

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA
MESTRADO EM CLÍNICA ODONTOLÓGICA**

PAULA VITALI MICLOS

**PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA
PERIODONTAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS ALDEADAS
(ETNIAS TUPINIQUIM E GUARANI) NO MUNICÍPIO DE
ARACRUZ, ES**

VITÓRIA
2011

PAULA VITALI MICLOS

**PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA
PERIODONTAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS ALDEADAS
(ETNIAS TUPINIQUIM E GUARANI) NO MUNICÍPIO DE
ARACRUZ, ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

Orientador (a): Prof^a Dr^a Raquel Baroni de Carvalho.

VITÓRIA

2011

PAULA VITALI MICLOS

**PREVALÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA E DOENÇA
PERIODONTAL DE CRIANÇAS INDÍGENAS ALDEADAS
(ETNIAS TUPINIQUIM E GUARANI) NO MUNICÍPIO DE
ARACRUZ, ES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Clínica Odontológica da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Clínica Odontológica.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Raquel Baroni de Carvalho
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof^ª. Dr^ª. Selva Maria.G. Guerra
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Urubatan Vieira de Medeiros
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Dedico este trabalho ao meu pai, Paulo (*in memoriam*), minha mãe Regina e meu irmão Pablo, que sempre acreditaram nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar sempre o meu caminho e permitir a chegada até aqui.

A meu pai (*in memoriam*), que apesar de não ter tido a oportunidade de me ver realizando mais um sonho, se faz presente todos os dias da minha vida.

À minha mãe e ao meu irmão, que sempre incentivaram a busca pela minha realização profissional, pelo apoio e amor incondicional.

Aos meus familiares, pelo carinho, e aos meus amigos, que por muitas vezes tiveram que entender minhas ausências.

À minha orientadora, Raquel Baroni, pelo direcionamento e confiança na execução deste trabalho, a quem dedico minha admiração e apreço.

À Camila Alencar, que dividiu comigo as alegrias e os desafios desta pesquisa.

À Alice Sarcinelli, que abriu o caminho junto à comunidade indígena para que a pesquisa acontecesse.

À Coordenadora do Mestrado em Clínica Odontológica/UFES Selva Maria Gonçalves Guerra, pelo seu esforço em sempre melhorar o curso.

Aos professores do Mestrado, pelos ensinamentos.

Aos colegas do Curso de Mestrado em Clínica Odontológica.

À comunidade indígena do Espírito Santo, por permitir a realização deste trabalho.

À FUNAI e FUNASA, que por meio de seus funcionários, estiveram sempre à disposição para que a pesquisa se concretizasse.

Ao Programa Pesquisa para o SUS – PPSUS, pelo apoio financeiro por meio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo - FAPES.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

“Tudo Posso Naquele que Me Fortalece”

(Fl 4,13)

RESUMO

No Brasil, são poucos os estudos acerca da saúde bucal indígena. Este trabalho, inédito na região do Espírito Santo, teve por objetivo avaliar a prevalência de cárie dentária e doença periodontal da população infantil indígena (etnias Tupiniquim e Guarani) aldeada no município de Aracruz, ES. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi aprovada pelo CEP-UFES (081/09), CONEP (0524/2010) e autorizada pela FUNAI. A amostra final foi composta por 98 (noventa e oito) crianças, sendo 57 (cinquenta e sete) com 5 anos e 41 (quarenta e uma) com 12 anos. Duas pesquisadoras foram calibradas (teste $kappa = 0,9$ para cárie dentária e $0,8$ para doença periodontal) e participaram como examinadoras. Os exames foram realizados nas escolas indígenas, utilizando luz natural e material esterilizado em autoclave (espelho intra-bucal plano nº5 e sonda exploradora “*ball point*”). Os resultados encontrados para as crianças de 5 anos foram: ceo-d médio igual a 3,6, com predominância do componente cariado (12,6%). O índice AG revelou que 35,1% das crianças apresentaram sangramento gengival. Para as crianças de 12 anos, o CPO-D médio foi igual a 3,0, com predominância do componente cariado (6,6%). Quanto à condição periodontal, pelo índice CPI observou-se 24,4% de sextantes saudáveis, 68,3% com sangramento e 7,3% com cálculo. Em relação à cárie dentária, ambas as faixas etárias apresentaram a restauração de uma face como a necessidade de tratamento de maior demanda. Concluiu-se que a condição bucal das crianças indígenas de Aracruz, ES, não é satisfatória, necessitando de intervenções preventivas e curativas. Os resultados desta pesquisa servirão de base para a implantação de políticas públicas de saúde bucal, levando em consideração a real necessidade da comunidade indígena.

