

UNICESUMAR - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ

CAMPUS CURITIBA

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ODONTOLOGIA

GUARANIS MBYA: SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA INDÍGENA

Fabiana Angélica Kulitch Candido

Francielle Fernanda da Cruz Melink Sanada

CURITIBA – PR

2024

Fabiana Angélica Kulitch Candido
Francielle Fernanda da Cruz Melink Sanada

GUARANIS MBYA: SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA INDÍGENA

Artigo apresentado ao curso de graduação em Odontologia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Cirurgião Dentista sob a orientação do Prof. Mariana Machado Teixeira de Moraes Costa

CURITIBA – PR

2024

Fabiana Angélica Kulitch Candido
Francielle Fernanda da Cruz Melink Sanada

GUARANIS MBYA: SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA INDÍGENA

Artigo apresentado ao curso de graduação em Odontologia da UniCesumar – Centro Universitário de Maringá como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel(a) em Cirurgião Dentista sob a orientação do Prof. Mariana Machado Teixeira de Moraes Costa

Aprovado em: ____ de _____ de ____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Me. Matheus A. Mueller - Unicesumar

Prof. Me. Cecim Calixto Jr. - Unicesumar

GUARANIS MBYA: SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA INDÍGENA

Fabiana Angélica Kulitch Candido

Francielle Fernanda da Cruz Melink Sanada

RESUMO

A quantidade de indígenas no país está crescendo desde que foram adotados novos critérios para a consideração de indígenas. Dentro do grupo dos Guaranis, há vários subgrupos, como os Kayová, Ñandevá e Mbyá. Desde o contato com a cultura ocidental, os indígenas vêm sofrendo alterações em seu meio, influenciando o estado nutricional e bucal desses povos. Estudos realizados em populações indígenas apontam inadequações nutricionais, doenças infectocontagiosas, condições sanitárias precárias e pouca diversidade alimentar. Os maiores problemas bucais encontrados neste grupo são cárie dental, doença periodontal e edentulismo. Devemos levar em conta que um paciente indígena traz consigo as suas interpretações do mundo ao seu redor; os fatores culturais devem ser respeitados durante todo o trabalho, buscando entender e aproveitar os recursos naturais encontrados na comunidade indígena. O principal objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre a saúde bucal dos indígenas Mbyá-Guarani, integrando suas práticas culturais e tradições na abordagem das questões de saúde. Para isso, buscamos como pontos principais: Conduzir uma revisão abrangente, levantando e analisando estudos existentes sobre saúde bucal em populações indígenas, com foco nas especificidades dos Mbyá-Guarani; Compreender as práticas indígenas em saúde bucal, identificando as práticas tradicionais de cuidado oral entre os Mbyá-Guarani e como suas crenças e costumes impactam a saúde bucal; Identificar os principais problemas bucais, com base nos artigos, analisamos quais as principais condições de saúde bucal enfrentadas pela população. Por fim, nosso estudo busca fortalecer a identidade cultural indígena, integrando saberes tradicionais e científicos.

Palavras-chave: Saúde bucal. Promoção da saúde. Indígenas. Mbya- Guarani.

“GUARANIS MBYA: ORAL HEALTH OF INDIGENOUS CHILDREN”

ABSTRACT

The number of indigenous people in the country has been growing since new criteria for considering indigenous status were adopted. Within the Guaraní group, there are several subgroups, such as the Kayová, Ñandevá, and Mbyá. Since contact with Western culture, indigenous people have been experiencing changes in their environment, influencing their nutritional and oral health status. Studies conducted on indigenous populations indicate nutritional inadequacies, infectious diseases, poor sanitary conditions, and limited dietary diversity. The main oral health problems found in this group are dental caries, periodontal disease, and edentulism. It is important to consider that an indigenous patient brings their interpretations of the world around them; cultural factors must be respected throughout the work, seeking to understand and utilize the natural resources found in the indigenous community. The main objective of this study was to conduct a literature review on the oral health of the Mbyá-Guaraní indigenous people, integrating their cultural practices and traditions into the approach to health issues. To achieve this, we focused on the following main points: Conduct a comprehensive review, gathering and analyzing existing studies on oral health in indigenous populations, with a focus on the specificities of the Mbyá-Guaraní; Understand indigenous practices in oral health, identifying traditional oral care practices among the Mbyá-Guaraní and how their beliefs and customs impact oral health; Identify the main oral health problems, based on the articles, we analyzed the main oral health conditions faced by the population. Finally, our study seeks to strengthen indigenous cultural identity, integrating traditional and scientific knowledge.

Keywords: Oral health. Health promotion. Indigenous people. Mbyá-Guaraní.

1 INTRODUÇÃO

O censo demográfico Indígena no Brasil iniciou-se em 1991, com uma total de 294 mil índios, levando em conta apenas cor e raça.

No ano de 2000, o número aumentou para 734 mil, pois foram consideradas pessoas que se identificam como indígenas considerando povos, línguas, etnias e a localização do domicílio (dentro ou fora de terras indígenas) e a área (rural ou urbana). Já no censo de 2010, mostra que o número continuava aumentando, saltando para 896 mil pessoas que se declararam ou se consideram indígenas.

Além disso, o censo apontou 274 línguas indígenas faladas por 305 etnias diferentes. Em relação à idade, dentro das terras indígenas existem mais crianças e jovens. Em contrapartida, fora das terras indígenas, o número de idosos e adultos é maior. (IBGE, 2010).

O último censo realizado em 2022 aponta que a população indígena do país chegou a 1.693.535 pessoas, o que representa 0,83% do total de habitantes. Conforme o IBGE, pouco mais da metade (51,2%) da população indígena está concentrada na Amazônia Legal.

