

Dificuldades no cuidado a saúde bucal da população indígena brasileira: revisão narrativa

Difficulties in caring for the oral health of the Brazilian indigenous population: narrative review

Dificultades en el cuidado de la salud bucal de la población indígena brasileña: revisión narrativa

Flávio Augusto de Moraes Palma^{1*}, João Vitor Oliveira de Amorim¹, Gustavo Baruc Andrade Abreu¹, Izabela Lima Góis¹, Tamires Mirely Reis Silva¹, Victor Arthur Rodrigues de Souza¹, Ezequiel Santos Barbosa¹, Eizon Derley Silva da Cruz¹, Letícia Martim¹, Flavia Pardo Salata Nahsan².

RESUMO

Objetivo: Identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais da odontologia a assistência a população indígena, e quais são as principais doenças bucais encontradas na população indígena brasileira, assim como conhecer suas principais causas. **Revisão Bibliográfica:** As principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde na assistência a população indígena estão relacionadas as barreiras geográficas, comunicação, condições de trabalho e questões culturais, onde a relação profissional-paciente acaba sendo comprometida. Com relação as doenças bucais, as principais causas estão relacionadas a doença cárie, e doença periodontal, onde por sua vez, os fatores que causam estas doenças, estão relacionadas principalmente a dieta destes indivíduos, que por sua vez as restrições físicas e psicológicas podem influenciar diretamente nos aspectos da alimentação. Outro aspecto são os fatores culturais e socioeconômicos; falta de acesso ao flúor; deficiente controle mecânico do biofilme dental; consumo frequente de açúcar e hipossalivação. **Considerações Finais:** Os profissionais da saúde, principalmente odontólogos tem como grande dificuldade a relação profissional-paciente, devido a fatores socioculturais. Tendo principais doenças a cárie e a doença periodontal, causadas principalmente devido a dieta.

Palavras-chave: Saúde bucal, População indígena, Brasil.

ABSTRACT

Objective: Identify the difficulties encountered by dental professionals in assisting an indigenous population, the main oral diseases found in the Brazilian indigenous population, as well as to know their main causes. **Bibliographic Review:** The main difficulties experienced by health professionals in assisting the indigenous population are related to geographical barriers, communication, working conditions and cultural issues, where the professional-patient relationship ends up being compromised. In relation to oral diseases, the main causes are related to caries disease, and periodontal disease, where in turn, the factors that cause these diseases, are mainly related to the diet of these individuals, which in turn as physical and psychological restrictions can start directly in aspects of food. Another aspect is the cultural and socioeconomic factors; lack of access to fluoride; poor mechanical control of dental biofilm; frequent sugar consumption and hyposalivation. **Final Considerations:** The professionals of health, mainly dentists have like great trouble to professional-patient, due to sociocultural factors. The main diseases are caries and periodontal disease, caused mainly due to diet.

Key word: Oral health, Indigenous population, Brazil.

RESUMEN

Objetivo: Identificar las dificultades encontradas por los profesionales de la odontología para atender a una población indígena, y principales enfermedades bucodentales encontradas en la población indígena brasileña, así como conocer sus principales causas. **Revisión bibliográfica:** Las principales dificultades que experimentan los profesionales de la salud en la atención a la población indígena están relacionadas con las

¹ Universidade Federal de Sergipe (UFS), Lagarto - SE. *E-mail: flavioampodonto@gmail.com

² Universidade Federal de Sergipe (UFS), Aracaju - SE.

barreras geográficas, la comunicación, las condiciones laborales y los temas culturales, donde la relación profesional-paciente termina comprometida. En relación a las enfermedades bucales, las principales causas están relacionadas con la enfermedad de caries, y la enfermedad periodontal, donde a su vez, los factores que provocan estas enfermedades, están principalmente relacionados con la dieta de estos individuos, que a su vez como restricciones físicas y psicológicas pueden comenzar directamente en aspectos de la comida. Otro aspecto son los factores culturales y socioeconómicos; falta de acceso al fluoruro; control mecánico deficiente de la biopelícula dental; consumo frecuente de azúcar e hiposalivación. **Consideraciones finales:** Identificó que los profesionales de la salud, principalmente odontólogos, tienen como gran problema profesional-paciente, debido a factores socioculturales. Las principales enfermedades son la caries y la enfermedad periodontal, causadas principalmente por la dieta.

Palabra clave: salud bucal, población indígena, Brasil.

