

ARTIGO 7: Odontologia na aldeia: a saúde bucal indígena numa perspectiva antropológica

Autores: Eliseu Vieira **MACHADO JR**¹, Marco Antonio Manzano **REYES**² & Ricardo Lopes **DIAS**³

RESUMO

Em Saúde Pública, o sucesso de uma determinada ação passa pela sua aplicabilidade a qualquer e todo segmento da população – rica e pobre, indígena e não indígena, entre outras categorias – satisfazendo a definição de Saúde preconizada pela Organização Mundial de Saúde como “completo bem-estar físico, mental e social”, e a universalidade e igualdade do direito à saúde norteada pelo Sistema Único de Saúde – SUS, de acordo com a Constituição Brasileira. A Saúde Bucal, parcela imprescindível desse perfil de saúde desejado, é o foco deste trabalho. No contexto dos povos indígenas – que têm garantido pelo próprio Estado Nacional o direito de se manterem em suas especificidades culturais -, percebe-se um grande distanciamento entre a odontologia ocidentalizada e os seus saberes tradicionais nessa área. Esses saberes conduziram por gerações no passado pré-contato e, em alguns casos, perduram até os dias atuais. A proposta é, portanto, uma relação dialógica e construtiva para uma odontologia efetivamente viável e funcional na aldeia e, para tanto, apresenta a profissionais de saúde bucal, instituições competentes e interessados, uma noção antropológica do indígena e dos elementos dentais em sua perspectiva. Dessa forma, o indígena passa da condição de objeto - enquanto mero “paciente” de consultório - a sujeito, parceiro na resolução de seus

¹ Professor Adjunto II da Faculdade de Comunicação e Biblioteconomia/Facomb, da Universidade Federal de Goiás/UFG, curso de Publicidade e Propaganda. Doutor em Engenharia da Produção (Estratégia e Organizações), mestre em Administração; graduado em Administração e Engenharia Elétrica. E-mail: eliseumachadojr@hotmail.com

² Graduado em Odontologia (Universidade de Santo Amaro/SP), Missionário, Especialista em Antropologia Intercultural (UniEVANGÉLICA/GO). Atualmente trabalha em Asas de Socorro na coordenação de equipes de saúde em comunidades ribeirinhas e indígenas na Amazônia Legal. e-mail: marco.manzano@asasdesocorro.org.br

³ Teólogo (Faculdade Teológica Sul Americana), Missionário (MNTB) e Bacharelado em Antropologia (UFAM). Tem experiência em contextos transculturais no extremo oeste do Amazonas, fronteira Brasil-Peru, nas áreas de análise linguística, análise cultural e tradução bíblica para idioma indígena. Especialista em Antropologia Intercultural. e-mail: ricardoearlete@hotmail.com.

próprios problemas bucais, tendo também o profissional de saúde melhor compreensão do universo sociocultural indígena e as implicações desse nas suas atividades na aldeia. A pesquisa é de caráter causal e o método usado é o dialético.

Palavras-chave: Odontologia; Saberes Tradicionais; Saúde Bucal.

ABSTRACT

In public health, the success of a certain action depends on its applicability to any and all segments of the population, such as the rich and the poor, indigenous and not-indigenous, just to mention a few, in order to satisfy the concept of health established by the World Health Organization as “complete physical, mental and social well-being”, and the universality and equality of the right to health by the Government Health System – SUS, according to the Brazilian constitution. Oral health, an essential portion of this profile of desired health, is the focus of this work. In the context of indigenous peoples – who are guaranteed by the State itself, the right to maintain themselves in their cultural uniqueness – there is a noticeable separation between western odontology and their traditional knowledge. This knowledge led them for generations in the pre-contact past and, in some cases, continues into the present day. The proposal is, therefore, a relationship of dialogue and of building towards a truly viable odontology in the village, and for this reason, presents to oral health professionals, competent and interested institutions, an anthropological notion of the indigenous person and of dental elements in his perspective. In this way, the indigenous passes from the condition of object – while a mere doctor’s office “patient” – to subject, partner in the resolution of his own dental problems, while the health professional will have better comprehension of the indigenous socio-cultural universe and the implications of this in their activities in the village. The research is causal in character and the method used is dialectic.

Key-words: Odontology; Oral health; Traditional knowledge.

1. INTRODUÇÃO

Quando se pensa sobre a aplicabilidade de modelos eficientes de saúde num contexto sociocultural indígena, percebe-se que a solução deve ir muito além da introdução urgente de profissionais de saúde qualificados em suas especialidades nas aldeias.

De forma mais precisa, quando se trata de um modelo eficiente de saúde bucal indígena, o problema ainda se agrava: além da pouca procura de candidatos a esse tipo de demanda – devido às dificuldades próprias desse campo de atuação, há uma necessidade primária de que tais profissionais tenham uma ideia mínima do que enfrentarão ao serem

imersos num ambiente transcultural que os deixará, normalmente, até mesmo sem a comunicação básica da relação profissional-paciente. É nesse ponto, então, que as barreiras deixam de ser apenas geográficas e administrativas, passando a expandir-se infinitamente no universo da cultura.

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. Quando, então, o profissional de saúde desenvolve seu trabalho tratando do paciente indígena como se este fosse um paciente de um contexto urbano, o choque ocorrerá, pois a relação profissional-paciente é outra e, devido à diversidade das culturas envolvidas, é provável que ocorra minimamente: (1) Descrédito do indígena quanto ao tratamento oferecido; (2) Não aceitação de um tratamento contínuo tido por “demorado” aos olhos do paciente indígena por exigir vários retornos ao dentista; e/ou (3) Não desenvolvimento de novos hábitos preventivos de saúde.

O foco aqui – ainda que não exclusivamente – são os profissionais de saúde e a equipe de gestão, e a proposta é que seja repensada a atuação desses na aldeia sem uma pré-compreensão do conceito prático antropológico de cultura que os ajudaria a entender melhor esse diálogo intercultural, dando-lhes mais “ferramentas” para o bom desempenho de seu trabalho, resultando num atendimento mais humano, menos etnocêntrico e impositivo, mais acertadamente respeitável, mais eficientemente conscientizador do valor das práticas de higiene adequadas e eficazes, buscando, inclusive, entender e aproveitar os recursos naturais locais previamente conhecidos e tradicionalmente empregados pela comunidade indígena.

2. O ÍNDIO E O MODO PRÓPRIO DE RESOLVER SEUS PROBLEMAS

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*

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. Porém, ao se afirmar tal autonomia, a primeira barreira a transpor é a própria ciência ocidental, moderna, que segundo Santos (2009) é um *conhecimento abissal* quando acaba por anular, ilegitimar e negar qualquer outro conhecimento não precedente dela. Essa epistemologia ocidentalista é excludente, invisibilizadora e assimétrica – nos termos de Santos (2009) – quanto aos saberes tradicionais, e segundo Narby (1997, p.135), “O mundo ocidental não está disposto a assumir um verdadeiro diálogo com esses povos, posto que a sua ciência biológica não pode receber seu saber por causa do bloqueio epistemológico” (tradução nossa), que sendo materialista desde a sua origem histórica, “mortifica” a natureza que para os indígenas é viva e atuante em sua cosmologia.

Assim, tendo por ponto de partida as críticas de Santos (2009) e Narby (1997) ao pensamento epistemológico moderno, no que se equivoca ao negar a possibilidade de veracidade do saber dos povos tradicionais, rebaixando-o e invisibilizando-o frente ao saber dito científico, propor-se-á uma reflexão quanto à anterioridade desse saber tradicional ao que hoje chamamos de ciência, inclusive no lidar com a dor de dente com recursos e técnicas de que dispunham esses povos que preexistiram à nossa moderna odontologia, não para desmerecer esta, evidentemente, senão para igualmente enaltecer o saber local propondo uma postura dialógica e simétrica na relação odontólogo-indígena na construção de uma odontologia mais cabível à realidade vivida nas aldeias.

2.1. A antiguidade da dor de dente

Silva e Sales-Peres (2007) apresentam, de forma concisa, mas baseada em vários autores como Cunha (1952), Rosenthal (2001) e Calvielli (1993), o desenvolvimento do que chamam de “a arte dentária”, que hoje conhecemos por odontologia. Desde a existência do homem há a

necessidade de lidar com a dor de dente, explicá-la e evitá-la. Assim, embora os registros mais antigos da odontologia propriamente dita datem de 3500 anos a.C., da Mesopotâmia (CUNHA, 1952 apud SILVA; SALES-PERES, 2007), de onde teria se difundido para o Egito e para o mundo, sucessivamente, esses autores sugerem seu “nascimento” já na pré-história (SILVA; SALES-PERES, 2007). De fato, segundo Wasterlain (2006) há indícios de que os hominídeos lidavam com problemas dentários que os afligiam. No entanto, descobertas arqueológicas ganham exagerada notoriedade na mídia toda vez que se referem a esses hábitos na antiguidade, certamente devido à natural presunção herdada da modernidade de que odontologia é coisa somente do mundo dito “civilizado” – a Europa Ocidental mais especificamente. Foi assim, por exemplo, com a pressuposição do Dr. Juan Luis Asuarga, com base no estado dos dentes de fósseis sobre o provável uso de gravetos para limpeza de dentes na pré-história (EL PAÍS, 2007).

Sousa (2010) também assevera o cuidado humano com os dentes desde a antiguidade. Ele atribui a invenção da versão moderna da escova de dente a William Addis, prisioneiro britânico do século 18, mas relata também um protótipo chinês, feito de bambu em 1490, e um ramo de planta achado numa tumba Egípcia de cinco mil anos com uma das extremidades desfiada à semelhança de cerdas de uma escova de dente moderna. Também fala da recomendação de Maomé (570-633) do uso de gravetos de madeira aromática para limpar e clarear os dentes, e de vários outros registros de uso como o da hortelã, cinza, areia e até urina como meios empregados por vários povos na antiguidade, no cuidado com dentes e hálito.

Novamente, Silva e Sales-Peres (2007) apresentam a odontologia indissociavelmente ligada à medicina na antiguidade e ambas na forma mais primária ainda, atreladas à magia e/ou religião, como se nota nos registros transcritos de canções e fórmulas para eliminação do “verme” causador da dor de dente.