Quando comparado com 2010, quando foi realizado o Censo anterior, foram contados 896.917 indígenas no país. Representando um aumento de 88,82% em 12 anos.

O aumento do número de indígenas é explicado principalmente pelas mudanças metodológicas feitas para melhorar a captação dessa população. Como os quesitos sexo, idade, etnia, mortalidade, fecundidade, migração e principalmente a pergunta 'você se considera indígena?' para fora das terras indígenas.

Grande parte dos indígenas do país (44,48%) está concentrada no Norte. São 753.357 indígenas vivendo na região. Em seguida, com o segundo maior número, está o Nordeste, com 528,8 mil, concentrando 31,22% do total do país. As demais regiões apresentam a seguinte distribuição: Centro-Oeste (11,80% ou 199.912 pessoas indígenas), Sudeste (7,28% ou 123.369) e Sul (5,20% ou 88.097). (IBGE, 2022.)

Atualmente, os Guaranis podem ser encontrados vivendo em aldeias entre o Espírito Santo, Paraná e o Rio Grande do Sul. Dentre os índios Guaranis, existem três subgrupos: Kayová, Nandevá e Mbyá. Os Mbyá são considerados os que mais

preservam sua tradição; sendo eles os que melhores preservaram sua identidade cultural. Para esse grupo, a religião e a língua são as principais formas de preservar sua identidade cultural. As crianças pequenas e as mulheres, principalmente as mais idosas, são monolíngues, ou seja, falam apenas o Mbyá. (MOSER, 2010).

Historicamente, os povos indígenas sofreram mudanças intensas após o contato com culturas ocidentais, marcadas por alterações ambientais e pela introdução de doenças. Nesse contexto, a situação de saúde das comunidades indígenas relaciona-se a um complexo arcabouço de transformações socioculturais, históricos ambientais embasados num processo contínuo de interrelação com a expansão ocidental. (ALVES FILHO, SANTOS e VETTORE, 2014). Estas acentuadas e rápidas mudanças culturais e ambientais vividas pelas diversas e diferentes comunidades indígenas influenciam o estado nutricional e a condição bucal. (MOURA, BATISTA e MOREIRA, 2010).

Os maiores problemas de saúde bucal relacionados em diversas etnias são respectivamente a cárie dental, doença periodontal e o edentulismo. Os estudos realizados assinalam que a ocorrência de cárie e periodontias aumentou, sendo consequência de fatores determinantes socioeconômicos, culturais e biológicos, tais como: idade fértil, falta de acesso a programas preventivos, mudanças no padrão alimentar (como ingestão de alimentos industrializados e ricos em carboidratos) e descontinuidade de assistência. (ALVES FILHO, SANTOS e VETTORE, 2014).

Devemos levar em conta que um paciente indígena traz consigo suas interpretações do mundo ao seu redor, da vida, da morte, das causas espirituais da doença, da cura e, seguramente, um conceito próprio “sistema saúde” cultural. Esses fatores devem ser respeitados para a execução dos trabalhos onde há a proposta de atuação nas aldeias, e para um bom desempenho de seu trabalho. Com esses cuidados, resulta-se num atendimento mais humano, menos etnocêntrico impositivo, mais acertadamente respeitável, mais eficientemente conscientizado dos valores das práticas de higiene adequada e eficaz, buscando inclusive entender e aproveitar os recursos naturais locais previamente conhecidos tradicionalmente empregados na comunidade indígena. (MACHADO JR., REYES e DIAS, 2012).

2. OBJETIVO

O principal objetivo deste estudo foi realizar uma revisão de literatura sobre a saúde bucal dos indígenas Mbyá-Guarani, integrando suas práticas culturais e tradições na abordagem das questões de saúde.

3. METODOLOGIA

Para a realização deste estudo foi realizado um levantamento de pesquisas bibliográficas sobre o assunto, utilizando os seguintes Descritores em Saúde - DeCs: Saúde Bucal indígena, Saúde bucal, cárie dentária em crianças indígenas, Mbya Guarani. As buscas foram realizadas nas bases de dados da Scielo, Ministério da Saúde e IBGE. A pesquisa abrangeu publicações entre os anos de 2010 a 2023, considerando artigos publicados em português e inglês. Como critério de inclusão foram considerados artigos publicados entre os anos estabelecidos e que atendessem parcialmente ou totalmente o tema abordado, considerando que as informações encontradas nos artigos complementam uns anos outros para a construção de uma revisão de literatura. Além disso, como critério de exclusão foram considerados artigos publicados fora da data limite ou que não abordassem algo sobre o tema proposto, ou ainda que não apresentassem informações novas sobre o mesmo.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 ÍNDIOS MBYA-GUARANIS

Existem no Brasil cerca de 590 mil indígenas, dentre eles estão os Guaranis, que pertencem à família Tupi-Guarani, do tronco linguístico Tupi. Os Guaranis do Brasil são subdivididos em três subgrupos de acordo com o dialeto, os costumes e as práticas rituais: Kayová, Ñandéva e Mbyá. Atualmente os Mbyás-Guarani localizam-se em áreas do Uruguai, Paraguai, Argentina e do Brasil, onde habitam os estados do Sul do país (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná), e os estados

de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul; além de algumas famílias encontrarem-se no Pará e no Tocantins. A localização espacial das Aldeias Mbyá-Guarani ocorre preferencialmente em áreas próximas do mar, sobretudo nas serras da Mata Atlântica.

