

Ações de promoção em saúde bucal: um estudo com o povo indígena Tremembé, CE

Oral health promotion: a study with the Tremembé indian community, CE

Grasiela PIUVEZAM*

Maria do Socorro Costa Feitosa ALVES**

Angelo Giuseppe RONCALLI**

Carlos Wagner de Araújo WERNER***

Aurigena Antunes FERREIRA****

*Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).

**Professora Adjunta do Deptº de Odontologia da UFRN.

**Professor Adjunto de Deptº de Odontologia da UFRN.

***Diretor da Faculdade de Odontologia da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP).

****Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-UFRN.

RELEVÂNCIA CLÍNICA

A importância do trabalho fundamenta-se pelo aporte às ações de promoção de saúde a partir dos etnoconhecimentos Tremembé. Nesta perspectiva, levantamento epidemiológico, atendimento odontológico e atividades educativas em saúde evidenciaram alta experiência de cárie, que aliada à ineficácia de uma política pública comprometida retratou situação de exclusão social dos Tremembé.

RESUMO

Este trabalho aborda ações de promoção em saúde desenvolvidas no Projeto de Saúde Bucal com Povo Indígena Tremembé, Ceará, viabilizadas por uma parceria da Igreja Metodista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). Pretendeu contribuir para a melhoria na qualidade da saúde bucal Tremembé valorizando etnoconhecimentos e saúde integral. A atuação priorizou *Ações de Educação em Saúde* utilizando um *Levantamento Epidemiológico* para o diagnóstico situacional de cárie e planejamento, e contemplou o *Atendimento Odontológico*. Nas *Ações de Educação em Saúde* utilizou-se a pedagogia da problematização através de *Oficinas de Prevenção em Saúde* resultando na produção da *Cartilha de Saúde Bucal Tremembé*. Os dados epidemiológicos, com 102 indivíduos, obtidos através do índice CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) foram organizados pelo programa Epi Info 6.04, em 4 grupos etários (até 24; 25-34; 35-44; 45+) resultando em médias que variaram de 9,5 a 20,9 respectivamente, evidenciando precária situação de saúde bucal. As ações de promoção em saúde contribuíram para consciência sanitária, no sentido da reivindicação dos direitos à saúde representada como um exercício da cidadania, bem como na busca pela autonomia em relação à prevenção de doenças bucais entre os Tremembé.

PALAVRAS-CHAVE

Promoção da saúde; saúde bucal; índios sul-americanos.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento de novas estratégias voltadas para a melhoria das condições de saúde através de mudanças nos padrões e modos de vida da população, bem como o movimento de promoção em saúde, tem avançado, nos últimos tempos, tanto em países desenvolvidos quanto em países emergentes, alcançando ganhos reais em saúde coletiva (Moyses & Watt¹², 1999).

Um dos princípios fundamentais da promoção de saúde é o desenvolvimento de ações destinadas às necessidades da população alvo. Neste sentido, o pré-requisito indispensável para o sucesso é o conhecimento da epidemiologia das doenças bucais, a realidade de cada uma das pessoas, como se organizam na comunidade e solucionam os problemas individuais e coletivos, o modo de vida, as crenças, os valores, anseios, enfim, estratégias essenciais para se conhecer o grupo e então promover ações em saúde adequadas à realidade (Marcenes & Bonecker¹⁰, 1999).

No caso específico das populações indígenas, as ações de saúde, ajustadas às características etnográficas, compõem um mecanismo eficiente na melhoria da qualidade de vida, em relação à saúde bucal, além de oferecer um combate ao desconforto, dor e sofrimento associados às doenças e também representam uma estratégia fundamental na redução do impacto que as doenças apresentam na vida destas populações.

Este estudo relata a experiência de um Projeto de Promoção de Saúde Bucal desenvolvido com Povo Indígena Tremembé de Almofala, habitante do litoral norte do Ceará, na perspectiva de contribuir com a melhoria da qualidade de vida e com o despertar da cidadania.