Palavras-chave: Epidemiologia. Índios Sul- americanos. Saúde bucal. Cárie dentária. Periodontia.

ABSTRACT

In Brazil there are few studies on the indigenous oral health. This study, unprecedented in the State of Espírito Santo, aimed at assessing the prevalence of dental caries and periodontal disease of the indigenous child population (ethnic Tupiniquim and Guarani) in the municipality of Aracruz, ES. This is a cross-sectional and descriptive study, with a quantitative approach. The study was approved by CEP-UFES (081/09), CONEP (0524/2010) and FUNAI. The final sample included 98 children, 57 aged 5 years and 41 aged 12 years. Two researchers were calibrated ($kappa$ test = 0,9 to dental caries and 0,8 to periodontal disease) and participated as examiners. The clinical exams were conducted in indigenous schools, using natural light and sterilized materials (intra-oral mirror plane nº5 and explorer "ball point"). The results for children 5 years were: mean dmft of 3,6 with a predominance of decayed teeth (12,6%). The index showed that AG was 35,1% of children had gingival bleeding. For children aged 12 years, the DMFT was equal to 3,0 with prevalence of decayed teeth (6,6%). As the periodontal conditional, the CPI was observed 24,4% of healthy sextants, 68,3% had gingival bleeding and 7,3% with calculus. About dental caries, both age groups showed the restoration of one face as the need for treatment of increased demand. It was concluded that the oral health status of indigenous children from Aracruz-ES is not satisfactory, necessitating preventive and curative interventions. The results of this research, will serve as a basis for implementation of public politics in oral health, taking into a account the real needs of the indigenous community.

Keywords: Epidemiology. Indians, South American . Oral health. Dental caries. Periodontics.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AG - Índice de Alterações Gengivais

AIS - Agente Indígena de Saúde

ART – Atraumatic Restorative Treatment / Tratamento Restaurador Atraumático

Bireme – Biblioteca Regional de Medicina

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CD – Cirurgião-Dentista

ceo-d – Índice de Cárie para a Dentição Decídua - Dentes Cariados, com Extração Indicada e Obturados

ceo-s – Índice de Cárie para a Superfícies Dentárias da Dentição Decídua - Superfícies Cariadas, com Extração Indicada e Obturadas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNSI - Conferência Nacional de Saúde Indígena

CONEP – Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

CPI – Community Periodontal Index/ Índice Periodontal Comunitário

CPO- D – Índice de Cárie para Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados

CPO-S – Índice de Cárie para Superfícies Dentais Cariadas, Perdidas e Obturadas

DESAI – Departamento de Saúde Indígena

DMTF – Caries Index for Permanent Teeth - Decayed, Missing and Filled

dmtf – Caries Index for the Primary Dentition - Decayed, and Filled with Extraction Indicated

DSEI – Distritos Sanitários Especiais Indígenas

EMSI – Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena

FDI – Federação Odontológica Internacional

FSP-USP – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional da Saúde

Hab/CD – Habitantes/Cirurgião-Dentista

IADR – Associação Internacional para Pesquisa Odontológica

ICNTP – Índice Comunitário de Necessidade de Tratamento Periodontal

IED – Índice de Estética Dental

IHO – Índice de Higiene Oral

LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNASPI – Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informação à Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TI – Terras Indígenas

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Composição da amostra segundo aldeias, idade, etnia e gênero. Aracruz-ES, 2011	52
Tabela 2 – Média dos valores de ceo-d das crianças de 5 anos segundo aldeias. Aracruz-ES, 2011.....	53
Tabela 3 – Média dos valores de CPOD das crianças de 12 anos segundo aldeias. Aracruz-ES, 2011.....	53
Tabela 4 – Distribuição percentual (dos dentes) dos valores de ceo-d das crianças de 5 anos segundo aldeias. Aracruz-ES, 2011	53
Tabela 5 – Distribuição percentual (dos dentes) dos valores de CPOD das crianças de 12 anos segundo aldeias. Aracruz-ES, 2011	54
Tabela 6 – Distribuição percentual de dentes segundo necessidade de tratamento, aldeias e idade. Aracruz-ES, 2011	54
Tabela 7 – Número absoluto e percentual segundo alterações gengivais das crianças de 5 anos das aldeias indígenas de Aracruz-ES, 2011.....	55
Tabela 8 – Número absoluto e percentual da alteração gengival na faixa etária de 5 anos segundo aldeias, etnia e gênero. Aracruz-ES, 2011	55
Tabela 9 – Número absoluto e percentual segundo Índice Periodontal Comunitário (CPI) das crianças de 12 anos das aldeias indígenas de Aracruz-ES, 2011.....	56
Tabela 10 – Número absoluto e percentual segundo Índice Periodontal Comunitário (CPI) das crianças de 12 anos segundo aldeias, etnia e gênero. Aracruz-ES, 2011	56

