi regulamentado pelo Decreto nº 51.084, de 31/07/1961. Ainda assim, ajustes foram realizados através dos Decretos nº 63.082, de 06/08/1968, e nº 68.909, de 13/07/1971, tendo sido feita a demarcação de seu perímetro atual em 1978 (Xingu, 2009), compreendendo a região norte e centro-oeste do Brasil.

O rio Xingu, nome que fornece base para o termo da região que compreende o parque, é um afluente do rio Amazonas que percorre as regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, e, como discutido anteriormente, foi apenas em 1961 que o governo brasileiro criou o Parque Nacional para proteger as comunidades indígenas e povo originários daquela região. Pelo fato dos poderes legislativo e executivo do Mato Grosso (MT) estarem representados na decisão da demarcação da área do parque, o estado começou a conceder, dentro desse perímetro, terras a companhias colonizadoras. A figura abaixo demonstra a demarcação, em verde, da região do Parque Indígena. Destaca-se a porção sul do estado do Pará e Norte do MT, onde residem diferentes tribos indígenas.

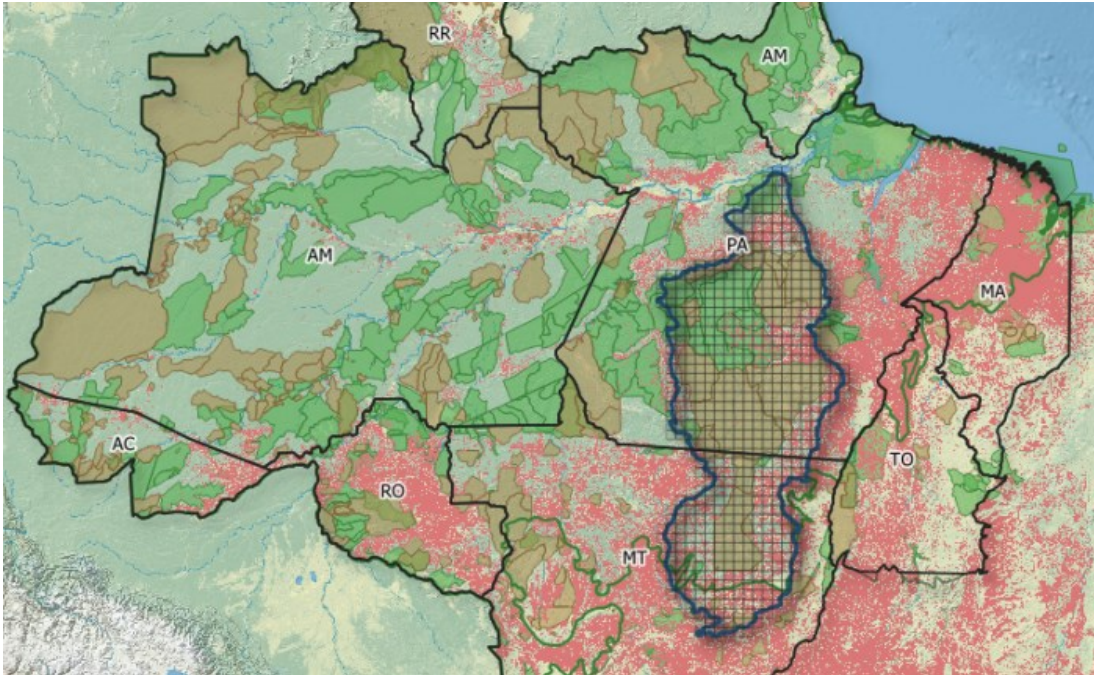


Figura 3 - Área territorial do Parque Nacional do Xingu.

Os povos originários estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias, dada as desigualdades brasileiras a que se submetem populações e minorias às vulnerabilidades decorrentes do capitalismo neoconservador do Brasil.

Em 1991, o Parque Nacional do Xingu possuía 3.500 habitantes distribuídos em 15 diferentes grupos indígenas localizados em três regiões do Parque, discriminados em Alto, Médio e Baixo Xingu (Rigonatto et al., 2001). Atualmente, o Parque possui uma extensão de 27.000 km² e abriga uma população média de 4500 índios, de acordo com os últimos levantamentos realizados pelo censo de 2010.

A população indígena brasileira no total é estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território, os quais devem ser respeitados ética e moralmente, baseado, sobretudo, nos direitos constitucionais conquistados por essa minoria étnica.

Dita população compõem uma diversidade de quatorze etnias que se expressam por diferentes línguas e culturas, tais como os Kamaiurá e Kaiabi (família Tupi-Guarani), Juruna (tronco Tupi), Aweti (tronco Tupi), Mehinako, Wauja e Yawalapiti (família Aruak), Kalapalo, Ikpeng, Kuikuro, Matipu e Nahukwá (família Karib), Suyá (família Jê) e Trumai.

No sul do Parque Nacional do Xingu, ficam os povos semelhantes culturalmente, compreendendo a área do Alto Xingu, cujas etnias são atendidas pelo Posto Indígena de Saúde Leonardo Villas Bôas. No Médio Xingu ficam as etnias Trumai, os Ikpeng e os Kaiabi, atendidos pelo Posto Pavuru. Ao norte estão os Suyá, Yudjá e Kaiabi, atendidos pelo Posto Diauarum. A figura abaixo demonstra as etnias, associada às aldeias e população correspondente.

Etnias / Família linguística	Aldeias	População
KAIABI / Tupi	Três Irmãos	63
	Barranco Alto	31
	Ilha Grande	72
	Guarujá	89
	Tuiararé	143
	Moitará	35
	Itai	14
	Piraquara	06
	Capivara	144
	Aiporé	67
	Paranaíta	13
	Fazenda Mupada	13
	Fazenda João	13
	PIV Manito	24
	Sobradinho	99
Maracá	35	
Arraia	08	
TRUMAI / Isolada	Boa Esperança	37
	Terra Nova	42
	Steinen	18
	Cristalina	15
SUIÁ / Jê	Ngoiwere	190
	Rapozão	27
	Beira Rio	14
	Ngossoko	44
JURUNA / Tupi	Tuba-tuba	149
	Parquissamba	48
	Pequizal	31
WAURÁ / Arawak	Aruak	45
KAMAIURÁ / Tupi	Morena	96
IKPENG / Karibe	Moigu	225
	Ronuro	25
IKPENG	* Polo Pavuru	113
KAIABI- SUIÁ – JURUNA	** Polo Diaurun	307
SUIÁ	*** Polo Wawi	4
TOTAL : 07 etnias	31 aldeias / 03 polos-base	2299

Figura 4 - Etnias do Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – distribuídas segundo as aldeias e localidades assistidas e suas populações.

Fonte: Lemos et al., 2010.

Cada posto apoia a logística de projetos e atividades desenvolvidas no Parque, como educação e saúde, havendo em todos eles uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde trabalham agentes indígenas de saúde, primeira categoria profissional que compreende a inclusão de moradores locais e atuam como os clássicos agentes comunitários de saúde, e funcionários da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), conveniada com a FUNASA. Existem ainda onze Postos de Vigilância nos limites do território, às margens dos principais rios formadores do Xingu (Menezes, 2000). A figura abaixo demonstra os polos de saúde do Xingu.

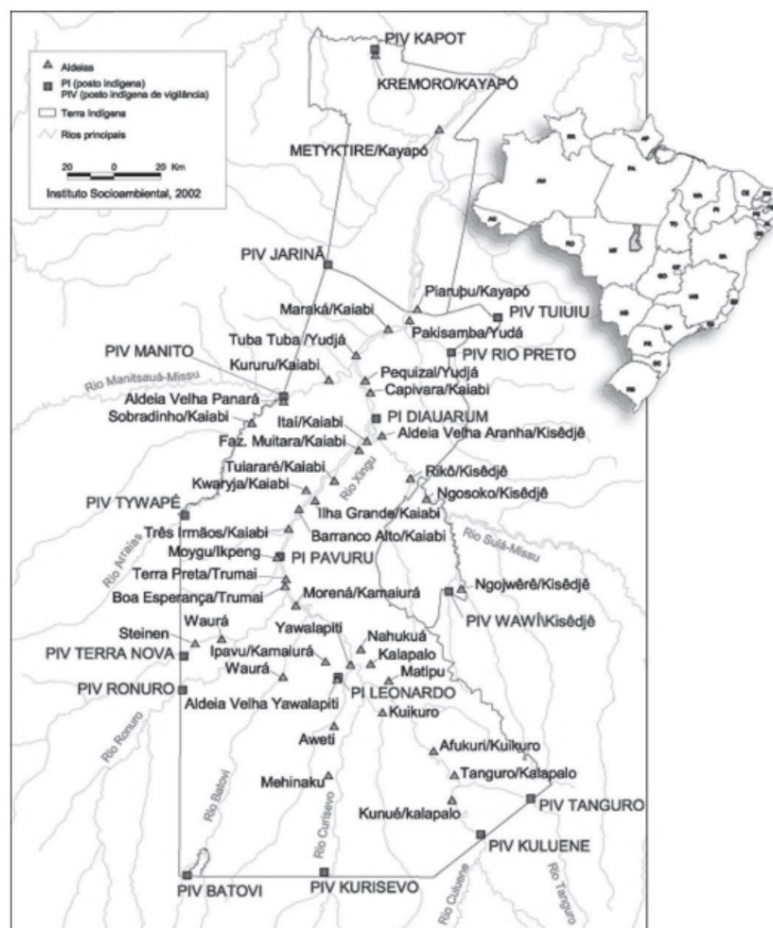


Figura 5 - O Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – com as indicações dos quatro polos de saúde: Leonardo Villas Bôas, Pavuru, Diauarun e Wawi. Fonte: Lemos et al., 2010.

Toda esta dinâmica de estruturação do Parque Indígena do Xingu o torna um dos redutos regulamentados pelo governo, com parcerias com universidades e associações protetoras dos povos originários, mais seguros para a preservação da cultura indígena do Brasil, apesar dos diversos dispositivos tratados anteriormente para deslegitimá-los. Os índios do Xingu, além de proteção legislativa do seu território, garantida pelo governo federal, são protegidos da invasão física não autorizada dos brancos em todo o seu território. Se o índio não se deslocar para a cidade, não há formas de terem contato com não indígenas, exceto com as equipes que desenvolvem trabalhos de educação, saúde e infraestrutura dentro do Parque.

Como discutido por diversos autores etnógrafos e antropólogos, a preservação dos hábitos e culturas de vida foi se esvaindo de acordo com constante contato com a população não indígena. Cita-se, *exempli gratia*, o prolongado período de amamentação dos bebês. Destacado por Fagundes-Neto et al., 1981, a maioria das crianças é amamentada até dois anos de idade, e geralmente se amamentam durante as outras gestações que sua mãe vier a ter. Como resultado, as crianças têm os instintos da fase oral preservados com a amamentação longa e a alimentação consistente que permitem o uso eficiente da dentição.

A alimentação dos povos do Xingu é baseada em mandioca e seus derivados, como o beiju, a farinha, o mingau e peixe pescado nos afluentes do rio Amazonas. A carne vermelha está presente na alimentação xinguana por certos períodos do ano e se baseia nas carnes de macaco, algumas aves como o mutum e o jacu. As frutas como o pequi, a banana, a laranja e

coquinhos de várias espécies também fazem parte desta dieta (Fagundes-Neto et al. 1981, Regalo et al., 2008). A carne de jacaré é bastante apreciada e faz parte da alimentação de algumas etnias específicas.

O trabalho assistencial à saúde indígena no Parque Nacional do Xingu é desenvolvido há mais de quarenta anos pela UNIFESP com apoio da FUNASA. A UNIFESP e seus conveniados desenvolveram uma dinâmica assistencial que tem como meta, de uma maneira bastante simplificada, formar agentes de saúde indígena, além de contratar enfermeiros, médicos e dentistas para atuarem dentro do Parque e fornecer infraestrutura básica, materiais e medicamentos para o funcionamento das UBSs instaladas no Parque. Porém, e apesar dos avanços encontrados, não há até o momento uma proposta de desenvolvimento de habilidade dos moradores locais através de cursos técnicos que os qualifiquem para atuar de forma direta em seu espaço.

Os profissionais da saúde não indígenas contratados pela UNIFESP possuem uma missão de prestarem assistência à saúde indígena nos níveis básico e intermediário, baseado no modelo e conceito biomédico centrado e hierárquico curativo. A demanda de serviços especializados é sanada por atendimento hospitalar na cidade de Canarana ou até mesmo, para casos mais complexos, na UNIFESP.

A assistência à saúde odontológica é suprida pela atuação de dois cirurgiões-dentistas (CDs) contratados pela UNIFESP. Um deles fica responsável pelo Polo de Saúde Diauarum e todas as aldeias referentes à região. O outro é responsável pelo Polo de Saúde Pavuru e todas as aldeias

da região. Desta forma, existe uma carência muito grande de assistência odontológica no Parque Nacional do Xingu. Esta carência atualmente está sendo suprida pela parceria da FORP-USP com a FUNAI e a UNIFESP para o atendimento odontológico assistencial por meio do Projeto Xingu da FORP-USP.

Como forma de suprir tal carência, e ainda, buscar a autonomia dos residentes originários, o empenho em empoderar os cidadãos locais, por meio de cursos técnicos, que façam com que essa civilidade não necessite de ajuda externa, se torna uma realidade a ser perpassada e superada por um projeto de qualificação profissional dos residentes locais, que além de possibilitar recursos humanos suficientes para o porte populacional, ainda fornece um cuidado por pessoas que conhecem e entendem realmente as características locais.

Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil

De forma, tal, a situação atual da saúde dos povos originários do Brasil é exposta a incluir toda a diversidade das culturas indígenas, desconsiderando as especificidades de cada tribo ou região. Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Em linhas gerais, uma vez em contato permanente com as sociedades ocidentais, nota-se uma trajetória comum na saúde bucal (SB) dos povos indígenas. As mudanças socioeconômicas e culturais, decorrentes deste processo, interferem nas formas de subsistência e introduzem novos tipos de alimentos, particularmente os industrializados, que provocam importantes alterações nos padrões de SB. Em geral, esses grupos partem de uma situação de baixa para alta prevalência de doenças bucais, principalmente a cárie (Arantes, Frazão e Santos, 2001; Donnelly et al., 1977; Pose, 1993).

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção primária à saúde (APS). Contudo, não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais (ONGs)

ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde a esses povos.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional não indígena, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades, que se manifestam em decorrência da acentuada e prolongada relação com a população circunjacente.

Ainda assim, a descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

A capacitação da equipe técnica, em especial dos agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem indígenas foi muito importante para atingir boas coberturas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até cinco anos de idade. A prevalência de desnutrição permanece elevada, embora perceba-se uma tendência à sua

diminuição nos últimos anos. Como medida de enfrentamento do problema tem sido realizada a suplementação alimentar com polivitamínicos e ferro, além do tratamento coletivo de parasitoses intestinais. Juntamente com as medidas de caráter biomédico, diversos encontros são realizados nas comunidades para a discussão da segurança alimentar, levantamento da rede social de cada criança de risco ou desnutrida e dos aspectos socioculturais envolvidos.

De acordo com o manual publicado pelo MS em 2019, Saúde indígena na análise da situação de saúde no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no que se refere ao acesso a serviços de assistência odontológica básica no subsistema de atenção à saúde indígena, 2015 a 2017, os dados indicam que a cobertura de primeira consulta programática nacional indígena aumentou de 16,51%, em 2015, para 29,15%, em 2017, o que representa um incremento de 12,63% no período analisado.

Dessa forma, pode-se afirmar que 29,15% da população indígena realizou ao menos uma consulta odontológica em 2017, o que se demonstra como precária e pequena, visto que menos da metade da população indígena teve contato pelo menos uma vez ao profissional. A figura abaixo demonstra a cobertura de primeira consulta odontológica programática em indígenas por DSEI, 2015. Notar que a região do Xingu está classificada com baixa cobertura de primeira consulta odontológica, variando de 0,1% a 20%.

Tal problema escancara a necessidade de projetos que visem a introdução de cursos profissionalizantes para a população local dispor de mão de obra e recursos humanos capacitados, que ao menos ofereça certa

atenção à saúde de forma a possibilitar acesso adequado e orientações baseadas em evidência para romper os mecanismos introdutórios de patologias como cárie, tão e quão mais prevalente nessa população.

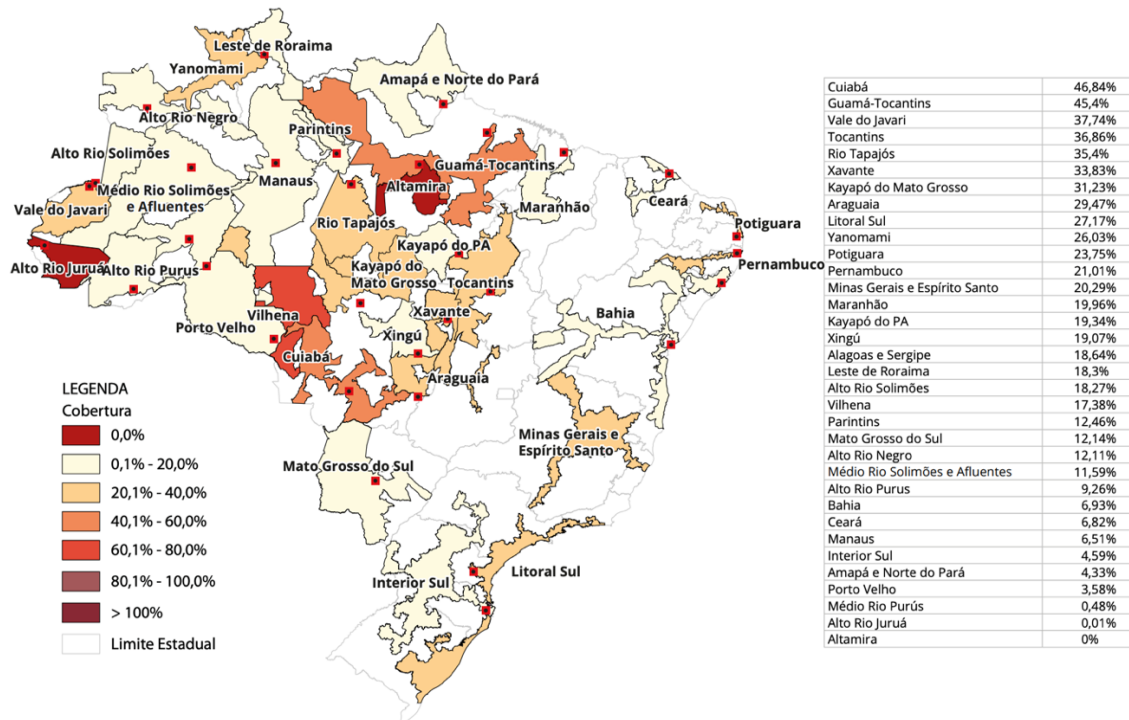


Figura 6 - Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Indígenas por DSEI, 2015.