INTRODUÇÃO

No início da colonização dos portugueses no Brasil, houve uma grande mudança nos povos indígenas, sendo elas: sociais, culturais, religiosas, geográfica e principalmente afetando diretamente a qualidade de vida desses povos, onde ao colonizarem o Brasil, os europeus trouxeram com eles novas epidemias de doenças infecciosas, além de haver interesses econômicos pelas terras e provocando impactos que são sentidos até os dias atuais (BRASIL, 2002).

Em nosso país, vários são os obstáculos encontrados pela população, e não diferente disso, a assistência à saúde no país encontra-se com grandes dificuldades, sejam de ordem financeira, política, organizativa ou ética, onde os mesmos têm influências em problemas bucais, sendo causadores de impacto negativo no desempenho das atividades diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos (BULGARELI JV, et al., 2018; LIMA DC, et al., 2011).

Apesar da menor disponibilidade de dados em o perfil epidemiológico indígena, estima-se que as taxas de mortalidade são até quatro vezes maior do que os encontrados na população brasileira em geral, destacando um cenário de desigualdades em saúde (ALVES FILHO PS, et al., 2013). Atualmente existem 488 terras indígenas regularizadas que representam cerca de 12,2% do território nacional, localizadas em todos os biomas, com concentração na Amazônia. O Censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) revelou que, das 896 mil pessoas que se declaravam ou se consideravam indígenas, 572 mil ou 63,8 %, viviam na área rural e 517 mil, ou 57,5 %, moravam em Terras Indígenas oficialmente reconhecidas (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (FUNAI), 2010).

Tem crescido o reconhecimento dos problemas bucais como causadores de impacto negativo no desempenho das atividades diárias e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos indivíduos além de causar dor, sofrimento e podendo causar problemas psíquico sociais nas vidas dessas pessoas (BULGARELI JV, et al., 2018; LIMA DC, et al., 2011). As populações indígenas em todo o mundo, geralmente apresentam um contexto social e econômico em desvantagem em relação às suas contrapartes não indígenas, com efeitos para os seus estados de saúde. As populações indígenas geralmente têm condições de vida primitivas e limitadas aos cuidados de saúde devido à sua interação desprotegida (SOARES GH, 2019; MESQUITA LP, et al., 2010).

Algumas comunidades indígenas são amplamente isoladas de influências urbanas, e tem pools de genes característicos, ambientais exposições, culturas e tradições, todos os quais os tornam único (CURY PR, et al., 2014). Com todas essas dificuldades ocorridas na saúde, ou na saúde bucal propriamente dita, logo após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e posteriormente o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASI-SUS) possibilitaram a implementação de ações e programas de saúde nos territórios indígenas.

No Brasil, em 2011, o Ministério da Saúde estabeleceu a reorganizar o modelo de atenção em saúde bucal direcionado aos povos indígenas brasileiros, a criar ações de controle das doenças bucais e de promoção e recuperação da saúde, sempre direcionadas através de uma base em um diagnóstico das condições de saúde-doença, amparado pela epidemiologia e informações sobre o território indígena (LEMOS PN, et al., 2018). A avaliação da situação de saúde bucal de comunidades é realizada, essencialmente, pelo estudo da

cárie dentária e das doenças periodontais. Os estudos sobre saúde bucal indígena, ainda em pequeno número no país frente à sócio diversidade existente.

Nas américas, 40% dos 45 milhões de indígenas sentem a falta de acesso a serviços convencionais de saúde. No Brasil a maior parte da população indígena estão concentrados na região amazônica, onde apontam para uma grande heterogeneidade epidemiológica (ALVES FILHO PA, et al., 2009; MEJIA GC, et al., 2010).

Diante das necessidades envolvidas, este estudo visa identificar as dificuldades encontradas pelos profissionais da odontologia a assistência a população indígena, identificar quais são as principais doenças bucais encontradas na população indígena brasileira, assim como conhecer suas principais causas.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena.

Primeira questão a levar em consideração, é tentar entender a cultura do povo indígena brasileiro, suas organizações, alimentações, hábitos entre outros. Podemos dizer que o povo indígena possui distintas representações do processo saúde-doença e das intervenções terapêuticas. Os indígenas entendem que a cura é o “restabelecimento do bem-estar” e através das concepções respaldadas pelos próprios índios, ou seja, um paciente indígena traz consigo sua interpretação do mundo ao seu redor, da vida e da morte, das causas espirituais da doença, da cura e, seguramente, um conceito de seu próprio “sistema de saúde” cultural (SANTOS MM, et al., 2016; MACHADO JR, et al., 2012).