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 EPIDEMIOLOGIA.....	16
2.2 A POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL	18
2.3 OS POVOS INDÍGENAS DO ESPÍRITO SANTO	18
2.3.1 Os Guarani	18
2.3.2 Os Tupiniquim	19
2.4 SAÚDE INDÍGENA	20
2.5 SAÚDE BUCAL INDÍGENA.....	23
2.6 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS BUCAIS EM INDÍGENAS NO BRASIL	29
3. OBJETIVOS	47
3.1 GERAL.....	47
3.2 ESPECÍFICOS	47
4. METODOLOGIA	48
4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	48
4.2 POPULAÇÃO ELEITA PARA O ESTUDO	48
4.3 PREPARO PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS – CALIBRAÇÃO DOS EXAMINADORES	50
4.4 COLETA DE DADOS	50
4.5 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS	51
4.6 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	51
5. RESULTADOS	52
5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	52
5.2 CÁRIE DENTÁRIA	53
5.2.1 Necessidade para Tratamento da Cárie Dentária	54
5.3 DOENÇA PERIODONTAL	55
5.3.1 Índice de Alteração Gengival	55
5.3.2 Índice Periodontal Comunitário	56
6. DISCUSSÃO	57
7. CONCLUSÕES	68
8. REFERÊNCIAS	69

APENDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	78
APENDICE B – Ficha da Coleta de Dados.....	79
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo	80
ANEXO B – Aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.....	81
ANEXO C – Autorização da FUNAI	86
ANEXO D – Códigos utilizados para preenchimento da ficha de coleta de dados	87

1 INTRODUÇÃO

A saúde bucal é parte integrante e essencial da saúde geral e, sendo assim, é um fator determinante para qualidade de vida. A cárie dentária e a doença periodontal são os principais agravos à saúde bucal. São considerados problemas de saúde pública porque tem impacto relevante no indivíduo e na comunidade, possuem elevada prevalência e podem ser efetivamente prevenidos e controlados pela ação conjunta da comunidade, profissionais da saúde e indivíduos (MELLO; ANTUNES; WALDMAN, 2005).

Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal são definidos como estudos que fornecem informações básicas sobre a situação de saúde bucal e/ou sobre as necessidades de tratamento odontológico de uma população, em um determinado tempo e local. Seus principais objetivos são: conhecer a magnitude dos problemas odontológicos e monitorar mudanças nos níveis e padrões das doenças ao longo do tempo (WHO,1997).

Desenvolver ações de saúde bucal dirigidas a grupos populacionais implica conhecimento da sua situação epidemiológica. Isto pode ser conseguido por meio de levantamentos epidemiológicos, para os quais utilizam diversos instrumentos, de acordo com as características de cada doença ou agravo (NARVAI et al., 2001).

A epidemiologia da saúde bucal dos povos indígenas, em território brasileiro, ainda é muito pouco conhecida. Estudos com populações indígenas são esporádicos, restringindo-se quase sempre a trabalhos transversais e com amostras pequenas, inviabilizando o delineamento de um quadro epidemiológico amplo, que leve em consideração a heterogeneidade étnica e cultural existente no âmbito dos povos indígenas (ARANTES, 2003).

No Brasil, observam-se grandes variações na prevalência de cárie dentária devido às suas grandes dimensões territoriais e aos contrastes sociais existentes. Especial atenção está sendo dada à população indígena brasileira, que já desperta uma grande preocupação face ao seu estado de saúde bucal.

Acredita-se que a extrema escassez de informações qualitativas e quantitativas sobre o estado de saúde geral das comunidades indígenas da América do Sul tem como razões notáveis o isolamento geográfico e a discriminação cultural e econômica praticada pela população branca dominante (MOIMAZ et al., 2001).

Na atualidade, constata-se a redução da cárie dentária no mundo e este declínio ocorre acompanhado de um fenômeno conhecido como polarização da doença, caracterizado pela concentração dos mais altos índices de cárie em pequenos grupos populacionais dentro de um mesmo país ou região. Estes pequenos grupos são representados, geralmente, por populações que são, de alguma forma, marginalizadas e vulneráveis, por serem mais suscetíveis ou por estarem mais expostas aos fatores de risco (PARIZOTTO, 2004).