Fonte: SIASI/SESAI/MS.

De acordo com uma pesquisa descritiva publicada por Lemos et al., 2018, diversas conclusões foram levantadas acerca da real condição de SB local do DSEI Xingú. Diferentemente dos dados apresentados anteriormente, nessa série temporal, são apresentados os indicadores cobertura de primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico básico concluído, referentes aos anos 2006-2013. A cobertura da primeira consulta odontológica foi superior a 60% em todos os anos analisados, exceto 2009 e 2010 com uma cobertura de 44,7% e 53,4%, respectivamente. Os resultados apresentados mostraram um declínio do acesso ao tratamento odontológico

programático a partir de 2008, sendo restabelecido somente a partir de 2011.

A figura abaixo demonstra o explicitado anteriormente.

Indicador	Medida	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/População total em determinado local e período x 100	67,4	69,9	60,0	44,7	53,4	71,2	70,2	70,6
Tratamento odontológico básico concluído	Total de pessoas que concluíram o tratamento odontológico básico em determinado local e período/Total de pessoas que realizaram consulta odontológica programada em determinado local e período x 100	44,9	48,1	79,9	66,7	52,8	65,3	63,3	57,7

Figura 7 - Indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2006-2013.

Fonte: Lemos et al., 2018.

Outro dado apresentado pelos autores está diretamente associado ao total de exodontias em relação ao total de procedimentos, que é um indicador que pode refletir a priorização das ações em curativas, preventivas ou cirúrgicas. Os valores mínimo e máximo de extrações dentárias foram respectivamente, 170 e 604, com uma média de 499,5 no período. No ano de 2009, foram encontrados o menor número de extrações e o segundo menor número de procedimentos preventivos e curativos. Os valores mínimo e máximo de procedimentos preventivos e curativos foram, respectivamente, 2.481 e 12.507, com uma média de 7.346,2 no período, conforme demonstra a figura abaixo.

Medida	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número total de extrações dentárias	602	549	604	546	466	170	481	480	512	585
Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos	2.481	5.134	4.765	7.115	10.353	4.215	7.076	12.507	10.647	9.169
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	24,3	10,7	12,7	7,7	4,5	4,0	6,8	3,8	4,8	6,4

Figura 8 - Números totais de extrações dentárias, números totais de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e indicadores de proporção de exodontia em relação aos procedimentos. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2004-2013.

Fonte: Lemos et al., 2018.

A diminuição da proporção de exodontia pelo número total de procedimentos clínicos explicitados pode ser explicado pelos maiores cuidados e orientações preventivas acumuladas dos anos anteriores, o que sugere que a atenção especializada impede a evolução de doença como cárie ou doença periodontal, e conseqüentemente a diminuição da necessidade de exodontia.

Especialmente em se tratar do nível da doença cárie nas comunidades indígenas brasileiras, uma revisão sistemática publicada em 2014, por Alves Filho et al., descreveu como resultados que as etnias indígenas mais pesquisadas foram as do Brasil, com maior percentual de estudos sobre comunidades indígenas do Xingu e Xavante (31,6%). Um dos estudos evidenciou a associação positiva entre perda dental e aumento da idade entre índios Guarani, no Brasil, com maior proporção de sangramento gengival entre adolescentes do sexo masculino e mulheres apresentando maior número de sextantes excluídos por perda dental.

Dois estudos longitudinais com índios Xavante, no Brasil, apontaram diferenças significativas na incidência de cárie entre idades e entre sexos,

concluindo que pela análise dos artigos, é possível inferir que o aumento da idade e diferenças entre sexos são possíveis fatores associados ao aumento da cárie dentária e doenças periodontais nas etnias Guarani e Xavante, localizadas no Brasil.

Em 2006, foi realizado um levantamento epidemiológico de toda população acima de um ano de idade das aldeias do baixo, médio e leste do PIX. A metodologia utilizada foi a preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e a ficha clínica foi adaptada do modelo proposto para o levantamento nacional do MS (SB 2000). A prevalência de cárie foi avaliada pelo índice CPO (Dentes cariados, obturados e perdidos), que pode variar de 0 a 32. As informações permitiram o conhecimento sobre a situação da SB das comunidades, com o propósito de subsidiar as ações de enfrentamento do problema. Segundo dados do arquivo da UNIFESP, a média de CPO dos adolescentes de 12 anos das áreas de abrangência dos polos-base Pavuru, Diauarum e Wawi, em 2006, era de 2,54. Uma média, comparativamente, menor que a brasileira, que registrou, em 2003, 2,78, e menor que a meta estabelecida pela OMS no ano 2000, de média 3. A situação, contudo, permanece aquém da nova meta da OMS, estabelecida em 2010, em que a média deve ser de apenas 1 dente cariado.

Nesse caso, o entendimento das práticas de saúde dessa população deve ser melhor entendida, visto que seus índices são inferiores aos índices de não indígenas, que não se explicita pela ausência de bens de consumo como escova e pasta de dente fluoretada, além de água de consumo tratada. Outra possível análise é capaz de relacionar a relação direta entre a

amamentação prolongada e o menor consumo de alimentos industrializados e cariogênicos.

Regulamentação do Técnico em Saúde Bucal (TSB) no Brasil

Os Técnicos em Saúde Bucal (TSBs) são profissionais habilitados que atuam sob a orientação e supervisão do CD e executam tarefas auxiliares no atendimento odontológico, atuando na promoção, prevenção e controle das doenças bucais. O exercício da ocupação do TSB foi inicialmente normatizado pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Conselho Federal de Educação (CFE), por meio do Parecer nº 460/75 (CFE, 1975) sob os princípios da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 5.692/71. Alguns anos depois a ocupação foi reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) (CFO, 2005) através da Decisão 26/84 de 1984. Apesar de todo percurso da história da profissão, somente em dezembro de 2008, a Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008) foi finalmente sancionada pelo Governo Federal e passou então a regulamentar a profissão e definir suas competências. A figura abaixo demonstra a trajetória histórica da regulamentação da profissão no Brasil.

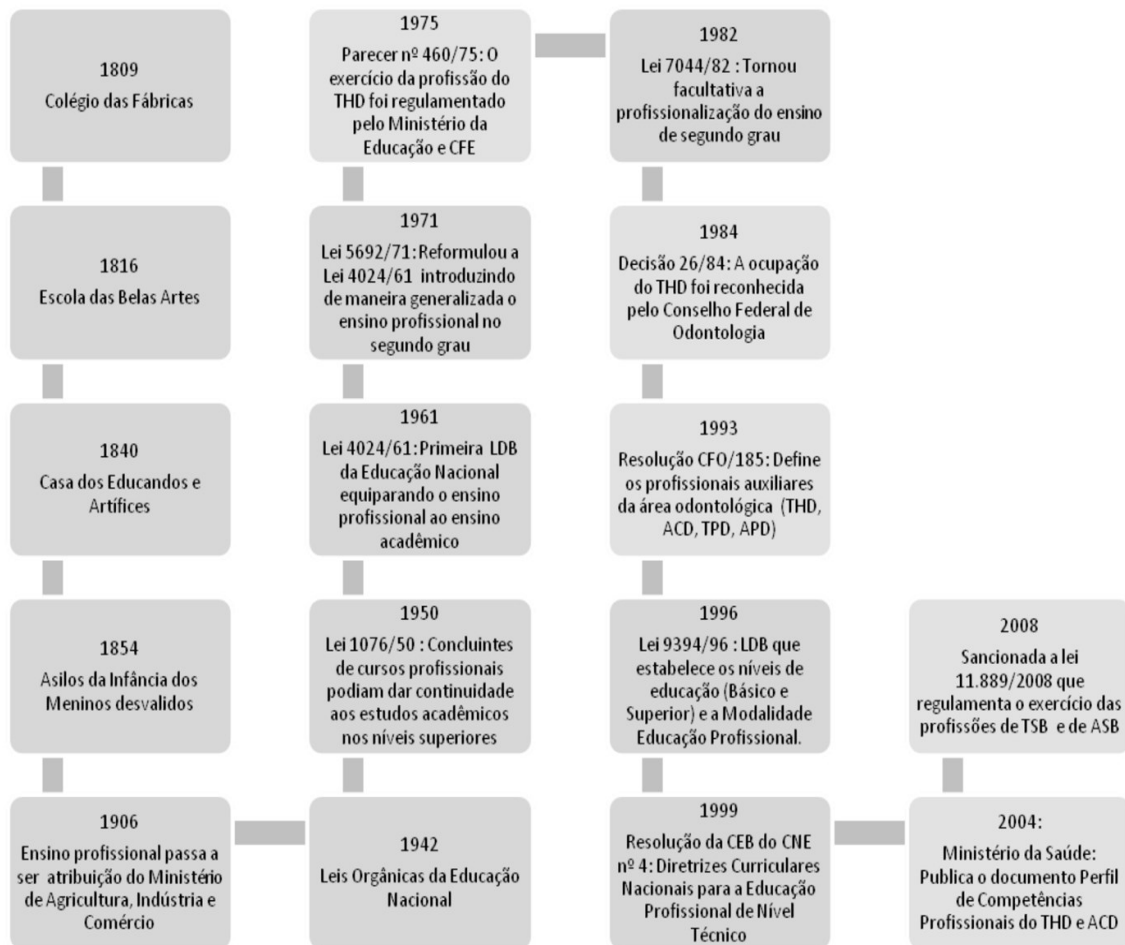


Figura 9 - Linha da trajetória histórica: momentos primordiais na regulamentação da profissão do TSB no contexto da formação profissional no Brasil.

Fonte: Faquim e Carnut, 2012.

Por fim, a que pese levantar, a Lei nº 11.889 de 2008, é a que regulamenta oficialmente as atividades e exercício da profissão TSB no território nacional, em que no artigo 5º, descreve, *ipsis litteris*:

Art. 5º Competem ao Técnico em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

I - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

II - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

III - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IV - ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;

V - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

VI - supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;

VII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

VIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

IX - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;

X - remover suturas;

XI - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XII - realizar isolamento do campo operatório;

XIII - exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

(Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, p. 1)

Esclarece-se que certa atenção deve ser voltada a essa legislação e o proposto por esse projeto, que sugere a ação clínica e educativa do TSB sem a presença do CD. Tal atenção deve ser discutida, visto que a capacitação e profissionalização ao nível técnico, permite em última instância, a realização de diversos procedimentos de orientação educacional como possível sem a presença local do CD.

Destaca-se, ainda, nessa forma, que conforme a resolução 63 de 2005 do CFO, o artigo 17 orienta acerca das disciplinas mínimas que devem conter na grade curricular dos cursos de TSB. Dessa forma, a se demonstrar, ditas disciplinas estão em consonância direta com o estado epidemiológico das

tribos dos povos originários discutidos anteriormente, fazendo-se apenas necessária adaptação transcultural das ementas.

Art. 17. O mínimo de disciplinas profissionalizantes para o curso de técnico em saúde bucal é: (Redação alterada pela Resolução CFO 86/2009)

- a) Promoção e prevenção em Saúde Bucal;
- b) Anatomia e Fisiologia Bucal;
- c) Processo de Trabalho e Humanização em Saúde;
- d) Ergonomia e Técnicas de Instrumentação;
- e) Biossegurança;
- f) Equipamentos, materiais, medicamentos e instrumentais odontológicos e de higiene dental;
- g) Conceitos básicos sobre procedimentos restauradores; e,
- h) Proteção radiológica ocupacional”.

(Resolução CFO-63/2005, p. 7)

Para tanto, em que pese observar, apesar dos ganhos propostos pelos projetos até hoje realizados entre parcerias da FUNAI, FUNASA, universidades e M.S., os objetivos de equidade, respeito cultural e autonomia com prosseguimento de tratamento, ainda estão distantes de serem observados.

As sugestões propostas para adequação da grade curricular, considerando as especificidades locais, saberes próprios, bem como os aspectos epidemiológicos, são condição *sine qua non* para uma maior efetividade e eficácia das ações, que construam de maneira interdisciplinar e transcultural uma base para a melhora da qualidade de vida da população dos povos originários.

5. CONCLUSÃO

Tanto quanto possível, a adaptação/adequação do currículo de um curso técnico de saúde bucal se faz necessária, visto as especificidades locais e a inevitabilidade em preservar os conceitos da odontologia baseada em evidência, fortalecendo os aspectos culturais, geográficos e de preferências do coletivo, tornando exequível a captação de recursos humanos e a possibilidade em definir um modelo de saúde de promoção, preventivo e curativo o mais perto do ideal para a comunidade dos povos originários do Xingu.

REFERÊNCIAS

1. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Fatores associados à cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. Rev Panam Salud Pública 2014; 35:67-77.
2. ARANTES, R.; SANTOS, R.V. e COIMBRA Jr., C.E.A. Saúde bucal na população indígena Xavánte de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública (17):375-384, 2001.
3. Baruzzi RG, Junqueira C. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história São Paulo: Terra Virgem; 2005.
4. Baruzzi, R.G. 1993. Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Da criação da FUNAI aos dias atuais. Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente, nº 4, Dezembro.
5. BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].
6. Brasil. Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008: Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB.

7. Brasil. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico. 2. ed. Brasília, 2009.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção primária (PMAQ): Manual Instrutivo – Anexo, Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília, 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. 16.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica n. 17: Saúde Bucal Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

13. Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO85/2009: Altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos Capítulos IV e V da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia.

14. Costa, Dina Czeresnia Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1987, v. 3, n. 4 [Acessado 5 Dezembro 2022], pp. 388-401. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>>. Epub 23 Jan 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>.

15. DONNELLY, C.J. et al. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomami Indians, Venezuela. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 5:30-39, 1977.

16. Fagundes-Neto U, Baruzzi RG, Wehba J, Silvestrini WS, Moraes MB, Cainelli M: Observations of the Alto Xingu Indians (Central Brazil) with special reference to nutritional evaluation in children. *Am J Clin Nutr* 1981; 34:2229–2235.

17. FAQUIM, JPS. CARNUT, L. Linha da trajetória histórica: momentos primordiais na regulamentação da profissão do TSB no contexto da formação profissional no Brasil. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2):202-207.

18. Lemos, Pablo Natanael et al. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 4 [Acessado 5 Dezembro 2022], e00079317. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00079317>>. Epub 29 Mar 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00079317>.
19. Lemos, Pablo Natanael et al. O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2010, v. 15, suppl 1
20. Mendes EV. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.
21. Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. Epidemiologia da saúde bucal Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-362.

22. Oliveira C, Pacagnella RC, Chiarello MGM, Bregagnolo JC, Watanabe MGC, Mestriner JW. "Projeto Huka Katu: a FORP - USP no Parque Indígena do Xingu". Rev ABENO 2005; 5(2):135-139.
23. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenção n. 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT Brasília: OIT, 2011.
24. POSE, S.B. Avaliação das Condições de Saúde Oral dos Índios Xavante, Brasil Central. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, 1993.
25. Regalo SC, Vitti M, Moraes MT, Semprini M, de Felício CM, de Mattos Mda G, Hallak JE, Santos CM. Electromyographic analysis of the orbicularis oris muscle in oralized deaf individuals. Braz Dent J 2005; 16(3):217-222.
26. RIBEIRO, Darcy. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Petrópolis: Vozes, 1982.
27. RICARDO, Beto; RICARDO, Fany. Povos indígenas no Brasil: 2011-2016. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2017.

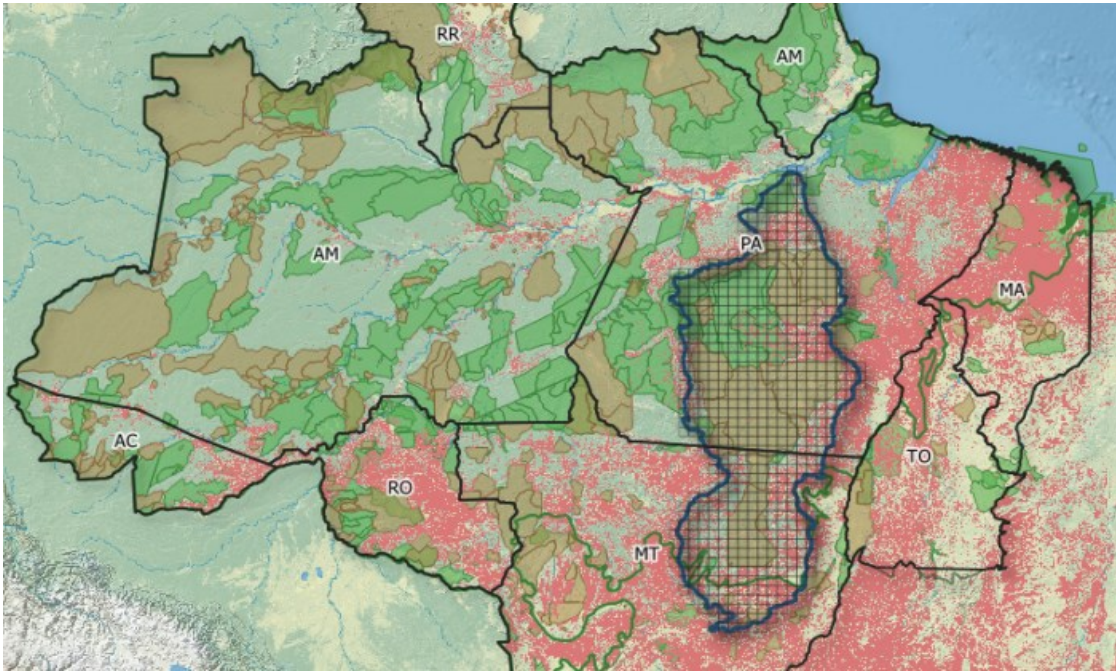
28. RIGONATTO, D. L.; ANTUNES, J. L. & FRAZÃO, P., 2001. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo*, 43:93-98.
29. Rodrigues D. Indicadores de Saúde: uso em populações indígenas. In: Fórum de ONGs Associação Saúde sem Limites e a Health Unlimited; 2003; São Paulo.
30. TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S190-S198, 2004.
31. Wagner, Daize Fernanda. Identidade étnica, índios e direito penal no Brasil: paradoxos insustentáveis. *Revista Direito GV [online]*. 2018, v. 14, n. 1

ANEXO 1 - Demonstração de um indígena mostrando a CF como caminho possível para contemplação de seus direitos.