Assim, a realização do projeto aconteceu através de uma parceria estabelecida entre a Igreja Metodista (entidade religiosa com Sede Nacional em São Paulo, SP)/Projeto Tremembé, o Departamento de Odontologia da UFRN (Universidade Federal do Rio Grande do Norte)/Programa de Pós-Graduação em Odontologia Preventiva e Social e da Faculdade de Odontologia da UNIMEP (Universidade Metodista de Piracicaba).

O trabalho teve por objetivo desenvolver ações de promoção de saúde bucal entre o povo indígena Tremembé visando estabelecer uma nova prática de saúde onde o biológico se confunde com o social e o cultural, tecendo uma relação de simbiose. Nesta direção, as ações foram adaptadas à realidade local, enfocando elementos da cultura Tremembé, pautado na discussão conjunta para o estabelecimento das prioridades no sentido da autonomia do povo em relação à prevenção das patologias bucais.

MATERIAL E MÉTODOS

A área Indígena Tremembé, em que o presente Projeto de Saúde Bucal foi desenvolvido, é constituída atualmente, por três localidades: Mata, Praia e Capim-Açu, onde se distribue uma população de 1240 pessoas.

Os Tremembé, como povo litorâneo do nordeste brasileiro, são marcados por uma história de contato muito antigo e violento com a sociedade europeia colonizadora. O longo período de contato com outras culturas, a perda do território tradicionalmente ocupado e legislações que decretaram o "desaparecimento" e "extinção" dos indígenas no Ceará (séc. XVIII), obrigaram os Tremembé a abandonar sua língua materna, seus costumes e a adotar o idioma e outras práticas do colonizador. Considerados extintos por mais de cem anos (século XIX e XX), o grupo sobreviveu e manteve sua identidade enquanto povo e hoje restringe-se a um pequeno território (aproximadamente 4.900 hectares), retalhado por cercas impostas pelos invasores, degradando o meio ambiente e escasseando os recursos hídricos e alimentares (Igreja Metodista Brasileira⁶, 1999).

Mesmo frente a tantos desafios o povo mantém diversos valores intrínsecos à sua cultura tradicional, tais como a dança do Torém e a bebida do caju (o mocororó) famosos traços diacríticos dos Tremembé (Oliveira Jr.¹³, 1998), e como estratégia de sobrevivência política organiza-se através do CITA-Conselho Indígena Tremembé de Almofala - instância de articulação interna e de representação externa do povo.

A regulamentação e as definições a respeito do Projeto de Saúde Bucal aconteceram através de uma reunião de caráter consultivo, em que participaram todas as lideranças do povo Tremembé (membros do CITA), os professores indígenas, os agentes indígenas de saúde, as merendeiras (pertencentes às 3 localidades) e a equipe de trabalho. Nesta reunião houve a autorização formal do conselho comunitário indígena para a implementação do Projeto, configurando o Consentimento Livre e Esclarecido preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS⁴, 1996).

O projeto desenvolveu-se numa perspectiva inovadora correlacionando aspectos qualitativos e quantitativos, estruturando-se em três fases de atuações: o Levantamento Epidemiológico, Atendimento Odontológico e Ações de Educação em Saúde. A estratégia de atuação utilizou-se da realização prévia do levantamento epidemiológico, para o estudo da prevalência de cárie na população e de uma fase de

convivência com o Povo, aplicando-se a metodologia da observação participante, com o objetivo de captar elementos culturais e assim direcionar o planejamento do atendimento odontológico bem como das ações educativas.

A atividade de *Levantamento Epidemiológico* com uma amostra de conveniência envolveu o exame odontológico domiciliar de 102 pessoas das localidades Praia e Mata utilizando-se o índice CPO-D. O exame clínico executado por único investigador, realizou-se sob luz natural, utilizando-se espelho bucal. O modelo de fichas clínicas e a definição de lesão de cárie (somente lesões cavitadas) observadas no exame seguiram os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (WHO²⁰, 1987).