Nos anos recentes, a compreensão da realidade de vida dos grupos étnicos brasileiros vem despertando a atenção do poder público, universidades e organizações da sociedade civil. Em toda a América Latina, as disparidades entre condições de vida, acesso e qualidade dos serviços de educação e saúde prestados às populações não-hegemônicas do ponto de vista econômico e social refletem a iniquidade presente nas relações entre universalidade e diferencialidade (BASSI; BOTELHO, s/d).

O consenso alcançado até o momento quanto às condições de saúde das populações indígenas brasileiras tem sido bastante variado, pois, geralmente, reflete indicadores negativos de saúde, como por exemplo, morbidade e mortalidade e, somando-se a estes, indicadores de renda, habitação e outros. Todos esses indicadores estão baseados no modo de “vida do branco”, urbano e rural, com pouca preocupação com a forma de existência de um grupo étnico específico, cujas características diferem da população em geral (MENTA, 2002).

O padrão de desenvolvimento de um país tem estreita relação com a saúde de sua população. Embora os fatores biológicos sejam essenciais para o aparecimento de várias doenças, muitas delas com comportamento endêmico, constata-se que existem outras razões, além das características da tríade

hospedeiro, agente e meio ambiente, capazes de condicionar o surgimento das mesmas e influir no ritmo de sua expansão. Entre elas, destacam-se a forma de organização do governo e dos serviços de saúde, o nível educacional da população, assim como os padrões de cultura e tradição popular que regulam os hábitos e condutas pessoais e coletivas que fazem parte do processo saúde-doença (MOIMAZ et al., 2001).

Esta pesquisa abordou a população infantil indígena do Estado do Espírito Santo que está localizada no município de Aracruz, próximo à capital Vitória. Esta população está dividida em duas etnias: Guarani e Tupiniquim. A importância da realização deste trabalho está relacionada com a ausência de dados sobre a saúde bucal desta população, tendo em vista que este é o primeiro levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado nos indígenas aldeados do município. Foi analisada a prevalência da cárie dentária e doença periodontal nas crianças entre 5 e 12 anos de idade.

Este trabalho é uma ferramenta na compreensão de como a Odontologia pode contribuir para a promoção de saúde bucal indígena, assim como direcionar a equipe de saúde bucal e os gestores em suas atividades para a implantação de um programa epidemiologicamente orientado no local.

Também é um incentivo para que outros levantamentos epidemiológicos sejam realizados ao longo do tempo. Desta forma, os programas de saúde implementados poderão ser avaliados e monitorados quanto à sua eficácia e efetividade para a população indígena da região.

2 REVISAO DE LITERATURA

2.1 EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia estuda o processo saúde-doença em coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores determinantes de doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva propondo, de um lado, medidas específicas de prevenção, de controle e de erradicação de doenças e, de outro, fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, à administração e à avaliação das ações de saúde (ROUQUARYOL, 1994).

No Brasil, a utilização da epidemiologia em saúde bucal tem tido, historicamente, uma atuação pouco expressiva. O mais rudimentar dos instrumentos de análise e monitoramento da saúde bucal das populações, os levantamentos epidemiológicos (a maioria tendo como base o CPO-D), são ainda pouco experimentados no país. Enquanto alguns países, como a Inglaterra e os países nórdicos, detêm bases de dados de prevalência de cárie dentária desde as primeiras décadas do século XX, no Brasil, o primeiro levantamento de saúde bucal de base nacional só foi realizado em 1986, pelo Ministério da Saúde (RONCALLI, 2006a).

Outro estudo epidemiológico de base nacional foi realizado em 1996; porém, não incluiu as condições de saúde periodontal, não permitindo, portanto, o conhecimento de seu desenvolvimento e tendência ao longo desses anos (BRASIL, 1996).

De acordo com Peres & Peres (2006), os levantamentos servem como importante instrumento para definição, implementação e avaliação de ações coletivas e individuais, preventivas e assistenciais. Não devem, portanto, ser um fim em si mesmo, mas uma forma de conhecer a realidade epidemiológica de determinada população, devendo ser realizados periodicamente.