Parula (1976, p. 5) também concorda com a antiguidade da dor de dente e argumenta que “Desde os tempos mais remotos o homem tem tido uma preocupação pelas doenças dentais e sua reparação [...] Se confirma com verdade, que as lesões dentais são tão antigas como a vida do homem sobre o planeta”. A partir daí, o autor faz um passeio na história mais remota, afirmando que foi constatada a presença de cáries no

“Chapelle aux Santes”, chamado de homem de Neanderthal, fóssil humanoide primeiramente encontrado em 1856, numa cova do vale de Neander, perto de Düsseldorf; menciona a descoberta do Papiro de Ebers em 1872, como sendo uma compilação de doutrinas médicas e dentais que englobam o período de 3700 e 1500 a.C.; passa pelas antigas civilizações Egípcia, Grega, Assíria, e relata também a história da odontologia na época das grandes navegações e descobertas, que finalmente foi o “modelo” trazido para o Brasil na época do Império.

Ora, se os ancestrais dos povos desenvolveram técnicas para lidarem com a questão da saúde física e bucal, não se pode negar que os ancestrais indígenas também o tenham feito, a menos que não houvesse cárie, nem dor de dente entre eles, como, na contramão do dito até então, Ribeiro (1995), na sua reconstituição do encontro europeu com os indígenas afirmou, dizendo que os indígenas brasileiros da era pré-contato não possuíam cárie, como também outras doenças e epidemias trazidas pela “branquitude” – os europeus:

A indiada não conhecia doenças, além de coceiras e desvanecimentos por perda momentânea da alma. A branquitude trazia da *cárie dental* à bexiga, à coqueluche, à tuberculose e o sarampo. Desencadeia-se, ali, desde a primeira hora, uma guerra biológica implacável. (p. 46, 47, *grifo nosso*).

Já Abreu (2005), ao comentar sobre a cárie nas aldeias contemporâneas, cita a pesquisa do cirurgião dentista Rui Arantes que, movido pelo desejo de averiguar a existência da cárie entre povos indígenas, percorreu em 1997 várias aldeias Xavante, no Mato Grosso, concluindo que a cárie havia se intensificado nas aldeias onde o consumo de alimentos industrializados (óleo, açúcar, sal, refrigerantes etc.) da nossa sociedade era mais comum, mas também acrescentou:

O dentista, no entanto, revela que, em algumas regiões, onde a alimentação indígena é pastosa – composta por *mingaus de mandioca ou de milho, além de muito mel* –, *os índios já apresentavam cáries antes do contato com outra sociedade*. Isso porque esses alimentos são à base de amido – uma substância que, quando ingerida, se transforma em

açúcar em nosso organismo –, o que favorece o surgimento de cáries. (ABREU, 2005, *grifo nosso*)

De fato, Arantes (2005, p. 64) publicou suas conclusões da pesquisa entre os Xavante, afirmando que “Em linhas gerais, nota-se uma trajetória comum na saúde bucal dos povos indígenas uma vez em contato permanente com sociedades ocidentais”, mas não a *causalidade da cárie* atrelada apenas a esse contato, pois, “Geralmente, esses grupos partem de uma situação de baixa para alta prevalência de doenças bucais, principalmente de cárie [...] Entretanto, esse padrão não pode ser tomado como regra”, e a partir daí relata o verificado em três grupos indígenas em sua pesquisa: Os Xavante e os Enawenê-Nawê (de Mato Grosso), e Os Guarani (de São Paulo).

Curiosamente, os Enawenê-Nawê, que dos três povos citados foram os contatados por último (década de 1970), e que mantêm sua alimentação tradicional, apresentaram um índice de CPOD (**D**entes **C**ariados, **P**erdidos ou **O**bturados) maior que os outros dois. Os Xavante, em contato com a sociedade nacional desde a década de 1940, elevaram em 11 vezes o índice de CPOD no intervalo de 27 anos devido ao consumo dos alimentos industrializados sem, no entanto, a devida higienização bucal e, mesmo assim, os Enawenê-Nawê estavam com o CPOD duas a três vezes maior que o deles. Já os Guarani, em contato desde 1958, sem terra adequada para plantações, mendigando ou vendendo palmito e/ou artesanato no litoral de São Paulo, apresentaram um surpreendente índice de conservação com 44% das crianças livres de cárie. Com isso, nota-se que é certo afirmar que a cárie se intensificou com o contato, mas que o próprio alimento tradicional (mingaus adocicados com mel; ricos em amido; pastosos) e modo de alimentação indígena (quebrar os alimentos sólidos com as mãos, dispensando a mastigação que poderia servir como uma autolimpeza dos dentes) “podem ser altamente cariogênicos” (ARANTES, 2005, p.66). Nessa direção, não há como pensar os indígenas Tupinambá pré-cabralinos de Darcy Ribeiro como *povo-sem-cárie*.

Vale lembrar também que o pensamento indígena, não ocidentalizado, não secciona nem isola a saúde da sua cosmovisão (não separa *dor* [de dente] e *doença*; nem o *físico* e o *espiritual*). Garnelo et al (2006, p. 166) demonstram as interpretações das doenças, causas e curas dos Baniwa a partir de sua mitologia e das relações sociais no cotidiano:

As representações de doença e cura, que são parte integrante da visão Baniwa de mundo, formam um conjunto de estratégias cognitivas que conferem sentido aos eventos cotidianos e estabelecem o que é considerado, pelo grupo, como a interpretação mais correta da realidade.

Uma dor ou doença e sua cura têm, frequentemente, uma razão, uma causa na perspectiva indígena, seja a violação de um tabu ou uma intervenção de algum ser espiritual, e são os Xamãs os conhecedores das plantas medicinais e feitiços, donos de cânticos e encantos que se ocupam disso. É necessário, portanto, entender que qualquer intervenção na área da saúde invade esse espaço. A questão é como isso se processará: se de forma agressiva e etnocentricamente impositiva ou com naturalidade na troca interétnica de conhecimentos.

2.2. O dente no cenário indígena

Evidentemente, os dentes não servem apenas para aflição e dor no cenário indígena. Em sua cosmovisão há explicações para a origem dos dentes, a causa de seu rápido aparecimento ou demora nos bebês, causa das perdas, cuidados a tomar etc. Segundo Moimaz et al (2001), o indígena percebe naturalmente a importância da saúde bucal e dos dentes na mastigação, na aparência e na higiene bucal, e a associa ao bom desempenho das atividades cotidianas na aldeia. Estes autores, após sua pesquisa na aldeia de Icatáu composta de indígenas das etnias Kaingáng e Terena, no município de Braúna-SP, concluem:

Diante dos resultados, pode-se concluir que a percepção de saúde do índio está diretamente relacionada com a capacidade de exercer tarefas na comunidade, assim como a importância atribuída à aparência e à capacidade de mastigação relaciona-se ao estado geral de saúde.

A exemplo da pesquisa de Moimaz et al (2001), percebe-se igualmente no idioma do povo Matsigenka o uso de seu principal verbo para “comer”, *pequin*, que também é “morder”. Assim, o homem e os animais “mordem” as coisas ou os “alimentos”, *pete* - “aquilo que se come”, a

comida sólida, alimento mastigável (MNTB, 2011b). Essa associação de *morder, mastigar e comer* expõe a consciência da importância do dente na mastigação de seus alimentos, e sendo desnecessário deter-se mais nesse ponto, frisar-se-á agora a relevância do seu uso instrumental, estético e bélico no contexto indígena.

2.2.1 O dente animal

Não é necessário “dissecar” uma cultura tribal segundo a figura usada por Meggers (1987) para encontrar o uso comum de dentes de animais. São para uso ESTÉTICO como em colares, pulseiras, adornos; INSTRUMENTAL como em ferramentas: machados, afiadores de flechas; e ORNAMENTAL - como entre os Mayoruna/ Matses (Rio Javari, Amazonas) que penduram e exibem em suas casas crânios e mandíbulas dos animais já abatidos em caçadas como *status* de bom caçador (ROMANOFF, 2004) e usam uma ferramenta chamada *made uisac* feita com o dente canino de Paca (*Cuniculus paca*) para afiar as pontas das lanças e flechas (ILV, 1994).

O “estrutural” implícito nesses usos frequentes é, evidentemente, o apreço pelo dente face às suas múltiplas utilidades para os povos indígenas.

2.2.2. O dente humano

Quanto ao uso artesanal de dentes humanos, Alexandre Rodrigues Ferreira (1756-1815), naturalista luso-brasileiro, na sua *Viagem Filosófica* entre 1783 e 1792 pelo interior do Amazonas e Mato Grosso, em viagem exploratória encomendada pela Rainha de Portugal, D. Maria I, relata o uso destes em colares pelos Omágua do Alto Solimões e pelos Mura da região do Japurá (FERREIRA, 1974). Ambas as etnias tinham o costume de decapitar inimigos de guerra e fincar os crânios em estacas pondo-os à vista, e o uso de colares feitos de seus dentes como verdadeiros “troféus” de guerra ao que se supõe. Os Omágua já eram dados, àquela altura, como “domesticados” pelos Carmelitas, ao passo que os Mura ainda inspiravam medo na região pela sua fama de crueldade extrema, saques e torturas infernais aos guerreiros capturados, além de estocarem prisioneiros

em “currais” para abate e alimentação antropofágica diária. Porém, é possível que esses dados dos Mura, enquanto relatos de moradores da região a Alexandre Rodrigues Ferreira, sejam maliciosamente exagerados já que desejavam justificar o extermínio desses índios em *guerra justa*. Assim, sem fugir do tema, nesses relatos encontra-se o uso de dentes humanos também em colares, no caso dentes de adversários abatidos.

Nessa região (Alto Solimões e Vale do Javari), atualmente, desconhece-se tal costume, sendo, no entanto, narrado por um Mayoruna/Matses para a antropóloga Beatriz de Almeida Matos, o uso de um “raspador feito de dentes de inimigos” pelos antigos Mayu (um povo não identificado com quem os Matses conviveram no passado) no preparo de uma bebida de cipó (MATOS, 2009), o que pode sugerir, portanto, a utilização de dentes humanos - novamente de inimigos abatidos em confrontos - como uma prática comum também entre outros povos nessa região, num passado não datado.