ANEXO 2 - Atendimento odontológico em um DSEI. Notar a especificidade do atendimento, visto as condições locais.



ANEXO 3 - Área territorial do Parque Nacional do Xingu.

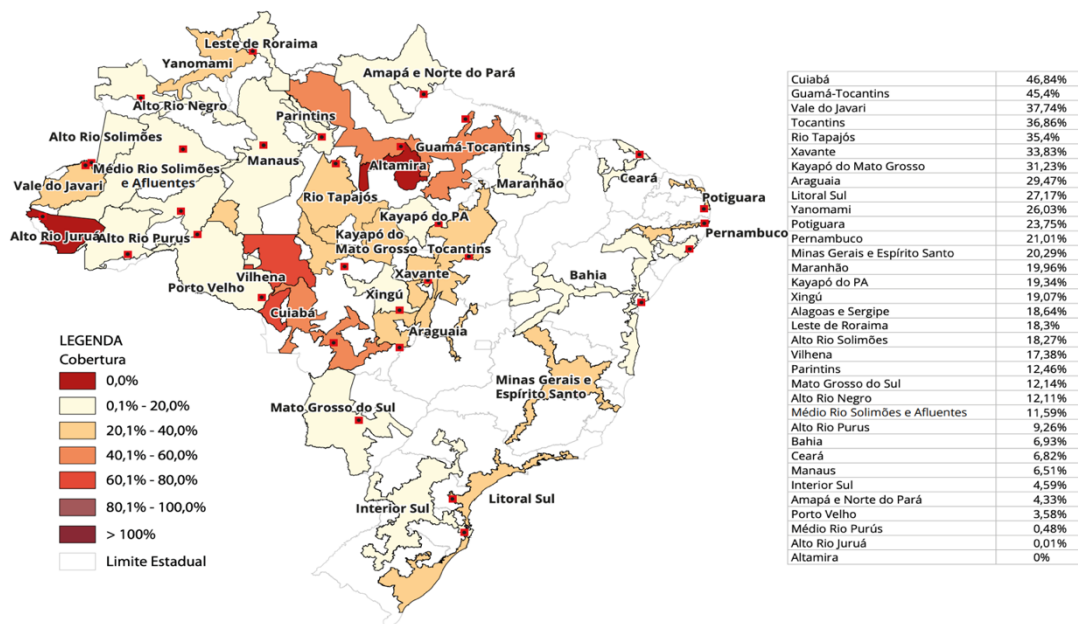
ANEXO 4 - Etnias do Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – distribuídas segundo as aldeias e localidades assistidas e suas populações.

Etnias / Família linguística	Aldeias	População
KAIABI / Tupi	Três Irmãos	63
	Barranco Alto	31
	Ilha Grande	72
	Guarujá	89
	Tuiararé	143
	Moitará	35
	Itai	14
	Piraquara	06
	Capivara	144
	Aiporé	67
	Paranaíta	13
	Fazenda Mupada	13
	Fazenda João	13
	PIV Manito	24
	Sobradinho	99
Maracá	35	
Arraia	08	
TRUMAI / Isolada	Boa Esperança	37
	Terra Nova	42
	Steinen	18
	Cristalina	15
SUIÁ / Jê	Ngoiwere	190
	Rapozão	27
	Beira Rio	14
	Ngossoko	44
JURUNA / Tupi	Tuba-tuba	149
	Parquissamba	48
	Pequizal	31
WAURÁ / Arawak	Aruak	45
KAMAIURÁ / Tupi	Morena	96
IKPENG / Karibe	Moigu	225
	Ronuro	25
IKPENG	* Polo Pavuru	113
KAIABI- SUIÁ – JURUNA	** Polo Diaurun	307
SUIÁ	*** Polo Wawi	4
TOTAL : 07 etnias	31 aldeias / 03 polos-base	2299

ANEXO 5 - O Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – com as indicações dos quatro polos de saúde: Leonardo Villas Bôas, Pavuru, Diauarun e Wawi.



ANEXO 6 - Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Indígenas por DSEI, 2015.



ANEXO 7 - Indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2006-2013.

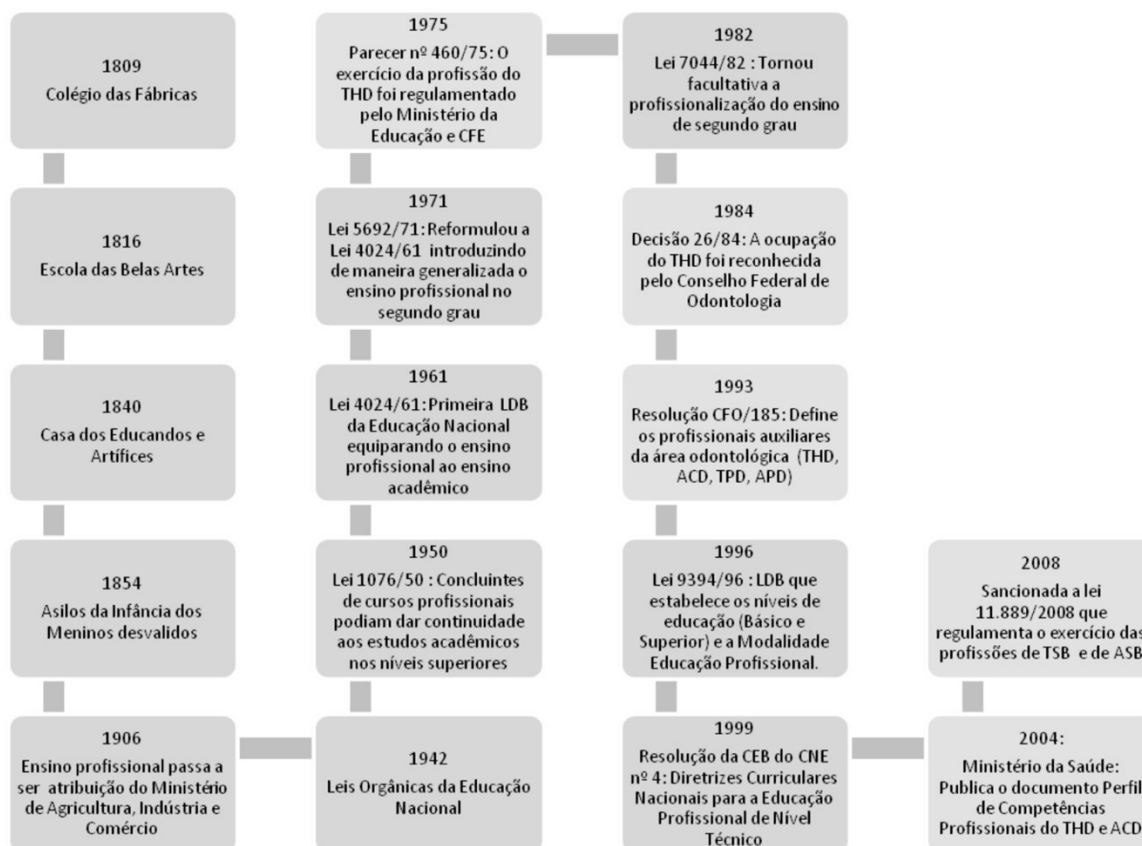
Indicador	Medida	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/População total em determinado local e período x 100	67,4	69,9	60,0	44,7	53,4	71,2	70,2	70,6
Tratamento odontológico básico concluído	Total de pessoas que concluíram o tratamento odontológico básico em determinado local e período/Total de pessoas que realizaram consulta odontológica programada em determinado local e período x 100	44,9	48,1	79,9	66,7	52,8	65,3	63,3	57,7

ANEXO 8 - Números totais de extrações dentárias, números totais de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e indicadores de proporção de exodontia em relação aos procedimentos.

Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2004-2013.

Medida	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número total de extrações dentárias	602	549	604	546	466	170	481	480	512	585
Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos	2.481	5.134	4.765	7.115	10.353	4.215	7.076	12.507	10.647	9.169
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	24,3	10,7	12,7	7,7	4,5	4,0	6,8	3,8	4,8	6,4

ANEXO 9 - Linha da trajetória histórica: momentos primordiais na regulamentação da profissão do TSB no contexto da formação profissional no Brasil.



CURRICULARIZAÇÃO DE UM CURSO TÉCNICO DE NÍVEL MÉDIO EM SAÚDE BUCAL PARA UMA COMUNIDADE INDÍGENA NO XINGU – UMA ANÁLISE AMBIENTACIONAL

Sergio Rodrigues¹, Simone Cecilio Hallak Regalo²

¹ Discente da Pós-Graduação em Ciências no programa de Biologia Oral da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

² Docente da Pós-Graduação em Ciências no programa de Biologia Oral da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

RESUMO

Com o intuito em promover saúde, especificamente quando associado à saúde bucal, as práticas de atenção, sejam elas curativas, preventivas ou de promoção, devem obedecer aos desafios impostos por diversos fatores que moldam, sobretudo, o aspecto social e comunitário de uma determinada cultura. A prática baseada em evidência compõe-se principalmente da adequação do diálogo e instrumentos à realidade da comunidade em que se propõem executar determinada clínica ou ação. Este trabalho teve como objetivo realizar uma análise ambiental geográfica e cultural dos povos originários do Xingu com intenção em adaptar/adequar um modelo curricular de curso de técnico em saúde bucal para a comunidade local. Por se tratar de um estudo do tipo observacional descritivo com dados secundários, a coleta de dados baseou-se principalmente na observação crítica de pesquisas científicas já publicadas nas principais bases de dados, como PubMed, SciELO e LILACS, além de bases ofertadas pela literatura cinzenta, como a Constituição Federal, leis, documentos governamentais e parlamentares. Para a coleta de dados nas bases principais, os descritores “atenção à saúde”, “odontologia”, “odontologia baseada em evidência”, “povos originários”, “índios” e “Xingu” foram inseridos na pesquisa avançada com os operadores booleanos <and> e/ou <or>. A seleção dos artigos foi do tipo qualitativa, integrando toda e qualquer literatura que discutisse sobre o assunto, sem limite temporal e de língua. Dessa forma, estudos metodológicos qualitativos e quantitativos foram inseridos para garantir máxima estafa sobre o tema proposto. Concluiu-se com essa pesquisa que, tanto quanto possível, a adaptação/adequação do currículo de um curso técnico de saúde bucal se faz necessária, visto as especificidades locais e a inevitabilidade em preservar os conceitos da odontologia baseada em evidência, fortalecendo os aspectos culturais, geográficos e de preferências do coletivo, tornando exequível a captação de recursos humanos e a possibilidade em definir um modelo de saúde de promoção, preventivo e curativo o mais perto do ideal para a comunidade dos povos originários do Xingu.

Palavras-chave: Povos Originários. Técnico em Saúde Bucal. Xingu.

ABSTRACT

With the aim of promoting health, specifically when associated with oral health, care practices, whether curative, preventive or promotional, must meet the challenges imposed by various factors that shape, above all, the social and community aspect of a given culture. Evidence-based practice consists mainly of adapting dialogue and instruments to the reality of the community in which it is proposed to carry out a certain clinic or action. This work aimed to carry out a geographic and cultural environmental analysis of the native peoples of the Xingu with the intention of adapting/adapting a curricular model of an oral health technician course for the local community. As this is a descriptive observational study with secondary data, data collection was based mainly on the critical observation of scientific research already published in the main databases, such as PubMed, SciELO and LILACS, in addition to databases offered by the gray literature, such as the Federal Constitution, laws, government and parliamentary documents. For data collection in the main databases, the descriptors “health care”, “dentistry”, “evidence-based dentistry”, “original peoples”, “indians” and “Xingu” were inserted in the advanced search with the Boolean operators <and> and/or <or>. The selection of articles was of the qualitative type, integrating any and all literature that discussed the subject, without time or language limits. Thus, qualitative and quantitative methodological studies were inserted to ensure maximum stress on the proposed theme. It was concluded from this research that, as much as possible, the adaptation/adaptation of the curriculum of a technical course in oral health is necessary, given the local specificities and the inevitability of preserving the concepts of evidence-based dentistry, strengthening the cultural aspects, geographic and collective preferences, making it feasible to attract human

resources and the possibility of defining a model of health promotion, prevention and care that is closer to the ideal for the community of peoples originating from the Xingu.

Keywords: Indigenous Peoples. Oral Health Technician. Xingu.

INTRODUÇÃO

Com o intuito em promover saúde, especificamente quando associado à saúde bucal, as práticas de atenção, sejam elas curativas, preventivas ou de promoção, devem obedecer aos desafios impostos por diversos fatores que moldam, sobretudo, o aspecto social e comunitário de uma determinada cultura. A prática baseada em evidência compõe-se principalmente da adequação do diálogo e instrumentos à realidade da comunidade em que se propõem executar determinada clínica ou ação.

Dessa forma, se faz importante o entendimento e ambientação dos mais diversos fatores, sejam eles fatores epidemiológicos, sociais e da estrutura que configuram a comunidade, especialmente as comunidades dos povos originários assentadas nos diversos estados brasileiros, visto suas particularidades de linguagem, comunicação e formas de entender a saúde e seus modelos de atenção, que geralmente se distinguem dos tradicionalmente e usualmente modelos empregados na sociedade brasileira não-indígena.

Tal forma de ajuste e incorporação da realidade da comunidade estudada deve ser condição *sine qua non* para a ética do objeto de estudo proposto, já que os espaços devem ser observados não como delimitações geográficas sem vivências, mas como “espaços sociais” compostos por sujeitos, culturas, relações, crenças e estruturas que configuram peculiaridades próprias e que carecem de consideração ao serem investigadas, em especial quando tal investigação sugere experimentação com o intuito em “melhorar” a condição local.

Acompanhando a lógica acima mencionada, um processo de parceria entre Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (FORP) e os indígenas da região do Xingu, no Mato Grosso, propõem, através de uma ambientação da realidade local, considerando as especificidades locais, a adaptação/adequação curricular de um curso de técnico de saúde bucal para os povos originários, considerando, à vista disso, o amoldamento amparado na prática baseada em evidência (PBE).

Esclarece-se, contudo, que a prática baseada em evidência (PBE) considera, além das preferências profissionais e a melhor literatura existente e publicada, as preferências individuais da culturalidade em que se propõe investigar e, sobretudo, da análise sociocultural local, traduzindo-se na concepção de saúde ampliada e de acordo com a realidade específica, subjetiva ou não, local.

OBJETIVO

Este trabalho teve como objetivo:

1. Realizar uma análise ambiental geográfica e cultural dos povos originários do Xingu com intenção em adaptar/adequar um modelo curricular de curso de técnico em saúde bucal para a comunidade local.

MATERIAIS E MÉTODOS

Por se tratar de um estudo do tipo observacional descritivo com dados secundários, a coleta de dados baseou-se principalmente na observação crítica de pesquisas científicas já publicadas nas principais bases de dados. Combinações de palavras foram adaptados para cada uma das seis bases eletrônicas selecionadas como fonte de informação: Embase, PubMed (incluindo Medline), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), LIVIVO, Scopus e Web of Science. Além disto, a literatura cinzenta também foi utilizada como fonte de informação através do Google Scholar e o OpenGrey, como a Constituição Federal, leis, documentos governamentais e parlamentares.

Para a coleta de dados nas bases principais, os descritores “atenção à saúde”, “odontologia”, “odontologia baseada em evidência”, “povos originários”, “índios” e “Xingu” foram inseridos na pesquisa avançada com os operadores booleanos <and> e/ou <or>.

A seleção dos artigos foi do tipo qualitativa, integrando toda e qualquer literatura que discutisse sobre o assunto, sem limite temporal e de língua. Dessa forma, estudos metodológicos qualitativos e quantitativos foram inseridos para garantir máxima estafa sobre o tema proposto.

REVISÃO E DISCUSSÃO

A população indígena e os direitos conquistados

O peso do passado colonizador português no Brasil incitou, em certa maneira, diversas agressões, inclusive de direitos humanos, e dispôs vítimas, tomada de terras, escravidão e descaso, sobretudo em pretos trazidos da África e índios do então “Novo Mundo”. Ditas agressões foram suficientes para dizimar, em alguns casos, populações inteiras. Para tanto, com o início da república e do entendimento das identidades étnicas discutidas por diversos autores antropólogos e sociólogos, e pela busca dos direitos humanos, aos poucos, os direitos dos povos originários foram sendo reconhecidos e suas culturas gradativamente foram sendo estudadas.

A Constituição Federal (CF) de 1988, conhecida hoje como Constituição Cidadã, é a que rege todo o ordenamento jurídico brasileiro e, desde a independência do Brasil em 1822, é a sétima e última constituição vigente, e, por ser considerada “cidadã”, apresenta em seus dispositivos legais diversos direitos, como os dos povos originários e minorias étnicas.

A CF, em seu artigo 231, reconhece aos índios "direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam" e determina que, *ipsis litteris*, "as terras tradicionalmente ocupadas pelos índios se destinam à sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos neles existentes".

Ainda em seu Capítulo VIII, transcorre-se:

Art. 231. 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.

§ 1º São terras tradicionalmente ocupadas pelos índios as por eles habitadas em caráter permanente, as utilizadas para suas atividades produtivas, as imprescindíveis à preservação dos recursos ambientais necessários a seu bem-estar e as necessárias a sua reprodução física e cultural, segundo seus usos, costumes e tradições.

§ 2º As terras tradicionalmente ocupadas pelos índios destinam-se a sua posse permanente, cabendo-lhes o usufruto exclusivo das riquezas do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes.

§ 3º O aproveitamento dos recursos hídricos, incluídos os potenciais energéticos, a pesquisa e a lavra das riquezas minerais em terras indígenas só podem ser efetivadas com autorização do Congresso Nacional, ouvidas as comunidades afetadas, ficando-lhes assegurada participação nos resultados da lavra, na forma da lei.

§ 4º As terras de que trata este artigo são inalienáveis e indisponíveis, e os direitos sobre elas, imprescritíveis.

§ 5º É vedada a remoção dos grupos indígenas de suas terras, salvo, "ad referendum" do Congresso Nacional, em caso de catástrofe ou epidemia que ponha em risco sua população, ou no interesse da soberania do País, após deliberação do Congresso Nacional, garantido, em qualquer hipótese, o retorno imediato logo que cesse o risco.