Os Mbyá-Guarani buscam instalar suas aldeias em territórios tradicionais, principalmente nas regiões litorâneas, que, anteriormente eram ocupadas por seus ancestrais, por acreditarem que migrando encontrarão a Terra Sem Mal. As migrações ocorrem sempre em direção ao litoral, por acreditarem que a localização da Terra Sem Mal está além do oceano. A história de aldeamento entre os Mbyá-Guarani é recente, e eles buscam locais onde possam isolar-se da sociedade envolvente, para cultivarem seus hábitos tradicionais de vida. As aldeias são denominadas de “tekoa” e devem conter os recursos naturais que possibilitem a vivência do jeito de ser Mbyá-Guarani, denominado por eles de “nhandereko”.

Entretanto, a divisão atual das aldeias, definidas por limites artificiais com relação a outras ocupações (tais como fazendas, loteamentos, estradas, projetos de abastecimento, etc.), inviabiliza-as enquanto espaço que garanta a subsistência da própria comunidade. A localização das aldeias Mbyá-Guarani, em locais com escassez de recursos naturais tem implicações sérias sobre seu modo de vida e suas condições de saúde. (AUZANI e GIORDANI, 2008).

Entre os Índios Guarani, os Mbyá são considerados pelos estudiosos como os que mais preservam sua tradição, devido principalmente ao fato desse grupo indígena ter se estabelecido em território que durante muito tempo foi inacessível aos colonizadores e missionários jesuítas durante o início do século XVII. Dessa forma tornaram-se conhecidos como “caaiguá” ou “cainguás”, ou seja, “índios da floresta”.

Provavelmente devido a essa história, eles sejam os que melhor preservaram sua identidade cultural. Para esse grupo a religião e a língua são as principais formas de preservar sua cultura, sendo a língua, conforme afirma Hélène Clastres, “o veículo pelo qual podem ainda firmar sua diferença, isso explica que seja mantida secreta e ocupe um lugar privilegiado na vida cotidiana”. As crianças pequenas e as mulheres, principalmente as mais idosas, são monolíngues, ou seja, falam apenas o Mbyá. (CLASTES, 1978 citado por MOSER, 2010).

4.2 ASPECTOS CULTURAIS DOS MBYA-GUARANIS

4.2.1 Religiosidade

A religiosidade Guarani passa, sobretudo, pela procura da Terra sem Males, paraíso que os índios acreditam existir na Terra, onde seria possível chegar a ela ainda em vida, sem passar pela morte.

A característica migratória dos Mbyá Guarani também diz respeito às crenças religiosas desse grupo indígena. Para Aldo Litaiff, os índios Mbyá “migram em busca de terra de solo fértil e mata virgem, onde seja possível viver de acordo com as normas e valores de sua cultura, rezando e praticando os exercícios espirituais necessários para se alcançar o Paraíso”. (LITAIFF, 1996 citado por MOSER, 2010).

O objetivo de todo Mbyá-Guarani é habitar a Terra Sem Mal, assemelhando-se às suas divindades. Neste mundo os Mbyá-Guarani estão apenas passando por uma espécie de prova, que os qualificará – ou não – para atingir a Terra Sem Mal. Pode-se dizer que a Terra Sem Mal é como um paraíso, onde os Mbyá-Guarani passarão a eternidade gozando de perpétua juventude, vivendo na abundância e sem a necessidade de realizar nenhum esforço. A Terra Sem Mal pode ser alcançada ainda em vida, sem ter que passar pela prova da morte. Para isso é preciso atingir o “aguyje”, que é o estado de totalidade acabada, a perfeição, a maturidade, a plenitude do desenvolvimento de todo o ser. (TEMPASS, 2005 citado por TEMPASS, 2007).

4.2.2 Alimentação

O ato alimentar é uma característica dos seres vivos, porém o ato culinário é próprio da espécie humana. Todas as sociedades desenvolveram formas de preparações para os seus alimentos, o que torna possível afirmarmos que a cozinha é um elemento universal.

Contudo, cada cultura prepara os seus alimentos de maneiras distintas. Para os Mbyá Guarani, uma série complexa de regras precisam ser respeitadas para que se atinja o “aguyje”, dentre elas as mais elementares são as regras alimentares. Estas regras têm a finalidade de tornar o corpo leve e limpo para que os Mbyá-Guarani possam “ascender” até a Terra Sem Mal.

O consumo de alimentos que não são originários de sua cultura (como as comidas dos “juruá/brancos”) deve ser evitada, principalmente produtos como o sal, o açúcar branco, óleos vegetais, café, carne de gado e produtos industrializados. Cigarros e bebidas alcoólicas dos “juruá /brancos” também não devem ser consumidos.

Assim, numa primeira dicotomização, todos os alimentos “de fora” do seu sistema são prejudiciais, enquanto que “os de dentro” são recomendados. Isso evidencia um forte atrelamento entre a alimentação tradicional dos Mbyá-Guarani com o seu sistema xamânico cosmológico. Foi “Ñanderú” (principal divindade Mbyá-Guarani) quem criou todas as plantas animais para que eles se alimentassem. Desta forma, comer os alimentos tradicionais significa alimentar-se com a criação divina. Cada animal ou planta tem sua “alma” com uma história mítica e uma posição precisa na cosmologia, fazendo com que para a obtenção dos alimentos (horticultura, caça, pesca ou coleta) seja necessária a realização de inúmeros ritos, solicitando aos deuses a concessão dos alimentos. (TEMPASS,2007)

Apesar de o consumo dos alimentos tradicionais ser altamente recomendado, alguns são mais propícios que outros para se atingir o “aguyje”. Em outras palavras, os alimentos tradicionais formam seres perfeitos, mas dentre estes alimentos uns são mais eficientes que outros.(TEMPASS, 2005 citado por TEMPASS,2007)

Assim, em uma segunda dicotomização, os Mbyá-Guarani classificam os seus alimentos tradicionais em duas categorias: os alimentos do sangue e da carne (espécies animais) e os alimentos do esqueleto (espécies vegetais). Os alimentos do esqueleto (vegetais) são os mais indicados para o “aguyje” e, para a perfeição do ser, pois tornam o corpo leve e limpo. Já os alimentos do sangue e da carne (animais) precisam ser consumidos com moderação, pois dão peso ao corpo.