No ano 2000, o Ministério da Saúde iniciou a discussão sobre a realização de um amplo projeto de levantamento epidemiológico que avaliasse os principais

agravos em diferentes grupos etários e que incluísse tanto população urbana quanto rural. Este projeto foi intitulado “SB Brasil - Condições de Saúde Bucal na População Brasileira”. Esta pesquisa foi um marco para estudos de epidemiologia em saúde bucal no país, pois, até o momento, nenhum estudo com finalidade de avaliar as condições bucais tinha sido realizado com uma metodologia tão definida, seguindo critérios e índices mais precisos. Além disso, foi um estudo amplo, que englobou uma amostra representativa de toda a população brasileira. Foram analisadas as idades/faixas etárias de 18-36 meses, 5 anos, 12 anos, 15-19, 35-44, 65-74 anos e observadas as condições de presença de cárie dentária, doença periodontal, má-oclusão (anomalias dentofaciais), fluorose, uso e necessidade de prótese (edentulismo), presença de lesões bucais. Foi aplicado, ainda, um questionário para os indivíduos acima de 15 anos visando conhecer a autopercepção em saúde bucal desta população (BRASIL, 2004).

Ainda, de acordo com Brasil (2004), este estudo serviu de base para muitos outros estudos epidemiológicos, incluindo a nova pesquisa de âmbito nacional acerca da saúde bucal da população brasileira, intitulada “SB-Brasil 2010 – Condições de saúde bucal na População Brasileira”. Neste novo trabalho, a metodologia realiza-se seguindo a do estudo anterior, entretanto, com algumas correções, de acordo com as dificuldades obtidas no estudo de 2000. Os indivíduos examinados foram escolhidos aleatoriamente a partir dos 250 (duzentos e cinquenta) municípios sorteados para a pesquisa. O estudo analisa as idades/faixas etárias de 5 anos, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos e tem como objetivo avaliar as condições de saúde bucal da população urbana e rural, analisando a prevalência de cárie dentária, condição periodontal, má-oclusão, fluorose dentária, edentulismo, condição socioeconômica, utilização de serviços, autopercepção de saúde bucal (para os voluntários acima de 15 anos) e fatores de risco.

Na medida em que a saúde bucal coletiva surge como um modo (ideológico, operativo, contra-hegemônico) de trazer a saúde bucal para o SUS (e vice-versa), de romper com modelos excludentes e de avançar em um novo modo

de fazer saúde bucal, a epidemiologia se insere como um de seus mais contundentes aliados (RONCALLI, 2006b).

2.2 A POPULAÇÃO INDÍGENA NO BRASIL

Em 2010, segundo o Sistema de Informação à Saúde Indígena – SIASI, a distribuição da população indígena pelas regiões brasileiras foi: 46,2% da população indígena na região Norte, 25,4% no Nordeste, 17,7% no Centro-Oeste e 10,7% nas regiões Sul-Sudeste. No geral, é estimada em 600.518 (seiscentos mil, quinhentos e dezoito) indígenas cadastrados, distribuídos em 4.774 (quatro mil, setecentos e setenta e quatro) aldeias dentro ou fora dos limites de 615 (seiscentos e quinze) terras indígenas, correspondendo a 448 (quatrocentos e quarenta e oito) municípios em 24 (vinte e quatro) Estados brasileiros (SIASI-FUNASA/MS, 2010).

2.3 OS POVOS INDÍGENAS DO ESPIRITO SANTO

No Estado do Espírito Santo, a população indígena existente se concentra no município de Aracruz, que fica a uma distância de 83km da capital, com população estimada em 3.025 (três mil e vinte e cinco) indivíduos distribuídos em sete aldeias, sendo quatro da etnia Tupiniquim: Caieras Velha (1185), Irajá (558), Pau-Brasil (492) e Comboios (534) e três da etnia Guarani: Boa Esperança (99), Piraqueaçu (27) e Três Palmeiras (130) (SIASI - FUNASA/MS, 2010).

2.3.1 Os Guarani

Os Guarani são subdivididos em três grupos: Mbyá, Nhandeva e Kaiowá. Essa divisão ocorre a partir das diferenças linguísticas e culturais dos povos. No Estado do Espírito Santo, os Guarani são Mbyá e residem nas aldeias de Boa Esperança, Três Palmeiras e Piraqueaçu (TEAO; LOUREIRO, 2009).

A migração dos Guarani Mbyá para o Estado iniciou-se por meio de um grupo de familiares conduzidos pela líder religiosa Tatãtxi Ywa Reté, em busca de novas terras, em 1967. Passaram pelos municípios de Guarapari, Vitória e se estabeleceram em Caieras Velha, na região de Aracruz (TEAO; LOUREIRO, 2009).

O artesanato Guarani, além de ser uma mercadoria indígena, é uma das atividades tradicionais de maior importância econômica, está carregado de conotações simbólicas e materiais, já que esses objetos comercializados remetem diretamente à cosmologia do grupo e à existência da mata, de onde são extraídas as matérias-primas para a fabricação dos artefatos (BERTOLANI, 2008).

