

Alice Pfister Sarcinelli¹
Sandra Kalil Bussadori²
Raquel Baroni de Carvalho³
Adauto Emmerich Oliveira⁴

The indigenous health agent (AIS) as a multiplier of public oral health actions

O agente indígena de saúde como multiplicador de ações em saúde bucal coletiva

ABSTRACT | *Introduction: The Indigenous Health Subsystem was regulated in 1999 in Brazil under the Brazilian Unified Health System (SUS), which aims to ensure that indigenous people have access to comprehensive health care, respecting the specificity and diversity of them. Its implementation led to the Special Indigenous Sanitary Districts (DSEIs) and the indigenous villages of the municipality of Aracruz-Espírito Santo (ES), ethnicity Tupiniquim and Guarani, are part of DSEI Minas Gerais/ES. Objective: the study aimed to assess the knowledge and oral health activities conducted by the Indigenous Health Agents - AIS who compose PSFI teams in the municipality of Aracruz-ES. Methodology: after proper authorizations, data was collected with the application of a semi-structured questionnaire containing 17 questions for the 06 AIS relating to knowledge and oral health activities conducted by them. Results: knowledge about oral health was considered satisfactory, however the dissemination of information to the community assisted by them proved to be ineffective. This probably is because of the lack of guidance from the dentists on the procedures that could be achieved by agents who still do not see themselves or are noted as part of the Team Oral Health - ESB. Conclusion: shimmering make the AIS a multiplier of collective actions of the ESB, the analysis of the results enabled the customization of training in oral health for the AIHs, through a partnership between Aracruz, ES and UFES.*

Keywords | *South american Indians; Health services; Human resources.*

RESUMO | *Introdução: Em 1999, foi regulamentado, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Subsystema de Saúde Indígena, que visa a garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, respeitando a especificidade e a diversidade desse povo. Sua implementação originou os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs). As Aldeias Indígenas do Município de Aracruz - Espírito Santo (ES), de etnia Tupiniquim e Guarani, fazem parte do DSEI Minas Gerais/ES. Objetivo: Verificar o conhecimento e as atividades de promoção de saúde bucal realizadas pelos agentes indígenas de saúde (AIS) que compõem as equipes do PSFI do município de Aracruz-ES. Metodologia: Após as devidas autorizações, CEP nº 055/08, deu-se início à coleta de dados com a aplicação, para os seis AIS, de um questionário semiestruturado contendo 17 questões referentes ao conhecimento e às atividades de saúde bucal por eles realizadas. A análise do material foi descritiva. Resultados: O conhecimento sobre saúde bucal foi considerado satisfatório, entretanto, a disseminação de informações para a comunidade por eles assistida se mostrou pouco efetiva. Isso provavelmente se deve ao fato da falta de orientação por parte dos cirurgiões-dentistas sobre os procedimentos que poderiam ser realizados pelos agentes, que ainda não se veem ou são notados como parte da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Conclusão: Vislumbrando tornar o AIS um multiplicador de ações coletivas da ESB, a análise dos resultados obteve a personalização de uma capacitação em saúde bucal para os AIS, por meio de uma parceria entre a UFES e a Prefeitura de Aracruz, ES.*

Palavras-chave | Índios sul-americanos; Serviços de saúde; Recursos humanos.

¹ Mestre em Saúde Coletiva - Universidade Federal do Espírito Santo.
² Pós-doutora em Pediatria - UNIFESP/SP.
³ Doutora em Odontologia - Universidade Federal do Espírito Santo.
⁴ Pós-doutor em Odontologia - Universidade Federal do Espírito Santo.

INTRODUÇÃO |

Em 1999, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas integrada à Política Nacional de Saúde, compatibilizando as determinações das Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas suas especificidades étnicas e culturais e seus direitos territoriais. Essa proposta foi regulamentada pelo Decreto n.º 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas, e pela Medida Provisória n.º 1.911-8, que trata da organização da Presidência da República e dos Ministérios, onde está incluída a transferência de recursos humanos e outros bens destinados às atividades de assistência à saúde da FUNAI para a FUNASA, e pela Lei n.º 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, que estabelece o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS¹.

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, dando origem aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) – orientados para espaços etnoculturais dinâmicos, geográficos, populacionais e administrativos bem delimitados – que contemplam um conjunto de atividades técnicas, visando a medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social¹.