O banco de dados foi constituído e analisado mediante a utilização do programa Epi Info, versão 6.0 (WHO¹⁹, 1994) com agrupamento da amostra por faixa etária e sexo de acordo com a tabela I abaixo.

Tabela 1 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo idade e sexo. Almofala, CE, 2000

FAIXA ETÁRIA	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO		n	%
	N	%	n	%		
0 a 25	13	44,8	16	55,2	29	28,43
25 a 35	13	52,0	12	48,0	25	24,51
35 a 45	12	42,9	16	57,1	28	27,45
> 45	8	38,1	13	61,9	21	20,59
TOTAL	46	44,7	57	55,3	103	100,00

Foi realizada uma análise estatística de variância para as diferentes faixas etárias e o teste de comparações múltiplas de Tukey-Kramer (Soares & Siqueira¹⁷, 1999) com o objetivo de identificar diferenças quanto ao índice de cárie.

O *Atendimento Odontológico*, desenvolvido em Almofala, utilizou um consultório adaptado, respeitando-se os protocolos de biossegurança. Foram atendidas 90 pessoas (122 consultas) que previamente haviam sido submetidas ao Levantamento Epidemiológico.

As *Ações de Educação em Saúde*, partindo-se da premissa de que devem ser inseridas em todas as atividades desenvolvidas pela equipe de saúde, ocorrendo em todo e qualquer contato, estruturaram-se em dois momentos: na sala de espera do atendimento odontológico e nas *Oficinas de Prevenção em Saúde*.

Os momentos de espera pelo atendimento foram transformados em atividades educativas utilizando-se recursos didáticos como: cartazes explicativos, dentes de isopor submetidos à aplicação de esmalte de unha, simulando a progressão da doença cárie; exposição de vídeos de prevenção em saúde bucal, orientação de higiene oral e a distribuição de um kit de higiene (escova e pasta).

As *Oficinas de Prevenção em Saúde* através da metodologia da problematização envolveram 61 participantes das localidades Praia, Mata e Capim-Açu. Neste momento do Projeto foi fundamental o suporte da metodologia da observação participante, pois, na medida em que o observador acompanha *in loco* as experiências diárias dos sujeitos, pode

tentar apreender a sua visão de mundo, isto é, o significado que eles atribuem à realidade que os cerca e às suas próprias ações (Lüdke & André, 1986).

Assim, as dinâmicas de grupo utilizadas foram adaptadas segundo as concepções culturais dos Tremembé para trabalhar com conceitos de corporeidade, aspectos de saúde relacionadas ao bem-estar e qualidade de vida, resultando em discussões sobre a garantia de terras e de recursos de subsistência, processo saúde-doença, aspectos específicos da saúde bucal, como as estruturas bucais, a doença cárie, periodontopatias, e mecanismos de prevenção às afecções bucais.

RESULTADOS

O Projeto de Saúde Bucal, desenvolvido numa perspectiva inovadora, envolve os resultados encontrados nas ações de promoção de saúde com os Tremembé. Assim, o Levantamento Epidemiológico utilizado como estratégia de diagnóstico situacional se justifica, segundo Pinto¹⁴ (1990) e a WHO¹⁸ (1992), pois, as condições de saúde bucal em nível individual e coletivo são avaliadas, principalmente pela análise da ocorrência da cárie e das doenças periodontais. Por ser mais freqüente, a cárie tem sido intensamente estudada do ponto de vista etiológico e epidemiológico, com o objetivo de melhor conhecer determinantes, prevalência e distribuição, estabelecer

medidas preventivas e servir como mecanismo de controle social diante das políticas públicas de saúde.

Os dados obtidos através do levantamento epidemiológico foram organizados a partir do índice CPO-D, em 4 grupos etários (0-25; 25-35; 35-45; 45>), conforme a tabela 2.

Observando-se separadamente os dados encontrados nas localidades pesquisadas, constata-se ausência de diferença estatisticamente significativa entre Praia e Mata, o que pode ser explicado pelo fato de que ambas são geograficamente muito próximas e embora a população Tremembé esteja localizada em diferentes áreas permanecem os mesmos hábitos, costumes e crenças, evidenciando uma provável unidade cultural de referência.