§ 6º São nulos e extintos, não produzindo efeitos jurídicos, os atos que tenham por objeto a ocupação, o domínio e a posse das terras a que se refere este artigo, ou a exploração das riquezas naturais do solo, dos rios e dos lagos nelas existentes, ressalvado relevante interesse público da União, segundo o que dispuser lei complementar, não gerando a nulidade e a extinção direito a indenização ou a ações contra a União, salvo, na forma da lei, quanto às benfeitorias derivadas da ocupação de boa fé.

(Constituição Federal, 1988, art. 231, p. 129)

Transcreve-se, portanto, que apesar de direito constitucional, diversas ferramentas jurídicas foram lançadas mão para deslegitimar os direitos conquistados, sobretudo na última legislatura com os artifícios de exploração e os constantes desmontes das políticas e instituições que protegem os povos originários do Brasil, como a Fundação Nacional do Índio (FUNAI).

Para tanto, e à frente de diversas pesquisas sobre as identidades étnicas, coube questionar sua repercussão nos campos do Direito e nas maneiras a que este lança mão para reconhecer a identidade indígena a partir da CF. Ainda que essa possa ser considerada um divisor no reconhecimento dos direitos dos povos originários, do ponto de vista da efetividade de tal reconhecimento e prático, o caminho a percorrer é ainda longo (Wagner, 2018), uma vez que abertamente diversos juristas tem considerado a CF como uma “constituição de alma”, já que produz direitos às minorias, porém sem dita “alma”.

Destaca-se, portanto, que além de direitos fundamentais estruturados no materialismo dos direitos humanos, da Carta da Organização das Nações Unidas (ONU), os direitos dos povos originários baseiam-se na identificação e permanência de sua cultura, que não deve sofrer, sobre qualquer juízo, interferência ou ajuste do homem não-índio colonizador, já que diversas críticas foram postuladas por autores e etnólogos sobre o papel opressivo dos europeus na vinda ao Brasil (Ricardo e Ricardo, 2017).

Cabe, assim, portanto, o reconhecimento das identidades étnicas dos diversos povos originários, baseando-se em prerrogativas legais, morais e éticas, a fim de compreender sua cultura e forma de viver e fazer diversas condições da vida humana, como entendimento da saúde, podendo adequar os instrumentos utilizados na cultura não indígena, ou “branca”, como preferem os colonizadores, propiciando autonomia dos sujeitos e possibilitar a independência, *exempli gratia*, nas diversas formas de se fazer saúde (Wagner, 2018).

O termo a que se refere, fazer saúde, deve ser entendido de maneira individual, e minimamente comunitária, de acordo com os critérios culturais estabelecidos por determinado grupo de pessoas, como os povos originários, uma vez que a compreensão dos saberes se altera nas mais diversas civilidades. Dessa forma, a adaptação cultural de programas propostos pelos homens brancos, deve ser condição *sine qua non* para emancipação, autonomia e independência dos índios que utilizarão dada ferramenta.

Dessa forma, e como explicitado no parágrafo anterior, ainda como base dos direitos dos índios, a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em 1989, descreve em seu artigo 2º, *ipsis litteris*:

Art. 2. Os governos deverão assumir a responsabilidade de desenvolver, com a participação dos povos interessados, uma ação coordenada e sistemática com vistas a proteger os direitos desses povos e a garantir o respeito pela sua integridade. (OIT, 1989, art. 2, p. 2).

Desta forma, além da questão de direito jurídico e legal a que se propõem, as normatizações pressupõem o respeito cultural com base em critérios morais e éticos, que visam estabelecer a integridade étnica, sem que haja influências e proposições dos homens brancos sobre os povos originários (RIBEIRO, 1982), devendo àqueles basearem seus parâmetros nos conhecimentos locais a partir de uma ambientação prévia, sobretudo numa etnografia delimitada que respeite os saberes e formas de se fazer já estabelecidos no processo histórico e construtivo dessa civilidade.

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde (CNS), respectivamente. Essas ditas conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Discute-se, no entanto, que apesar do grande avanço almejado e já conquistados a partir das conferências, faz-se necessário, *a priori*, fornecer meios para o empoderamento da comunidade não

apenas como forma passiva do processo, mas realizadora dele, como participante ativa, inclusive no ato de se fazer saúde, como profissionalização.

Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI)

Aprovada pela Portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 254, de 31 de janeiro de 2002 (DOU nº 26 - Seção 1, p. 46 a 49, de 6 de fevereiro de 2002), a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), foi considerada um marco regulatório do MS que possibilita maiores entendimentos sobre a conceituação de saúde e melhora desta para os povos originários, mas definindo como morte o uso do recurso humano não indígena para a prática da saúde.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória (MP) n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), e pela Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços - voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo considerando as particularidades locais biológicas e sociais.

Desde então, a FUNASA e a FUNAI dividiram a responsabilidade sobre a atenção à saúde indígena, passando a executar, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa, o que acaba por gerar, em última instância perdas ativas do processo de cuidado conquistado a duros movimentos políticos e institucionais. Ambas já tinham estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas.

Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados e de indicadores de impacto sobre a saúde da população indígena. Cabe ainda esclarecer que, como comentado anteriormente, além de superar o aspecto fragmentado da atenção à essa população, deve-se considerar as particularidades do território indígena, como suas especificidades demográficas, epidemiológicas e culturais.

Para tanto, e independentemente dos fracassos alcançados e dos poucos ganhos conquistados, o propósito desta política é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, 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.

Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal

Um documento lançado pelo MS em 2011, intitulado Diretrizes do Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal, apresenta as diretrizes do MS para a organização da atenção à saúde bucal dos povos indígenas, considerando suas características e especificidades. Tais diretrizes constituem o eixo político básico de proposição para a reorientação das concepções e práticas no campo da saúde bucal, capazes de propiciar um novo processo de trabalho tendo como meta à produção do cuidado, respeitando a autonomia, as diferenças culturais e o mosaico extremamente diversificado formado pelos povos originários do Brasil.

Por considerar de forma par, que a população dos povos originários do Brasil se constitui entendendo a função holística do corpo e da saúde, a adequação do processo de trabalho ao modelo de atenção que se está propondo requerem, entre outros pontos, conforme discutido:

Interdisciplinaridade e Multiprofissionalismo: a atuação dos profissionais de saúde bucal não deve se limitar exclusivamente ao campo biológico ou ao trabalho técnico–odontológico. Ademais de suas funções específicas, os profissionais devem interagir as outras áreas, de forma a ampliar seu conhecimento, permitindo a abordagem holística do indivíduo, atenta ao contexto socioeconômico-cultural no qual ele está inserido. A troca de saberes e o respeito mútuo às diferentes percepções devem acontecer permanentemente entre todos os profissionais de saúde para possibilitar que aspectos da saúde bucal também sejam devidamente apropriados e se tornem objeto das suas práticas.

Integralidade da Atenção: a equipe deve estar capacitada a oferecer de forma conjunta ações de promoção, proteção, prevenção, tratamento, cura e reabilitação, tanto no nível individual quanto coletivo, considerando que os comportamentos sociais se dão de forma tal onde o conjunto de ações da sociedade ou em grupo de pessoas influenciam diretamente o olhar individual.

Deve-se observar em ambos os pontos discutidos anteriormente, que os componentes de integralidade e entendimento da saúde de uma maneira mais holística tende a influenciar e delimitar o pensamento desses povos, tornando-se necessária a reorientação do modelo ocidentalizado utilizado pelos homens brancos, em um modelo que considere, inclusive a questão espiritual para a definição do processo saúde-doença.

Destaca-se, ainda, que além da promoção e da prevenção à saúde, outras formas que influenciam diretamente o processo saúde-doença, como a recuperação e reabilitação, devem ser melhores entendidas, já que para apresentar os pressupostos de um modelo de atenção que considera a realidade epidemiológica e valoriza as representações culturais dos povos, é capaz de fornecer uma orientação sistematizada para as diversas atividades de saúde bucal como possível não realidade em oferecer um tratamento curativo ou reabilitador, como prótese, não entendido como “real” ou necessário para o grupo.

Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística de saúde, cujo princípio é a harmonia de indivíduos, famílias e comunidades com o universo que os rodeia. As práticas de cura respondem a uma lógica interna de cada comunidade e são o produto de sua relação particular com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem. Essas práticas e concepções são, geralmente, recursos de saúde de eficácias empírica e simbólica, mas que devem ser consideradas

a fim de empoderar os habitantes locais e considerar como real suas simbologias e mitos no processo de adoecimento e cura.

Portanto, a melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina, considerando-os como receptores passivos, despossuídos de saberes e práticas ligadas ao processo saúde-doença, e sim através de uma troca de saberes diversos (dos indígenas e não indígenas), que juntos e de forma complementar intensifiquem o cuidado e promovam uma melhora da qualidade de vida.

O princípio que permeia todas as diretrizes da PNASPI é o respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios a cada sociedade indígena e a seus diversos especialistas. Portanto, a articulação com esses saberes e práticas deve ser estimulada para a obtenção da melhoria do estado de saúde dos povos indígenas.

Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)

O DSEI é um modelo de organização de serviços orientado para ser um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo delimitado. Tais distritos são responsáveis pelo conjunto de atividades técnicas, medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde para uma população local e descentralizada. Tem o objetivo, inclusive, de promover a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e organizar as atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, estimulando o controle social, de acordo com as especificidades locais.

Cada distrito organiza, de maneira ordenada, uma rede de serviços de atenção básica de saúde dentro das áreas indígenas, integrada e hierarquizada com complexidade crescente e articulada com a rede do SUS. Destaca-se nesse ponto que tal processo, apesar de integrativo, considera apenas o modelo biomédico centrado, inclusive com classificação hierárquica do cuidado: prática já superada na construção do modo de saúde ocidental, que preconiza sobretudo a promoção de saúde e o letramento estratégico impedindo o início de adversidades.

Entre as atribuições dos DSEIs, destacam-se a preparação dos recursos humanos para atuação no âmbito intercultural, monitoramento das ações de saúde dirigidas aos indígenas, articulação dos sistemas tradicionais indígenas de saúde, promoção do uso adequado e racional de medicamentos, promoção de ambientes saudáveis e proteção da saúde indígena.

A população indígena e o Parque Nacional do Xingu

Criado pelo Decreto nº 50.455, de 14/04/1961, assinado pelo presidente Jânio Quadros, o Parque Nacional do Xingu foi regulamentado pelo Decreto nº 51.084, de 31/07/1961. Ainda assim, ajustes foram realizados através dos Decretos nº 63.082, de 06/08/1968, e nº 68.909, de 13/07/1971, tendo sido feita a demarcação de seu perímetro atual em 1978 (Xingu, 2009), compreendendo a região norte e centro-oeste do Brasil.

O rio Xingu, nome que fornece base para o termo da região que compreende o parque, é um afluente do rio Amazonas que percorre as regiões Norte e Centro-Oeste do Brasil, e, como percorrido anteriormente, foi apenas em 1961 que o governo brasileiro criou o Parque Nacional para proteger as comunidades indígenas e povo originários daquela região. Pelo fato dos poderes legislativo e executivo do Mato Grosso (MT) estarem representados na decisão da demarcação da área do parque, o estado começou a conceder, dentro desse perímetro, terras a companhias colonizadoras.

Os povos originários estão presentes em todos os estados brasileiros, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, vivendo em 579 terras indígenas que se encontram em diferentes situações de regularização fundiária e que ocupam cerca de 12% do território nacional. Uma parcela vive em áreas urbanas, geralmente em periferias, dada as desigualdades brasileiras a que se submetem populações e minorias às vulnerabilidades decorrentes do capitalismo neoconservador do Brasil.

Em 1991, o Parque Nacional do Xingu possuía 3.500 habitantes distribuídos em 15 diferentes grupos indígenas localizados em três regiões do Parque, discriminados em Alto, Médio e Baixo Xingu (Rigonatto et al., 2001). Atualmente, o Parque possui uma extensão de 27.000 km² e abriga uma população média de 4500 índios, de acordo com os últimos levantamentos realizados pelo censo de 2010.

A população indígena brasileira no total é estimada em, aproximadamente, 370.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, falantes de mais de 170 línguas identificadas. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entender e se organizar diante do mundo, que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território, os quais devem ser respeitados ética e moralmente, baseado, sobretudo, nos direitos constitucionais conquistados por essa minoria étnica.

Dita população compõem uma diversidade de quatorze etnias que se expressam por diferentes línguas e culturas, tais como os Kamaiurá e Kaiabi (família Tupi-Guarani), Juruna (tronco Tupi), Aweti (tronco Tupi), Mehinako, Wauja e Yawalapiti (família Aruak), Kalapalo, Ikpeng, Kuikuro, Matipu e Nahukwá (família Karib), Suyá (família Jê) e Trumai.

No sul do Parque Nacional do Xingu, ficam os povos semelhantes culturalmente, compreendendo a área do Alto Xingu, cujas etnias são atendidas pelo Posto Indígena de Saúde Leonardo Villas Bôas. No Médio Xingu ficam as etnias Trumai, os Ikpeng e os Kaiabi, atendidos pelo Posto Pavuru. Ao norte estão os Suyá, Yudjá e Kaiabi, atendidos pelo Posto Diauarum. A figura abaixo demonstra as etnias, associada às aldeias e população correspondente.

Cada posto apoia a logística de projetos e atividades desenvolvidas no Parque, como educação e saúde, havendo em todos eles uma Unidade Básica de Saúde (UBS), onde trabalham agentes indígenas de saúde, primeira categoria profissional que compreende a inclusão de moradores locais e atuam como os clássicos agentes comunitários de saúde, e funcionários da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), conveniada com a FUNASA. Existem ainda onze Postos de Vigilância nos limites do território, às margens dos principais rios formadores do Xingu (Menezes, 2000). A figura abaixo demonstra os polos de saúde do Xingu.

Toda esta dinâmica de estruturação do Parque Indígena do Xingu o torna um dos redutos regulamentados pelo governo, com parcerias com universidades e associações protetoras dos povos originários, mais seguros para a preservação da cultura indígena do Brasil, apesar dos diversos dispositivos tratados anteriormente para deslegitimá-los. Os índios do Xingu, além de proteção legislativa do seu território, garantida pelo governo federal, são protegidos da invasão física não autorizada dos brancos em todo o seu território. Se o índio não se deslocar para a cidade, não há formas de terem contato com não indígenas, exceto com as equipes que desenvolvem trabalhos de educação, saúde e infraestrutura dentro do Parque.

Figura 1 - Etnias do Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – distribuídas segundo as aldeias e localidades assistidas e suas populações.

Fonte: Lemos et al., 2010.

Etnias / Família linguística	Aldeias	População
KAIABI / Tupi	Três Irmãos	63
	Barranco Alto	31
	Ilha Grande	72
	Guarujá	89
	Tuiararé	143
	Moitará	35
	Itai	14
	Piraquara	06
	Capivara	144
	Aiporé	67
	Paranaíta	13
	Fazenda Mupada	13
	Fazenda João	13
	PIV Manito	24
	Sobradinho	99
	Maracá	35
Arraia	08	
TRUMAI / Isolada	Boa Esperança	37
	Terra Nova	42
	Steinen	18
	Cristalina	15
SUIÁ / Jê	Ngoiwere	190
	Rapozão	27
	Beira Rio	14
	Ngossoko	44
JURUNA / Tupi	Tuba-tuba	149
	Parquissamba	48
	Pequizal	31
WAURÁ / Arawak	Aruak	45
KAMAIURÁ / Tupi	Morena	96
IKPENG / Karibe	Moigu	225
	Ronuro	25
IKPENG	* Polo Pavuru	113
KAIABI- SUIÁ - JURUNA	** Polo Diaurun	307
SUIÁ	*** Polo Wawi	4
TOTAL : 07 etnias	31 aldeias / 03 polos-base	2299

Figura 2 - O Parque Indígena do Xingu – DSEI-Xingu – com as indicações dos quatro polos de saúde: Leonardo Villas Bôas, Pavuru, Diauarun e Wawi.
 Fonte: Lemos et al., 2010.



Como discutido por diversos autores etnógrafos e antropólogos, a preservação dos hábitos e culturas de vida foi se esvaindo de acordo com constante contato com a população não indígena. Cita-se, *exempli gratia*, o prolongado período de amamentação dos bebês. Destacado por Fagundes-Neto et al., 1981, a maioria das crianças é amamentada até dois anos de idade, e geralmente se amamentam durante as outras gestações que sua mãe vier a ter. Como resultado, as crianças têm os instintos da fase

oral preservados com a amamentação longa e a alimentação consistente que permitem o uso eficiente da dentição.

A alimentação dos povos do Xingu é baseada em mandioca e seus derivados, como o beiju, a farinha, o mingau e peixe pescado nos afluentes do rio Amazonas. A carne vermelha está presente na alimentação xinguana por certos períodos do ano e se baseia nas carnes de macaco, algumas aves como o mutum e o jacu. As frutas como o pequi, a banana, a laranja e coquinhos de várias espécies também fazem parte desta dieta (Fagundes-Neto et al. 1981, Regalo et al., 2008). A carne de jacaré é bastante apreciada e faz parte da alimentação de algumas etnias específicas.

O trabalho assistencial à saúde indígena no Parque Nacional do Xingu é desenvolvido há mais de quarenta anos pela UNIFESP com apoio da FUNASA. A UNIFESP e seus conveniados desenvolveram uma dinâmica assistencial que tem como meta, de uma maneira bastante simplificada, formar agentes de saúde indígena, além de contratar enfermeiros, médicos e dentistas para atuarem dentro do Parque e fornecer infraestrutura básica, materiais e medicamentos para o funcionamento das UBSs instaladas no Parque. Porém, e apesar dos avanços encontrados, não há até o momento uma proposta de desenvolvimento de habilidade dos moradores locais através de cursos técnicos que os qualifiquem para atuar de forma direta em seu espaço.

Os profissionais da saúde não indígenas contratados pela UNIFESP possuem uma missão de prestarem assistência à saúde indígena nos níveis básico e intermediário, baseado no modelo e conceito biomédico centrado e hierárquico curativo. A demanda de serviços especializados é sanada por atendimento hospitalar na cidade de Canarana ou até mesmo, para casos mais complexos, na UNIFESP.

A assistência à saúde odontológica é suprida pela atuação de dois cirurgiões-dentistas (CDs) contratados pela UNIFESP. Um deles fica responsável pelo Polo de Saúde Diauarum e todas as aldeias referentes à região. O outro é responsável pelo Polo de Saúde Pavuru e todas as aldeias da região. Desta forma, existe uma carência muito grande de assistência odontológica no Parque Nacional do Xingu. Esta carência atualmente está sendo suprida pela parceria da FORP-USP com a FUNAI e a UNIFESP para o atendimento odontológico assistencial por meio do Projeto Xingu da FORP-USP.