Para o desenvolvimento dos distritos, a FUNASA firma convênio com organizações governamentais e não governamentais prestadoras de serviços². São as “conveniadas”. Dessa maneira, ela opta pela renúncia à execução direta das ações, adotando a terceirização das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas indígenas³, mas se responsabilizando pela coordenação. No País foram instalados 34 DSEIs, que estão espalhados em quase todo o território brasileiro, exceto no Piauí e no Rio Grande do Norte, com o objetivo de atender a 460.000 índios, pertencentes a cerca de 210 povos que falam mais de 170 línguas diferentes, residentes de aldeias oficialmente reconhecidas⁴.

As aldeias do Estado do Espírito Santo fazem parte do DSEI Minas Gerais/Espírito Santo⁴. Sua população, estimada em 2.950 indivíduos, é formada pelos povos Tupiniquim (90,2%) e Guarani e concentram-se no município de Aracruz, no litoral norte, aproximadamente a 70km de Vitória. Está distribuída em sete aldeias, sendo quatro da

etnia Tupiniquim: Caieiras Velha (1.239 habitantes), Irajá (470), Pau-Brasil (477) e Comboios (474), e três da etnia Guarani: Boa Esperança (86 habitantes), Piraqueçu (37) e Três Palmeiras (167)⁵.

Essas aldeias têm suas ações de saúde implementadas pela Prefeitura Municipal de Aracruz, que possui tradição na gestão e execução de serviços nessas áreas, mesmo antes de se constituírem os DSEIs, sem que para isso tenha havido qualquer convênio com a Funasa/Coodenação Regional – ES. Para a diferenciação no atendimento indígena, a Prefeitura conta com recursos do Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas (IAB-PI) provenientes do Fundo Nacional de Saúde (FNS), administrados pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) do Ministério da Saúde, que os repassa “fundo a fundo” aos Estados e municípios credenciados, para aplicação nas atividades de atenção à saúde indígena⁶.

O município conta com 14 unidades de saúde, para atender a sua população total de 64.637 habitantes⁷. Dessas, quatro são unidades básicas de saúde da família indígena (postos de saúde indígenas, transformados em UBSFI a partir do ano 2000), que atendem a uma população de 2.950 índios⁸. Das quatro Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) do PSFI, apenas duas contam com Equipe de Saúde Bucal modalidade I: formada por cirurgião-dentista e auxiliar. Mesmo com uma população adscrita pequena, as ESBs encontram dificuldades na execução das ações de saúde bucal coletiva nas comunidades indígenas do município de Aracruz-ES⁶.

A Portaria n.º 840 especifica um modelo de Rede de Atenção à Saúde do Índio atendendo às portarias do Ministério da Saúde relativas à atenção básica, e prevê para os AIS a execução das seguintes atividades em território sob sua responsabilidade: apoio à EMSI responsável pela sua área de atuação; acompanhamento do desenvolvimento infantil; acompanhamento das gestantes; identificação dos casos de suspeita de doenças mais frequentes; acompanhamento, na aldeia, dos pacientes crônicos e egressos, assim como os que estiverem em tratamento de longa duração; acompanhamento de vacinação; ações de educação em saúde e de educação ambiental; ações de comunicação⁹.

Assim sendo, em se tratando de comunidades culturalmente diversas, como no caso das comunidades indígenas, pode-se vislumbrar a implementação de ações preventivas de maneira facilitada por intermédio dos AIS, que se tornam peças-chave nesse processo por seu inter-relacionamento com as comunidades nas quais estão inseridos. Porém, é preciso que os AIS estejam capacitados para que assim

possam atuar como difusores de informações em saúde.

A declaração de Alma-Ata, da Organização Mundial da Saúde, de 1978, que tinha como objetivo “Saúde para todos até o ano 2000”, recomendou, pela primeira vez, que se desenvolvessem mundialmente sistemas abrangentes de Cuidados Primários de Saúde (CPS), enfatizando a importância da participação comunitária e com isso destacando o papel do agente comunitário de saúde (ACS)¹⁰.

O trabalho do ACS tem sido definido, em uma concepção mais geral, “[...] como um canal de comunicação entre a população e os serviços de saúde, sendo portanto uma recomendação fundamental o seu pertencimento à comunidade com a qual trabalha, pressupondo nessa relação a possibilidade de um trabalho integrado”¹¹.