2.3.2 Os Tupiniquim

Os índios da etnia Tupiniquim chegaram ao território de Aracruz por volta do século XVI (ASSOCIAÇÃO INDÍGENA TUPINIKIM/GUARANI, 2009). Estes pertencem ao subgrupo dos Tupinambá, classificados como tronco linguístico tupi-guarani (TEAO; LOUREIRO, 2009).

A forma de sobrevivência dá-se por meio do cultivo (milho, feijão, mandioca, cana-de-açúcar, batata e café) e da arte, como a música, vestuário, utensílios e dança. O artesanato revela sua origem, localização, linguagem, costumes e organização social. Entretanto, o espaço territorial destinado a estes trabalhos foi diminuído com a invasão da população civil (BARBOSA, 2009; TEO; LOUREIRO, 2009).

Hoje, grande parte das famílias sobrevive da ajuda de recursos federais, artesanato, turismo e um pouco da agricultura. Além disso, muitos vão em busca do emprego formal, na zona urbana do município, para tentar melhores condições de vida (BARBOSA, 2009).

2.4 SAÚDE INDÍGENA

A saúde das populações indígenas é resultante de alguns elementos fundamentais: acesso à posse de terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde (NUNES, 2003).

Em 1999, com a lei nº 9.836, conhecida como “lei Arouca”, a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, passou a ser a gestora da saúde indígena. Nesta mesma lei, foi criado o Subsistema de Saúde Indígena, marco inicial para a melhoria das condições de saúde desta população. Este deveria seguir os princípios do SUS, incluindo a atenção diferenciada, levando em consideração as diversidades culturais (FUNASA, 2009; LANGDON e DIEHL, 2007).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena deve atender às seguintes condições: considerar os próprios conceitos de saúde e doença da população e os aspectos intersetoriais de seus determinantes; ser construído coletivamente a partir de um processo de planejamento participativo e possuir instâncias de controle social formalizados em todos os níveis de gestão. E terá como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (BRASIL, 2001).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) são um modelo de organização de serviços orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando 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 social (FUNASA, 2002).

Existem 34 (trinta e quatro) DSEI’s localizados em diversas regiões do território nacional. A quantidade de unidades depende, dentre outros fatores, do número da população indígena nas regiões/estados — responsáveis pelo conjunto de

ações técnicas e qualificadas que têm por objetivo promover a atenção à saúde e às práticas sanitárias adequadas, estimulando também o controle social (FUNASA, 2002).

A população indígena do Espírito Santo faz parte do DSEI de Minas Gerais e Espírito Santo, que tem a cidade de Governador Valadares (MG) como sede.

Na organização dos serviços de saúde, além do DSEI, os Pólos-Base representam outra importante instância de atendimento aos índios brasileiros. Eles são a primeira referência para os Agentes Indígenas de Saúde (AISs) que atuam nas aldeias, tanto na atenção primária, como nos serviços de referência (FUNASA, 2002).

Cada Pólo-Base cobre um conjunto de aldeias. Sua equipe, além de prestar assistência à saúde, realiza a capacitação e supervisão dos AISs. Esses Pólos estão estruturados como Unidades Básicas de Saúde e contam com a atuação das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) compostas, principalmente, por médicos, enfermeiros, nutricionistas, dentistas e técnicos de enfermagem, entre outros profissionais (FUNASA, 2002).

Existem dois Pólos-Base para atender as sete aldeias indígenas do Estado do Espírito Santo: Pólo-Base Caieras Velha e Pólo-Base Comboios.

Instituída em 2002 pela Portaria nº 254, de 31 de janeiro do mesmo ano, a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) exigiu a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltado à proteção, promoção e recuperação da saúde – que assegurasse aos índios o exercício de sua cidadania (FUNASA, 2009).

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) prevê uma atuação coordenada entre órgãos e ministérios, no sentido de viabilizar as medidas necessárias ao alcance de seu propósito. Nesse sentido, as secretarias estaduais e municipais de Saúde devem atuar de forma

complementar na execução das iniciativas, em articulação com o Ministério da Saúde e a FUNASA (FUNASA, 2009).

O objetivo da PNASPI é garantir aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura (FUNASA, 2002).

Até o momento, para debater especificamente a saúde indígena, foram realizadas quatro Conferências Nacionais de Saúde Indígena (CNSI), todas com a participação da FUNASA.