Além desse uso bélico-artesanal sem mais registros no presente, o dente é - enquanto parte do corpo - permeado de sentidos na cosmologia indígena. Conforme observado por MNTB (2011a) no Alto Javari, em contato com comunidades Matses no período entre 1997-2007, o dente tem um valor significativo naquele contexto sociocultural repleto de explicações como, por exemplo, tabus alimentares que interferem no fortalecimento ou perda dos dentes. Comer fígado de animais como Tracajá, Jabuti e Caititu - de quem se diz ser o fígado mole/ poroso - dá *Macu*, ‘lagarta’ nos dentes, ao passo que comer fígado de Tatu e Preguiça - ditos de “fígado duro” - ajuda e faz-lhes bem. Até mesmo implicações sexuais são relacionadas de alguma forma aos dentes como, por exemplo, a esposa não poder fazer sexo com o marido após um parto até que nasçam dentes na criança. O valor estético também foi notado, havendo o registro, inclusive, de jovens Matses encobrendo a boca com uma das mãos ao sorrir, na tentativa de esconder a falta de dentes. Nessa direção Mendes e Bonfante (1994) ressaltaram o que seria o valor do sorriso como “universalmente humano”:

Tanto a estética quanto o sorriso estão intimamente relacionados. De todas as espécies animais, a humana é a única que pode sorrir. Para isso, o homem precisa da ação de apenas 6 músculos. Para fazer o contrário, ou seja, chorar, são necessários 12

músculos e quantas pessoas perdem sua autoconfiança e auto-estima, devido a um sorriso ou estética prejudicada. Que as levam a se comportarem de maneira reservada, tímida e retraída (p.1).

Falar de *universalidade de valores* em antropologia hoje é expor-se a críticas e descrédito, pois é sabido que um mesmo rito, ato ou fenômeno social pode ter significado e interpretação completamente diferentes e até opostos entre dois povos praticantes, mas longe de pretender abordar o “sorriso” nessa perspectiva, o que se busca é o entendimento de que tal sorriso – ou *dente*, na temática deste trabalho, possui sentido ou função além da material, da superficial. Ora, o próprio Estado Brasileiro contempla essa imaterialidade em sua legislação, pois desde sua base constitucional pretende garantir ao índio o *direito* de continuar a sê-lo ao permitir a permanência de “sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam” (BRASIL, 1988, Art. 231). Isso é na teoria mais do que a “estadania” a que Zárate Botía (2008) se refere ao criticar o Estado que apenas oferece meros benefícios, negando a real cidadania democrática e participativa a grupos específicos como, por exemplo, os indígenas.

No que se refere à saúde pública indígena, o Brasil deixa claro também que “a atenção à saúde indígena é dever da União [...] objetivando a universalidade, a integridade e a equanimidade dos serviços de saúde” (BRASIL, 1999, Art. 1º), buscando o “equilíbrio bio-psico-social” (BRASIL, 1999, Art. 2º) dos indígenas - que inclui aí nessa expressão a integridade: corpo, mente e cultura, ou seja, a saúde indígena deve reconhecer suas necessidades biológicas, subjetivas e socioculturais, inclusive aponta para a necessidade de se ter a medicina indígena como “complementar” no programa de saúde indígena do Sistema Único de Saúde. Portanto, oferecer um atendimento odontológico inconstante, não preventivo, verticalizado, alienador ou “abissal” – como nas palavras de Santos (2009), que apenas realiza tratamento radical com inúmeras extrações, além de ser-lhes culturalmente inviável é também conflitante com a legislação do Estado no que concerne às garantias já conquistadas pelos povos indígenas.

O dente extraído por um dentista na aldeia, em campanha de saúde esporádica ou intermitente (forma de suprir a impossibilidade

logística atual de se manter um dentista residindo na comunidade), não tem para este o mesmo significado que para o indígena, e para ponderar mais detidamente sobre o exposto até o momento a cerca do valor do dente no cenário indígena é que deste ponto em diante já se abordará o “valor” (ou “interpretações”), humanidade e cultura, propondo-se uma reflexão do tema - saúde bucal indígena - numa perspectiva antropológica, uma vez que essa ciência, embora não médica, conduz a uma visão do homem como um todo em seu ambiente e cultura, podendo levar ao profissional de saúde a “humanização” de seu atendimento, outro tema tão recentemente abordado no cenário nacional na relação médico-paciente (HUMANIZASUS, 2011).

3. ODONTOLOGIA COM PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA

3.1. O homem diferente e seus costumes: Antropologia e Cultura

Foi Foucault quem comentou a “invenção” do homem, quando até então, “o homem não existia” (LAPLANTINE, 2007, p.55), ou seja: não havia ainda se pensado o homem como objeto de estudo. A origem histórica se dá, então, pelo surgimento, a “invenção” do homem na segunda metade do século 18, que não se trata aqui, evidentemente, de discutir a questão do criacionismo e nem do evolucionismo, mas, sobretudo, do momento em que o homem passa a pensar a si mesmo como homem, um ser autônomo - segundo o renascimento, e também parte da natureza, não como um ser semidivino, exterior à natureza e a ela superior da perspectiva teológica medieval. O homem deixava de ser o “centro do mundo” para ser parte dele (LAPLANTINE, 2007, p. 22). Desde então, passou a haver a necessidade de explicar esse homem “inventado”. Essa é, respectivamente, a *origem* e a *ocupação* da Antropologia.

Lévi-Strauss (1993a) vê um antecedente histórico a isso quando, num discurso em Genebra a 28 de junho de 1962, sobre Jean-Jacques Rousseau (1712-1778), apresenta-o como o “fundador das ciências do homem” (mesmo que tenha vivido um século antes) quando lhe atribui ser o primeiro a pensar o homem como natural e pensar o outro (o diferente) em relação a si mesmo. De fato, Rousseau (2007, p. 110-111) anteviu a Antropologia quando disse:

Há trezentos ou quatrocentos anos que os habitantes da Europa inundam as outras partes do mundo, e publicam sem cessar novas narrativas de viagens ou relatórios [...] Só há quatro espécies de homens que fazem viagens de longo curso: os marinheiros, os comerciantes, os soldados e os missionários [...] mas, para estudar os homens, é preciso ter talentos que Deus não se compromete a dar a ninguém e que nem sempre confere aos santos. Não se abre um livro de viagens em que não se encontrem descrições de caracteres e de costumes [...] Daí veio o belo adágio de moral, tão repetido pela turba filosófica, de que os homens são os mesmos em toda parte, tendo em toda parte as mesmas paixões e os mesmos vícios, sendo bastante inútil procurar caracterizar os diferentes povos.

Sugerindo, então, o *estudo do homem* em viagens filosóficas:

Será que não veremos mais renascer esses tempos felizes em que os povos não se metiam a filosofar, mas em que os Platão, os Tales, e os Pitágoras, tomados de um desejo ardente de saber, empreendiam as maiores viagens unicamente para se instruírem, indo sacudir longe o jugo dos preconceitos nacionais, aprender a conhecer os homens pelas suas conformações e pelas diferenças, e adquirir esses conhecimentos universais que não são os de um século ou de um país exclusivamente, mas que, sendo de todos os tempos e de todos os lugares, são, por assim dizer, a ciência comum dos sábios.

E esses *proto-pesquisadores* concentrar-se-iam em “estudar, nem sempre pedras e plantas, mas, por uma vez, os homens e seus costumes” (ROUSSEAU, 2007, p.111), e tudo isso com um propósito:

Suponhamos um Montesquieu, um Buffon, um Diderot, um Duclos, um d’Alembert, um Condillac, ou homens dessa têmpera viajando para instruir seus compatriotas, observando e descrevendo, como o sabem fazer, a Turquia, o Egito [...] se possível, o Brasil [...] veríamos sair um novo mundo de baixo de

sua pena, e aprenderíamos assim a conhecer o nosso. (ROUSSEAU, 2007, p.112)

É a esse trecho que Lévi-Strauss se reporta ao afirmar que “Rousseau não se limitou a prever a etnologia: ele a *fundou*.” (LÉVI-STRAUSS, 1993a, p.42, *grifo nosso*).

Vale notar o alerta sobre “tomar alguns cuidados de ordem interpretativa, principalmente no sentido de nos determos exclusivamente na letra foucaultiana, ou seja, evitando pressupor o que poderia estar oculto nas entrelinhas” (PINHO, 2006, p.25), assim, sua fala sobre a “invenção do homem”, já citada, estaria para uma crítica ao “primado do modelo antropológico da modernidade” (p.29). Seria mais uma pretensão das potências europeias do século 18 o inventar o existente, “arrumar a casa” bagunçada? Valeria aqui também tomar como arrogância europeia o argumento de Weber (2008, p. 19) da diferença do oriente e ocidente estar na “racionalização” de seus meios? Que se pretendeu isso não é relevante aqui, mas sim o fato de que a Antropologia como conhecimento do homem é anterior à era moderna e não exclusivamente europeia. Mercier (s/d) comenta:

Se é suficiente formular da maneira mais simples as questões que os antropólogos se fazem, o início de sua tarefa científica relaciona-se diretamente às perguntas que, em *toda parte e sempre* – os *homens comuns* têm feito: perguntas concernentes à natureza e origem dos costumes e instituições, ao significado das diferenças que constavam entre a própria sociedade e outras sociedades conhecidas, etc. [...] O fato importante é que toda sociedade, tendo ou não atingido a fase científica, *construiu uma antropologia a seu jeito* [...] toda cultura tem sido interpretada pelos homens que dela participam [...] Esta antropologia ‘espontânea’ não pode ser separada do conjunto de interpretações que o homem elabora a respeito de sua própria condição e está, em geral, ligada a uma *cosmologia* (*grifo nosso*).

E assim, considera como “pano-de-fundo da *antropologia mítica*” (MERCIER, s/d, p.20) todo aquele esforço, embora descontinuado sim, e sob interpretações míticas de lidar com os *diferentes* pelas grandes

civilizações do passado. Ignorar tais esforços e relatos e preferir outros pode mesmo explicitar a eurocentrada “convicção de que a civilização ocidental do século 19 representa o ponto culminante do desenvolvimento da humanidade” (MERCIER, s/d, p.21), daí admoestar a não se olvidar da pré-história da Antropologia no que chama de *período dos centros múltiplos*, quando se citam registros, viagens e narrativas pré-antropológicas de gregos (Heródoto, Xenofonte, Aristóteles etc.), chineses (Chouang Tsé), romanos (Lucrécio) e Árabes (Ibn Khaldoun).

Assim, se num anacronismo intencionado Lévi-Strauss podia atribuir a fundação da etnologia a Rousseau, se G. Klemm podia chamar Voltaire (1694–1778) de “primeiro antropólogo” (MERCIER, s/d, p.27), e se Mercier (s/d) pode ver em Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.) o surgimento da *Antropologia política*, não seria correto, então, ignorar o que se pensou do homem diferente e de seus costumes e crenças numa época em que não havia ainda sido formada oficialmente a Antropologia e seu conceito de cultura. Ou seja, teria o homem sempre pensado a si mesmo, se não nos moldes científicos, o fez em outras formas de saberes como a Teologia, Filosofia/ Metafísica, Tradições, entre outras.