Entretanto os valores extremamente elevados do índice de CPO-D em ambas as áreas, revela uma precária saúde bucal indicando a necessidade da existência e continuidade deste projeto visando reverter este quadro.

Deste modo, as análises dos resultados do índice CPO-D foram realizadas através das duas localidades conjuntamente. Os dados evidenciaram uma variação na média do CPO-D de 9,5 (0-25) à 20,9 (45>). Para os componentes do índice encontraram-se como resultados de média mínima e máxima para cariados 6,1 (0-25) e 9,0 (25-35); extraídos 1,8 (0-25) e 10,5 (45>); extração indicada 1,4 (0-25) e 3,5 (45>); obturados 0 (45>) e 1,1 (25-35), indicados pela tabela 3.

Tabela 2 - Médias, desvios-padrão, tamanho da amostra e valores de "p", para ataque de cárie dentária, das localidades Praia e Mata, segundo faixa etária. Almofala, CE. 2000.

Local	FAIXAS ETÁRIAS											
	0 a 25 anos			25 a 35 anos			35 a 45 anos			> 45 anos		
	x±s	N	P	x±s	n	p	x±s	n	p	x±s	n	p
Praia	7,33±5,14	12	0,081	16,33±6,61	12	0,913	20,17±6,97	12	0,08	22,33±5,93	9	0,354
Mata	11,75±5,89	16		16,92±5,06	13		15,75±6,09	16		19,91±7,85	12	

Tabela 3 - Média dos componentes do índice CPO-D segundo faixa etária. Almofala, CE. 2000.

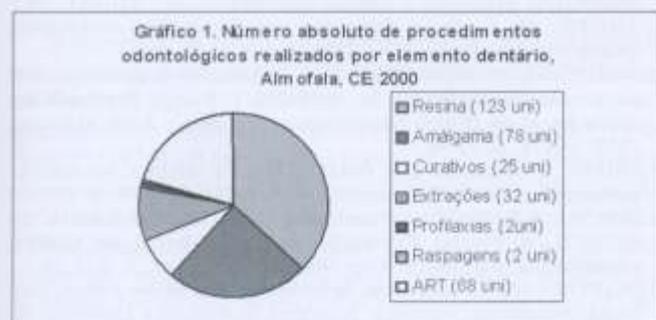
Faixa etária	N	Cariado	Extração Indicada	Obturado	Perdido	CPO
0 a 25	29	6,17	1,41	0,13	1,80	9,51
25 a 35	25	9,00	1,92	1,12	4,60	16,64
35 a 45	28	8,64	2,57	0,10	6,32	17,64
> 45	21	7,09	3,47	0,00	10,49	20,95

A proporção dos componentes do índice em números absolutos dos elementos dentários analisados mostrou um total de 795 dentes atingidos pela doença cárie, 234 elementos com extração indicada, 562 dentes perdidos e apenas 35 dentes obturados, indicando que o componente cariado, na análise geral, é o maior responsável pelo alto valor do índice.

De modo geral, os dados estatísticos demonstraram na Análise de Variância diferença estatística significativa $P < 0,001$ entre os grupos etários. Quando identificado pelo teste Tukey Kramer o grupo que se diferenciou dos demais grupos foi o da faixa etária 0-24 anos, indicando que as médias foram inferiores em relação às demais faixas etárias, fato que comprova que o índice CPO-D torna-se mais elevado com o aumento da idade, indicando um acréscimo no número de dentes afetados pela doença cárie.

A comparação entre as faixas etárias demonstrou que ocorre uma alteração no perfil epidemiológico, assim nas idades menores o componente do índice mais significativo é o *cariado* e nas faixas etárias maiores o componente responsável pelos altos valores no índice é o *perdido*, indicando que as necessidades com o passar dos anos vão se acumulando, o que acompanha o quadro epidemiológico da população brasileira encontrado no levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado no Brasil através do Ministério da Saúde em 1996 (Brasil², 1996).