A saúde indígena vem sendo redefinida e estas transformações englobam os perfis epidemiológicos das comunidades até a reestruturação do sistema de assistência à saúde indígena. Com isso, os grupos de pesquisa têm aumentado a cada dia, visando conhecer e entender um pouco mais sobre as políticas de saúde indígena (SANTOS, 2001).

Como atitude mais recente para proporcionar melhor atenção à saúde indígena, foi criada, em 2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI-, área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo território nacional. A SESAI tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI-, em consonância com as políticas e programas do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, s/d).

2.5 SAÚDE BUCAL INDÍGENA

“A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo”. Para que se tenha um atendimento odontológico de qualidade aos povos indígenas, torna-se de extrema importância respeitar suas condições etno-culturais, sem interferência na vida da aldeia, com ênfase na educação pessoal. As principais doenças bucais, tanto nas crianças brasileiras não índias quanto nas indígenas, são a cárie dental e a doença periodontal. Entretanto, muitos levantamentos epidemiológicos de âmbito nacional têm mostrado uma redução na prevenção de cárie, fato que pode ter levado em conta o crescimento do uso de produtos fluoretados e dos programas de saúde pública voltados para a prevenção (FUNASA, 2004).

Em 1999, foi iniciada a construção do manual técnico “Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas”. Essa construção foi sendo realizada ao longo dos anos. As diretrizes apresentam os pressupostos de um modelo de atenção que considera a realidade epidemiológica, valoriza as representações culturais dos povos indígenas, respeita os princípios do SUS, fornece uma orientação sistematizada para a coleta de informações em saúde bucal e subsidia os gestores locais a estabelecerem padrões de medidas para a saúde/doença bucal (FUNASA, 2007).

Este documento é o resultado do empenho da equipe técnica da saúde indígena dentro de um processo de ampla discussão com os cirurgiões-dentistas que trabalham em área indígena, dialogando com as lideranças locais, ouvindo professores de respeitáveis universidades e estudiosos da saúde pública (FUNASA, 2007).

Dentre alguns dos objetivos das diretrizes destacam-se “utilizar a epidemiologia como instrumento organizador da assistência; propiciar a mudança do enfoque assistencial individual para o coletivo; organizar a demanda assistencial a partir do levantamento coletivo de necessidades” (FUNASA, 2007).

De acordo com as “Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Povos Indígenas”, as ações de saúde bucal dos DSEI’s expressam os princípios e diretrizes do SUS, da Política Nacional de Saúde Bucal e apresentam as seguintes características operacionais: adscrição da população sob responsabilidade do DSEI; abordagem multiprofissional fundamentada na humanização do atendimento e a capacitação dos profissionais para trabalhar no contexto intercultural; definição da aldeia como local preferencial para a realização das atividades de saúde bucal; os profissionais deverão realizar atividades de controle de infecção nas aldeias, mesmo quando essas não possuírem consultórios odontológicos fixos. Estes deverão organizar os serviços para que sejam respeitadas a ergonomia e a biossegurança; o orçamento para contratação dos profissionais, compra de insumos e equipamentos odontológicos deverão ser previstos no Plano Distrital de Saúde do DSEI; inclusão de dentista como responsável técnico quando o DSEI apresentar em seu quadro três ou mais dentistas; integralidade da assistência prestada à população adscrita e articulação de referência e contra-referência aos serviços de média e alta complexidade; estímulo às ações de promoção de saúde, à articulação intersetorial, à participação e ao controle social, garantindo a representação dos dentistas nas reuniões de Conselhos Distritais e a presença nas reuniões dos Conselhos Locais e o registro das atividades de saúde bucal deverá ser realizado em formulários padronizados pela FUNASA, para acompanhamento e avaliação permanente das ações realizadas.

A organização de serviços de saúde bucal compreende o controle de infecção intrabucal, reabilitação, assistência especializada e a coleta de informação (FUNASA, 2007).

Os profissionais responsáveis pela saúde bucal da comunidade indígena devem realizar, registrar e monitorar as atividades coletivas, favorecer o acesso aos meios de prevenção das doenças bucais e subsidiar o agendamento para o atendimento individual, além de orientar a participação individual nos procedimentos coletivos. Torna-se importante o acompanhamento dos profissionais no diagnóstico de doenças bucais tais como a identificação da prevalência de fluorose dentária, condição periodontal, condição clínica dental,

prevalência de cárie dentária tanto na dentição decídua quanto na dentição permanente e, ainda, avaliar o uso e necessidade de prótese (FUNASA, 2007).