Antes do final do século 18, muito se publicou sobre os homens, e seus “tipos”, mas numa relação de “normal”-diferente, “superior”-inferior e “santo”-pagão. Essas diferenças despertavam a curiosidade dos “civilizados” e as narrativas de viajantes aventureiros, exploradores, missionários, comerciantes, conquistadores e colonizadores regavam o fértil imaginário europeu. Se ainda hoje horas são consumidas observando costumes “exóticos” do mundo em documentários e programas na TV, revistas e livros, pode-se imaginar o fascínio daquelas populações frente aos relatos e desenhos que mostravam o encontro com os “outros” exóticos, em suas diferenças *FÍSICAS* – negros, asiáticos e pigmeus (estes eram tidos por uma “fábula” até a época de Rousseau [ROUSSEAU, 2007, p.105]) etc.; *HABITACIONAIS* – residência em regiões inóspitas, longe da Europa: esquimós, indígenas, beduínos; E *CONSUETUDINÁRIAS* – os costumes, o comportamento, parte do que hoje chamamos, num conceito mais amplo e acadêmico, de *Cultura*.

Evidentemente não seria justo exigir que escritores como Heródoto (484-424 a.C.), Flávio Josefo (37-103 d.C.), Pero Vaz de Caminha (1437[?]-1500), James Cook (1728-1779), ou os padres frei

Gaspar de Carvajal (1504-?) e Cristobal de Acuña (1597-1675), dentre outros, por mais habilidosos que fossem, fizessem etnografias nos moldes atuais, definindo o homem e as culturas conforme o pensamento antropológico vigente, mas mesmo assim, relataram traços culturais sob termos bem apropriados, tais como: “Seu viver e maneiras” (CAMINHA, 2010, p.31, *grifo nosso*); “preceitos para os costumes [...] nossas leis e tradições de nossos antepassados (JOSEFO, 1990, p.712, *grifo nosso*); “Sendo o sol que eles *adoram e têm como seu Deus*” (CARVAJAL, 1941, p.51, *grifo nosso*).

Kuper (2002, p. 47) trata da conceituação dessas diferenças pelos franceses na palavra *Civilisation* (Civilização) e, paralelamente, pelos alemães, a palavra *Kultur* (Cultura), ambas relacionadas às experiências vividas por essas duas nações na segunda metade do século 18. *Civilisation* dizia da “civilidade, cortesia e sabedoria administrativa” que, pretensiosamente (ou inocentemente) teria a França pós-revoluções (e quem a imitasse), negando-a, porém, aos “selvagens” e “bárbaros”. Era uma conquista progressiva, racional e universal. Para gozar da condição de civilizado, seria imperativo ser, pensar, vestir-se e agir *como* os civilizados franceses. O termo alemão *Kultur* referia-se “essencialmente a fatos intelectuais, artísticos e religiosos” (KUPPER, 2002, p.54) do grupo.

Foi Tylor (1871, p. 69) quem primeiramente ofereceu um conceito mais amplo de cultura:

Cultura ou civilização, tomada em seu mais amplo sentido etnográfico é aquele todo complexo que inclui conhecimento, crença, arte, moral, lei, costume e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem na condição de membro da sociedade.

E segundo Laraia (2004, p. 25), Tylor, dessa maneira, tanto unia (os conceitos em torno de cultura) quanto separava (Cultural Vs. Biológico), pois:

Abrangia em uma só palavra todas as possibilidades de realização humana, além de marcar fortemente o caráter de aprendizado da cultura em oposição à idéia de aquisição inata, transmitida por mecanismos biológicos.

Benedict (2007) compara a cultura às *lentes de óculos* pelas quais cada nação olha a vida de modo próprio. Já Leach (1996) compara a cultura à *roupa* - um mesmo símbolo pode aparecer sob roupagens culturais diferentes como a *aliança* das inglesas e o turbante das birmanesas simbolizando a condição de mulher casada. Essas comparações ajudam a entender bem, no plano prático, como a cultura está patente aos nossos olhos. Não se estuda cultura com microscópio em lente objetiva de 100x (como para visualizar os minúsculos trofozoítos plasmódios da Malária), ela é visível, sensível. Meggers (1987, p. 75) não precisa ter “dissecado e estudado” os indígenas - numa comparação do método arqueológico com o antropológico -, para compreender-lhes a cultura, afinal de contas, cultura não está no sangue, músculos e ossos como pregava o *determinismo biológico* (LARAIA, 2004). Antropólogos não usam nem necessitam de microscópio nem de telescópio nos seus estudos de campo. A cultura está patente.

Assim, ao falar de *Antropologia* e de *Cultura* neste trabalho, reporta-se, pragmaticamente, ao estudo do homem como ser humano e dos seus costumes, crenças e modo de pensar, iguais aos seus e diferentes – mas não superiores ou inferiores – dos outros, respectivamente.

3.2. A formação do Cirurgião Dentista

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, expresso no artigo 196 em diante (BRASIL, 1998), determinou-se que a Saúde é um direito de todo cidadão e dever do Estado. Para viabilizar o efetivo cumprimento desse princípio, foi extinto o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) criando-se o Sistema Único de Saúde (SUS) que tem como um dos pilares fundamentais o princípio da universalidade do acesso de toda a população ao atendimento básico. Esse princípio tem norteado as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para todos os cursos de saúde. No caso dos cursos de Odontologia, as DCNs preconizam que o perfil do egresso em Odontologia deve ser:

Cirurgião dentista, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com base no rigor técnico e científico. Capacitado ao exercício de atividades

referentes à saúde bucal da população, pautado em princípios éticos, legais e **na compreensão da realidade social, cultural e econômica do seu meio**, dirigindo sua atuação para a transformação da realidade em benefício à sociedade (BRASIL, 2010, p.9, *grifo nosso*).

No que se refere à capacitação técnico-científica, as instituições de ensino superior, *a priori*, seguem as normas presentes nas DCNs. De acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO, 2010), existem, no Brasil, 193 instituições habilitadas para formação de futuros cirurgiões dentistas; sendo 27 federais, 19 estaduais, 08 municipais e 139 particulares. Cada uma dessas instituições tem seu currículo de graduação norteado de acordo com as DCNs. A graduação desses futuros profissionais tem como objetivo proporcionar embasamento teórico e treinamento laboratorial baseado no rigor científico de ponta para inserir o egresso num mercado de trabalho extremamente competitivo. Este ponto é fundamental: o objetivo final dessa formação acadêmica é o mercado de trabalho, e não poderia ser diferente visto que se vive cada vez mais num mundo extremamente acirrado e competitivo.

No entanto, quanto à citada “compreensão social, cultural e econômica do seu meio” do texto da DCN (BRASIL, 2010, p.9), as perguntas que se fazem necessárias são: apesar desse CD (Cirurgião-Dentista) estar preparado com o rigor técnico da maior competência, quais ferramentas de fato ele usará provenientes de sua graduação num encontro interétnico como, por exemplo, com povos indígenas ou povos tradicionais? Esse profissional seguramente estará embasado cientificamente na aplicação de seus conhecimentos, mas a população local, independente da sua etnia, entenderá o valor do seu trabalho? Entenderá a necessidade de fazer uso de ensinamentos ministrados por aquele profissional? Laraia (2004, p. 73-74) ressalta que:

O etnocentrismo é um fenômeno universal. É comum a crença de que a própria sociedade é o centro da humanidade, ou mesmo sua única expressão [...] O ponto fundamental de referência não é a humanidade, mas o grupo. Daí a reação, ou pelo menos a estranheza em relação aos estrangeiros. *A chegada de um estranho em determinadas*

comunidades pode ser considerada como a quebra da ordem social ou sobrenatural (grifo nosso).

Quando o encontro interétnico – que ocorre na relação dentista-paciente indígena na aldeia - se faz de forma dissociada dessa compressão da realidade sociocultural, o trabalho odontológico ficará fadado ao trabalho de remoção de elementos dentais, pois não deixa de ser um *estranho* intervindo na rotina da aldeia, ensinando novos hábitos e técnicas de higiene que poderão interferir diretamente na economia, nos tabus sociais de alimentação, nos modos e conceito local de higiene.

Com base em sua experiência de campo, Manzano (2011) expõe o quanto o trabalho de atendimento de saúde em áreas indígenas em si já é cercado de dificuldades, e que elas se intensificam ainda mais quando se trata do trabalho de um CD em uma aldeia. Isso porque obviamente não se trata de um paciente que vem a um confortável consultório de cidade já todo aparelhado para servi-lo, mas é o próprio consultório – totalmente adaptado para condições adversas – indo ao encontro do paciente. Além de toda dificuldade no transporte de equipamentos e instrumentais, acrescenta-se ainda o peso da própria falta de compreensão do contexto cultural envolvido.

A relação *profissional da área de saúde e paciente*, qualquer que seja a área de atuação, vai muito além do que a aplicação dos seus conhecimentos técnicos adquiridos em sua profissionalização, e é nesse sentido que Zanetti (2007, p. 32-33) relata:

Hoje, pode-se acusar que a Odontologia ainda não reconhece seu atraso como ciência e prática social, já que para sua comodidade acadêmica, as limitações de seus objetos, sua episteme e sua hermenêutica não são claras, nem tratadas como problemas a serem superados. [...] Pior que o ambiente de audiência extremamente restrita, é um ambiente desse tipo que ainda promova o fechamento sobre si e a endogenia no sistema de conhecimentos construído sob uma ruptura epistemológica incompleta. Este foi o caso da Odontologia brasileira. Embarcada prioritariamente na formação prática numa área profissional específica, mais atenta às atividades do mercado profissional que às da própria ciência, a pequena audiência da Odontologia desatenta não

guardou a sua devida “vigilância epistemológica”. [...] uma vez que a base de sustentação científica da Odontologia é o conjunto de conhecimentos aplicados e de aplicação do conhecimento, ampliar a audiência interna (acadêmica), a vigilância devida é expô-la mais intensamente ao debate contemporâneo dos objetos e suas aplicações, e ainda expô-la ao universo maior das teorias e métodos desenvolvidos nas disciplinas das demais ciências: da saúde, sociais, naturais e cognitivas. *Ampliar a audiência interna* (abrir a Odontologia sem reducionismos à pluralidade das ciências) é completar a primeira ruptura epistemológica que permita lançá-la *numa segunda ruptura* (abrir a Odontologia sem reducionismos à *pluralidade da sociedade*) na qual se permita fazer ciência tomada contra a ciência e ciência refletida hermeneuticamente. É fortalecer seu discurso científico, fortalecendo, porém ultrapassando sua audiência interna restrita. *É abrir a Odontologia para os grandes debates internos e externos aos quais toda ciência necessita estar submetida para se manter viva (grifo nosso)*.