Na saúde indígena, a inclusão do AIS na atenção primária iniciou-se via universidades e organizações não governamentais (ONG) a partir da década de 1980. Com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, em 1991, indígenas também foram treinados e contratados pelos municípios para atuar nas Terras Indígenas¹². Atualmente, alguns índios são contratados como agentes comunitários pelo Programa Saúde da Família Indígena (PSFI), como no caso das EMSFI do Espírito Santo.

O trabalho aqui descrito objetivou verificar o conhecimento e as atividades de saúde bucal realizadas pelos agentes indígenas de saúde que compõem as equipes do Programa de Saúde da Família Indígena do município de Aracruz-ES. A partir dos resultados, foi personalizada uma capacitação para esses agentes, vislumbrando torná-los multiplicadores de ações coletivas na Equipe de Saúde Bucal.

O espaço da pesquisa

No Estado do Espírito Santo, o fluxo dos serviços de saúde ofertado à população indígena aldeada, exclusivamente localizada no município de Aracruz, inicia-se pela atenção básica nas comunidades indígenas nas quais atuam os AIS

e os AISANs.

Das sete aldeias (Caieiras Velhas, Irajá, Pau-Brasil, Comboios, Boa Esperança, Piraqueçu, Três Palmeiras), quatro possuem posto de saúde Indígena, que são, na verdade, Unidades de Saúde da Família Indígena (USFI) em Caieiras Velhas, Pau-Brasil, Comboios e Boa Esperança, as quais seguem o modelo do PSF do MS. As USFIs são a primeira referência para os AIS, onde são realizadas atividades de atenção básica pelas EMSFIs.

O sistema de referência é organizado segundo níveis de atenção secundário e terciário, e realizado pelo SUS e pela rede privada de saúde. Com relação ao apoio diagnóstico e referência especializada (média complexidade), a população indígena munícipe é atendida pelas USFI na rede municipal de saúde e no Hospital São Camilo. Casos mais complexos são encaminhados para o Hospital Dório Silva (Serra-ES), Hospital Infantil, Hospital Universitário.

As EMSIs das quatro UBSFIs são compostas por médico, enfermeiro, odontólogo (com exceção da UBS de Boa Esperança), técnicos de enfermagem, AIS e auxiliar de consultório dentário (ACD), contando, ainda, com auxiliares de serviços gerais, recepcionista e motoristas, que transportam pacientes para atendimento especializado ou urgências na rede pública e credenciada de Aracruz e demais municípios. Na UBS de Comboios, estão lotados também dois barqueiros, que fazem o transporte da equipe e da comunidade.

Há ainda uma equipe volante, composta por médico pediatra, médico ginecologista, nutricionista e assistente social. Os médicos dessa equipe atendem uma vez por semana em cada UBS. A assistente social atende de uma a duas vezes por semana à demanda espontânea em cada UBS. A nutricionista é responsável pelos cadastros do Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) - com um acompanhamento semestral das comunidades indígenas - e do Programa Bolsa Família (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos recursos humanos lotados nas Unidades Básicas de Saúde da Família Indígena no município de Aracruz-ES, por cargo e unidades, em 2007 (continua)

CARGO	UBS BOA ESPERANÇA	UBS CAIEIRAS	UBS COMBOIOS	UBS PAU-BRASIL	VOLTANTE*	TOTAL
MÉDICO	0*	1	1	1	0	3
ODONTÓLOGO	0*	1	1	1	0	3
ENFERMEIRO	1	1	1	1	0	4
MÉDICO PEDIATRA	0	0	0	0	1	1

Fonte: Funasa (2008b, p.112)⁸.

Nota: *Recursos humanos que atendem em todas as UBS

Tabela 1 – Distribuição dos recursos humanos lotados nas Unidades Básicas de Saúde da Família Indígena no município de Aracruz-ES, por cargo e unidades, em 2007 (continuação)

CARGO	UBS BOA ESPERANÇA	UBS CAIEIRAS	UBS COMBOIOS	UBS PAU-BRASIL	VOLTANTE*	TOTAL
MÉDICO GINECOLOGISTA	0	0	0	0	1	1
NUTRICIONISTA	0	0	0	0	1	1
ASSISTENTE SOCIAL	0	0	0	0	1	1
TÉCNICO DE ENFERMAGEM	2	3	2	2	0	9
AGENTE INDÍGENA DE SAÚDE	2	3	2	1	0	8
AGENTE DE SANEAMENTO	2	2	1	2	0	7
ASSISTENTE DE CONSULTÓRIO DENTÁRIO	0*	1	1	1	0	3
AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	1	1	1	1	0	4
BARQUERIO	0	0	2	0	0	2
TOTAL DE MEMBROS DA EMSI	8	13	12	10	4	47

Fonte: Funasa (2008b, p.112)⁸.