Como forma de suprir tal carência, e ainda, buscar a autonomia dos residentes originários, o empenho em empoderar os cidadãos locais, por meio de cursos técnicos, que façam com que essa civilidade não necessite de ajuda externa, se torna uma realidade a ser perpassada e superada por um projeto de qualificação profissional dos residentes locais, que além de possibilitar recursos humanos suficientes para o porte populacional, ainda fornece um cuidado por pessoas que conhecem e entendem realmente as características locais.

Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil

De forma, tal, a situação atual da saúde dos povos originários do Brasil é exposta a incluir toda a diversidade das culturas indígenas, desconsiderando as especificidades de cada tribo ou região. Os povos indígenas enfrentam situações distintas de tensão social, ameaças e vulnerabilidade. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento)

vem ameaçando a integridade do ambiente nos seus territórios e os seus saberes, sistemas econômicos e organização social.

Em linhas gerais, uma vez em contato permanente com as sociedades ocidentais, nota-se uma trajetória comum na saúde bucal (SB) dos povos indígenas. As mudanças socioeconômicas e culturais, decorrentes deste processo, interferem nas formas de subsistência e introduzem novos tipos de alimentos, particularmente os industrializados, que provocam importantes alterações nos padrões de SB. Em geral, esses grupos partem de uma situação de baixa para alta prevalência de doenças bucais, principalmente a cárie (Arantes, Frazão e Santos, 2001; Donnelly et al., 1977; Pose, 1993).

Em termos gerais observa-se um crescimento demográfico entre os povos indígenas do país, fato normalmente associado à conservação do ambiente natural, estabilização das relações interétnicas, demarcação das terras indígenas e melhoria do acesso aos serviços de atenção primária à saúde (APS). Contudo, não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde dessa população, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não-governamentais (ONGs) ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviços de atenção à saúde a esses povos.

Em algumas regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional não indígena, nota-se o aparecimento de novos problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida e, especialmente, na alimentação: a hipertensão arterial, o diabetes, o câncer, o alcoolismo, a depressão e o suicídio são problemas cada vez mais frequentes em diversas comunidades, que se manifestam em decorrência da acentuada e prolongada relação com a população circunjacente.

Ainda assim, a descontinuidade das ações e a carência de profissionais fizeram com que muitas comunidades indígenas se mobilizassem, desde os anos 70, de diversas maneiras, especialmente por intermédio de suas organizações juridicamente constituídas, para adquirir conhecimentos e controle sobre as doenças e agravos de maior impacto sobre sua saúde, dando origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, com a participação das diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

A capacitação da equipe técnica, em especial dos agentes indígenas de saúde e auxiliares de enfermagem indígenas foi muito importante para atingir boas coberturas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças até cinco anos de idade. A prevalência de desnutrição permanece elevada, embora perceba-se uma tendência à sua diminuição nos últimos anos. Como medida de enfrentamento do problema tem sido realizada a suplementação alimentar com polivitamínicos e ferro, além do tratamento coletivo de parasitoses intestinais. Juntamente com as medidas de caráter biomédico, diversos encontros são realizados nas comunidades para a discussão da segurança alimentar, levantamento da rede social de cada criança de risco ou desnutrida e dos aspectos socioculturais envolvidos.

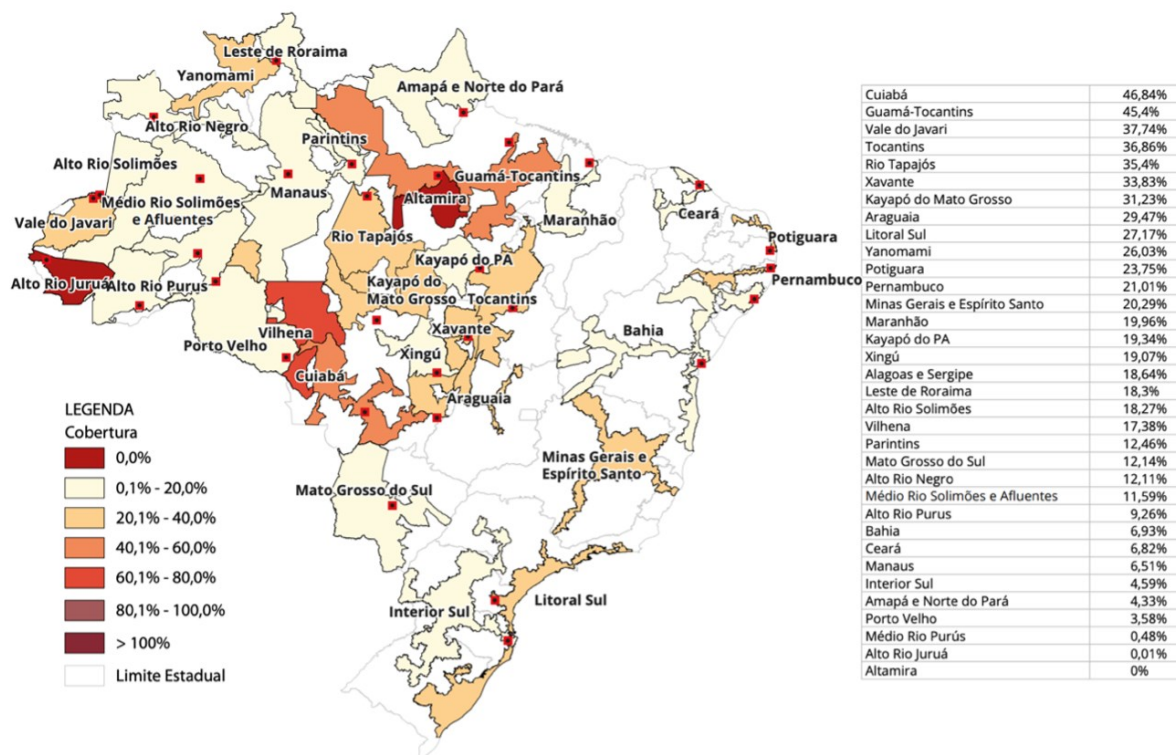
De acordo com o manual publicado pelo MS em 2019, Saúde indígena na análise da situação de saúde no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS), no que se refere ao acesso a serviços de assistência odontológica básica no subsistema de atenção à saúde indígena, 2015 a 2017, os dados

indicam que a cobertura de primeira consulta programática nacional indígena aumentou de 16,51%, em 2015, para 29,15%, em 2017, o que representa um incremento de 12,63% no período analisado.

Dessa forma, pode-se afirmar que 29,15% da população indígena realizou ao menos uma consulta odontológica em 2017, o que se demonstra como precária e pequena, visto que menos da metade da população indígena teve contato pelo menos uma vez ao profissional. A figura abaixo demonstra a cobertura de primeira consulta odontológica programática em indígenas por DSEI, 2015. Notar que a região do Xingu está classificada com baixa cobertura de primeira consulta odontológica, variando de 0,1% a 20%.

Tal problema escancara a necessidade de projetos que visem a introdução de cursos profissionalizantes para a população local dispor de mão de obra e recursos humanos capacitados, que ao menos ofereça certa atenção à saúde de forma a possibilitar acesso adequado e orientações baseadas em evidência para romper os mecanismos introdutórios de patologias como cárie, tã e quão mais prevalente nessa população.

Figura 3 - Cobertura de Primeira Consulta Odontológica Programática em Indígenas por DSEI, 2015. Fonte: SIASI/SESAI/MS.



De acordo com uma pesquisa descritiva publicada por Lemos et al., 2018, diversas conclusões foram levantadas acerca da real condição de SB local do DSEI Xingu. Diferentemente dos dados apresentados anteriormente, nessa série temporal, são apresentados os indicadores cobertura de primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico básico concluído, referentes aos anos 2006-2013. A cobertura da primeira consulta odontológica foi superior a 60% em todos os anos analisados, exceto 2009 e 2010 com uma cobertura de 44,7% e 53,4%, respectivamente. Os resultados

apresentados mostraram um declínio do acesso ao tratamento odontológico programático a partir de 2008, sendo restabelecido somente a partir de 2011. A figura abaixo demonstra o explicitado anteriormente.

Figura 4 - Indicadores de cobertura de primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2006-2013.

Fonte: Lemos et al., 2018.

Indicador	Medida	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/População total em determinado local e período x 100	67,4	69,9	60,0	44,7	53,4	71,2	70,2	70,6
Tratamento odontológico básico concluído	Total de pessoas que concluíram o tratamento odontológico básico em determinado local e período/Total de pessoas que realizaram consulta odontológica programada em determinado local e período x 100	44,9	48,1	79,9	66,7	52,8	65,3	63,3	57,7

Outro dado apresentado pelos autores está diretamente associado ao total de exodontias em relação ao total de procedimentos, que é um indicador que pode refletir a priorização das ações em curativas, preventivas ou cirúrgicas. Os valores mínimo e máximo de extrações dentárias foram respectivamente, 170 e 604, com uma média de 499,5 no período. No ano de 2009, foram encontrados o menor número de extrações e o segundo menor número de procedimentos preventivos e curativos. Os valores mínimo e máximo de procedimentos preventivos e curativos foram, respectivamente, 2.481 e 12.507, com uma média de 7.346,2 no período, conforme demonstra a figura abaixo.

Figura 5 - Números totais de extrações dentárias, números totais de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos e indicadores de proporção de exodontia em relação aos procedimentos. Parque Indígena Xingu, Brasil, no período de 2004-2013.

Fonte: Lemos et al., 2018.

Medida	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número total de extrações dentárias	602	549	604	546	466	170	481	480	512	585
Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos	2.481	5.134	4.765	7.115	10.353	4.215	7.076	12.507	10.647	9.169
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	24,3	10,7	12,7	7,7	4,5	4,0	6,8	3,8	4,8	6,4

A diminuição da proporção de exodontia pelo número total de procedimentos clínicos explicitados pode ser explicado pelos maiores cuidados e orientações preventivas acumuladas dos anos anteriores, o que sugere que a atenção especializada impede a evolução de doença como cárie ou doença periodontal, e conseqüentemente a diminuição da necessidade de exodontia.

Especialmente em se tratar do nível da doença cárie nas comunidades indígenas brasileiras, uma revisão sistemática publicada em 2014, por Alves Filho et al., descreveu como resultados que as etnias indígenas mais pesquisadas foram as do Brasil, com maior percentual de estudos sobre

comunidades indígenas do Xingu e Xavante (31,6%). Um dos estudos evidenciou a associação positiva entre perda dental e aumento da idade entre índios Guarani, no Brasil, com maior proporção de sangramento gengival entre adolescentes do sexo masculino e mulheres apresentando maior número de sextantes excluídos por perda dental.

Dois estudos longitudinais com índios Xavante, no Brasil, apontaram diferenças significativas na incidência de cárie entre idades e entre sexos, concluindo que pela análise dos artigos, é possível inferir que o aumento da idade e diferenças entre sexos são possíveis fatores associados ao aumento da cárie dentária e doenças periodontais nas etnias Guarani e Xavante, localizadas no Brasil.

Em 2006, foi realizado um levantamento epidemiológico de toda população acima de um ano de idade das aldeias do baixo, médio e leste do PIX. A metodologia utilizada foi a preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), e a ficha clínica foi adaptada do modelo proposto para o levantamento nacional do MS (SB 2000). A prevalência de cárie foi avaliada pelo índice CPO (Dentes cariados, obturados e perdidos), que pode variar de 0 a 32. As informações permitiram o conhecimento sobre a situação da SB das comunidades, com o propósito de subsidiar as ações de enfrentamento do problema. Segundo dados do arquivo da UNIFESP, a média de CPO dos adolescentes de 12 anos das áreas de abrangência dos polos-base Pavuru, Diauarum e Wawi, em 2006, era de 2,54. Uma média, comparativamente, menor que a brasileira, que registrou, em 2003, 2,78, e menor que a meta estabelecida pela OMS no ano 2000, de média 3. A situação, contudo, permanece aquém da nova meta da OMS, estabelecida em 2010, em que a média deve ser de apenas 1 dente cariado.

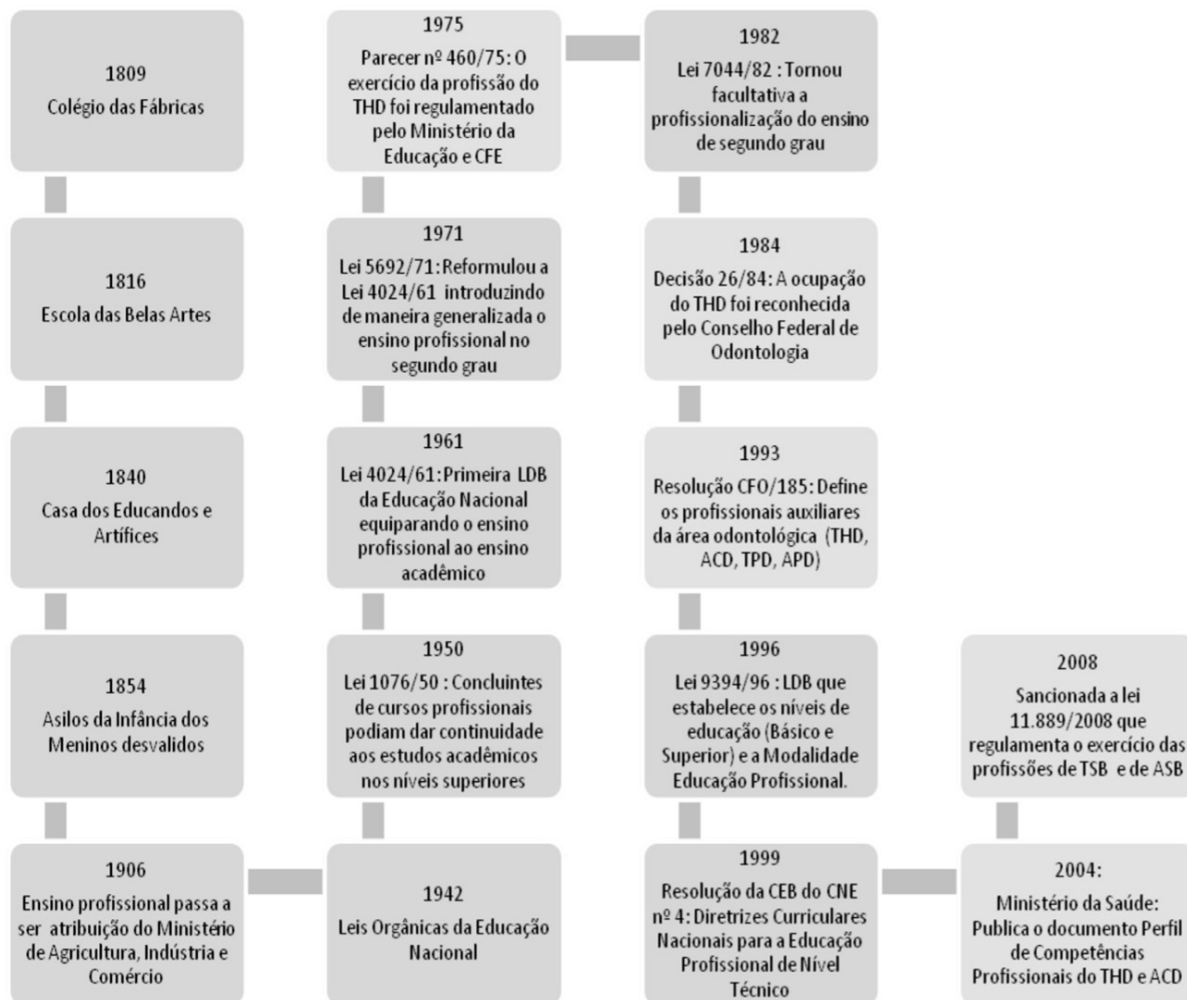
Nesse caso, o entendimento das práticas de saúde dessa população deve ser melhor entendida, visto que seus índices são inferiores aos índices de não indígenas, que não se explicita pela ausência de bens de consumo como escova e pasta de dente fluoretada, além de água de consumo tratada. Outra possível análise é capaz de relacionar a relação direta entre a amamentação prolongada e o menor consumo de alimentos industrializados e cariogênicos.

Regulamentação do Técnico em Saúde Bucal (TSB) no Brasil

Os Técnicos em Saúde Bucal (TSBs) são profissionais habilitados que atuam sob a orientação e supervisão do CD e executam tarefas auxiliares no atendimento odontológico, atuando na promoção, prevenção e controle das doenças bucais. O exercício da ocupação do TSB foi inicialmente normatizado pelo Ministério da Educação (MEC) e pelo Conselho Federal de Educação (CFE), por meio do Parecer nº 460/75 (CFE,1975) sob os princípios da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) nº 5.692/71. Alguns anos depois a ocupação foi reconhecida pelo Conselho Federal de Odontologia (CFO) (CFO, 2005) através da Decisão 26/84 de 1984. Apesar de todo percurso da história da profissão, somente em dezembro de 2008, a Lei nº 11.889 (BRASIL, 2008) foi finalmente sancionada pelo Governo Federal e passou então a regulamentar a profissão e definir suas competências. A figura abaixo demonstra a trajetória histórica da regulamentação da profissão no Brasil.

Figura 6 - Linha da trajetória histórica: momentos primordiais na regulamentação da profissão do TSB no contexto da formação profissional no Brasil.

Fonte: Faquim e Carnut, 2012.



Por fim, a que pese levantar, a Lei nº 11.889 de 2008, é a que regulamenta oficialmente as atividades e exercício da profissão TSB no território nacional, em que no artigo 5º, descreve, *ipsis litteris*:

Art. 5º Competem ao Técnico em Saúde Bucal, sempre sob a supervisão do cirurgião-dentista, as seguintes atividades, além das estabelecidas para os auxiliares em saúde bucal:

I - participar do treinamento e capacitação de Auxiliar em Saúde Bucal e de agentes multiplicadores das ações de promoção à saúde;

II - participar das ações educativas atuando na promoção da saúde e na prevenção das doenças bucais;

III - participar na realização de levantamentos e estudos epidemiológicos, exceto na categoria de examinador;

IV - ensinar técnicas de higiene bucal e realizar a prevenção das doenças bucais por meio da aplicação tópica do flúor, conforme orientação do cirurgião-dentista;

V - fazer a remoção do biofilme, de acordo com a indicação técnica definida pelo cirurgião-dentista;

VI - supervisionar, sob delegação do cirurgião-dentista, o trabalho dos auxiliares de saúde bucal;

VII - realizar fotografias e tomadas de uso odontológicos exclusivamente em consultórios ou clínicas odontológicas;

VIII - inserir e distribuir no preparo cavitário materiais odontológicos na restauração dentária direta, vedado o uso de materiais e instrumentos não indicados pelo cirurgião-dentista;

IX - proceder à limpeza e à anti-sepsia do campo operatório, antes e após atos cirúrgicos, inclusive em ambientes hospitalares;

X - remover suturas;

XI - aplicar medidas de biossegurança no armazenamento, manuseio e descarte de produtos e resíduos odontológicos;

XII - realizar isolamento do campo operatório;

XIII - exercer todas as competências no âmbito hospitalar, bem como instrumentar o cirurgião-dentista em ambientes clínicos e hospitalares.