A questão sócio cultural é bastante discutida e algo importante a ser considerado, pois para fornecer uma atenção à saúde desses povos, deve-se respeitar a cultura medicinal em que eles estão inseridos, devido a sua eficiência em alguns aspectos. Para fornecer um trabalho diferenciado atenção da saúde indígena, é importante que ocorra um processo de relação, interação e aprendizagem entre culturas sempre partindo do respeito, legitimidade mútua simetria e igualdade; um intercâmbio entre pessoas, conhecimentos, saberes e práticas culturalmente diferentes para desenvolver um novo sentido entre elas na sua diferença (PEDRANA L, et al., 2018).

A falta de infraestrutura local e recursos nas tribos indígenas, contribuem para a descontinuidade na execução das ações e programas, assim como a elevação dos custos operacionais principalmente em função da dificuldade de manutenção de equipamentos e instalações, sendo que em muitos lugares dependem do transporte aéreo (SILVA EC, et al., 2021).

De acordo com as dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde na prestação da assistência saúde podem ser citadas quando se aborda o choque cultural entre profissionais de saúde e comunidade indígena, as diversas crenças levam a caracterização da doença como um castigo por uma conduta errada do indivíduo enfermo, a valorização da figura do pajé, como líder religioso e espiritual da aldeia e na sua sabedoria de cura por meio das propriedades de plantas e ervas (SILVA EC, et al., 2021).

No que se refere a saúde bucal, em diversos países, as pesquisas reforçam que esse grupo populacional estão diante das piores condições de saúde bucal quando comparado aos não indígenas (MAURICIO HA e MOREIRA RS, 2020). A população indígena comumente ocupa regiões isoladas e distantes e a promoção da atenção à saúde desses indivíduos mostra-se extremamente dificultosa.

Em meio urbano a população não sofre com a falta de saúde em alguns lugares do Brasil, porém, mesmo precária, essas pessoas recebem alguns benefícios referente a saúde, e quando lembramos da população indígena devemos levar em consideração que muitos indígenas ainda não têm acesso aos benefícios que os meios urbanos podem trazer, inclusive, o acesso à saúde, pois como já dito alguns desses povos vivem muito distantes, ou seja, o acesso a saúde se torna algo muito dificultoso ou quase que impossível (SPEZZIA S, 2019; SOUSA BCC, et al., 2019).

O relato sobre saúde bucal em que foi apresentado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2003, demonstrou a influência dos fatores socioculturais e dos aspectos ambientais sobre a condição de saúde bucal, contendo os piores resultados entre grupos com precária condição de vida e com tradições, crenças e cultura, causando um impacto negativo na saúde bucal dos povos indígenas (PETERSEN PE, 2003).

Outro problema encontrado, é quando o cirurgião dentista fornece um atendimento odontológico ao um indivíduo indígena e mesmo acaba tratando desse paciente, como se ele fosse um paciente de vida urbana, e devido a este episódio acaba ocorrendo um desconforto de ambos os lados, pois a relação profissional-paciente é outra e, devido à diversidade das culturas envolvidas, é provável que ocorra minimamente o descrédito do indígena quanto ao tratamento oferecido pelo profissional, podendo queixar-se do tempo de tratamento e não aceitar mudanças preventivas relacionados a saúde e principalmente a saúde bucal (MACHADO JR, et al., 2012).

Principais doenças encontradas na população indígena brasileira.

Atualmente, a população vivencia uma era de mudanças na odontologia, na qual se deve olhar o paciente como um todo, avaliando não apenas a boca e os dentes, mas seu estado de saúde geral (LIMA DC et al., 2011). Os índices mais utilizados na determinação das ações, estratégias e programas em saúde bucal consideram principalmente os fatores biológicos, porém em diversos estudos, tem colocado a doença cárie em primeiro lugar, e a doença periodontal em segundo, como cita Spezzia S (2019), que relata população indígena em nosso país demonstra estado de saúde bucal preocupante com elevado acometimento por doenças periodontais e cárie dentária.