Acontece que as atuais aldeias ocupadas pelos Mbyá-Guarani se encontram desprovidas de recursos ambientais, sem terra propícia para a horticultura (tanto em qualidade quanto em quantidade), sem rios e/ou lagos para a pesca e sem matas para a caça e a coleta. Isso tem dificultado muito a obtenção dos alimentos tradicionais, forçando os Mbyá-Guarani a consumirem uma grande quantidade de alimentos dos “juruá/brancos”. Esse fato tem preocupado bastante os Mbyá-Guarani, principalmente no que tange os aspectos cosmológicos de sua alimentação. (TEMPASS, 2005 citado por TEMPASS 2007).

Contudo, mesmo valendo-se de ingredientes externos, a especificidade de sua alimentação é mantida através do “jeito” Mbyá-Guarani de cozinhar. Para moer grãos os Mbyá-Guarani valem-se de pilões de madeira (angu’á), ainda largamente utilizados, sem nenhum tipo de decoração. Do mesmo modo, peneiras de tiras de taquara são confeccionadas sem nenhum tipo de decoração. As facas só são utilizadas por quem prepara a comida. As mulheres, quando servem os seus maridos e filhos, já entregam tudo cortado em pedaços bem pequenos, dispensando o uso da faca para os comensais (ELIAS, 1990 citado por TEMPASS, 2007). Antigamente as facas eram feitas lascando-se pedaços de taquara. Essas facas, de pouqu

A alimentação Mbyá-Guarani, fortemente entrelaçada com as demais esferas da cultura e regida pela sua cosmologia, não foge a esta regra. Dificilmente eles mostram seus aspectos alimentares aos “juruá/brancos”, excetuando-se as pessoas que já tenham um bom convívio com a cultura Mbyá-Guarani, pessoas com quem já foram estabelecidos laços mútuos de profunda confiança. Nas primeiras visitas é comum que o visitante, até então um estranho, seja recepcionado para conversar longe do local onde são preparadas e feitas as refeições. Mesmo quando o visitante é recepcionado no espaço onde normalmente são preparadas as comidas, as mulheres evitam cozinhar ali, pegando discretamente os utensílios e indo cozinhar em outro lugar (TEMPASS, 2006 citado por TEMPASS, 2007). Mas com o passar do tempo, com a ampliação dos laços, isso vai sendo modificado. Em suma, a ocultação de sua comida é uma das estratégias Mbyá-Guarani frente à sociedade envolvente. (TEMPASS, 2007).

Além do ponto de vista nutricional, a alimentação é um fator importante para a conservação de sua etnicidade, pois a alimentação incorpora vários aspectos peculiares à cultura desse povo, sobretudo no que se refere ao tratamento atribuído ao milho, o milho guarani. Através do milho, durante a cerimônia do batismo, os Mbyá- Guaranis recebem seu nome guarani, seu espírito. (AUZANI e GIORDANI, 2008).

4.2.3 Concepção do processo saúde/doença

Antigamente era comum aos índios utilizarem “remédios de mato”, chás feitos pelo pajé para tentar curar dores de estômago e de dente, informações em geral

tranquilizantes e até como anticoncepcionais (LITAIFF, 1996 citado por MOURA, BATISTA e MOREIRA, 2010).

Em 2002, o Ministério da Educação em parceria com a Organização Geral dos Professores Ticunas Bilíngues – OGPTB, publicou um livro didático de saúde bucal elaborado pelos próprios indígenas, devidamente assessorados por uma equipe de especialistas das áreas de saúde – especificamente da odontologia – e da educação. O Livro de Saúde 185 | Revista de Antropologia – Ano 4 – Volume 5 Bucal apresenta, além dos temas de alimentação e mastigação a partir de seus mitos e histórias, o uso da planta chamada “Wotch” na limpeza dos dentes pelos antepassados do povo Ticuna, e o uso de um “fio dental” produzido de folhas da palmeira de Tucumã. Ora, essa iniciativa remete à autonomia indígena – do Ticuna, num primeiro plano – no que diz respeito à resolução de seus próprios problemas, nesse caso a dor de dente e suas complicações, e isso em qualquer época, inclusive na América pré- colombiana e pré- cabralina.(BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2002, citado por MACHADO JR., REYES e DIAS, 2012).

Os indígenas reconhecem a existência de doença Guarani denominada “Kamby riru jere”, que ocorre quando a criança tem uma queda. Durante a queda, o estômago da criança vira e ela passa apresentar emagrecimento, diarreia e vômito. Eles relatam que as crianças podem chegar a morrer, por isso eles têm muito cuidado na prevenção de quedas.

Existe um posto de saúde na aldeia com atendimento médico e odontológico. Quando alguém adoece, primeiro procura a Karái (curandeira) e esta realiza um tratamento espiritual através de rezas e ervas medicinais dentro da Opã (casa de reza). Somente quando a Karái libera o doente é que ele procura um médico do posto de saúde quando necessário. Dentro da Opã o branco não pode entrar. (SAAVEDRA e CÂMARA, 2010).

Normalmente ela ocorre na época em que está nascendo a primeira dentição. A dentição associa-se ao período em que novos alimentos são inseridos, além do leite materno. No entanto, a relação cultural feita por essa população, não ocorre entre estes dois eventos e sim entre a dentição e a queda.