Entende-se com isso que Zanetti (2007) dá como questão de sobrevivência da própria Odontologia essa abertura dialógica em dois momentos, sendo o primeiro com outras ciências – inclusive as sociais, como a Antropologia – e em seguida, com a pluralidade de saberes locais, tema que voltará a ser abordado novamente neste trabalho com a perspectiva de Santos (2009) sobre a *Ecologia de saberes*.

O fato é que quando ocorre uma intervenção clínica, haverá uma reação natural inerente a qualquer etnia. O desafio é fazer com que essa reação seja positiva. É necessário que haja o desenvolvimento de uma relação interpessoal e que por meio dessa relação o sentido do conhecimento transmitido seja compreensível, e mais do que isso: que impulse o receptor a absorver e aplicar o ensinamento aprendido de modo a se tornar um hábito em sua vida cotidiana. Isso somente será possível mediante o estabelecimento de relações interpessoais construtivas e lateralizadas, ou seja, relações simétricas e dialógicas em mútua aceitação, o que é fundamental no contexto transcultural como o que o dentista se insere ao chegar à aldeia. Cabe aqui rever um conceito importante na Antropologia

brasileira, a noção de fricção interétnica de Roberto Cardoso de Oliveira e como ela se processaria na relação Dentista-Paciente Indígena.

3.3. Fricção interétnica na relação Dentista-Paciente indígena

Cardoso de Oliveira (1972), com base em seu trabalho de campo entre os Tücana no Alto Solimões-AM na década de 1960, foi quem primeiro empregou o termo “Fricção interétnica” para expressar os fenômenos socioculturais posteriores ao contato de um grupo tribal com a sociedade nacional, normalmente uma relação conflitante. Trinta anos depois, Cardoso de Oliveira (1994) comenta que não pretendia criar um conceito, uma “teoria” quanto a isso, mas que foi assim tomado e citado pelos seus próprios leitores a partir daquele momento. De qualquer forma, o que pretendia mesmo era mostrar o que acontece nessa relação de contato, mas em termos de “noções” de “fricção” interétnica apenas. Oliveira Filho (1999) e Viveiros de Castro (1999) questionam essa perspectiva de Cardoso de Oliveira (1972), especialmente no que tange a aculturação, ou seja, a ideia de que o índio estaria fadado a perder sua cultura tradicional a partir do contato assimétrico com a sociedade nacional. Para este trabalho especificamente não será necessário deter-se sobre o diálogo desses autores - embora altamente relevante para o que se pretende com relações interétnicas -, mas apenas frisar que embora o dentista não seja o primeiro não-indígena a chegar à aldeia, mesmo assim ainda é agente de contexto de contato interétnico, com equipamentos, instrumentais, máscaras, luvas e medicamentos, inclusive em alguns casos, com a paramentação característica com uso de uniforme branco, itens esses que se configuram como “elementos alienígenas” (quer dizer: *Estranhos à visão do indígena* e, por isso, passíveis de interpretações equivocadas como a garrafa de Coca-Cola no enredo do filme *The Gods Must Be Crazy* “Os deuses devem estar loucos” de Jamie Uys. da C.A.T. Film (1980), podendo causar impacto cultural pelas possíveis interpretações como, por mero exemplo, entre os Matses, a possibilidade de associação às aparições de espíritos a que chamam de *Chishcan* - o boto - que em forma humana sempre surgem barbados, trajando *vestes brancas* (MNTB, 2011a).

“Fricção interétnica” seria então, segundo Cardoso de Oliveira (1972), o que acontece num contato interétnico do profissional de saúde -

enquanto agente da sociedade nacional - com o indígena, quando cada um vê as diferenças do outro e daí planeja o seu comportamento a partir das interpretações geradas no contato. Uma relação assimétrica e conflitante em objetivos e ideias, em que o indígena acaba tendo perdas em detrimento de sua cultura e saber tradicional. Entender que o mundo do seu paciente é diferente do seu é indispensável para o sucesso do trabalho do cirurgião dentista. Certamente haverá um sucesso pontual, referente ao procedimento clínico, mas haverá em sua bagagem acadêmica “instrumentos” para uma intervenção relevante e duradoura?

3.4. Etnocentrismo na relação Dentista-Paciente Indígena.

Etnocentrismo é outro conceito importante da Antropologia. É literalmente ter a sua *etnia* no *centro*. Lévi-Strauss (1993b, p. 333) desmarginaliza o termo até então apenas visto com negatividade ao se referir a ele como “um fenômeno natural resultante das relações diretas ou indiretas entre as sociedades”, ou seja: de algum modo todos agem assim. Para ele o etnocentrismo “consiste em repudiar pura e simplesmente as formas culturais: morais, religiosas, sociais, estéticas, que são as mais afastadas daquelas com as quais nos identificamos”. Laraia (2004, p. 73), em concordância, explica o etnocentrismo:

O fato de que o homem vê o mundo através de sua cultura tem como consequência a propensão em considerar o seu modo de vida como o mais correto e o mais natural. Tal tendência, denominada etnocentrismo, é responsável em seus casos extremos pela ocorrência de numerosos conflitos sociais.

E essa atitude de mensurar o outro, o diferente, não tomando por base a humanidade em sua diversidade e sim o seu próprio grupo, a sua etnia, seus valores locais, ideais e morais é, segundo Laraia (2004, p.73), “um fenômeno universal”. Seria então ingenuidade não entender que esse fenômeno ocorre também na relação dentista-paciente indígena por ocasião do contato interétnico.

Fourniol Filho (1981) fala em termos de reação orgânica, ao afirmar que:

O sistema nervoso, as glândulas de secreção interna e os fatores ambientais regulam o equilíbrio do nosso organismo. Isso é patente! Qualquer que seja a natureza de um estímulo, o nosso organismo responderá a agressão. A reação desencadeada depende da intensidade do agente agressor e o equilíbrio do organismo estará modificado. Tal reação é chamada de COMPORTAMENTO ou CONDUTA (p.25).

E a conduta do índio é patente nessa situação. Conforme observado por Dias (2011) no Alto Javari, numa comunidade Matses, na década de 1997-2007, profissionais de saúde empreenderam grandes malabarismos no esforço de comunicar-se com seus pacientes Matses, ainda que precariamente por gestos, devido a pouca ou nenhuma compreensão do idioma nacional por parte dos mesmos - e igualmente do idioma nativo pelo profissional de saúde -, ora tentando explicar quantidades de medicamento a tomar (gotas ou comprimidos), ou o horário e por quantos dias tomar o medicamento; ora explicando noções de higiene e asseio das crianças; ora dando noções de escovação, higiene bucal, ou fazendo aplicação tópica de flúor. O que poderia parecer aos profissionais um recurso para suprir a “limitação ou menor capacidade de compreensão” dos pacientes indígenas, em alguns momentos tratados como crianças, para os Matses era cômico. Normalmente, discordâncias, risadas e gracejos debochados do grupo no idioma Matses - nunca traduzidos ao Português pelo nativo responsável - ocorriam entre eles durante a palestra do profissional de saúde. O contato interétnico sempre evidenciará certa reação etnocêntrica, o que é peculiar da natureza humana. Concordando com isso, Rivière (2007, p. 13) diz que “é natural a todo ser humano” e “todos têm a tendência para rejeitar, criticar ou desvalorizar os que não são como ele”, e exemplifica e conceitua:

Quando da descoberta da América, os Espanhóis recusaram inicialmente aos índios o carácter de humanidade, por vezes para justificar a escravatura; por outro lado, os índios mataram Espanhóis para comprovar que eles eram mesmo mortais [...] O etnocentrismo, de que o etnólogo procura livrar-se, é a atitude que consiste em julgar as formas morais, religiosas e sociais de outras comunidades de acordo

com as nossas próprias normas e, portanto, em considerar as suas diferenças como uma anomalia.

Rivière (2007, p. 14) também diferencia etnocentrismo de racismo. A reação ao exótico é *etnocentrismo* quando expressa desvalorização do outro, e é *racismo* quando produz “rejeição e hostilidade”. Já Laraia (2004, p. 52) atenua o negativismo do etnocentrismo reacionariamente humano ao tratar como seu antônimo a *Apatia* - que reflete uma atitude negativa para com a sua própria etnicidade, resultando num mal maior, pois “em lugar da superestima dos valores de sua própria sociedade, numa dada situação de crise os membros de uma cultura abandonam a crença nesses valores e, conseqüentemente, perdem a motivação que os mantém unidos e vivos”.

Sendo que o paciente indígena e o profissional de saúde vêm de *mundos* diferentes, em alguns casos, como no Vale do Javari, também utilizando línguas diferentes, é natural que cada um meça o outro a partir de seus próprios paradigmas culturais. Nesse ponto, pode-se pensar como exemplo a nomenclatura dos Matses/ Mayoruna que discrimina/ classifica os homens em três grupos: *Matses* (quando se referem a si, sua etnia. Significa “gente”; um Mayoruna, gente no sentido de humano - não animal); *Matses utsi* (“outra gente”. Valem-se dessa expressão para outros grupos indígenas da região) e *Chotac*, o Naua, o branco, o estrangeiro (MATOS, 2009, p.1). *Yuca bishuccaid* – “macaxeira descascada” (MNTB, 2011a) é uma chacota típica deles ao comparar os brancos verdadeiramente *brancos* com a macaxeira quando descascada, por ser toda branca por dentro.

Os comentários de Tuiávii, chefe da tribo Trivéia, na polinésia, publicados por Scheurmann (2003) sob o título *O Papalagui*, também mostram bem o exposto anteriormente, quando após uma temporada na Europa, Tuiávii, de volta ao seu povo, narra o que viu sobre o modo de vida, as vestimentas, as habitações, as ambições, a opressão da falta de tempo, a religiosidade oca etc. dos europeus. A intenção de Scheurmann (2003), ao publicar esses comentários, foi a de possibilitar aos europeus um autorretrato, uma visão de si mesmos pelos olhos de um homem dado por “primitivo” exortando seu povo numa ilha distante a nunca tornarem-se como os brancos *Papalagui*.

Darcy Ribeiro também surpreende quando no livro *O povo brasileiro* conjectura da perspectiva do índio no encontro com o português “barbudo”, “fedido”, trancafiado em seus barcos por meses de viagem no mar... e que ainda assim achava o índio um sujo e preguiçoso! Já no livro *Os índios e a civilização* (RIBEIRO, 1996), é apresentada a perspectiva do índio (Kaingang – de São Paulo; Xokleng; Parintintin) no contato com os funcionários do extinto SPI (Serviço de Proteção ao Índio). Ribeiro explica que o índio era quem sempre tomava a iniciativa de contatar o branco, de “amansar”, para ser mais preciso. Para aqueles povos, “bichos ferozes” e “perversos por instinto” - expressões dirigidas aos Kayapó pelos sertanejos -, na realidade, *os Brancos* é que eram os “selvagens” que precisavam ser amansados, e o massacre dos Cinta-Larga (Ji-Paraná) pelos “civilizados” narrado nas páginas 209 e 210 (fuzilamento em massa, covardia e estupro) confirma, veementemente, a tese dos índios.