Embora os levantamentos epidemiológicos voltados para a saúde bucal são escassos, o que impossibilita a acessibilidade e invisibilidade epidemiológica à atenção integral à saúde, e deve-se levar em consideração o levantamento da coleta de dados, que é bastante importante para o funcionamento das ações em favor dos indígenas, pois é através desses dados que é verificado se o trabalho que vem sendo desenvolvido tem sido eficaz e também verificar o que precisa ser melhorado (BULGARELI JV, et al., 2018; SPEZZIA S, 2019; SOUZA BCC, et al., 2019; MIRANDA KCO, et al., 2018).

As condições de saúde bucal em nível individual e coletivo são avaliadas, principalmente, pela análise da ocorrência da cárie e de doenças periodontais, e os estudos já realizados refletem sobre a necessidade de priorizar a dimensão preventiva, a formação de indígenas para atuação na saúde bucal, o acesso continuado aos materiais de higiene bucal e o estabelecimento de parcerias com instituições não governamentais (LEMOS PN, et al., 2018). A doença cárie é a doença mais prevalente no mundo. Como toda doença, possui seus sinais e sintomas. Os sinais são as denominadas lesões de cárie, resultantes da ação metabólica de micro-organismos do biofilme dentário sobre as superfícies dos dentes.

É açúcar dependente pois os micro-organismos usam diferentes açúcares como fonte de energia, produzindo ácidos como resultado da sua fermentação biológica, os quais desmineralizam as superfícies dos dentes, culminando em lesões iniciais de cárie, as chamadas manchas brancas ativas (BRASIL, 2012). Estas manchas são opacas e porosas e o processo pode ser inativado caso haja correta remoção do biofilme dentário e uso de produtos fluoretados.

Logo, qualquer estratégia para o controle da cárie deve, necessariamente, envolver o controle dos fatores necessários e determinantes para o desenvolvimento da doença, isto é, o acúmulo de bactérias nas superfícies dentais e o efeito do açúcar, de tal modo que o meio mais racional de usar fluoreto seria aquele que interfira com esses fatores. Para os índios não amazônicos, a disponibilidade de alimentos processados parece desempenhar um papel importante na alta incidência de cárie sofrida por esta população, por se dar conta em que esta população de indígenas se encontra mais próximos da vida urbana (SAMPAIO FC, et al., 2010).

Grupos sociais e regiões desfavorecidos com baixos indicadores de desenvolvimento humano e social, serviços de atenção primária inadequados e baixos ou acesso inexistente ao flúor foram predominantemente afetados (ARANTES R, et al., 2018). Água fluoretada, por ser uma medida de saúde pública, e creme dental

fluoretado, por ser o meio mais racional de usar fluoreto (pois alia a remoção do biofilme dental à exposição constante ao flúor), têm indicação para todos os indivíduos. Os outros meios de usar fluoreto podem e devem ser recomendados de acordo com as necessidades de cada paciente (BRASIL, 2018).

Em um estudo realizado por Lacerda JT, et al. (2018), demonstrou que quase todos os indivíduos apresentavam doença ou sequelas do ataque de cárie dentária, sendo os componentes perdido e restaurado responsáveis por grande parte da composição do CPO-D. O Cálculo dentário e sangramento gengival foram os agravos mais prevalentes na análise da condição periodontal. A periodontite estava presente em pouco menos de um quinto da população observada, e uma pequena parte apresentaram periodontite grave. A perda de inserção acometia da população indígena estudada.

Principais causas das doenças

Nessas populações o acesso ao atendimento odontológico é dificultoso, existe prática de higienização bucal deficiente e ocorre consumo de alimentos que possuem carboidratos fermentáveis, o que favorece a instalação da cárie dentária e das doenças periodontais (SPEZZIA S, 2019).

Já foram realizadas algumas pesquisas e levantamentos, e entre essas pesquisas foi observado mudanças de hábitos alimentares e o consumo de açúcar e produtos industrializados nesses povos tiveram grande exacerbação na saúde bucal (SOUSA BCC, et al., 2019).

Restrições físicas e psicológicas podem influenciar diretamente em aspectos da alimentação, fala, locomoção, convívio social e autoestima, afetando a saúde bucal e qualidade de vida desses povos (LACERDA JT, 2008). Para Miranda KCO, et al, (2018), a alimentação, a falta de educação em relação saúde bucal, e a falta de atendimento odontológico pode ainda agravar as situações dos indivíduos que vivem em tais condições.