A preocupação com a preservação da identidade cultural deve existir sempre tanto por parte dos profissionais ligados às comunidades indígenas, quanto por parte dos pesquisadores e prestadores de serviço. Deve-se buscar que as intervenções se constituam em parcerias com a cultura estudada, a fim de minimizar o impacto das

mudanças socioculturais já sofridas por essas populações, bem como tornar as ações de saúde mais efetivas. A construção de práticas em saúde deve buscar resgatar o conhecimento indígena, incentivando a manutenção dos rituais, e adaptando-os aos conhecimentos biomédicos para a manutenção da saúde. (SAAVEDRA e CÂMARA, 2010).

CONSEQUÊNCIAS DO PROCESSO DE URBANIZAÇÃO NA SAÚDE DOS ÍNDIOS MBYA-GUARANIS

4.3.1 Mudanças alimentares

O contato com a população urbana levou os indígenas a consumir alimentos industrializados e a uma diminuição de atividade física, por serem aumentos de fácil acesso, diminuindo a caça, pesca e agricultura de subsistência – plantavam milho, mandiocas, banana, amendoim, cana, batata doce e coletava-se mel; e começando a trabalhar em centros urbanos vendendo seus artefatos (LITAIFF, 1996; LITAIFF, 2000 citados por MOURA, BATISTA e MOREIRA, 2010).

Todas essas dificuldades, aliadas a ocupação de áreas inadequadas para o cultivo de roças, para a coleta de frutos e para a prática da caça e da pesca, implicam na dificuldade que os indígenas encontram em manter seu jeito de ser, que passa pela religião, pelo cultivo e consumo de alimentos sagrados e pelas transformações que estão ocorrendo em suas aldeias. Todos esses fatores contribuem de alguma maneira à insegurança alimentar e nutricional que os indígenas vivem hoje. (AUZANI e GIORDANI, 2008).

4.3.2 PROBLEMAS BUCAIS NOS INDÍGENAS

Um estudo transversal realizado entre 2009 e 2010, em 19 aldeias, totalizando 203 sujeitos, na região do Estado do Rio Grande do Sul trouxe como resultado o CPOD médio aos 12 anos e na faixa etária de 15-19 anos foi de 1,3 e 3,4, respectivamente. Em adultos, a média foi de 11,55, com componente perdido (P) de 69,3%. Entre idosos, o CPOD foi de 18,6. O ceo-d foi significativamente maior nas mulheres ($p < 0,05$) aos 5 anos. A presença de cálculo foi a condição

periodontal mais prevalente em todas as idades. Entre as crianças, 91% apresentaram padrão normal de oclusão. Padrões aceitáveis de fluorose foram encontrados em 91,4% dos indivíduos do grupo de 15-19 anos. A higiene bucal e o uso de pasta fluoretada foram relatados por 95%.

Para exames, análise e descrição dos resultados, a população estudada foi estratificada nas idades de 5 e 12 anos e nas faixas etárias de 15-19, 35-44 e 65-74 anos. As idades, as faixas etárias e os exames clínicos foram realizados de acordo com os critérios estabelecidos pela OMS para pesquisas em saúde bucal.

Os dados clínicos coletados foram: cárie dentária, necessidade de tratamento odontológico, doença periodontal, oclusão dentária, fluorose, necessidade e uso de serviços odontológicos.

Os resultados de saúde bucal em crianças guaranis de 5 anos de idade foram os seguintes: O índice de cariados, extraídos e obturados (ceo) nos dentes decíduos foi de 2,8, consistindo em 85,7% do componente cariado e 14,3% de dentes restaurados, para um total de 45 crianças examinadas. A porcentagem de crianças livres de cárie foi 44,4% aos 5 anos e de 54,3% aos 12 anos.

Observou-se que crianças e adolescentes de 12 anos e entre 15 e 19 anos apresentaram CPOD de 1,3 e 3,4, respectivamente. A maior porcentagem foi registrada para o componente cariado (C) aos 12 anos (54,3%) e para os dentes obturados (O) no grupo de 15-19 anos (49,4%). Quanto à evolução na perda dentária, a faixa dos 15-19 anos apresentou 21,5% do CPO, enquanto a faixa etária de 35-44 anos obteve um CPO médio de 11,5 e o componente P representando 69,3% do total. O CPOD médio entre os idosos (65-74 anos) foi de 18,6, com o componente (P) dentes perdidos em razão de cárie aumentando com a idade quando comparados aos adultos (88,7%).(BALDISSEROTTO ET AL, 2019).

Além disso, foi realizada uma pesquisa no Rio de Janeiro com os Guaranis. Levando em conta o índice de Ceo-d (elementos com cárie, extração indicada e restaurados entre os decíduos), observou-se que entre as crianças dos 18 meses aos 12 anos de idade, o componente cariado foi o mais frequente, correspondendo a 92,3% do índice aos 5 anos e 100 % aos 12 anos. O componente obturado foi observado apenas entre os 5 a 9 anos, alcançando o maior valor aos 9 anos (14,8%). Somente 38,5% das crianças de 5 anos estavam livres de cárie. Observou-se uma frequência de alterações gengivais em crianças de 5 anos de idade, de 12% para meninos e de 7,1% para meninas. Na faixa etária dos 12 anos,

10% apresentavam cálculo dentário como condição periodontal mais grave. (MOURA, 2007, citado por MICLOS, 2011).