Portanto, devidamente munido de uma predisposição relativista no contato com os pacientes indígenas, o profissional de saúde poderá entender o impacto de sua presença, assim como seu serviço e toda tecnologia usada no contexto inserido, e lidará com as reações de forma compreensiva, investindo também seu tempo num diálogo simétrico com o indígena para a resolução dos problemas de saúde bucais da comunidade, no que ambos certamente estarão interessados e empenhados.

3.5. Odontologia colonialista ou dialógica?

Outro aspecto relevante no contato interétnico é pontuar e definir a sua razão.

Numa comunidade indígena brasileira com um grau mínimo de aculturação, corriqueiramente, se distinguem três instituições *não-naturais* a ela – ao menos na forma – abertamente vistas por suas construções materiais ali presentes: A *Escola*, a *Enfermaria* e - havendo presença missionária ali - a *Igreja*, como no caso das aldeias Matses no Brasil e no Peru (Dias, 2011). Dessas instituições, somente a Igreja é marginalizada e severamente alvejada por críticas de todos os lados por carregar em si uma herança histórica em que serviu de aliada de impérios para a consolidação destes em terras coloniais - o que aconteceu no Brasil também, à moda portuguesa, que desde o “achamento” do Brasil (CAMINHA, 2010, p.27) já

fixou na praia um *altar*, uma *cruz* e uma *bandeira*, celebrando uma missa (CAMINHA, 2010, p.39,41,42), e daí pra frente foi expandindo seu território sob esses símbolos nas aldeias Brasil à dentro e às margens dos rios da Amazônia (ACUÑA, 1941, p.206) – é, portanto, atualmente rechaçada, numa paradoxal ”demonização” da Igreja como o grande mal indigenista. É uma abordagem *presentista* e, portanto, metodologicamente equivocada que Stocking Jr. (1968, apud OLIVEIRA, 1999, p. 105) define como “descrever os fatos e ideias do passado com os olhos do presente, tomando o que nos é familiar e natural como contemporâneo aos fatos relatados do passado”. Julgar o trabalho técnico missionário atual com base na catequização quinhentista têm resultado numa ruptura entre antropólogos e missionários travando o desenvolvimento de pesquisas e ações que só poderiam beneficiar os povos indígenas envolvidos.

Já a Escola e a Enfermaria - ambas igualmente ferramentas da era colonial, ainda funcionam como tentáculos estendidos do mesmo Estado *Leviatã* de Hobbes (1651) que ainda procura tutelar os povos indígenas -, passam acriticamente despercebidas sob as asas do progresso e do desenvolvimento. Neste trabalho, pretende-se imparcialmente levantar a bandeira do respeito ao *outro* – ao diferente, ao índio, e para tanto, deseja-se rejeitar aqui todo papel do *branco* como na condição de soberano e senhor do desenvolvimento frente ao *pobre coitado indígena* que, de outra forma, entraria em extinção, ou manter-se-ia semelhante a um ser animalesco. Longe de se adotar uma postura “anti-desenvolvimentista”, mas apenas refletindo as atitudes, permeadas de etnocentrismo profissional, quando se senta o indígena na cadeira e lhe extrai os dentes, por exemplo, sem a menor percepção do mundo dele. Seria demais perguntar aos povos indígenas o que sabem sobre saúde bucal? Como os seus ancestrais lidavam com a dor de dente há tantas gerações na era pré-contato? Mesmo que essa tarefa não seja atribuição direta do odontólogo, ou de qualquer outro profissional de saúde, faz-se necessário buscar entender as causas, crenças, perspectivas e efeitos de uma intervenção na saúde do povo. Nessa direção, propõe-se, então, um diálogo entre os saberes da sociedade nacional e os deles, numa democrática e mútua instrução, e não numa postura verticalizada que diz somente ao indígena “você precisa de mim”, “sem mim você nunca progredirá, nem mesmo subsistirá”. Quijano (2009) chama isso de *colonialidade*, ou seja, tal qual o colonialismo que enquanto regime político

e militar suplantava e subordinava a colônia à metrópole, a colonialidade de poder ou saber suplanta e subordina muitos a um. A diferença é que o colonialismo histórico expirou, mas a postura de colonialidade ainda sobrevive e se reproduz, especialmente no tocante aos povos indígenas, que supostamente sabem menos e podem menos; daí dependerem de um Estado como seu tutor.

Assim sendo, é redundante, mas necessário reafirmar, que o profissional de saúde bucal no cenário indígena precisa ter consciência transculturalizada, sensível - como o seu público necessita - a uma interação, a uma reciprocidade, a um respeito mútuo que ensine o “nosso” sem desprezar o “deles”.

4. ODONTOLOGIA “DO” ÍNDIO E “PARA” O ÍNDIO

4.1. A soma de conhecimentos

Santos (2009, p. 45) chama de conhecimento *abissal* a todo conhecimento que invisibiliza a outros, no caso, tratando da forma como a epistemologia eurocentrada, ao mesmo tempo em que se eleva à condição de única ciência, reduz e desacredita outros conhecimentos como os dos povos indígenas dentre outros. Para ele, o mais viável seria então, uma “*Ecologia de saberes*”, ou seja, o reconhecimento da diversidade e pluralidade de saberes em relação dialógica numa fase pós-abissal (ou seja, rompidas as barreiras do preconceito e arrogância científica eurocentrada que endeusa a sua razão e desclassifica cabalmente outras formas de conhecimento):

Como Ecologia de saberes, *o pensamento pós-abissal* tem como premissa a ideia da diversidade epistemológica do mundo, o reconhecimento da existência de uma pluralidade de formas de conhecimento além do conhecimento científico. Isto implica renunciar a qualquer epistemologia geral (*grifo nosso*).

A crítica de Santos é precisamente o que foi tratado agora quanto a uma sobreposição da Odontologia – reconhecida como científica e, portanto “eurocentrada” –, aos saberes tradicionais dos povos, à sua maneira

tradicional de lidar com os dentes, à sua *odontologia indígena*. Isso é conhecimento Abissal, e o que se sugere aqui é também o mesmo que o autor: uma *Ecologia de saberes*, uma troca de conhecimentos, uma relação lateralizada e dialógica, não para mensurar quem pode mais, mas para que se diminua essa assimetria e não se repita com esses povos os mesmos erros do passado colonialista e gerador de dependência político-administrativa, tecnológica, econômica e intelectual.

4.2. Um caminho para a educação de higiene bucal e a prevenção

No período que esteve morando numa comunidade militar contígua a uma comunidade indígena da etnia Matses, do Vale do Javari-AM (1997-2007), Dias (2011) observou que era comum a troca de produtos das suas roças por óleo, açúcar, arroz, sal, roupas e sabão, às vezes, sabonete ou xampu, mas nunca creme dental e escovas de dente. Isso porque esse material era fornecido gratuitamente pela FUNASA (Fundação Nacional de Saúde), na época, algumas vezes até em excesso, outras vezes com muito atraso na reposição.

A falta de assimilação por parte comunidade da importância desse novo hábito de higiene era evidente. Em alguns momentos, o dentista do Pelotão do Exército, em campanha na comunidade, aplicava flúor e ministrava palestras - em português, naturalmente - mas a comunidade recebia isso em tom de humor e gracejos, embora estivessem pontualmente no local e hora marcados. Outras vezes, o próprio dentista da antiga FUNASA, também de passagem, fazia o mesmo, mas após sua partida... Tudo voltava ao normal... Açúcar, balas, biscoitos... e dentes estragados desde muito cedo. Por que não correspondiam ao ensino enfático da importância dessa higienização cotidiana? Por que não valorizavam - na ausência de produtos cedidos - produtos como cremes dentais e escovas em suas trocas? Faltou atingir o cerne, a vontade, a consciência simplesmente, e isso pelo fato de ser algo de fora, alheio ao seu hábito e às suas perspectivas? Provavelmente sim. Vale considerar de Kinnby et al (1991 apud Moimaz et al, 2001, p. 61) que “o conhecimento adquirido e a mudança de atitudes são elos de uma corrente, mas as evidências sugerem que uma melhor informação nem sempre leva à modificação de comportamento”, afinal há mesmo um abismo entre o saber e o fazer

conforme se sabe, mas Stepke e Drumond (2007, p. 13) também contribuem para essa questão apontando a práxis como resultado de interpretações e valorações íntimas:

Num panorama de numerosos valores hierarquizados e estruturados é fácil se desorientar. Por isso necessitamos da síntese e do pensamento reflexivo. A ação especializada, *a práxis normalizada respondem a conhecimentos e sentimentos de diversos tipos, cada um com seus valores*. O conjunto resume o *ethos* de um campo de ações e significações e determina os caracteres de sistemas sociais tão distintos como os da ciência, de religião e da medicina, para só mencionar alguns. Uma consideração antropológica deve precisar suas origens, suas motivações, seus fundamentos e suas metas. O ponto de vista do qual se parte é tão importante quanto os argumentos. As múltiplas origens da moral e da religião se resumem na ação humana, “via final comum” do saber, da experiência, da crença, e do sentimento. É aí onde toda afirmação com aspirações de reflexão antropológica deve ser examinada e estudada. *Aí se manifestam as discrepâncias e os antagonismos mais irredutíveis sobre interpretações e valorações. (grifo nosso)*

Assim, antes de se supor ser uma questão de “saber, mas não fazer” - o que de fato pode ocorrer facilmente -, deve-se considerar no caso dos Matses que eles tinham outras respostas para as causas das cáries e perdas de dentes, outras interpretações - como o comer fígado de certos animais de caça: macaco, veado e tatu; moela de aves, que geram a lagarta/ verme que comeria os dentes (MNTB, 2011a) -, e até dispunham de conhecimentos tradicionais sobre o uso de fios de palha do tucumazeiro para remover restos alimentares nas interfaces dentais após a alimentação, à semelhança do fio dental; mastigação de um cipó chamado *shëta-dauë*, literalmente: *remédio de dente*, que acreditam “matar” a essa lagarta/ verme que estraga os dentes, e até folhas da selva usadas como terapia medicamentosa para alívio da dor provocada pelo dente, e também com ação anti-inflamatória. Há também o costume de enxaguar/bochechar a boca (do verbo *mucuquec*: lavar/ limpar a boca ou dentes com água, e às vezes, a limpeza mecânica com o uso dos dedos) e a crítica a alguém que

tenha mau hálito – *ampisadec*, literalmente: *feder por dentro*. Todo esse conhecimento infelizmente não foi abordado, ouvido e usado pelos profissionais de saúde naquele período, observou Dias (2011).