Os usos específicos dos alimentos parecem estar simbolicamente ligados a sentimento dos indivíduos de pertencer à cultura e desempenham um papel importante no reforço identidades étnicas e politizadas (SOARES GH, et al., 2019). Os principais fatores de risco associados a doença cárie, encontram-se: fatores culturais e socioeconômicos; falta de acesso ao flúor; deficiente controle mecânico do biofilme dental; consumo frequente de açúcar e hipossalivação, ou seja, um quadro propício para se enquadrar a população indígena.

A ausência de água programas de fluoretação e baixa exposição ao flúor tópico pode contribuir para a alta prevalência de cárie nesta população (SAMPALIO FC, et al., 2010). A doença periodontal deve ser vista como um processo de desequilíbrio entre as ações de agressão e defesa sobre os tecidos de sustentação e proteção do dente, que tem como principal determinante o biofilme dental, a partir das diferentes respostas dadas pelo hospedeiro.

Os fatores de risco podem ser incluídos: fatores culturais e socioeconômicos; diabetes; fumo; ausência de controle de placa (BRASIL, 2018). Nas Américas, estudos bioarqueológicos têm mostrado que a adoção de alimentos derivados de milho e mandioca, onde são ricas em dietas de carboidratos, foram diretamente relacionadas ao declínio na saúde bucal, com maior taxas de cárie dentária, doença periodontal e má oclusão, onde foram comparados a caçadores, onde os mesmos realizavam uma dieta rica em proteínas, ou seja, a população indígena que viviam constantemente do plantio, se mostrou com uma saúde bucal mais prejudicado ao se comparar com povo indígena que dependiam principalmente da caça, rica em proteínas (ARANTES R, et al., 2001).

Breve Histórico e melhorias no atendimento à saúde bucal da população indígena brasileira.

Como início aos cuidados da população indígena, o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) foi a primeira política pública indigenista do estado brasileiro, através do Decreto-Lei nº8.07214, atuando até 1967, onde que por sua vez, as igrejas que influenciavam aos cuidados dos povos indígenas, e por conta do decreto, houve a exclusão da igreja, e passando responsabilidade em relação aos indígenas, ao governo, para garantir, assim, a assistência médica. Em 1956, foi implantado pelo Ministério da Saúde, o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA). Devido à sua experiência na assistência à saúde indígena, foi criado,

em conjunto com o Correio Aéreo Nacional (CAN), para melhorar o suporte na saúde, onde encontrava-se em deficiência, um modelo de assistência aérea, com equipes volantes, contendo médicos, dentistas, enfermeiros e técnicos em saúde (RODRIGUES FI, et al., 2018).

Posteriormente a SUSA, em meados de 1967, foi criada a FUNAI, sendo elaborado com princípios, deveres e missão, cuja mesma é institucional é proteger e promover os direitos dos povos indígenas no Brasil, que posteriormente ano de 1973, diante das necessidades encontradas, foi publicado a Lei n.º 6.00119, conhecida como Estatuto do Índio, que tinha como objetivo tutelar, de preservar a sua cultura, e integrá-los a participar ativamente de projetos referentes ao mesmo. regularizar a situação jurídica das minorias indígenas no Brasil (FUNAI, 2010).

Nos anos 80, logo após a reforma sanitária, ainda em questionamentos por direito à saúde, foram realizadas a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal e a 1ª Conferência Nacional de Saúde do Índio, que salientaram a necessidade de um órgão para organizar e readequar a gestão da saúde, e por causa dessa necessidade, que logo mais tarde, o Ministério da Saúde diante dos dados apresentados, criou a Fundação Nacional de Saúde e a Coordenação de Saúde do Índio (COSAI), à qual caberia a responsabilidade da gestão da saúde indígena, melhorando a gestão e a organização da saúde indígena. Em 1991, de acordo aos decretos presidenciais, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio, ocorreu a criação do primeiro Distrito Sanitário Indígena (DSEI) e o Distrito Sanitário Yanomami (DSY), no Amazonas e em Roraima, melhorando ainda mais a logística da saúde da população indígena em áreas de difícil acesso (RODRIGUES FI, et al., 2018).