(Lei Nº 11.889, de 24 de dezembro de 2008, p. 1)

Esclarece-se que certa atenção deve ser voltada a essa legislação e o proposto por esse projeto, que sugere a ação clínica e educativa do TSB sem a presença do CD. Tal atenção deve ser discutida, visto que a capacitação e profissionalização ao nível técnico, permite em última instância, a realização de diversos procedimentos de orientação educacional como possível sem a presença local do CD.

Destaca-se, ainda, nessa forma, que conforme a resolução 63 de 2005 do CFO, o artigo 17 orienta acerca das disciplinas mínimas que devem conter na grade curricular dos cursos de TSB. Dessa forma, a se demonstrar, ditas disciplinas estão em consonância direta com o estado epidemiológico das tribos dos povos originários discutidos anteriormente, fazendo-se apenas necessária adaptação transcultural das ementas.

Art. 17. O mínimo de disciplinas profissionalizantes para o curso de técnico em saúde bucal é: (Redação alterada pela Resolução CFO 86/2009)

- a) Promoção e prevenção em Saúde Bucal;
- b) Anatomia e Fisiologia Bucal;
- c) Processo de Trabalho e Humanização em Saúde;
- d) Ergonomia e Técnicas de Instrumentação;
- e) Biossegurança;

- f) Equipamentos, materiais, medicamentos e instrumentais odontológicos e de higiene dental;
- g) Conceitos básicos sobre procedimentos restauradores; e,
- h) Proteção radiológica ocupacional”.

(Resolução CFO-63/2005, p. 7)

Para tanto, em que pese observar, apesar dos ganhos propostos pelos projetos até hoje realizados entre parcerias da FUNAI, FUNASA, universidades e M.S., os objetivos de equidade, respeito cultural e autonomia com prosseguimento de tratamento, ainda estão distantes de serem observados.

As sugestões propostas para adequação da grade curricular, considerando as especificidades locais, saberes próprios, bem como os aspectos epidemiológicos, são condição *sine qua non* para uma maior efetividade e eficácia das ações, que construam de maneira interdisciplinar e transcultural uma base para a melhora da qualidade de vida da população dos povos originários.

CONCLUSÃO

Tanto quanto possível, a adaptação/adequação do currículo de um curso técnico de saúde bucal se faz necessária, visto as especificidades locais e a inevitabilidade em preservar os conceitos da odontologia baseada em evidência, fortalecendo os aspectos culturais, geográficos e de preferências do coletivo, tornando exequível a captação de recursos humanos e a possibilidade em definir um modelo de saúde de promoção, preventivo e curativo o mais perto do ideal para a comunidade dos povos originários do Xingu.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Fatores associados à cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. Rev Panam Salud Pública 2014; 35:67-77.

ARANTES, R.; SANTOS, R.V. e COIMBRA Jr., C.E.A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública (17):375-384, 2001.

Baruzzi RG, Junqueira C. Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história São Paulo: Terra Virgem; 2005.

Baruzzi, R.G. 1993. Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Da criação da FUNAI aos dias atuais. Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente, nº 4, Dezembro.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

Brasil. Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008: Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB.

Brasil. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção primária (PMAQ): Manual Instrutivo – Anexo, Ficha de Qualificação dos Indicadores. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. 16.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica n. 17: Saúde Bucal Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO85/2009: Altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos Capítulos IV e V da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia.

Costa, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1987, v. 3, n. 4 [Acessado 5 Dezembro 2022], pp. 388-401. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>>. Epub 23 Jan 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>.

DONNELLY, C.J. et al. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomami Indians, Venezuela. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 5:30-39, 1977.

FAQUIM, JPS. CARNUT, L. Linha da trajetória histórica: momentos primordiais na regulamentação da profissão do TSB no contexto da formação profissional no Brasil. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2):202-207.

Fagundes-Neto U, Baruzzi RG, Wehba J, Silvestrini WS, Morais MB, Cainelli M: Observations of the Alto Xingu indians (Central Brasil) with special reference to nutritional evaluation in children. *Am J Clin Nutr* 1981; 34:2229–2235.

Lemos, Pablo Natanael et al. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2018, v. 34, n. 4 [Acessado 5 Dezembro 2022], e00079317. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00079317>>. Epub 29 Mar 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00079317>.

Lemos, Pablo Natanael et al. O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010, v. 15, suppl 1

Regalo SC, Vitti M, Moraes MT, Semprini M, de Felício CM, de Mattos Mda G, Hallak JE, Santos CM. Electromyographic analysis of the orbicularis oris muscle in oralized deaf individuals. *Braz Dent J* 2005; 16(3):217-222.

CURRICULARIZATION OF A MEDIUM LEVEL TECHNICAL COURSE IN ORAL HEALTH FOR AN INDIGENOUS COMMUNITY IN XINGU – AN ENVIRONMENTAL ANALYSIS

Sergio Rodrigues ¹, Simone Cecilio Hallak Regalo ²

¹ Graduate student in Sciences in the Oral Biology program at the Faculty of Dentistry of Ribeirão Preto at the University of São Paulo

² Professor of the Graduate Program in Sciences at the Oral Biology Program at the Faculty of Dentistry of Ribeirão Preto at the University of São Paulo

ABSTRACT

With the aim of promoting health, specifically when associated with oral health, care practices, whether curative, preventive or promotional, must meet the challenges imposed by various factors that shape, above all, the social and community aspect of a given culture. Evidence-based practice consists mainly of adapting dialogue and instruments to the reality of the community in which it is proposed to carry out a certain clinic or action. This work aimed to carry out a geographic and cultural environmental analysis of the native peoples of the Xingu with the intention of adapting/adapting a curricular model of an oral health technician course for the local community. As this is a descriptive observational study with secondary data, data collection was based mainly on the critical observation of scientific research already published in the main databases, such as PubMed, SciELO and LILACS, in addition to databases offered by the gray literature, such as the Federal Constitution, laws, government and parliamentary documents. For data collection in the main databases, the descriptors “health care”, “dentistry”, “evidence-based dentistry”, “original peoples”, “indians” and “Xingu” were inserted in the advanced search with the Boolean operators <and> and/or <or>. The selection of articles was of the qualitative type, integrating any and all literature that discussed the subject, without time or language limits. Thus, qualitative and quantitative methodological studies were inserted to ensure maximum stress on the proposed theme. It was concluded from this research that, as much as possible, the adaptation/adaptation of the curriculum of a technical course in oral health is necessary, given the local specificities and the inevitability of preserving the concepts of evidence-based dentistry, strengthening the cultural aspects, geographic and collective preferences, making it feasible to attract human resources and the possibility of defining a model of health promotion, prevention and care that is closer to the ideal for the community of peoples originating from the Xingu.

Keywords: Indigenous Peoples. Oral Health Technician. Xingu.

RESUMO

Com o intuito em promover saúde, especificamente quando associado à saúde bucal, as práticas de atenção, sejam elas curativas, preventivas ou de promoção, devem obedecer aos desafios impostos por diversos fatores que moldam, sobretudo, o aspecto social e comunitário de uma determinada cultura. A prática baseada em evidência compõe-se principalmente da adequação do diálogo e instrumentos à realidade da comunidade em que se propõem executar determinada clínica ou ação. Este trabalho teve como objetivo realizar uma análise ambiental geográfica e cultural dos povos originários do Xingu com intenção em adaptar/adequar um modelo curricular de curso de técnico em saúde bucal para a comunidade local. Por se tratar de um estudo do tipo observacional descritivo com dados secundários, a coleta de dados baseou-se principalmente na observação crítica de pesquisas científicas já publicadas nas principais bases de dados, como PubMed, SciELO e LILACS, além de bases ofertadas pela literatura cinzenta, como a Constituição Federal, leis, documentos governamentais e parlamentares. Para a coleta de dados nas bases principais, os descritores “atenção à saúde”, “odontologia”, “odontologia baseada em evidência”, “povos originários”, “índios” e “Xingu” foram inseridos na pesquisa avançada com os operadores booleanos <and> e/ou <or>. A seleção dos artigos foi do tipo qualitativa, integrando toda e qualquer literatura que discutisse sobre o assunto, sem limite temporal e de língua. Dessa forma, estudos metodológicos qualitativos e quantitativos foram inseridos para garantir máxima estafa sobre o tema proposto. Concluiu-se com essa pesquisa que, tanto quanto possível, a adaptação/adequação do

currículo de um curso técnico de saúde bucal se faz necessária, visto as especificidades locais e a inevitabilidade em preservar os conceitos da odontologia baseada em evidência, fortalecendo os aspectos culturais, geográficos e de preferências do coletivo, tornando exequível a captação de recursos humanos e a possibilidade em definir um modelo de saúde de promoção, preventivo e curativo o mais perto do ideal para a comunidade dos povos originários do Xingu.

Palavras-chave: Povos Originários. Técnico em Saúde Bucal. Xingu.

INTRODUCTION

With the aim of promoting health, specifically when associated with oral health, care practices, whether curative, preventive or promotional, must meet the challenges imposed by various factors that shape, above all, the social and community aspect of a given culture. Evidence-based practice consists mainly of adapting dialogue and instruments to the reality of the community in which it is proposed to carry out a certain clinic or action.

In this way, it is important to understand and adapt to the most diverse factors, be they epidemiological, social and structural factors that configure the community, especially the communities of the original peoples settled in the different Brazilian states, given their particularities of language, communication and forms to understand health and its care models, which generally differ from the models traditionally and usually employed in non-indigenous Brazilian society.

Such a form of adjustment and incorporation of the reality of the studied community must be a *sine qua non condition* for the ethics of the proposed object of study, since the spaces must be observed not as geographic delimitations without experiences, but as “social spaces” composed of subjects, cultures, relationships, beliefs and structures that configure their own peculiarities and that need to be considered when investigated, especially when such investigation suggests experimentation with the intention of “improving” the local condition.

Following the aforementioned logic, a process of partnership between the Faculty of Dentistry of Ribeirão Preto (FORP) and the indigenous people of the Xingu region, in Mato Grosso, propose, through a setting of the local reality, considering the local specificities, the adaptation/ curricular adequacy of an oral health technician course for native peoples, considering, in view of this, the molding supported by evidence-based practice (EBP).

It is clarified, however, that evidence-based practice (EBP) considers, in addition to professional preferences and the best existing and published literature, individual preferences of the culture in which it proposes to investigate and, above all, of the local sociocultural analysis, translating it if in the concept of extended health and according to the specific reality, subjective or not, local.

OBJECTIVES

This work aimed to:

1. Carry out a geographic and cultural environmental analysis of the native peoples of the Xingu with the intention of adapting/adapting a curricular model for a technical course in oral health for the local community.

MATERIALS AND METHODS

As this is a descriptive observational study with secondary data, data collection was based mainly on critical observation of scientific research already published in the main databases. Word combinations were adapted for each of the six electronic databases selected as a source of information: Embase, PubMed (including Medline), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), LIVIVO, Scopus and Web of Science. In addition, gray literature was also used as a source of information through Google Scholar and OpenGrey, such as the Federal Constitution, laws, government and parliamentary documents.

For data collection in the main databases, the descriptors “health care”, “dentistry”, “evidence-based dentistry”, “original peoples”, “indians” and “Xingu” were inserted in the advanced search with the Boolean operators < and> and/or <or>.

The selection of articles was of the qualitative type, integrating any and all literature that discussed the subject, without time or language limits. Thus, qualitative and quantitative methodological studies were inserted to ensure maximum stress on the proposed theme.

REVIEW AND DISCUSSION

The indigenous population and the rights conquered

The weight of the Portuguese colonizing past in Brazil incited, in a certain way, various aggressions, including human rights, and disposed of victims, land grabbing, slavery and neglect, especially in blacks brought from Africa and Indians from the then “New World”. Said aggressions were enough to decimate, in some cases, entire populations. Therefore, with the beginning of the republic and the understanding of ethnic identities discussed by several anthropologists and sociologists, and the search for human rights, little by little, the rights of native peoples were recognized, and their cultures were gradually studied.

The Federal Constitution (CF) of 1988, known today as the Citizen Constitution, is the one that governs the entire Brazilian legal system and, since Brazil's independence in 1822, is the seventh and last constitution in force, and, because it is considered “citizen”, presents various rights in its legal provisions, such as those of indigenous peoples and ethnic minorities.

The CF, in its article 231, recognizes the Indians' “original rights over the lands they traditionally occupy” and determines that, *ipsis litteris*, “the lands traditionally occupied by the Indians are intended for their permanent possession, leaving them the exclusive use of the rich soil, rivers and lakes existing therein”.

Still in its Chapter VIII, it transpires:

Art. 231. Indigenous peoples' social organization, customs, languages, beliefs, and traditions are recognized, as well as their original rights over the lands they

traditionally occupy, and the Union is responsible for demarcating them, protecting and ensuring respect for all their assets.

§ 1 The lands traditionally occupied by the Indians are those that they inhabit permanently, those used for their productive activities, those essential for the preservation of the environmental resources necessary for their well-being and those necessary for their physical and cultural reproduction, according to their uses, costumes, and traditions.

§ 2 The lands traditionally occupied by the Indians are intended for their permanent possession, with them exclusively enjoying the riches of the soil, rivers and lakes existing therein.

§ 3 The use of water resources, including energy potential, research and mining of mineral wealth in indigenous lands can only be carried out with authorization from the National Congress, after hearing the affected communities, ensuring their participation in the results of mining, in the form of law.

§ 4 The lands dealt with in this article are inalienable and unavailable, and the rights over them are imprescriptible.

§ 5 The removal of indigenous groups from their lands is prohibited, except "ad referendum" by the National Congress, in the event of a catastrophe or epidemic that endangers their population, or in the interests of the sovereignty of the Country, after deliberation by the National Congress, guaranteed, in any case, the immediate return as soon as the risk ceases.

§ 6 Acts that have as their object the occupation, dominion and possession of the lands referred to in this article, or the exploitation of the natural riches of the soil, rivers and lakes therein are null and void and do not produce legal effects. existing, subject to relevant public interest of the Union, according to the provisions of the complementary law, not generating the nullity and extinction of the right to compensation or actions against the Union, except, in the form of the law, regarding improvements derived from occupation in good faith.

(Federal Constitution, 1988, art. 231, p. 129)

It is transcribed, therefore, that despite constitutional law, several legal tools were used to delegitimize the rights conquered, especially in the last legislature with the devices of exploitation and the constant dismantling of policies and institutions that protect the original peoples of Brazil, such as the National Indian Foundation (FUNAI).

To this end, and ahead of several research on ethnic identities, it was up to question its repercussion in the fields of Law and the ways in which it uses to recognize the indigenous identity from the FC. Although this can be considered a divider in the recognition of the rights of original peoples, from the point of view of the effectiveness of such recognition and practice, the way to go is

still long (Wagner, 2018), since several jurists have openly considered the CF as a “soul constitution”, since it produces rights to minorities, but without said “soul”.

It is noteworthy, therefore, that in addition to fundamental rights structured in the materialism of human rights, the Charter of the United Nations (UN), the rights of indigenous peoples are based on the identification and permanence of their culture, which must not suffer, about any judgment, interference or adjustment of the non-indigenous colonizer, since several criticisms were postulated by authors and ethnologists about the oppressive role of Europeans in the coming to Brazil (Ricardo and Ricardo, 2017).

Therefore, it is up to the recognition of the ethnic identities of the different original peoples, based on legal, moral and ethical prerogatives, in order to understand their culture and way of living and make different conditions of human life, such as understanding health, being able to adapt the instruments used in the non-indigenous culture, or “white”, as the colonizers prefer, providing autonomy of the subjects and enabling independence, *exempli gratia*, in the different ways of doing health (Wagner, 2018).

The term to which it refers, doing health, must be understood individually, and at least as a community, according to the cultural criteria established by a certain group of people, such as the original peoples, since the understanding of knowledge changes in the most different civilizations. In this way, the cultural adaptation of programs proposed by white men must be a *sine qua non condition* for the emancipation, autonomy and independence of the Indians who will use a given tool.

In this way, and as explained in the previous paragraph, Convention 169 of the International Labor Organization (ILO), in 1989, in its article 2, *ipsis litteris, is still the basis of the rights of indigenous peoples* :

Art. 2. Governments shall assume responsibility for developing, with the participation of the peoples concerned, coordinated and systematic action with a view to protecting the rights of these peoples and guaranteeing respect for their integrity. (ILO, 1989, art. 2, p. 2).

In this way, in addition to the question of legal and legal rights that they propose, the norms presuppose cultural respect based on moral and ethical criteria, which aim to establish ethnic integrity, without influences and propositions of white men on the original peoples. (RIBEIRO, 1982), owing to those to base their parameters on local knowledge from a previous setting, especially in a delimited ethnography that respects the knowledge and ways of doing things already established in the historical and constructive process of this civility.

In order to discuss indigenous health, specifically, in 1986 and 1993, the 1st National Conference on the Protection of Indigenous Health and the 2nd National Conference on Health for Indigenous Peoples were held, as indicated by the 8th and 9th National Health Conferences (CNS), respectively. These so-called conferences proposed the structuring of a model of differentiated care, based on the strategy of Special Indigenous Health Districts (DSEI), as a way of guaranteeing indigenous peoples the right to universal and integral access to health, meeting the needs perceived by

the communities and involving the indigenous population in all stages of the process of planning, executing, and evaluating actions.

It is argued, however, that despite the great progress desired and already achieved from the conferences, it is necessary, *a priori*, to provide means for the empowerment of the community not only as a passive form of the process, but as a performer of it, as a participant active, including in the act of doing health, as professionalization.