4.3.2.1 Cárie Dentária

A cárie dentária é uma doença multifatorial, infecciosa e dieta dependente que produz desmineralização nos dentes (FITZGERALD e KEYES, 1960; KEYES, 1960 , citado por LIMA, 2007).⁹ De acordo com Newbrum 1983 a cárie é um processo crônico que inclui como fatores etiológicos: o tempo, dentes suscetíveis, dieta e microrganismo. (LIMA, 2007).

Quanto maior o desequilíbrio (maior a frequência de dieta cariogênica) e maior o intervalo de tempo de placa, maior fica a intensidade da mancha branca lesão da cárie, chegando à cavitação do esmalte; e assim levando a uma lesão de cárie dentária avançada.

Se a cárie dentária teve maior envolvimento dentário, pulpar, periodontal e orgânico da lesão, poderá acontecer um processo inflamatório trazendo consequências graves (LIMA, 2007).

Donelly e seus colaboradores em 1977 conduziram uma análise das condições de cárie e placa bacteriana em três aldeias Yanomámi, observando que dentre as áreas estudadas, a que apresentou maior índice de cárie foi a de missão religiosa, e a área mais isolada com menor incidência, indicando a ocidentalização de práticas alimentares. Outra característica foi a diminuição do componente cariado nas pessoas mais velhas.

Outra investigação no Alto Xingu foi realizada por Hirata e colaboradores em 1977, que estudaram a prevalência de cárie em crianças empregando os índices CEO-S e CPO-S, concluíram que a prevalência de cárie mostrou-se alta para a dentição decídua e baixa para a permanente.

O mais recente trabalho sobre a cárie no Xingu é de Rigonatto e colaboradores, no qual foram investigadas quatro comunidades empregando-se o seguinte índice CPOD e indicou altos níveis de cárie para todos os grupos. (COIMBRA, SANTOS, ESCOBAR, 2005).

A prevenção da cárie dentária consiste basicamente na modificação da dieta, já que ela é provavelmente o fator mais importante no risco da cárie, no uso de fluoretos é muito recomendado como forma de prevenção da cárie, sendo o principal

modo de ação de todas as modalidades fluoretadas (dentrífrios, enxaguantes e fluoretação da água da pública) é o efeito tópico na superfície do esmalte. A capacidade de remineralização para ocorrer é limitada pela disponibilidade de íons de cálcio e fosfato, fornecidos pela saliva, portanto remineralização é limitada pela saliva. (MANTON, DRUMMOND e KILPATRICK, 2013). Por fim, a remoção mecânica da placa bacteriana, por meio da escovação é extremamente eficaz na prevenção da cárie dentária.

4.3.2.2 Doenças Periodontais

As doenças periodontais vão desde a simples inflamação da gengiva até a doença grave que resulta em grandes danos ao tecido mole e aos ossos que nos piores casos, os dentes são perdidos.

Nossas bocas estão cheias de bactérias. Estas bactérias, juntamente com muco e outras partículas, formam constantemente uma placa incolor e pegajosa nos dentes. A escovação e o fio dental ajudam a se livrar da placa. A placa que não é removida pode endurecer e formar o tártaro. Apenas uma limpeza profissional por um dentista pode remover o tártaro.

Quanto mais tempo a placa e o tártaro estão nos dentes, mais prejudiciais eles se tornam. As bactérias causam inflamação das gengivas, que é chamada de gengivite. Na gengivite, as gengivas ficam vermelhas, inchadas e podem sangrar facilmente. Essa inflamação é uma forma leve das doenças periodontais que geralmente pode ser revertida com escovação diária, fio dental e limpeza por um Cirurgião-Dentista ou Técnico em Saúde Bucal (TSB). A gengivite não inclui qualquer perda de osso e tecido que mantêm os dentes no lugar.

Quando a gengivite não é tratada, pode avançar para periodontite (inflamação ao redor do dente). Na periodontite, as gengivas se afastam dos dentes e formam bolsas que estão infectadas. O sistema imunológico combate as bactérias à medida que a placa se espalha e cresce abaixo da gengiva. As toxinas bacterianas e as enzimas do organismo que combatem a infecção começam a quebrar o osso e o tecido conjuntivo que mantêm os dentes no lugar. E se não tratados, os ossos, gengivas e tecido conjuntivo que suportam os dentes são destruídos. Os dentes podem eventualmente se soltar e terem que ser removidos.

Estão dentre os principais sintomas das doenças periodontais: mau hálito constante, gengivas vermelhas e/ou inchadas e sangrantes, mastigação dolorosa, dentes frouxos e/ou sensíveis. (GARCIA ET AL 2023).

A investigação de Tumang e Piedade em 1968 no Alto Xingu, sobre a situação periodontal das crianças indígenas, foram observados índices inferiores na dentição decídua e permanente, e superiores na dentição mista. (COIMBRA, SANTOS e ESCOBAR, 2005).

Donnelly e colaboradores em 1977 conduziram uma análise em três aldeias Yanomámi, onde os examinados apresentaram abundantes depósitos de placas e inflamações gengival em relação à doença periodontal; contudo, as bolsas periodontais e a perda óssea foram menos marcantes. (COIMBRA, SANTOS e ESCOBAR, 2005).

Para prevenir as doenças periodontais, deve-se escovar os dentes duas vezes por dia (com um creme dental com flúor), usar o fio dental uma vez por dia, visitar o dentista rotineiramente para um check-up e limpeza profissional, manter uma dieta bem equilibrada e não fazer uso de cigarros. (GARCIA ET AL, 2023)).

4.3.2.4 Perda Precoce dos Dentes Decíduos

Os dentes decíduos em equilíbrio com a musculatura oral exercem as funções de mastigação, fonética, deglutição, estética, além de serem responsáveis pela manutenção dos espaços para os dentes permanentes, contenção dos antagonistas no plano oclusal e estímulo para o desenvolvimento dos maxilares. Sendo assim, a transição da dentição decídua para a permanente deve acontecer de forma ordenada, para o desenvolvimento normal de uma oclusão balanceada e bem alinhada.