O *Atendimento Odontológico* realizado, simultaneamente às atividades de *Educação em Saúde*, priorizou, a partir dos resultados obtidos com o levantamento, a adequação do meio bucal através da utilização da técnica do ART (Atraumatic Restorative Treatment), de restaurações provisórias, de amálgama, e de resina auto-polimerizável, exodontias, profilaxias e tratamentos periodontais básicos segundo o gráfico 1 a seguir.



As *Ações de Educação em Saúde* através de atividades pedagógicas interativas possibilitaram a (re)construção do conhecimento através da interação conhecimento popular x conhecimento científico, resultando na produção de material escrito pelos participantes que foi transformado na *Cartilha de Saúde Bucal Tremembé*. Os conteúdos foram trabalhados dentro de uma perspectiva de valorização dos etnoconhecimentos e de uma visão mais integral de saúde extrapolando-se o campo da boca.

As atividades propiciaram a formação de agentes multiplicadores de prevenção odontológica que contribuem, atualmente, para a construção de novos hábitos comunitários através de atividades semanais e mensais de prevenção nas escolas Tremembé, como a escovação após a merenda pelos alunos, aplicação tópica de Flúor e palestras que orientam e estimulam a prática de higiene bucal.

A interatividade das ações possibilitou a construção de um *Catálogo das ervas e plantas medicinais* utilizadas pela comunidade para a terapêutica das doenças bucais, na perspectiva de um resgate da medicina tradicional Tremembé.

DISCUSSÃO

A literatura tem referido para a necessidade de pesquisas que contemplem grupos étnicos específicos, minorias e migrantes dentre outros, a fim de contribuir para o melhor conhecimento acerca da multicausalidade da cárie e dos diferentes padrões assumidos por esta doença no mundo, bem como para levantar informações relevantes para o planejamento de serviços em saúde para contextos específicos (Pinto¹⁵, 2000).

No Brasil tem-se observado que os estudos sobre a saúde bucal de povos indígenas têm sido esporádicos, restringindo-se, quase que sempre, a trabalhos transversais, e em geral, enfatizando comunidades ainda relativamente semi-isoladas (Donnelly⁷, 1997; Detogni⁹, 1994). Apesar das intensas mudanças sócio-econômicas e ambientais pelas quais vem passando os povos indígenas, incluindo alterações na dieta e na subsistência, que são aspectos reconhecidamente propiciadores de alterações no perfil de saúde bucal. Esta ausência de informações quantitativas e qualitativas sobre o estado de saúde bucal refletem também um quadro mais geral de desconhecimento sobre as condições de saúde destas populações (Coimbra Jr & Santos⁵, 2000).

A Igreja Metodista através do Projeto Tremembé desenvolve um trabalho com esse povo indígena desde 1997, atuando na categoria de sociedade civil organizada orientando e supervisionando atividades educacionais e de saúde. No sentido de evitar que este Projeto de Saúde Bucal repetisse as ações pontuais de saúde comuns entre os Tremembé, bem como possibilitar uma prática multidimensional, estabeleceu parceria com a UFRN através de assessoria técnica e com a UNIMEP através do apoio logístico.

As ações de promoção de saúde desenvolvidas entre os Tremembé neste Projeto de Saúde Bucal, puderam, a partir dos dados relativos à prevalência de cárie (Tabelas 2 e 3), evidenciar a precariedade na situação de saúde bucal dos Tremembé, realçando a situação de exclusão social que as populações indígenas vivenciam neste país, sobretudo em relação às políticas públicas de atenção à saúde. Pode-se ainda colocar que as mudanças de hábitos alimentares através da incorporação de carboidratos fermentáveis na dieta aliado à inexistência de atenção à saúde bucal ou às práticas de saúde exploratórias e de caráter eleitoreiro, portanto essencialmente curativas e pontuais não deram conta de promover mudanças na qualidade de vida desta população. A ausência de uma política pública de saúde comprometida e direcionada às populações indígenas no Brasil contribui com esta situação (CIMP³, 1999), pois, além de realçar a marginalização desta camada da população brasileira, não promove a valorização da educação em saúde e a "boca" fica esquecida enquanto órgão fundamental para a saúde integral.