As reformulações sanitárias indígenas iniciaram nos anos 90, onde surgiu Lei Arouca nº 9.83629, criando-se, assim, o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SASISUS), tendo a gestão administrativa realizada pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que ao passar do tempo, devido do tempo, houve a necessidade de criar o Sistema de Informação e Atenção à Saúde Indígena (SIASI), o qual consiste em um processamento de análise de informações. A saúde indigenista adquiriu relevância na Saúde Pública brasileira com a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em 1999, e a instituição da Lei no 9.836, de 23 de setembro de 1999, obteve medidas cuja finalidade comum é garantir aos povos indígenas o acesso integral à saúde, acorde com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), e o atendimento diferenciado de forma a respeitar a diversidade de cada povo (BRASIL, 2018; RODRIGUES FI, et al., 2018). Em resumo, a política nacional de saúde, a saúde pública, saúde bucal e a saúde da população indígena sempre caminharam lado a lado, onde faz um levantamento histórico desde 1500 a 2014.

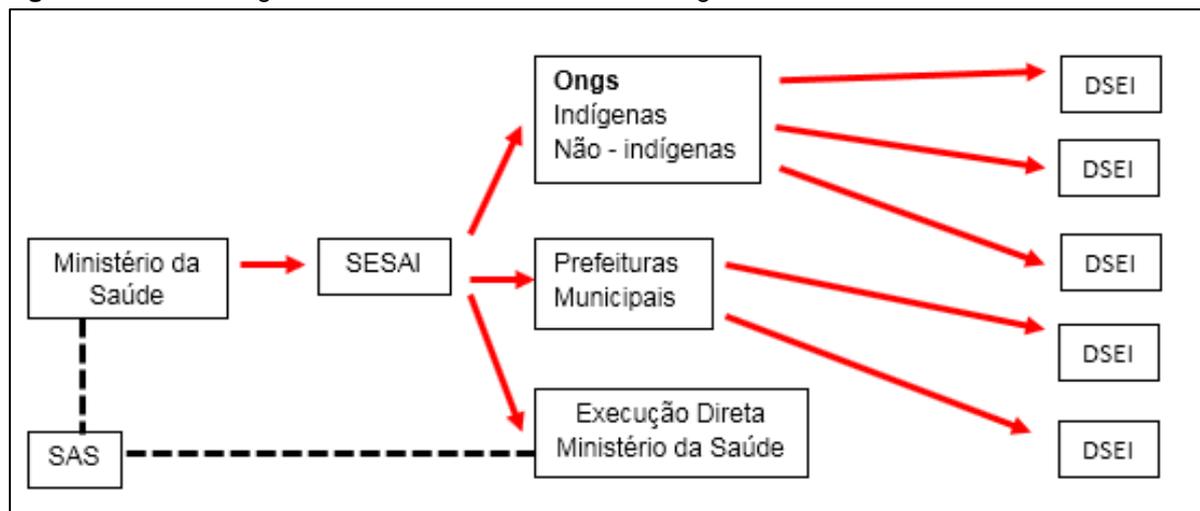
Em 2018, foi realizado um inquérito de saúde bucal dos povos indígenas, onde se concentrava como objetivo geral conhecer a situação de saúde bucal da população indígena brasileira, onde por um plano amostral garantirá a representatividade da amostra por DSEI nas idades/ faixas etárias: 5, 12, 15-19, 35-44, 65-74 anos preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para avaliação das condições de saúde bucal. E tiveram com indicadores epidemiológicos as doenças como cárie dental, no qual foi avaliada por meio do índice CPOD/ceo-d, índice pelo qual é preconizado pelo OMS, que avalia a quantidade de dentes cariados, perdido e obturado por indivíduo, e sendo que o ceo-d é o análogo para dentição decídua. Outros índices foram registrados, como a condição periodontal, através do CPI (Índice Periodontal comunitário), a oclusão Dental, índice de má-oclusão, fluorose dentária, edentulismo e alterações buco dentárias – culturalmente definidas (BRASIL, 2018).

Em suas aldeias, os índios são amparados por equipes de saúde e, nos casos dos atendimentos de média e alta complexidade, podem contar com o serviço de apoio prestado pelas Casas de Atenção à Saúde do Índio (Casai) (SANTOS MM, et al., 2016).

A dinâmica de interação entre os diversos órgãos que atuam na saúde indígena é apresentada na que expressa o chamado modelo de gestão, ou seja, o modo como é feito o gerenciamento técnico e político das atividades do subsistema (**Figura 1**) (GARNELO L, 2012).

Os programas de intervenção na saúde de populações, indígenas se tornam cada vez mais necessários à melhoria dos serviços de atenção à saúde indígena e requerem monitoramento e adoção de estratégias diferenciadas (LEMOS PN, et al., 2018).

Figura 1: Modelo de gestão do Subsistema de Saúde Indígena.