Como ocorrerá essa assimilação? Em quanto tempo essa conscientização surtiria efeito de hábito? É aqui que se foca este trabalho: na conscientização - primeiramente do dentista, do profissional de saúde bucal indígena e, obviamente, das instituições responsáveis por essa área. Por que não aproveitar o conhecimento do povo? Por que não permanecer um pouco mais na área para adequar um saber ao outro, COM ELES, inclusive? Por que não investir em material de informação devidamente traduzido (material técnico, contextualizado, ilustrado)? E a partir do exemplo dado pelos professores Ticunas, do Alto Solimões, por que não incentivar a produção textual “endógena”, ou seja, não de um estrangeiro escrevendo sobre o problema bucal deles, mas eles próprios escrevendo sobre isso? Aqui vale lembrar a diferenciação que Hountondji (2009) fez entre escritos *exógenos* e *endógenos*, quando percebeu que muito havia sido escrito da África, mas por estrangeiros, na relação Estrangeiro - Sujeito Vs. África - Objeto de estudo, e agora estava vivenciando uma nova fase, com autores nativos escrevendo sobre a África, sobre si mesmos, sendo Sujeitos de sua própria pesquisa. É a fala do povo, seu pensar, que vai “nativizar” a questão da saúde bucal indígena.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se propõe aqui, à luz do referencial expresso no texto, são elementos sem excepcional novidade, até mesmo por considerar a existência de publicações de populações tradicionais e indígenas sobre seu saber local, inclusive na área de saúde bucal, como *O Livro de Saúde Bucal* dos Ticuna do Alto Solimões pela OGPTB, que também mantém um *site* na *Internet* expondo mais da cultura e dos acontecimentos dessa etnia. Aliás, não apenas para este, mas também para a produção de outros trabalhos acadêmicos, contou-se com uma contribuição relevante de dados etnográficos e socioculturais encontrados em *sites* e *blogs* de entidades e associações nativas que representam seu povo e abrem-se ao mundo virtual cada vez mais. Nesse sentido, considera-se que o objetivo maior deste trabalho volta-se para a ênfase na “ampliação” dessa consciência já até certo

ponto despertada, visando a uma urgente relação dialógica de saberes e uma reflexão antropológica do que se quer dizer ao falar aos indígenas sobre higiene bucal, para que se busque - e alcance -, uma prática de higienização e prevenção mais eficiente nas aldeias, o que só ocorrerá quando o indígena deixar de ser mero “objeto” dos programas de saúde do Governo, tomando a condição de “sujeito” nos mesmos, à semelhança do que Hountondji (2009) apontou no contexto da África, realçando a fala de autores africanos sobre seu próprio povo. Nada mais coerente, portanto, que nesse quesito os indígenas sejam ouvidos sobre seus próprios problemas sociais (“social” porque a saúde bucal é parte e sintoma desse todo), sob sua perspectiva, e suas ideias de como resolvê-los.

Quanto à formação acadêmica do cirurgião dentista, também apresentada neste texto, não se contesta que todas as instituições que formam cirurgiões dentistas no Brasil atendem aos requisitos legais do MEC. Esses profissionais, na sua grande maioria, são egressos da mais alta capacidade técnica e rigor científico, preparados para atuarem em contextos extremamente competitivos e também capacitados nas mais recentes tecnologias descobertas a cada dia num mundo globalizado. E todos, de alguma forma, procuram algum diferencial para que possam se destacar no meio de tantos profissionais. O gancho que se buscou, porém, com base em observações como as de Zanetti (2007) e Reyes (2011) e, especialmente, no próprio texto da DCN, foi o direcionamento do rigor técnico e científico baseado na ética e legalidade, tendo compreensão da realidade social, cultural e econômica do meio em que esse profissional estará inserido. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de maior investimento em disciplinas que preparem esse profissional para atuar em diferentes culturas, como entre povos indígenas e populações tradicionais em território brasileiro. Algumas poucas instituições, de modo tímido, possuem em sua grade curricular, na formação do CD, disciplinas que direcionam para as ciências sociais, porém apenas como matérias de formação básica geral. É necessário, portanto, tornar possível e real o diálogo interdisciplinar, inclusive sugerido por Zanetti (2007) no texto, dando mais espaço e relevância na grade curricular da Odontologia, especialmente a Antropologia, que como se procurou mostrar neste trabalho, tem um papel altamente relevante para essa questão, por lidar diretamente com esses

povos e com temas como cultura, etnocentrismo, assimilação, contato interétnico e outros abordados aqui.

Assim, as alternativas emergenciais mirabolantes e dispendiosas como megacampanhas de S.O.S. esporádicas e um entupimento de material de higiene bucal nas aldeias, que não produziu nem produzirá os efeitos desejados pelos órgãos e agências de saúde, seriam substituídas pela paulatina e antropológicamente orientada aplicação da Odontologia enriquecida pelo saber tradicional indígena aos problemas de cáries, doenças periodontais e perdas de dentes nas aldeias. O resultado de ouvir o indígena sobre a saúde bucal em parceria com um Cirurgião Dentista, devidamente preparado para esse público-alvo específico, só poderia ser a “ampliação” de material-guia endógeno e prático como *O Livro de Saúde Bucal* dos Ticuna, citado neste trabalho.

É possível que um leitor mais técnico veja com receio essa proposta, pois o saber científico, como bem se frisou com base em Santos (2009) e Quijano (2009), se apresenta como mais preciso e completo, reduzindo ou invisibilizando o saber local, impossibilitando uma relação simétrica de saberes e de pessoas, normalmente enaltecendo um e desprezando os outros, tomando o indígena por iletrado, ignorante, supersticioso, e outros adjetivos indesejados. E assim pode parecer que se agiu com certa irresponsabilidade ao enaltecer esse saber local, mas uma leitura mais detida do referencial usado neste trabalho certamente o conduziria a uma visão, não menos técnica, antes antropológicamente orientada sobre o outro. Antropólogos não “inventam” teorias e vão ao campo checá-las à semelhança do que se faz às cobaias de laboratório. Vão ao campo primeiro e depois narram o que aprenderam lá, duas fases bem distintas do trabalho antropológico como escreveu Geertz (1989) no seu artigo sobre *Estar lá e escrever aqui*. Isso mesmo: é o que “aprenderam” lá, vivendo inseridos em contextos socioculturais diferentes dos seus. Assim justifica-se o zelo pelo saber local e a defesa de seu espaço na relação com o mundo não-indígena. É o caso de Narby (1997), igualmente citado neste trabalho, que traz muitas questões sobre o saber medicinal dos Shipibo e Ashanínka (ambos da Amazônia Peruana), que trata como complexo demais para ter sido apenas apreendido por experimentação aventureira como num sorteio ao combinar plantas medicinais num curto espaço de tempo em que o doente pode aguardar. Assim, a *Ecologia de saberes* de Santos (2009)

surge como uma proposta atual, cientificamente correta e completamente plausível de aplicação no contexto indígena e tradicional.

Finalmente, o que fora exposto neste trabalho é também fruto das situações vivenciadas pelos autores no campo da Antropologia e da Odontologia, e que, embora separados nesse período por milhares de quilômetros, viram surgirem as mesmas questões que agora materializam. Assim, a contribuição maior dos autores é a verificação da necessidade de uma mudança a partir do profissional, de modo que a cultura local possa ser respeitada e, dessa forma, o trabalho desenvolvido possa de fato ser relevante e duradouro. E também a expectativa de ver esses dois saberes caminhando juntos rumo à solução para os problemas na saúde bucal dos povos indígenas. E se é possível ousar ainda mais, sugerir também a ampliação dessa perspectiva antropológica para outras áreas de conhecimento que, tal qual a Odontologia, lidam diretamente com povos indígenas e tradicionais, mas ainda sem essa consciência de adaptação à realidade desses povos, errando com eles com o mesmo colonialismo e cientificismo eurocentrado que historicamente levou tantos povos ao etnocídio.

6. REFERÊNCIAS

ABREU, Cathia. **Dor de dente na aldeia?** Rio de Janeiro: Instituto Ciência Hoje, 2005. Disponível em:

<<http://chc.cienciahoje.uol.com.br/noticias/corpo-humano-e-saude/dor-de-dente-na-aldeia>> Acesso em: 09 mar. 2011.

ACUNÃ, Cristobal de. **Novo Descobrimento do Grande Rio das Amazonas**. In: CARVAJAL, Gaspar de; ROJAS, Alonso de; _____. *Descobrimientos do Rio das Amazonas* – Traduzidos e anotados por C. de Melo Leitão. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1941. p.125-295.

ARANTES, Rui. **Saúde bucal dos povos Indígenas do Brasil e o caso dos Xavante de Mato Grosso**. 2005. 135 f. Tese (Doutorado) - Ministério da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2005.

BENEDICT, Ruth. **O crisântemo e a espada**: padrões da cultura japonesa. 3.ed. Tradução: César Tozzi. São Paulo: Perspectiva, 2007.

BRASIL, **Constituição da República do Brasil**. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1988.

BRASIL, **Decreto 3.156, de 27 de Agosto de 1999**. Dispõe sobre as condições para a prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, pelo Ministério da Saúde, altera dispositivos dos Decretos n°s 564, de 8 de junho de 1992, e 1.141, de 19 de maio de 1994, e dá outras providências. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/decreto_3156_27_08_99_si.pdf> Acesso em: 03 jul.2011.

BRASIL, Ministério da Educação, **Resolução Parecer CNE/CES 1300/2001**. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia, Diário Oficial da União. Brasília. 07 de dezembro de 2001. Seção 1, p.25. Disponível em:

<<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1300.pdf>>. Acesso em: 13 out. 2010.

CAMINHA, Pero Vaz de. **Carta de Achamento** (1500). In: _____; GANDAVO, Pero de Magalhães; ANCHIETA, José de. *Origens – Quinhentismo*. Manaus; Editora Valer, 2010. p.27-45.

CARDOSO DE OLIVEIRA, Roberto. **O índio e o mundo dos brancos: Uma interpretação sociológica da situação dos Tukúna**. 2.ed. São Paulo: Pioneira, 1972.

_____. **Pós-fácio**: 1994 - Trinta Anos depois. In: _____. *O índio e o mundo dos brancos: Uma interpretação sociológica da situação dos Tukúna*. Campinas: Editora da Unicamp, 1996. p. 183-191.