Assim, este diagnóstico situacional de cárie torna-se um forte indicativo da necessidade de um engajamento governamental eficiente para a promoção de saúde bucal dos Tremembé. Nesta perspectiva, as ações de educação em saúde desenvolvidas objetivaram fundamentalmente a autonomia do povo em relação à prevenção das patologias bucais, pois a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade (Resende¹⁶, 1996) além de instrumentalizar os grupos e os indivíduos a exercerem seus direitos de cidadania (Morin¹¹, 2001).

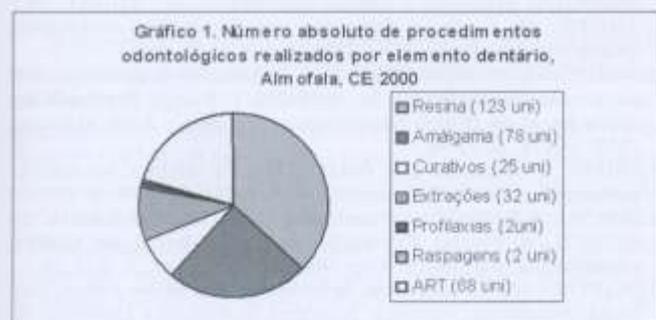
O processo educativo oportunizou, portanto, mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde e para tanto desenvolveu uma atenção mais abrangente integrando aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais, culturais e ambientais resultando na

A proporção dos componentes do índice em números absolutos dos elementos dentários analisados mostrou um total de 795 dentes atingidos pela doença cárie, 234 elementos com extração indicada, 562 dentes perdidos e apenas 35 dentes obturados, indicando que o componente cariado, na análise geral, é o maior responsável pelo alto valor do índice.

De modo geral, os dados estatísticos demonstraram na Análise de Variância diferença estatística significativa $P < 0,001$ entre os grupos etários. Quando identificado pelo teste Tukey Kramer o grupo que se diferenciou dos demais grupos foi o da faixa etária 0-24 anos, indicando que as médias foram inferiores em relação às demais faixas etárias, fato que comprova que o índice CPO-D torna-se mais elevado com o aumento da idade, indicando um acréscimo no número de dentes afetados pela doença cárie.

A comparação entre as faixas etárias demonstrou que ocorre uma alteração no perfil epidemiológico, assim nas idades menores o componente do índice mais significativo é o *cariado* e nas faixas etárias maiores o componente responsável pelos altos valores no índice é o *perdido*, indicando que as necessidades com o passar dos anos vão se acumulando, o que acompanha o quadro epidemiológico da população brasileira encontrado no levantamento epidemiológico de saúde bucal realizado no Brasil através do Ministério da Saúde em 1996 (Brasil², 1996).

O *Atendimento Odontológico* realizado, simultaneamente às atividades de *Educação em Saúde*, priorizou, a partir dos resultados obtidos com o levantamento, a adequação do meio bucal através da utilização da técnica do ART (Atraumatic Restorative Treatment), de restaurações provisórias, de amálgama, e de resina auto-polimerizável, exodontias, profilaxias e tratamentos periodontais básicos segundo o gráfico 1 a seguir.



As *Ações de Educação em Saúde* através de atividades pedagógicas interativas possibilitaram a (re)construção do conhecimento através da interação conhecimento popular x conhecimento científico, resultando na produção de material escrito pelos participantes que foi transformado na *Cartilha de Saúde Bucal Tremembé*. Os conteúdos foram trabalhados dentro de uma perspectiva de valorização dos etnoconhecimentos e de uma visão mais integral de saúde extrapolando-se o campo da boca.