Os dentes decíduos, mesmo permanecendo por pouco tempo na cavidade bucal, são tidos como excelentes mantenedores de espaço naturais, podendo evitar problemas como a diminuição do perímetro do arco, as migrações dentárias, a perda de espaço, entre outros, os quais contribuem para o desequilíbrio da oclusão. Os segundos molares decíduos assumem um papel de fundamental importância durante a dentição mista, pois ditam o posicionamento do primeiro molar

permanente. Com isso, a perda desses dentes pode acarretar uma desarmonia no desenvolvimento da oclusão.

As principais causas da perda precoce de dentes decíduos são as cáries, restaurações inadequadas, anquiloses, traumatismos, anomalias de desenvolvimento e reabsorções precoces das raízes dos dentes decíduos.

As perdas precoces de dentes decíduos têm sido destacadas em diversos estudos epidemiológicos, devido a sua importante associação com o surgimento de anormalidades de oclusão. Dentre as consequências da perda prematura dos dentes decíduos, pode-se citar a migração dos dentes adjacentes para a região da perda, com redução ou fechamento do espaço para irrupção do sucessor permanente, o encurtamento do arco dentário, a extrusão do antagonista, a ocorrência de inclinações de dentes adjacentes, podendo levar a um apinhamento dentário, à impactação dos dentes permanentes sucessores, ao aumento do trespassse vertical, à redução na capacidade mastigatória, à ocorrência de distúrbios na fonética, à instalação de hábitos bucais deletérios assim como a problemas de ordem psicológica . (SANTOS *et al*, 2013).

4.3 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE GERAL E BUCAL NA POPULAÇÃO INDÍGENA.

Em relação à assistência em saúde bucal indígena, iniciou-se com o Serviço de Proteção ao Índio (SPI) criado em 1910, permanecendo até 1967. Durante este período foi institucionalizado o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), em 1956, pelo médico e indigenista Noel Nutels, que realizava ações de controle da tuberculose, vacinação, doenças transmissíveis e atendimento odontológico, apoiado pela Força Aérea Brasileira (FAB), através do Correio Aéreo Sanitário, ligado ao Correio Aéreo Nacional, transportando material e as equipes de saúde (COSTA, 1987 CITADO POR BERTANHA *et al.* ,2012) A partir de 1967 a assistência à saúde destes povos passou para a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), criada através do Decreto Lei nº 5.371, vinculada ao Ministério da Justiça, que atuou até 1999. Após este período, a Fundação Nacional de Saúde assumiu a responsabilidade pelos cuidados e atendimento aos povos indígenas, através do Decreto Lei nº. 3.156, de 27/9/1999, permanecendo até 2010, quando foi criada a

Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), por meio do Decreto nº 7.336 de 19/10/2010, que passa a coordenar e executar o processo de gestão da Atenção à Saúde Indígena em todo o território nacional (BRASIL, 2004, BRASIL, 2010, BRASIL, 2011 CITADO POR BERTANHA *et al.*, 2012) A SESAI tem como missão principal a proteção, promoção e recuperação de saúde dos povos indígenas de acordo com o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) em conjunto com as políticas e programas do SUS. Hoje temos no Brasil um total 34 DSEIS, que prestam atenção básica à população indígena, considerando como princípios o respeito pelas suas tradições e cultura. (BERTANHA *et al.*, 2012).

De acordo com SOARES (2006), os desafios no atendimento odontológico em áreas indígenas são diversificados, envolvendo desde a estrutura física até os aspectos geográficos, culturais e linguísticos. Embora existam estas dificuldades, o atendimento odontológico em áreas indígenas, é realizado tanto nas aldeias como nas Unidades Básicas de Saúde dos Pólos-base, onde estão instalados os consultórios odontológicos, utilizando-se em alguns locais geradores de energia.

Neste contexto, um trabalho desenvolvido pela Organização Geral dos Professores Ticuna Bilíngues, abrangendo escolas municipais de aldeias localizadas em uma extensa região do Estado do Amazonas, os professores são preparados para trabalhar a prevenção das doenças bucais em sala de aula e na comunidade, realizando atividades de educação em saúde (GRUBER, 2003 CITADO POR BERTANHA *et al.* 2012).

Os agentes indígenas de saúde são definidos como base de mediação entre os saberes e práticas tradicionais e biomédicas de atenção à saúde (LANGDON *et al.*, 2006, LANGDON *et al.*, 2007 CITADO POR BERTANHA *et al.* 2012). Na saúde bucal desempenham ações educativas e de prevenção nas comunidades, realizam visita domiciliar, encaminham o usuário para o atendimento individual executado pelo dentista, prestam orientação sobre doenças bucais, realizam escovação supervisionada, distribuem materiais de higiene oral, orientam sobre os cuidados de higiene e conservação das escovas e cremes dentais, organizam o descarte das escovas, tubos de cremes dentais e de fios dentais e desenvolvem as atividades de saúde bucal em conjunto com os professores das escolas indígenas (BRASIL, 2007 CITADO POR BERTANHA *et al.* 2012).