Nota: *Recursos humanos que atendem em todas as UBS

Apesar da diferenciação prevista por lei para a população indígena, observa-se que a atenção à saúde despendida aos índios é muito semelhante à atenção dada à população do município de maneira geral, pois experimentam ônus e bônus comuns. Entre esses, como ponto negativo, está a dificuldade na execução de ações de saúde bucal coletiva nas comunidades indígenas do município de Aracruz-ES⁶.

A abordagem odontológica atual se fundamenta no Modelo de Promoção de Saúde, que busca uma visão holística do indivíduo, voltada para sua saúde e não para a doença. A atitude comportamental baseada em promover a saúde ocorre via conhecimento, num processo em que as pessoas se conscientizam e desenvolvem habilidades¹³. As ações coletivas em saúde bucal se inserem nesse contexto preventivista como uma oportunidade de difundir ações e informações em saúde, municiando os leigos de conhecimentos a serem aplicados no seu dia a dia.

A realização de tais ações, como palestras educativas e escovação supervisionada, em comunidades cobertas pelo Programa de Saúde da Família e PSF Indígena é uma obrigação prevista em lei, pela Portaria n° 840/2007⁹ e pela Portaria n° 648/GM¹⁴, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários (PACS).

A Pesquisa de Campo: metodologia e resultados

Para a realização da pesquisa sobre o conhecimento e as atividades de promoção de saúde desempenhadas pelos agentes indígenas de saúde em relação à saúde bucal, os oito AIS do PSFMI de Aracruz-ES foram convidados pelos professores do Curso de Odontologia, da disciplina de Saúde, Sociedade e Cultura, do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), a participar da reunião que ocorreu entre os pesquisadores e as lideranças indígenas para apresentação do projeto, à qual dois agentes deixaram de comparecer. Após as devidas autorizações, deu-se início à coleta de dados com a aplicação, para os seis agentes indígenas, de um formulário semiestruturado contendo 17 questões referentes ao conhecimento e às atividades de saúde bucal por eles realizadas na EMSFI. A análise do material foi descritiva, de abordagem qualitativa.

O formulário seguiu o modelo do questionário elaborado e aplicado por Lavres¹⁵ em pesquisa sobre o conhecimento de ACS de Campinas e Amparo – SP. Aqui optamos pelo formulário pelo fato de a diferença cultural e de um dos agentes serem analfabetos.

A pesquisa, que é parte do projeto de pesquisa intitulado “Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas: Serviços de Assistência ofertados à população indígena das aldeias do Município de Aracruz-ES, Brasil”¹⁶, desde sua fase inicial, cumpriu a Resolução n.º 304, de 9 de agosto

de 2000¹⁶, de regulamentação complementar à Resolução CNS n.º 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras Envolvendo Seres Humanos), que aprova Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas, e prevê a submissão do projeto à avaliação ética e a comunicação aos Conselhos Distrital e Local Indígenas¹⁷. Assim sendo, o projeto foi encaminhado para apreciação à Coordenação Regional da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA - ES), para que fossem feitas as devidas comunicações aos conselhos indígenas e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo. Após as devidas autorizações, o estudo teve início com visita à FUNASA (Coordenação Regional – ES), para levantamento de documentos, identificação dos dados e informações disponíveis, bem como para preparação das visitas a aldeias, unidades de saúde, polo-base e demais componentes da rede assistencial de saúde indígena.

Os resultados apontaram para o fato da baixa rotatividade desses profissionais, todos com tempo de trabalho mínimo de 37 meses na devida UBS. Apenas um agente, dos seis entrevistados, não morava na aldeia onde a UBS estava localizada. A faixa etária do grupo variou entre 24 e 39 anos, com média de 30,6 anos, e o nível salarial foi de um salário mínimo para todos. Todos eram estatutários da Prefeitura Municipal de Aracruz, cumprindo um regime de 40 horas semanais na mesma UBS. Para o trabalho nas equipes do PSFI, todos receberam uma capacitação em saúde bucal, logo quando as equipes começaram a ser implantadas, em 2000, oferecida pela FUNASA/Core. – MG. Eles relataram ter sido insuficiente e pouco específica, abordando basicamente métodos de prevenção em saúde bucal.