As atividades propiciaram a formação de agentes multiplicadores de prevenção odontológica que contribuem, atualmente, para a construção de novos hábitos comunitários através de atividades semanais e mensais de prevenção nas escolas Tremembé, como a escovação após a merenda pelos alunos, aplicação tópica de Flúor e palestras que orientam e estimulam a prática de higiene bucal.

A interatividade das ações possibilitou a construção de um *Catálogo das ervas e plantas medicinais* utilizadas pela comunidade para a terapêutica das doenças bucais, na perspectiva de um resgate da medicina tradicional Tremembé.

DISCUSSÃO

A literatura tem referido para a necessidade de pesquisas que contemplem grupos étnicos específicos, minorias e migrantes dentre outros, a fim de contribuir para o melhor conhecimento acerca da multicausalidade da cárie e dos diferentes padrões assumidos por esta doença no mundo, bem como para levantar informações relevantes para o planejamento de serviços em saúde para contextos específicos (Pinto¹⁵, 2000).

No Brasil tem-se observado que os estudos sobre a saúde bucal de povos indígenas têm sido esporádicos, restringindo-se, quase que sempre, a trabalhos transversais, e em geral, enfatizando comunidades ainda relativamente semi-isoladas (Donnelly⁷, 1997; Detogni⁹, 1994). Apesar das intensas mudanças sócio-econômicas e ambientais pelas quais vem passando os povos indígenas, incluindo alterações na dieta e na subsistência, que são aspectos reconhecidamente propiciadores de alterações no perfil de saúde bucal. Esta ausência de informações quantitativas e qualitativas sobre o estado de saúde bucal refletem também um quadro mais geral de desconhecimento sobre as condições de saúde destas populações (Coimbra Jr & Santos⁵, 2000).

A Igreja Metodista através do Projeto Tremembé desenvolve um trabalho com esse povo indígena desde 1997, atuando na categoria de sociedade civil organizada orientando e supervisionando atividades educacionais e de saúde. No sentido de evitar que este Projeto de Saúde Bucal repetisse as ações pontuais de saúde comuns entre os Tremembé, bem como possibilitar uma prática multidimensional, estabeleceu parceria com a UFRN através de assessoria técnica e com a UNIMEP através do apoio logístico.

As ações de promoção de saúde desenvolvidas entre os Tremembé neste Projeto de Saúde Bucal, puderam, a partir dos dados relativos à prevalência de cárie (Tabelas 2 e 3), evidenciar a precariedade na situação de saúde bucal dos Tremembé, realçando a situação de exclusão social que as populações indígenas vivenciam neste país, sobretudo em relação às políticas públicas de atenção à saúde. Pode-se ainda colocar que as mudanças de hábitos alimentares através da incorporação de carboidratos fermentáveis na dieta aliado à inexistência de atenção à saúde bucal ou às práticas de saúde exploratórias e de caráter eleitoreiro, portanto essencialmente curativas e pontuais não deram conta de promover mudanças na qualidade de vida desta população. A ausência de uma política pública de saúde comprometida e direcionada às populações indígenas no Brasil contribui com esta situação (CIMP³, 1999), pois, além de realçar a marginalização desta camada da população brasileira, não promove a valorização da educação em saúde e a "boca" fica esquecida enquanto órgão fundamental para a saúde integral.

Assim, este diagnóstico situacional de cárie torna-se um forte indicativo da necessidade de um engajamento governamental eficiente para a promoção de saúde bucal dos Tremembé. Nesta perspectiva, as ações de educação em saúde desenvolvidas objetivaram fundamentalmente a autonomia do povo em relação à prevenção das patologias bucais, pois a educação é um instrumento de transformação social, não só a educação formal, mas toda a ação educativa que propicie a reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimule a criatividade (Resende¹⁶, 1996) além de instrumentalizar os grupos e os indivíduos a exercerem seus direitos de cidadania (Morin¹¹, 2001).

O processo educativo oportunizou, portanto, mudanças de comportamento necessárias à manutenção, aquisição e promoção de saúde e para tanto desenvolveu uma atenção mais abrangente integrando aspectos preventivos, curativos, biopsicossociais, culturais e ambientais resultando na