Por fim, mesmo com o aumento expressivo do número de dentistas atuantes na assistência aos indígenas (ALVES FILHO, 2007, BRASIL, 2009b CITADO POR BERTANHA et al. 2012), verifica-se a necessidade de melhorias nas condições de saúde bucal dos povos indígenas, que pode ser alcançado por meio, fortalecimento das ações de promoção de saúde e prevenção e ampliação da atenção e de estudos epidemiológicos abrangendo os determinantes locais e regionais, pois o conhecimento da situação epidemiológica é de suma importância para o planejamento e execução das atividades de atenção. No entanto, poucos levantamentos das condições de saúde bucal indígena foram executados até o momento.(BERTANHA et al. 2012)

5 CONCLUSÃO

O presente estudo evidenciou que desde o contato com a cultura ocidental, os indígenas vêm enfrentando mudanças significativas em seu meio cotidiano, o que tem impactado diretamente o estado nutricional e bucal dessas populações.

Além disso, o estudo aponta para inadequações nutricionais, prevalência de doenças infectocontagiosas, condições sanitárias precárias e uma limitada diversidade alimentar entre os indígenas. Os principais problemas bucais identificados incluem cárie dental, doença periodontal e edentulismo.

Contudo, a valorização das práticas culturais e a adaptação das abordagens de saúde às especificidades culturais dos Mbyá-Guarani são essenciais para a promoção de uma saúde bucal mais eficaz e respeitosa.

Diante do exposto, conclui-se que a saúde bucal dos indígenas é insatisfatória, e considerando que o Cirurgião Dentista tem importante função na prevenção e promoção de saúde, este estudo buscou fortalecer a identidade cultural indígena, promovendo a integração dos saberes tradicionais indígenas e científicos.

REFERÊNCIAS

ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: Revisão sistemática. **Rev. Panam. Salud. Publica**, Rio de Janeiro, 2014; v.35, n.1,p. 57-77.Disponível em:
http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000100010.

AUZANI, S. C. S da; GIORDANI, R. C. F. Inter-relações entre os espaços físicos, modo de vida Mbyá-Guarani e alimentação na perspectiva da segurança alimentar: Reflexões sobre a área indígena Araca-í em Piraquara/Pr. **Revista Espaço Ameríndio**, Porto Alegre, v. 2, n. 1, p. 129-165, jan-jun. 2008. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/3115>>

BERTANHA *et al.* Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Brasília, n. 1, v. 16, p. 105-112, Jan. 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/10116/7097>.

COIMBRA, J.R.C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. orgs. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. ABRASCO, 2005. p.260. Disponível em: <http://books.scielo.org/ed/bsmstd>.

COSTA, L. E. D. *et al.* Trauma dentário na infância: avaliação da conduta dos educadores de creches públicas de Patos. **Rev. Odontol. UNESP**, Patos, 2014, v.43, n.6, p. 402. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1807-2577.1053>.

GARCIA, M. E. *et al.* Avaliação do comportamento das fibras colágenas periodontais durante a progressão da periodontite experimental em ratos. *Revista de Odontologia da UNESP*, v. 52, p. e20230011, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. Brasil Indígena. **Fundação Nacional do Índio**. 2010. Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/indios-no-brasil/o-brasil-indigena-ibge>>.

KRIEGL, K. R.; AZEVEDO, O. E.; SILVA, F. F. Relação do grupo indígena Guarani Mybiá com o meio ambiente: Alicerces da agroecologia. **Revista em Agronegócios e Meio Ambiente**, Maringá, v.7, n.1, p. 211-226, jan.-abr. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/rama/article/view/2757>.

LIMA, J. E. de O. Cárie dentária: um novo conceito. **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop.Facial**, Maringá, 2007, v.12, n.6, p.119-130. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-54192007000600012.

MACHADO JR, E. V.; REYES, M. A. M.; DIAS, R. L. Odontologia na aldeia: a saúde bucal indígena numa perspectiva antropológica. **Revista de Antropologia**, Brasília, v.5, n. 1, p. 183-222, mai. 2012. Disponível em: <http://revista.antropos.com.br/downloads/maio2012/Artigo7-OdontologianaAldeia.pdf>

MANTON, D.; DRUMMOND, B. K.; KILPATRICK, N. Dental caries. In ANGUS, C. C.; WIDMER, R. P.; **Handbook of Pediatric Dentistry**. Disponível em <https://books.google.com.br/books?id=uQaCAAAQBAJ&printsec=frontcover&a>

mp;hl=ptBR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&am
p;f=false. Acesso em 13 de Out. de 2024.

MICLOS, P. V. **Prevalência de Cárie Dentária e Doença Periodontal de Crianças Indígenas Aldeadas (Etnias Tupiniquim e Guarani) no Município de Aracruz, ES.** 94 f. Monografia (Pós-Graduação em Clínica Odontológica) Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

MOSER, C. L. Índios Guarani Mbyá: Localização geográfica, população, migração, tradição. **Revista Ciência em Curso**, Florianópolis, v.5, n.3, abr-jun 2010. Disponível em: http://www.cienciaemcurso.unisul.br/interna_capitulo.php?id_capitulo=172.

MOURA, P. G de; BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.23, n.3, p.459-465, mai-jun. 2010 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732010000300013..

SAAVENDRA, L. P; CÂMARA, S. Desnutrição infantil em indígenas Mbyá-Guarani: estudo etnoepidemiológico. **Revista bras. Med. Fam. e Comum.**, Florianópolis, v. 5, n. 17, p. 24-32, jan.-dez. 2010. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/199>.

SANTOS, A. G. da C *et al.* Perda precoce de molares decíduos em crianças atendidas na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal da Bahia. **Odontol. Clín.-Cient.**, Recife, v.12, n.3, p. 189-193, jul-set. 2013 Disponível em: http://revodontobvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-38882013000300003.

TEMPASS, M. C. O belo discreto: a estética alimentar Mbyá-Guarani. Espaço Ameríndio, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 170-194, jul.-dez. 2007. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/viewFile/2567/1568>.