National Health Care Policy for Indigenous Peoples (PNASPI)

Approved by Ministry of Health (MS) Ordinance No. 254, of January 31, 2002 (DOU No. 26 - Section 1, p. 46 to 49, of February 6, 2002), the National Policy for People's Health Care Indigenous Peoples (PNASPI), was considered a regulatory framework of the Ministry of Health that allows for greater understanding of the concept of health and its improvement for indigenous peoples, but defining the use of non-indigenous human resources for the practice of health as death.

This proposal was regulated by Decree No. 3,156, of August 27, 1999, which provides for the conditions of health care for indigenous peoples, and by Provisional Measure (MP) No. 1,911-8, which deals with the organization of the Presidency of the Republic and of the Ministries, which includes the transfer of human resources and other goods destined to FUNAI's health care activities to the National Health Foundation (FUNASA), and by Law No. 9.836/99, of September 23, 1999, which establishes the Indigenous Health Care Subsystem within the Unified Health System (SUS).

The implementation of the National Health Care Policy for Indigenous Peoples requires the adoption of a complementary and differentiated model of organization of services - geared towards the protection, promotion and recovery of health, which guarantees the Indians the exercise of their citizenship in this field, considering the local biological and social particularities.

Since then, FUNASA and FUNAI have shared responsibility for indigenous health care, each carrying out part of the actions, in a fragmented and conflicting manner, which ultimately leads to active losses in the care process. conquered from tough political and institutional movements. Both had already established partnerships with municipalities, indigenous and non-governmental organizations, universities, research institutions and religious missions.

The signed agreements, however, had little definition of objectives and goals to be achieved and of impact indicators on the health of the indigenous population. It should also be clarified that, as previously mentioned, in addition to overcoming the fragmented aspect of care for this population, one must consider the particularities of the indigenous territory, such as its demographic, epidemiological and cultural specificities.

To this end, and regardless of the failures achieved and the few gains made, the purpose of this policy is to guarantee indigenous peoples access to comprehensive health care, in accordance with the principles and guidelines of the SUS, contemplating social, cultural, geographic, historical and political in order to favor the overcoming of the factors that make this population more vulnerable to health

problems of greater magnitude and transcendence among Brazilians, recognizing the effectiveness of their medicine and the right of these peoples to their culture.

Guidelines for the Indigenous Component of the National Oral Health Policy

A document released by the MS in 2011, entitled Guidelines for the Indigenous Component of the National Oral Health Policy, presents the MS guidelines for organizing oral health care for indigenous peoples, considering their characteristics and specificities. Such guidelines constitute the basic political axis of proposition for the reorientation of conceptions and practices in the field of oral health, capable of providing a new work process having as a goal the production of care, respecting autonomy, cultural differences and the extremely diversified mosaic formed by the native peoples of Brazil.

By considering, on a par, that the population of the native peoples of Brazil is constituted by understanding the holistic function of the body and health, the adequacy of the work process to the model of care that is being proposed requires, among other points, as discussed:

Interdisciplinarity and Multiprofessionalism: the performance of oral health professionals should not be limited exclusively to the biological field or to technical-dental work. In addition to their specific functions, professionals must interact with other areas, in order to expand their knowledge, allowing a holistic approach to the individual, attentive to the socioeconomic and cultural context in which he is inserted. The exchange of knowledge and mutual respect for different perceptions must take place permanently among all health professionals to enable aspects of oral health to be properly appropriated and become the object of their practices.

Integrality of Care: the team must be able to jointly offer promotion, protection, prevention, treatment, cure, and rehabilitation actions, both at the individual and collective levels, considering that social behaviors occur in such a way that the set of actions of society or in a group of people directly influence the individual look.

It should be noted in both points discussed above, that the components of integrality and understanding of health in a more holistic way tend to influence and delimit the thinking of these people, making it necessary to reorient the westernized model used by white men, in a model that considers, including the spiritual issue for the definition of the health-disease process.

It is also noteworthy that in addition to health promotion and prevention, other forms that directly influence the health-disease process, such as recovery and rehabilitation, must be better understood, since in order to present the assumptions of a care model that considers the epidemiological reality and values the cultural representations of peoples, is able to provide systematic guidance for the various oral health activities as a possible non-reality in offering a curative or rehabilitative treatment, such as a prosthesis, not understood as “real” or necessary for the group.

Traditional indigenous health systems are based on a holistic approach to health, whose principle is the harmony of individuals, families and communities with the universe that surrounds them. Healing practices respond to an internal logic of each community and are the product of their relationship with the spiritual world and the beings of the environment in which they live. These practices and conceptions are, generally speaking, health resources of empirical and symbolic

effectiveness, but which must be considered to empower local inhabitants and consider their symbologies and myths in the process of illness and cure as real.

Therefore, the improvement of the health status of indigenous peoples does not occur through the simple transfer of knowledge and biomedical technologies, considering them as passive recipients, dispossessed of knowledge and practices related to the health-disease process, but through an exchange of knowledge diverse (indigenous and non-indigenous), which together and in a complementary way intensify care and promote an improvement in the quality of life.

The principle that permeates all PNASPI guidelines is respect for the concepts, values and practices related to the health-disease process specific to each indigenous society and its various specialists. Therefore, the articulation with this knowledge and practices must be stimulated to obtain an improvement in the health status of indigenous peoples.

Special Indigenous Health Districts (DSEI)

The DSEI is a service organization model oriented towards being a dynamic ethnocultural, geographic, population and administrative space delimited. Such districts are responsible for the set of technical activities, rationalized and qualified health care measures for a local and decentralized population. It also has the objective of promoting the reorganization of the health network and sanitary practices and organizing the administrative-managerial activities necessary for the provision of assistance, stimulating social control, in accordance with local specificities.

Each district organizes, in an orderly manner, a network of basic health care services within indigenous areas, integrated and hierarchical with increasing complexity and articulated with the SUS network. It is noteworthy at this point that such a process, despite being integrative, considers only the centered biomedical model, including a hierarchical classification of care: a practice already outdated in the construction of the Western way of health, which advocates above all health promotion and strategic literacy, preventing the onset of adversity.

Among the attributions of the DSEIs, we highlight the preparation of human resources to work in the intercultural scope, monitoring of health actions aimed at indigenous people, articulation of traditional indigenous health systems, promotion of the adequate and rational use of medicines, promotion of healthy environments and protection of indigenous health.

The indigenous population and the Xingu National Park

Created by Decree n° 50.455, of 04/14/1961, signed by President Jânio Quadros, the Xingu National Park was regulated by Decree n° 51.084, of 07/31/1961. Even so, adjustments were made through Decrees n° 63,082, of 08/06/1968, and n° 68,909, of 07/13/1971, with the demarcation of its current perimeter in 1978 (Xingu, 2009), comprising the region North and Midwest of Brazil.

The Xingu River, the name that provides the basis for the term for the region that comprises the park, is a tributary of the Amazon River that runs through the North and Midwest regions of Brazil,

and, as previously discussed, it was only in 1961 that the Brazilian government created the National Park to protect indigenous communities and people from that region. Because the legislative and executive powers of Mato Grosso (MT) were represented in the decision to demarcate the park area, the state began to grant, within this perimeter, land to colonizing companies.

The original peoples are present in all Brazilian states, except in Piauí and Rio Grande do Norte, living in 579 indigenous lands that are in different situations of land title regularization and that occupy about 12% of the national territory. A portion lives in urban areas, usually in peripheries, given the Brazilian inequalities to which populations and minorities are subjected to the vulnerabilities arising from neoconservative capitalism in Brazil.

In 1991, the Xingu National Park had 3,500 inhabitants distributed among 15 different indigenous groups located in three regions of the Park, broken down into Upper, Middle and Lower Xingu (Rigonatto et al., 2001). Currently, the Park has an extension of 27,000 km² and is home to an average population of 4500 Indians, according to the latest surveys carried out by the 2010 census.

The Brazilian indigenous population in total is estimated at approximately 370,000 people, belonging to about 210 peoples, speakers of more than 170 identified languages. Each of these peoples has its own way of understanding and organizing itself in the world, which is manifested in its different forms of social, political, economic organization and its relationship with the environment and occupation of its territory, which must be ethically respected. and morally, based, above all, on the constitutional rights conquered by this ethnic minority.

Said population comprises a diversity of fourteen ethnic groups that express themselves through different languages and cultures, such as the Kamaiurá and Kaiabi (Tupi-Guarani family), Juruna (Tupi branch), Aweti (Tupi branch), Mehinako, Wauja and Yawalapiti (Arawak family).), Kalapalo, Ikpeng, Kuikuro, Matipu and Nahukwá (Karib family), Suyá (Jê family) and Trumai.

In the south of the Xingu National Park, there are culturally similar peoples, including the Alto Xingu area, whose ethnic groups are served by the Leonardo Villas Bôas Indigenous Health Post. In the Middle Xingu are the Trumai, Ikpeng and Kaiabi ethnic groups, served by the Pavuru Post. To the north are the Suyá, Yudjá and Kaiabi, served by Posto Diauarum. The figure below demonstrates the ethnicities, associated with the villages and corresponding population.

Each post supports the logistics of projects and activities developed in the park, such as education and health, with a Basic Health Unit (UBS) in all of them, where indigenous health agents work, the first professional category that includes the inclusion of residents and act such as the classic community health agents, and employees of the Federal University of São Paulo (UNIFESP), in partnership with FUNASA. There are also eleven Surveillance Posts at the limits of the territory, on the banks of the main rivers that form the Xingu (Menezes, 2000). The figure below shows the Xingu health centers.

All these structuring dynamics of the Xingu Indigenous Park makes it one of the strongholds regulated by the government, with partnerships with universities and associations that protect the native peoples, safer for the preservation of the indigenous culture of Brazil, despite the various devices previously treated to delegitimize it. them. The Xingu Indians, in addition to legislative protection of

their territory, guaranteed by the federal government, are protected from unauthorized physical invasion by whites throughout their territory. If the indigenous person does not move to the city, there is no way for them to have contact with non-indigenous people, except with the teams that carry out education, health and infrastructure work within the park.

Figure 1 - Ethnicities of the Xingu Indigenous Park – DSEI-Xingu – distributed according to assisted villages and localities and their populations.
Source: Lemos et al., 2010.

Etnias / Família linguística	Aldeias	População
KAIABI / Tupi	Três Irmãos	63
	Barranco Alto	31
	Ilha Grande	72
	Guarujá	89
	Tuiararé	143
	Moitará	35
	Itai	14
	Piraquara	06
	Capivara	144
	Aiporé	67
	Paranaíta	13
	Fazenda Mupada	13
	Fazenda João	13
	PIV Manito	24
	Sobradinho	99
	Maracá	35
Arraia	08	
TRUMAI / Isolada	Boa Esperança	37
	Terra Nova	42
	Steinen	18
	Cristalina	15
SUIÁ / Jê	Ngoiwere	190
	Rapozão	27
	Beira Rio	14
	Ngossoko	44
JURUNA / Tupi	Tuba-tuba	149
	Parquissamba	48
	Pequizal	31
WAURÁ / Arawak	Aruak	45
KAMAIURÁ / Tupi	Morena	96
IKPENG / Karibe	Moigu	225
	Ronuro	25
IKPENG	* Polo Pavuru	113
KAIABI- SUIÁ – JURUNA	** Polo Diaurun	307
SUIÁ	*** Polo Wawi	4
TOTAL : 07 etnias	31 aldeias / 03 polos-base	2299

Figure 2 - The Xingu Indigenous Park – DSEI-Xingu – with indications of the four health centers: Leonardo Villas Bôas, Pavuru, Diauarun and Wawi.
Source: Lemos et al., 2010.



As discussed by several ethnographers and anthropologists, the preservation of life habits and cultures faded away due to constant contact with the non-indigenous population. One mentions, for *example gratia*, the prolonged period of breastfeeding of babies. Highlighted by Fagundes-Neto et al.,

1981, most children are breastfed up to two years of age, and are generally breastfed during other pregnancies that their mothers may have. As a result, infants have preserved oral phase instincts with long breastfeeding and consistent feeding that allow for efficient use of the dentition.

The diet of the Xingu people is based on cassava and its derivatives, such as beiju, flour, porridge and fish caught in the tributaries of the Amazon River. Red meat is present in the Xingu diet for certain periods of the year and is based on the meat of monkeys, some birds such as the curassow and the guan. Fruits such as pequi, banana, orange and coconuts of various species are also part of this diet (Fagundes-Neto et al. 1981, Regalo et al., 2008). Alligator meat is highly appreciated and is part of the diet of some specific ethnic groups.

Indigenous health care work in the Xingu National Park has been carried out for over forty years by UNIFESP with the support of FUNASA. UNIFESP and its affiliates have developed an assistance dynamic that aims, in a very simplified way, to train indigenous health agents, in addition to hiring nurses, doctors and dentists to work within the Park and provide basic infrastructure, materials and medicines for the operation of the UBSs installed in the Park. However, and despite the advances found, there is still no proposal to develop the skills of local residents through technical courses that qualify them to act directly in their space.

The non-indigenous health professionals hired by UNIFESP have a mission to provide assistance to indigenous health at the basic and intermediate levels, based on the centered and hierarchical curative biomedical model and concept. The demand for specialized services is met by hospital care in the city of Canarana or even, for more complex cases, at UNIFESP.

Dental health care is provided by two dental surgeons (CDs) hired by UNIFESP. One of them is responsible for the Diauarum Health Center and all the villages in the region. The other is responsible for the Pavuru Health Center and all the villages in the region. Thus, there is a very large lack of dental care in the Xingu National Park. This shortage is currently being filled by the FORP-USP partnership with FUNAI and UNIFESP for dental care assistance through the Xingu Project of FORP-USP.

As a way of filling this need, and also seeking the autonomy of the original residents, the commitment to empower local citizens, through technical courses, that make this civility not need external help, becomes a reality to be passed through and surpassed by a project for the professional qualification of local residents, which, in addition to providing sufficient human resources for the size of the population, still provides care by people who really know and understand the local characteristics.

Epidemiology of Indigenous Peoples in Brazil

Thus, the current health situation of the native peoples of Brazil is exposed to include all the diversity of indigenous cultures, disregarding the specificities of each tribe or region. Indigenous peoples face different situations of social tension, threats and vulnerability. The expansion of economic fronts (extractivism, temporary salaried work, development projects) has been threatening the integrity of the environment in their territories and their knowledge, economic systems and social organization.

In general terms, once in permanent contact with Western societies, a common trajectory in the oral health (SB) of indigenous peoples can be noted. Socioeconomic and cultural changes resulting from this process interfere with livelihoods and introduce new types of food, particularly industrialized ones, which cause important changes in BS patterns. In general, these groups start from a situation of low to high prevalence of oral diseases, mainly caries (Arantes, Frazão and Santos, 2001; Donnelly et al., 1977; Pose, 1993).

In general terms, demographic growth has been observed among the country's indigenous peoples, a fact normally associated with the conservation of the natural environment, stabilization of interethnic relations, demarcation of indigenous lands and improved access to primary health care services (PHC). However, there are no reliable global data on the health situation of this population, but partial data generated by FUNAI, FUNASA and various non-governmental organizations (NGOs) or even by religious missions that, through special projects, have provided health care services to these peoples.

In some regions, where the indigenous population has a closer relationship with the non-indigenous regional population, it is noted the appearance of new health problems related to changes introduced in their way of life and, especially, in food: arterial hypertension, diabetes, cancer, alcoholism, depression and suicide are increasingly common problems in different communities, which are manifested as a result of the strong and prolonged relationship with the surrounding population.

Even so, the discontinuity of actions and the lack of professionals made many indigenous communities mobilize, since the 1970s, in different ways, especially through their legally constituted organizations, to acquire knowledge and control over the diseases and injuries of greater impact on their health, giving rise to local and regional processes for training indigenous health agents and valuing traditional indigenous medicine, with the participation of the various institutions involved in indigenous health care.

The training of the technical team, especially indigenous health agents and indigenous nursing assistants, was very important to achieve good coverage in monitoring the growth and development of children up to five years of age. The prevalence of malnutrition remains high, although a downward trend can be seen in recent years. As a measure of coping with the problem, food supplementation with multivitamins and iron has been carried out, in addition to the collective treatment of intestinal parasites. Along with the biomedical measures, several meetings are held in the communities to discuss food security, survey the social network of each child at risk or malnourished and the sociocultural aspects involved.

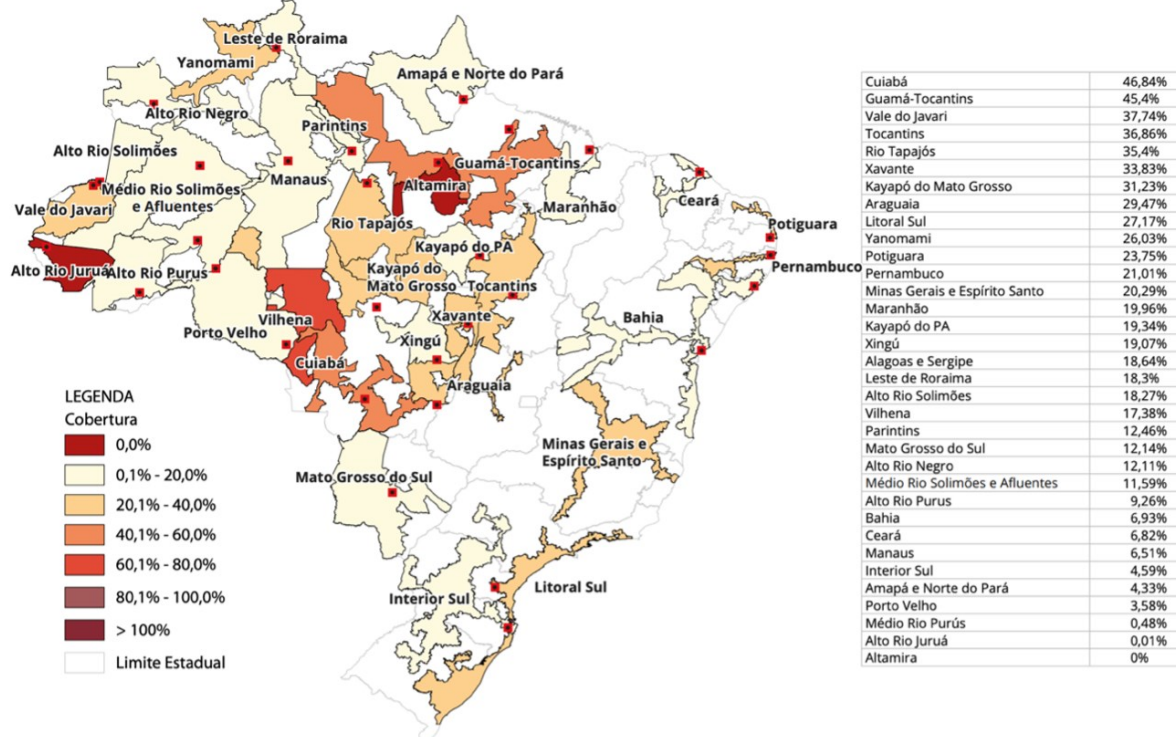
According to the manual published by MS in 2019, Indigenous health in the analysis of the health situation in the Indigenous Health Care Subsystem (SasiSUS), with regard to access to basic dental care services in the indigenous health care subsystem, From 2015 to 2017, the data indicate that the coverage of the first indigenous national programmatic consultation increased from 16.51% in 2015 to 29.15% in 2017, which represents an increase of 12.63% in the analyzed period.