Legenda: DESAI= Departamento Saúde Indígena; DSEI = Distrito Sanitário Especial Indígena; SAS = Secretaria de Assistência à Saúde.

Fonte: Palma FAM, et al., 2021. Adaptado de Garnelo L (2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As principais dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde na assistência a população indígena estão relacionadas as barreiras geográficas, comunicação, condições de trabalho e questões culturais, onde a relação profissional-paciente acaba sendo comprometida. Com relação as doenças bucais, as principais causas estão relacionadas a doença cárie, e doença periodontal, onde por sua vez, os fatores que causam estas doenças, estão relacionadas principalmente a dieta destes indivíduos, que por sua vez as restrições físicas e psicológicas podem influenciar diretamente nos aspectos da alimentação. Outro aspecto são os fatores culturais e socioeconômicos; falta de acesso ao flúor; deficiente controle mecânico do biofilme dental; consumo frequente de açúcar e hipossalivação.

REFERÊNCIAS

1. ALVES FILHO PA, et al. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2009; 25(1): 37-46.
2. ALVES FILHO PS, et al. Social and environmental inequities in dental caries among indigenous population in Brazil: evidence from 2000 to 2007. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2013; 16(3): 692-704.
3. ARANTES R, et al. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2001; 17(2): 375-384.
4. ARANTES R, et al. Human ecological and social determinants of dental caries among the Xavante Indigenous people in Central Brazil. PloS one, 2018; 13(12): e0208312.
5. BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2ª edição. Brasília, 2002.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Inquérito nacional da saúde bucal dos povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
8. BULGARELI JV, et al. Fatores que influenciam o impacto da saúde bucal nas atividades diárias de adolescentes, adultos e idosos. Revista de Saúde Pública, 2018; 52: 44.
9. CURY PR, et al. Oral mucosal lesions in Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. Medicine, 2014; 93(27).
10. FUNAI. Fundação Nacional do Índio. Modalidades de terras indígenas. Brasília, DF.

11. GARNELO L. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC-SECADI, 2012.
12. LACERDA JT, et al. Saúde bucal e o desempenho diário de adultos em Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2008; 24: 1846-1858.
13. LEMOS PN, 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*, 2018; 34: e00079317.
14. LIMA DC, de et al. A importância da saúde bucal na ótica de pacientes hospitalizados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16: 1173-1180.
15. MACHADO JR, et al. Odontologia na aldeia: a saúde bucal indígena numa perspectiva antropológica. *Revista de Antropologia*, 2012; 4(5): 182-222.
16. MAURICIO HÁ, MOREIRA R. Autopercepção da saúde bucal por indígenas: uma análise de classes latentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020; 25: 3765-3772.
17. MEJIA GC, et al. An introduction to oral health inequalities among Indigenous and non-Indigenous populations. *International dental journal*, 2010; 60(3S2): 212-215.
18. MESQUITA LP, et al. Periodontal status of an indigenous population at the Xingu Reserve. *Brazilian Journal of Oral Sciences*, 2010; 9(1): 43-47.
19. MIRANDA KCO, et al. Caries prevalence among Brazilian indigenous population of urban areas based on the 2010. National Oral Health Survey. *Ciencia & saude coletiva*, 2018; 23: 1313-1322.
20. PEDRANA L, et al. Análise crítica da interculturalidade na Política Nacional de Atenção às Populações Indígenas no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2018; 42: e178.
21. PETERSEN PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century—the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dentistry and oral epidemiology*, 2003; 31: 3-24,.
22. SAMPAIO FC, et al. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguar Indian reservation in Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2010; 27: 246-251.
23. SANTOS MM, et al. Assistência prestada pelo Sistema Único de Saúde de Teresina à população indígena do Maranhão, 2011: um estudo descritivo. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 2016; 25: 127-136.
24. SOARES GH, et al. Epidemiological profile of caries and need for dental extraction in a Kaingang adult Indigenous population. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2019; 22: e190042.
25. SPEZZIA S. Atendimento Odontológico para as Populações Indígenas com Utilização do Tratamento Restaurador Atraumático. *Revista Ciências e Odontologia*, 2019; 3(1): 6-10.
26. SILVA EC, et al. Dificuldades vivenciadas pelos profissionais de saúde no atendimento à população indígena. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2021; 13(1): e5413.
27. SOUSA BCC, et al. Saúde bucal dos povos indígenas do brasil. *Facit Business and Technology Journal*, 2019; 1(9).