Em relação à rotina de trabalho, a realização de procedimentos em saúde bucal durante as visitas familiares se restringia a algumas informações sobre saúde bucal não sistematizadas ou acordadas com a equipe de saúde bucal, e majoritariamente ao encaminhamento dos casos identificados para tratamento odontológico nas UBS. Apenas um entrevistado afirmou verificar as escovas dentais durante as visitas domiciliares. Os demais alegaram nunca terem sido orientados para dar esse tipo de informação. A orientação sobre higiene aos portadores de próteses dentárias não era realizada por metade dos AIS, enquanto os três que o faziam aconselhavam o uso de escova e sabão neutro. Também instruíam a comunidade a utilizar água filtrada ou fervida para consumo, em detrimento do uso da água em galões, uma vez que a água nesses territórios é fluoretada.

Quanto ao conhecimento sobre saúde bucal, todos os agentes acreditam ser necessário utilizar uma quantidade mínima de creme dental para a higienização dos dentes das crianças, e que elas deveriam ter a escovação supervisionada pelos pais até a troca da dentição decídua, por volta dos oito anos de idade.

Em todos os casos, foi relatado que o cirurgião-dentista da equipe mantinha contato com os AIS para saber a necessidade da população por tratamento odontológico. O maior contato entre o agente e a ESB se dava justamente na convocação das famílias para a triagem, tendo apenas dois agentes afirmado estar sempre recebendo informações sobre saúde bucal por parte do dentista.

DISCUSSÃO |

O conhecimento sobre saúde bucal relatado pelos AIS foi considerado satisfatório na análise dos dados, entretanto a disseminação de informações para a comunidade por eles assistida se mostrou pouco efetiva. Isso provavelmente se deve ao fato da falta de orientação por parte dos cirurgiões-dentistas sobre as atividades de promoção de saúde que poderiam ser realizados pelos agentes, que ainda não se veem incluídos como parte da ESB.

O fato de os agentes indígenas serem funcionários da PMA representa um importante diferencial em relação à maioria do quadro de trabalhadores de saúde do município. Dos profissionais que trabalham nas UBSFIs, são estatutários da PMA apenas o pessoal de recepção, os auxiliares de serviços gerais e os AIS. Os demais membros da equipe são terceirizados via Instituto Excellence (Organização Não Governamental), admitidos por contrato temporário. Essa situação não difere do que se verifica para 70% do quadro de profissionais de saúde do município, todos contratados pelo Instituto, caracterizando uma alarmante precarização das condições do contrato de trabalho, em que os profissionais não concursados ficam à mercê das mudanças da política local, sem estabilidade ou plano de carreira. Para a Estratégia de Saúde da Família, a rotatividade de profissionais gerada por esse tipo de vínculo empregatício é ainda mais nociva, visto que a conexão entre profissional e comunidade é a base que ancora seus princípios.

O trabalho de Pellon¹⁸ nas aldeias indígenas Guarani de Aracruz aponta que a característica principal do bom profissional de saúde, descrita pelos próprios índios, seria o amor ao trabalho, inerente ao profissional que estabelece vínculos com a população pela sua capacidade de acolher e dialogar com a diferença; ao passo que o fator

desencadeador e agravante de enfermidades seria a falta de paciência e de comprometimento com a causa indígena, que interferiria negativamente na maneira como os Guarani se mobilizam para lidar com os recursos terapêuticos.

Outra vantagem dos AIS, em relação aos demais profissionais da EMSFI, é que eles são os únicos a receber capacitação específica para lidar com os Tupiniquim e os Guarani. A capacitação dos AIS se dá de acordo com a programação do DSEI MG/ES, no município de Governador Valadares-MG, e costuma ocorrer anualmente, durando cerca de um mês. Mesmo que se optasse por instituir capacitação aos demais profissionais das equipes de saúde indígena (médicos, odontólogos, enfermeiros), a rotatividade inerente à sua forma de contratação colocaria em xeque os resultados dessas ações⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS |

Vislumbrando tornar o AIS um multiplicador de ações coletivas da Equipe de Saúde Bucal, a análise dos resultados obtidos viabilizou a personalização de uma capacitação em saúde bucal para os AIS do município de Aracruz-ES, por meio de uma parceria entre a UFES e a PMA. Os próprios agentes participaram da elaboração dos temas abordados, baseando-se nas demandas trazidas pela comunidade e na roda de discussão com os pesquisadores.