CARVAJAL, Gaspar de. **Descobrimento do Rio de Orellana**. In: _____; ROJAS, Alonso de; ACUÑA, Cristobal de. *Descobrimientos do Rio das Amazonas – Traduzidos e anotados por C. de Melo Leitão*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1941. p.13-79.

CFO (Conselho Federal de Odontologia). *Faculdades de Odontologia Existentes no Brasil – 2010*. 2010. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2009/10/quadro_estatistico_faculdade.pdf>. Acesso em: 06 jul. 2011.

DIAS, Ricardo Lopes. **Conferência Projeto Amanajé**. Manaus, Igreja Presbiteriana de Manaus, 8 jun. 2011. Registro do Encontro a Respeito de Saúde Bucal em Indígenas. 2011.

EL PAÍS. **El Neandertal que se limpiaba los dientes**. Madrid, 11 Set. 2007, Disponível em: <http://www.elpais.com/articulo/espana/neandertal/limpiaba/dientes/elpepu esp/20070911elpepunac_10/Tes>. Acesso em: 27 Jun. 2011.

FERREIRA, Alexandre Rodrigues. **Viagem Filosófica pelas capitânicas do grão Pará, Rio Negro, Mato Grosso e Cuiabá**. São Paulo: Conselho Federal de Cultura, 1974. (Memória Antropologia).

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio Século XXI**: O dicionário da língua portuguesa. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FILHO, Armando Fourniol. **A odontologia para excepcionais**. São Paulo: Panamed, 1981.

GARNELO, Luiza; SAMPAIO, Sully; BANIWA, André Fernando; LYNN, Gary. **Medicina tradicional Baniwa**: doença, poder, conflito e cura (2006). In: *Somanlu*: Revista de Estudos Amazônicos do Programa de Pós-Graduação Sociedade e Cultura na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas. Ano 6, n. 1, Jan/Jun. 2006. Manaus: EDUA, 2007. p.151—170.

GEERTZ, Clifford. **Estar lá, escrever aqui**. In: *Diálogo*. v. 22, n. 3, p. 58-63, 1989.

HOBBS, Thomas. *Leviatã*. In: ARANHA, Maria Lúcia de Arruda; MARTINS, Maria Helena Pires. **FILOSOFANDO** – Introdução à Filosofia. 2.ed. São Paulo: Moderna, 1997. p.210-215.

HOUNTONDJI, Paulin J. **Conhecimento de África, conhecimento de africanos**: Duas perspectivas sobre os estudos africanos. In: SANTOS, Boaventura de Sousa & MENESES, Maria Paula (Orgs.). *Epistemologias do Sul*. Coimbra: Edições Almedina, 2009. p.119-131.

HUMANIZASUS. **Política Nacional de Humanização**. Ministério da Saúde. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1342>.
Acesso em: 13 jul. 2011.

ILV-Instituto Linguístico de Verano. **Matsesên Naid II**: Libro de Lectura y Escritura nº 5 – Matses. Yarinacocha-PE: CALAP - Centro Amazônico de Línguas Autoctonas Peruanas, 1994.

JOSEFO, Flávio. **História dos Hebreus**: Obra completa. Trad. De Vicente Pedroso. Rio de Janeiro: CPAD, 1990.

KUPER, Adam. **Cultura e civilização**: intelectuais franceses, alemães e ingleses, 1930-1958. In: _____. *Cultura: A visão dos antropólogos*. Bauru-SP, EDUSC, 2002.

LAPLANTINE, François. **Aprender Antropologia**. 20ª reimpr. da 1. ed. 1988. São Paulo: Brasiliense, 2007.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura**: Um conceito antropológico. 17.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

LEACH, Edmund Ronald. **Sistemas políticos da Alta Birmânia**: um estudo da estrutura social Kachin. Tradução: Geraldo G. Souza; Antonio de Pádua Danesi; Gilson C.C. Souza. São Paulo: EdUSP, 1996

LÉVI-STRAUSS, Claude. **Jean-Jacques Rousseau, fundador das ciências do Homem**. In: _____. *Antropologia Estrutural Dois*. 4. ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1993a. p.41-51.

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

LORENZONI, Ionice. **Escolas indígenas recebem livros**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=10669> Acesso em: 18 fev. 2011.

MATOS, Beatriz de Almeida. **Os Matses e os Outros**: Elementos para a etnografia de um povo indígena do Javari. 2009. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social.

Universidade Federal do Rio de Janeiro – Museu Nacional. Rio de Janeiro, 2009.

MEGGERS, Betty J. **Amazônia**: A ilusão de um paraíso. São Paulo: EdUSP, 1987; Belo Horizonte: Itatiaia, 1987.

MENDES, Wilson Batista; BONFANTE, Gérson. **Fundamentos de Estética em Odontologia**: 1.ed. São Paulo: Livraria Editora Santos, 1994.

MERCIER, Paul. **História da Antropologia**. Tradução de Claudia Menezes. São Paulo: Editora Moraes, s/d.

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

MNTB (Missão Novas Tribos do Brasil). **Idioma Mayoruna**: Banco de Dados de Campo do período de 1997 a 2007. Manaus: Consultoria, 2011b. Mimeo.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba; SALIBA, Nemre Adas; GARBIN, Cléa Adas Saliba; BERGAMASCHI JR., Edgard; SOUZA, José Everaldo Aquino de. **Percepção de Saúde Bucal em uma Comunidade Indígena no Brasil**. *Revista da Faculdade de Odontologia de Lins*. Universidade Metodista de Piracicaba. Lins, v.13, n.1, p.60-65, jan./jun. 2001. Disponível em: <http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/revfol13_1.pdf#page=59>. Acesso em: 14 ago. 2011.

NARBY, Jeremy. *La Serpiente Cósmica, El ADN Y Los Orígenes Del Saber*. Lima: Takiwasi y Racimos de Ungurahui, 1997.

OGPTB (Organização Geral dos Professores Ticunas Bilíngues). Produção de material didático. **Livro de saúde bucal**. 2002. Disponível em: <<http://www.ogptb.org.br/matdid.htm>>. Acesso em: 18 fev. 2011.

OLIVEIRA FILHO, João Pacheco de. **A problemática dos “índios misturados” e os limites dos estudos americanistas**: um encontro entre antropologia e história. In: _____. *Ensaios em Antropologia Histórica*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 1999. p.99-123.

OMS (organização Mundial da Saúde). **Constituição**. 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 10 jul.2011.

PARULA, Nicolas. **Técnica de operatória dental**. 6.ed. Buenos Aires: Oda Editor, 1976.

PINHO, Luiz Celso. **Foucault e o uso instrumental do pensamento nietzschiano**. Rio de Janeiro: EDUR, 2006. Disponível em: <<http://www.editora.ufrj.br/revistas/humanasesociais/rch/rch28n1-2/25-37.pdf>> Acesso em: 13 set. 2010.

QUIJANO, Aníbal. **Colonialidade do Poder e Classificação Social**. In: SANTOS, Boaventura de Sousa; MENESES, Maria Paula. (orgs.). *Epistemologia do Sul*. Coimbra: Edições Almedina, 2009. p.73-117.

REYES, Marco Manzano. **Planejamento Estratégico** - Asas de Socorro, 20 set. 2010. Registro do Encontro a respeito de Saúde Bucal sobre povos vulneráveis. 2011.

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

RIBEIRO, Darcy. **Os índios e a civilização**: A integração das populações indígenas no Brasil moderno. 7.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

RIVIÈRE, Claude. **Introdução à Antropologia**. Lisboa: Edições 70, 2007.

ROMANOFF, Steven. et al. **Matsesën Nampid Chuibanaid**: La Vida Tradicional de los Matsés. Lima: Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica, 2004.

ROUSSEAU, Jean-Jacques. **Discurso sobre a origem e os fundamentos da desigualdade entre os homens** (1755). Texto integral – São Paulo: Martin Claret, 2007.

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

SESAI. **Site da Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI**.

Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708>

Acesso em 03 jul.2011.

SCHEURMANN, Erich (org.) **O Papalagui**: Comentários de Tuiávii, chefe da tribo Trivéa nos mares do sul. São Paulo: Marco Zero, 2003.

SILVA, Ricardo H. Alves da; SALES-PERES, Arsenio. **Odontologia: Um breve histórico**. Bauru-SP: Revista do CRO-PE, 2007. Disponível em:

<<http://www.cro-pe.org.br/revista/v6n1/2.pdf> > Acesso em: 08 out. 2010.

SOUSA, Rainer. **História da escova de dentes**. Brasil Escola. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/curiosidades/historia-da-escova-de-dente.htm>> Acesso em: 08 out. 2010.

STEPKE, Fernando Lolas; DRUMOND, José Geraldo de Freitas.

Fundamentos de uma Antropologia Bioética: O Apropriado, o Bom e o Justo. São Paulo: Loyola, 2007.

TYLOR, Edward Burnett. **A ciência da cultura** (1871). In: CASTRO, Celso (org.) *Evolucionismo cultural*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005. p. 67-99.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. **Etnologia brasileira**. In: MICELI, Sérgio (org.). *O que ler na Ciência Social brasileira*. 2.ed. São Paulo: Editora Sumaré, 1999.

WASTERLAIN, Rosa Sofia C. Neto. **‘Males’ da boca**: Estudo da patologia oral numa amostra das Coleções Osteológicas Identificadas do Museu Antropológico da Universidade de Coimbra (Finais do séc. XIX/inícios do séc. XX). 2006. 331 f. Dissertação (doutorado). Faculdade de Ciências e Tecnologia - Departamento de Antropologia - Universidade de Coimbra. 2006.

WEB BRASIL INDÍGENA. **Livro se baseia em cultura indígena para ensinar saúde bucal**. Disponível em:
<<http://www.webbrasilindigena.org/?p=962>>. Acesso em: 08 out. 2010.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. Tradução de M. Irene de Q.F. Szmrecsányi e Tamás J.M.K. Szmecsányi. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

ZÁRATE BOTÍA, Carlos Gilberto. **Silvícolas, sirringueros y agentes estatales**: El surgimiento de una sociedad transfronteriza em La Amazonia de Brasil, Perú y Colombia, 1880-1932. Letícia-CO: Unversidad Nacional de Colombia. Instituto Amazónico de Investigaciones (IMANI), 2008.

ZANETTI, Carlo Henrique Goretti. **A formação do Cirurgião Dentista**. In: DIAS, Aldo Angelim (org.) *Saúde Bucal Coletiva: Metodologia de Trabalho e Práticas*. São Paulo: Ed. Santos, 2006. p. 21-41.