Thus, it can be stated that 29.15% of the indigenous population had at least one dental appointment in 2017, which is shown to be precarious and small, since less than half of the indigenous

population had contact with the professional at least once. The figure below demonstrates the coverage of the first programmatic dental visit among indigenous people by DSEI, 2015. Note that the Xingu region is classified as having low coverage of the first dental visit, ranging from 0.1% to 20%.

This problem exposes the need for projects aimed at introducing professional training courses for the local population to have skilled labor and human resources, which at least offer some attention to health in order to allow adequate access and evidence-based guidelines to break the introductory mechanisms of pathologies such as caries, as and how much more prevalent in this population.

Figure 3 - Coverage of First Programmatic Dental Appointment in Indigenous Peoples by DSEI, 2015. Source: SIASI/SESAI/MS.



According to descriptive research published by Lemos et al., 2018, several conclusions were raised about the real condition of local SB of the DSEI Xingu. Unlike the data presented above, in this time series, the indicators coverage of the first scheduled dental appointment and completed basic dental treatment are presented, referring to the years 2006-2013. Coverage of the first dental appointment was greater than 60% in all years analyzed, except for 2009 and 2010, with coverage of 44.7% and 53.4%, respectively. The results presented showed a decline in access to programmatic dental treatment from 2008 onwards, only being reestablished from 2011 onwards. The figure below demonstrates what was explained above.

Figure 4 - Indicators of coverage of the first programmatic dental appointment and completed dental treatment. Xingu Indigenous Park, Brazil, in the period 2006-2013. Source: Lemos et al., 2018.

Indicador	Medida	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Total de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas em determinado local e período/População total em determinado local e período x 100	67,4	69,9	60,0	44,7	53,4	71,2	70,2	70,6
Tratamento odontológico básico concluído	Total de pessoas que concluíram o tratamento odontológico básico em determinado local e período/Total de pessoas que realizaram consulta odontológica programada em determinado local e período x 100	44,9	48,1	79,9	66,7	52,8	65,3	63,3	57,7

Another data presented by the authors is directly associated with the total number of extractions in relation to the total number of procedures, which is an indicator that may reflect the prioritization of curative, preventive or surgical actions. The minimum and maximum values of tooth extractions were, respectively, 170 and 604, with an average of 499.5 in the period. In 2009, the lowest number of extractions and the second lowest number of preventive and curative procedures were found. The minimum and maximum values for preventive and curative procedures were, respectively, 2,481 and 12,507, with an average of 7,346.2 in the period, as shown in the figure below.

Figure 5 - Total numbers of tooth extractions, total numbers of preventive and curative individual clinical procedures and indicators of proportion of tooth extractions in relation to procedures. Xingu Indigenous Park, Brazil, in the period 2004-2013.

Source: Lemos et al., 2018.

Medida	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número total de extrações dentárias	602	549	604	546	466	170	481	480	512	585
Número total de procedimentos clínicos individuais preventivos e curativos	2.481	5.134	4.765	7.115	10.353	4.215	7.076	12.507	10.647	9.169
Proporção de exodontia em relação aos procedimentos	24,3	10,7	12,7	7,7	4,5	4,0	6,8	3,8	4,8	6,4

The decrease in the proportion of tooth extractions by the total number of explicit clinical procedures can be explained by the greater care and preventive guidelines accumulated in previous years, which suggests that specialized care prevents the evolution of diseases such as caries or periodontal disease, and consequently the decrease in tooth extraction. need for extraction.

Especially when dealing with the level of caries disease in Brazilian indigenous communities, a systematic review published in 2014 by Alves Filho et al., described as results that the most researched indigenous ethnic groups were those in Brazil, with a higher percentage of studies on indigenous communities from Xingu and Xavante (31.6%). One of the studies showed a positive association between tooth loss and increasing age among Guarani Indians in Brazil, with a higher proportion of gingival bleeding among male and female adolescents, with a greater number of sextants excluded due to tooth loss.

Two longitudinal studies with Xavante Indians, in Brazil, showed significant differences in the incidence of caries between ages and between sexes, concluding that by analyzing the articles, it is

possible to infer that increasing age and differences between sexes are possible factors associated with increased caries dental and periodontal diseases in the Guarani and Xavante ethnic groups, located in Brazil.

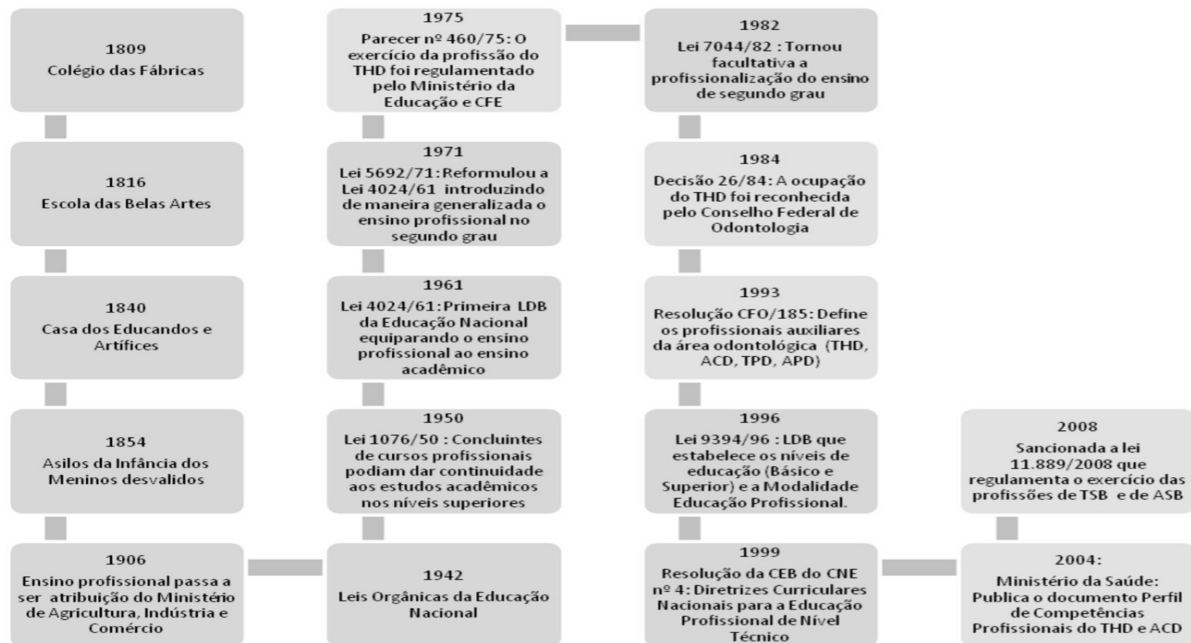
In 2006, an epidemiological survey was carried out of the entire population over one year of age in the villages in the lower, middle and eastern part of the PIX. The methodology used was recommended by the World Health Organization (WHO), and the clinical form was adapted from the model proposed for the national MS survey (SB 2000). The prevalence of caries was evaluated by the CPO index (Decayed, filled and lost teeth), which can vary from 0 to 32. The information allowed knowledge about the situation of BS in the communities, with the purpose of subsidizing the actions to face the problem. According to data from the UNIFESP archive, the average CPO of 12-year-old adolescents in the areas covered by the base centers Pavuru, Diauarum and Wawi, in 2006, was 2.54. An average, comparatively, lower than the Brazilian one, which recorded, in 2003, 2.78, and lower than the goal established by the WHO in the year 2000, of average 3. The situation, however, remains short of the new goal of the WHO, established in 2010, when the average should be only 1 decayed tooth.

In this case, the understanding of the health practices of this population should be better understood, since their rates are lower than the rates of non-indigenous people, which is not explained by the absence of consumer goods such as a fluoridated toothbrush and toothpaste, in addition to drinking water. treated consumption. Another possible analysis can relate the direct relationship between prolonged breastfeeding and lower consumption of industrialized and cariogenic foods.

Regulation of the Oral Health Technician (TSB) in Brazil

Oral Health Technicians (TSBs) are qualified professionals who work under the guidance and supervision of the CD and perform auxiliary tasks in dental care, working in the promotion, prevention and control of oral diseases. The occupation of the TSB was initially standardized by the Ministry of Education (MEC) and the Federal Council of Education (CFE), through Opinion No. 460/75 (CFE, 1975) under the principles of the Law of Guidelines and Bases of Education National (LDB) No. 5.692/71. A few years later, the occupation was recognized by the Federal Council of Dentistry (CFO) (CFO, 2005) through Decision 26/84 of 1984. Despite the history of the profession, it was only in December 2008 that Law No., 2008) was finally sanctioned by the Federal Government and then began to regulate the profession and define its competences. The figure below demonstrates the historical trajectory of the regulation of the profession in Brazil.

Figure 6 - Line of historical trajectory: key moments in the regulation of the TSB profession in the context of professional training in Brazil.
Source: Faquim and Carnut, 2012.



Finally, despite raising, Law nº 11.889 of 2008, is the one that officially regulates the activities and exercise of the TSB profession in the national territory, in which, in article 5, it describes, *ipsis litteris* :

Art. 5 The Oral Health Technician is responsible for, always under the supervision of the dentist, the following activities, in addition to those established for oral health assistants:

I - participate in the training and qualification of Oral Health Assistants and multipliers of health promotion actions;

II - participate in educational activities working in health promotion and prevention of oral diseases;

III - participate in surveys and epidemiological studies, except in the category of examiner;

IV - teach oral hygiene techniques and carry out the prevention of oral diseases through the topical application of fluoride, as directed by the dentist;

V - remove the biofilm, according to the technical indication defined by the dentist;

VI - supervise, under the delegation of the dental surgeon, the work of oral health assistants;

VII - take photographs and shots of dental use exclusively in dental offices or clinics;

VIII - insert and distribute dental materials in the cavity preparation in direct dental restoration, forbidden the use of materials and instruments not indicated by the dental surgeon;

IX - proceed with cleaning and antisepsis of the operative field, before and after surgical procedures, including in hospital environments;

X - remove sutures;

XI - apply biosafety measures in the storage, handling and disposal of dental products and waste;

XII - perform isolation of the operative field;

XIII - exercise all competencies in the hospital environment, as well as instrument the dental surgeon in clinical and hospital environments.

(Law No. 11,889, of December 24, 2008, p. 1)

It is clarified that some attention must be paid to this legislation and to what is proposed by this project, which suggests the clinical and educational action of the TSB without the presence of the DC. Such attention must be discussed, since training and professionalization at the technical level ultimately allows for the carrying out of various educational guidance procedures as possible without the local presence of the DC.

It is also noteworthy, in this way, that according to CFO resolution 63 of 2005, article 17 provides guidance on the minimum disciplines that must be included in the curriculum of TSB courses. Thus, to demonstrate, said disciplines are in direct consonance with the epidemiological state of the tribes of the original peoples discussed above, making only a transcultural adaptation of the menus necessary.

Art. 17. The minimum number of professional disciplines for the oral health technician course is: (Wording amended by CFO Resolution 86/2009)

- a) Promotion and prevention in Oral Health;
- b) Oral Anatomy and Physiology;
- c) Work Process and Humanization in Health;
- d) Ergonomics and Instrumentation Techniques;
- e) Biosafety;
- f) Dental and dental hygiene equipment, materials, medicines and instruments;
- g) Basic concepts about restorative procedures; and,
- h) Occupational radiation protection”.

(Resolution CFO-63/2005, p. 7)

Therefore, despite the gains proposed by the projects carried out to date between partnerships between FUNAI, FUNASA, universities and MS, the objectives of equity, cultural respect and autonomy with continuation of treatment, are still far from being observed.

The proposed suggestions for adapting the curriculum, considering local specificities, own knowledge, as well as epidemiological aspects, are a *sine qua non condition* for greater effectiveness

and efficiency of actions, which build, in an interdisciplinary and transcultural way, a basis for improving the quality of life of the population of native peoples.

CONCLUSION

As much as possible, the adaptation/adaptation of the curriculum of a technical course in oral health is necessary, given the local specificities and the inevitability of preserving the concepts of evidence-based dentistry, strengthening the cultural, geographic and preferences aspects of the collective, making it feasible to attract human resources and the possibility of defining a model of health promotion, prevention and care that is closer to the ideal for the community of the native peoples of the Xingu.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Fatores associados à cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Pública* 2014; 35:67-77.

ARANTES, R.; SANTOS, R.V. e COIMBRA Jr., C.E.A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (17):375-384, 2001.

Baruzzi RG, Junqueira C. *Parque Indígena do Xingu: saúde, cultura e história* São Paulo: Terra Virgem; 2005.

Baruzzi, R.G. 1993. Atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Da criação da FUNAI aos dias atuais. *Boletim da Unidade de Saúde e Meio Ambiente*, nº 4, Dezembro.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Presidente da República, [2016].

Brasil. Lei 11.889 de 24 de dezembro de 2008: Regulamenta o exercício das profissões de Técnico em Saúde Bucal - TSB e de Auxiliar em Saúde Bucal - ASB.

Brasil. Ministério da Saúde; FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico*. 2. ed. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Componente Indígena da Política Nacional de Saúde Bucal*. Brasília, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção primária (PMAQ): Manual Instrutivo – Anexo, Ficha de Qualificação dos Indicadores*. Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde indígena: análise da situação de saúde no SasiSUS / Ministério da Saúde, – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004. 16.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos da Atenção Básica n. 17: Saúde Bucal Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Conselho Federal de Odontologia. Resolução CFO85/2009: Altera as redações do inciso II, do artigo 121 e dos Capítulos IV e V da Consolidação das Normas para Procedimentos nos Conselhos de Odontologia.

Costa, Dina Czeresnia. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cadernos de Saúde Pública [online]. 1987, v. 3, n. 4 [Acessado 5 Dezembro 2022], pp. 388-401. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>>. Epub 23 Jan 2006. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1987000400003>.

DONNELLY, C.J. et al. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomami Indians, Venezuela. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 5:30-39, 1977.

Fagundes-Neto U, Baruzzi RG, Wehba J, Silvestrini WS, Morais MB, Cainelli M: Observations of the Alto Xingu indians (Central Brasil) with special reference to nutritional evaluation in children. *Am J Clin Nutr* 1981; 34:2229–2235.

FAQUIM, JPS. CARNUT, L. Linha da trajetória histórica: momentos primordiais na regulamentação da profissão do TSB no contexto da formação profissional no Brasil. *J Manag Prim Health Care* 2012; 3(2):202-207.

Lemos, Pablo Natanael et al. Atenção à saúde bucal no Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004-2013: um olhar a partir de indicadores de avaliação. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 4 [Acessado 5 Dezembro 2022], e00079317. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00079317>>. Epub 29 Mar 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00079317>.

Lemos, Pablo Natanael et al. O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2010, v. 15, suppl 1

Mendes EV. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. Epidemiologia da saúde bucal Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-362.

Oliveira C, Pacagnella RC, Chiarello MGM, Bregagnolo JC, Watanabe MGC, Mestriner JW. "Projeto Huka Katu: a FORP - USP no Parque Indígena do Xingu". Rev ABENO 2005; 5(2):135-139.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenção n. 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT Brasília: OIT, 2011.

POSE, S.B. Avaliação das Condições de Saúde Oral dos Índios Xavante, Brasil Central. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, 1993.

Regalo SC, Vitti M, Moraes MT, Semprini M, de Felício CM, de Mattos Mda G, Hallak JE, Santos CM. Electromyographic analysis of the orbicularis oris muscle in oralized deaf individuals. Braz Dent J 2005; 16(3):217-222.

RIBEIRO, Darcy. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Petrópolis: Vozes, 1982.

RICARDO, Beto; RICARDO, Fany. Povos indígenas no Brasil: 2011-2016. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2017.

RIGONATTO, D. L.; ANTUNES, J. L. & FRAZÃO, P., 2001. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brasil. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 43:93-98.

Rodrigues D. Indicadores de Saúde: uso em populações indígenas. In: Fórum de ONGs Associação Saúde sem Limites e a Health Unlimited; 2003; São Paulo.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S190-S198, 2004.

Wagner, Daize Fernanda. Identidade étnica, índios e direito penal no Brasil: paradoxos insustentáveis. Revista Direito GV [online]. 2018, v. 14, n. 1

Mendes EV. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do SUS São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1995.

Narvai PC, Frazão P. Epidemiologia, política, e saúde bucal coletiva. In: Antunes JLF, Peres MA, organizadores. Epidemiologia da saúde bucal Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 346-362.

Oliveira C, Pacagnella RC, Chiarello MGM, Bregagnolo JC, Watanabe MGC, Mestriner JW. "Projeto Huka Katu: a FORP - USP no Parque Indígena do Xingu". Rev ABENO 2005; 5(2):135-139.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). Convenção n. 169 sobre povos indígenas e tribais e Resolução referente à ação da OIT Brasília: OIT, 2011.

POSE, S.B. Avaliação das Condições de Saúde Oral dos Índios Xavánte, Brasil Central. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/ Fiocruz, 1993.

RIBEIRO, Darcy. Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno. Petrópolis: Vozes, 1982.

RICARDO, Beto; RICARDO, Fany. Povos indígenas no Brasil: 2011-2016. São Paulo: Instituto Socioambiental, 2017.

RIGONATTO, D. L.; ANTUNES, J. L. & FRAZÃO, P., 2001. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brasil. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 43:93-98.

Rodrigues D. Indicadores de Saúde: uso em populações indígenas. In: Fórum de ONGs Associação Saúde sem Limites e a Health Unlimited; 2003; São Paulo.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. S190-S198, 2004.

Wagner, Daize Fernanda. Identidade étnica, índios e direito penal no Brasil: paradoxos insustentáveis. Revista Direito GV [online]. 2018, v. 14, n. 1