Além da capacitação, ficou clara a necessidade de que os AIS fossem de fato incluídos nas ESB, tendo suas funções determinadas, incentivadas e acompanhadas. Para tanto, em consonância com a ESB, também foi realizada uma oficina para confecção de material didático a ser utilizado pelos agentes nas palestras que eles, a partir de então, passariam a realizar semestralmente nas escolas indígenas. O material de escolha foi o álbum seriado, pela baixa densidade tecnológica e fácil confecção.

A capacitação somada à oficina foi proposta visando à atuação do AIS em sua área de abrangência como um disseminador de informações em saúde bucal, influenciando positivamente o comportamento da população daquele território, já que o vínculo estabelecido entre as partes, estreito e longínquo, advém não apenas da consolidação de anos de trabalho como agente de saúde, mas também do fato de dividirem a mesma cultura e espaço tão específicos às suas comunidades indígenas Tupiniquim e Guarani.

REFERÊNCIAS |

1 - Fundação Nacional de Saúde. Política nacional de

atenção à saúde dos povos indígenas. 2 ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde; 2002b.

2 - Marques IMSF. A política de atenção à saúde indígena: implementação do distrito sanitário especial indígena de Cuiabá – Mato Grosso [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

3 - Garnelo L, Brandão LC. Avaliação preliminar do processo de distritalização sanitária indígena no estado do Amazonas. In: Coimbra Junior CEA, Santos RV, Escobar AL. (Org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 235-57.

4 - Fundação Nacional de Saúde. Relatório de gestão 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

5 - Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional Espírito Santo. Equipe de Saúde Indígena (ESAI). Cadastro da população indígena aldeada do Espírito Santo no SIASI 2008. Vitória: Ministério da Saúde; 2008.

6 - Sarcinelli AP. A política de saúde indígena no Brasil na década de 1990 e o SUS: o caso das aldeias do Espírito Santo [Dissertação de Mestrado]. Vitória: Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo; 2009.

7 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2000. [2008 nov 02]. Disponível em: URL: <http://www.ibge.gov.br/censo/>.

8 - Fundação Nacional de Saúde. Coordenação Regional Espírito Santo. Equipe de Saúde Indígena - ES. Consolidado de informações de 2007. Vitória: Ministério da Saúde; 2008b.

9 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 840, de 15 de agosto de 2007. Estabelece as diretrizes para projetos físicos de estabelecimentos de saúde para povos indígenas. [2007 ago 24]. Disponível em: URL: http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/saneamento/SanAreEspeciais/Port_840_2007.pdf.

10 - Helman CG. Cultura, saúde e doença. Porto Alegre: Artmed; 2009.

11 - Erthal RMC. A formação do agente de saúde indígena Tikúna no alto do Solimões: uma avaliação crítica. In: Coimbra Junior CEA, Santos RV, Escobar AL. (Org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 197.

12 - Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços

de atenção à saúde: a experiência em Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(12): 2637-46.

13 - Silva LC, Lopes MN, Menezes JVN. Postura de um grupo de gestantes da cidade de Curitiba, PR, em relação à saúde bucal de seus futuros bebês. *J Bras Odontoped Odonto Bebê* 1999; 2(8): 262-6.

14 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários (PACS). 2006. [2007 ago 24]. Disponível em: URL: <http://www.saude.gov.br>>.

15 - Lavres HAR. Análise do conhecimento sobre saúde bucal dos agentes comunitários de saúde e sua prática na promoção de saúde bucal nos municípios de Amparo e Campinas – São Paulo [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Piracicaba; 2006.

16 - Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 304, de 9 de agosto de 2000. Aprova Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – Área de Povos Indígenas. [2008 jun 10]. Disponível em: URL: <http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/legislacao/resolucao/resol304.pdf>.

17 - Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º.196. Brasília: Diário Oficial da União; 1996.

18 - Pellon LHC. Tensões interculturais e os impactos no processo saúde-doença na população Guarani Mbyá do Município de Aracruz, Espírito Santo [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2008.

Correspondência para/ Reprint request to:

Alice Pfister Sarcinelli

Departamento de Medicina Social

Av. Marechal Campos, nº1468

Maruípe - Vitória - ES

CEP: 29040-090

e-mail: alicesarcinelli@hotmail.com