Ações em saúde, dentre estas, as ações odontológicas curativas e preventivas, estão sendo realizadas para as populações indígenas. Entretanto, ainda há resistência por parte de uma pequena parcela destes povos. Em 2002, 120 (cento e vinte) mil pessoas foram identificadas com problemas odontológicos durante os atendimentos realizados nas aldeias (em todo o Brasil), sendo que destes, 40 mil (33%) concluíram a primeira fase do tratamento (FUNASA, 2004).

Segundo a FUNASA (s/d (a)), em 2008, todos os DSEI's implantaram o programa de Saúde Bucal representando, então, um período de consolidação da implantação do documento de diretrizes elaborado e publicado ao final de 2006. No ano de 2008, passou de 29,4% para 100% a cobertura de implantação, ou seja, de 10 para 34 distritos utilizando os princípios e diretrizes do documento no planejamento e execução das ações. A atenção à saúde bucal dos povos indígenas atingiu, no ano de 2008, a melhor relação entre o número de habitantes por cirurgião dentista (CD), com 1.368 hab/CD, representando uma redução de aproximadamente 5% em relação ao ano anterior.

Os avanços das ações de saúde bucal da FUNASA (s/d (b)) foram: Implantação do Documento de Diretrizes da Atenção a Saúde Bucal em 100% dos DSEI; aquisição e distribuição de escova dental, creme dental, protetor de cerdas e fio dental aos 34 DSEI's, em quantidade suficiente para atingir uma cobertura de 79,5% da população, atingindo 388.700 (trezentas e oitenta e oito mil e setecentas) pessoas atendidas no ano, com 4 (quatro) trocas anuais; aquisição e distribuição de cimento de ionômero de vidro aos 34 DSEI's, atendendo a 100% da demanda dos DSEI's; fortalecimento das relações com o Programa Nacional de Saúde bucal do Ministério da Saúde; distribuição de 85 (oitenta e cinco) cadeiras odontológicas para os DSEI's com maior demanda por equipamentos odontológicos fixos, em parceria com a Coordenação Nacional de Saúde Bucal do Ministério da Saúde; iniciou-se o processo de

reformulação do módulo de formação de AIS, com a finalidade de adequá-lo à realidade atual da saúde bucal para os povos indígenas, a ser finalizado em 2009; realização do projeto piloto, nos 34 DSEI's, para verificar a viabilidade da adoção do "Gel de Papaína" como estratégia de controle da infecção intra-bucal em populações indígenas.

O número de procedimentos clínicos odontológicos realizados em um atendimento ao paciente indígena também tem aumentado nos últimos anos. De acordo com o relatório do Departamento de Saúde Indígena - DESAI, a relação entre procedimentos e atendimento registrado em 2007 foi de 1,81; em 2008, foi de 1,95; em 2009, foi de 2,38; e em 2010, foi de 2,60. O aumento registrado no período foi de 43,64%, dado que comprova que a atenção está direcionada para a conclusão do plano de tratamento do paciente objetivando o controle de infecção intrabucal (FUNASA, 2010).

A cobertura de primeira consulta odontológica programática alcançada no ano de 2009 foi de 11,95%. Em 2010, dados parciais (janeiro a julho) do SIASI indicam cobertura de 18,33%; portanto, um crescimento de 63,38% na cobertura de 2010 em comparação com o ano anterior. Isso significa que cerca de 107.413 (cento e sete mil, quatrocentos e treze) indígenas em todo o Brasil tiveram acesso aos serviços de atenção odontológica nesse ano (FUNASA, 2010).

O DESAI, a partir de 2007, iniciou processo de aquisição de escovas, creme dental, fio dental, protetor de cerdas para serem distribuídos a todos os DSEI, objetivando ampliar o acesso desses materiais de higiene e prevenção à população indígena e, conseqüentemente, fortalecendo a promoção e prevenção da saúde bucal (FUNASA, 2011).

Com o objetivo de ampliar o acesso ao atendimento odontológico nas aldeias, estruturando e qualificando os serviços de saúde bucal nos DSEI's, o Ministério da Saúde criou o 'Brasil Sorridente Indígena'. Essa é a primeira política nacional elaborada especificamente para tratar a saúde bucal desses povos (BRASIL, 2011).

Segundo Alves Filho (2007), no histórico de pesquisas com saúde indígena no Brasil, muitos trabalhos sobre saúde bucal pesquisaram etnias do Parque do Xingu. No entanto, as dificuldades para estabelecer níveis de análise comparativa se revelam na medida em que se utilizaram faixas etárias e abordagens metodológicas distintas.

A odontologia integral implica que a atenção em saúde bucal não se limite ao simples atendimento à demanda espontânea, mas que busque meios de sensibilizar o indivíduo sobre a importância dos serviços coletivos de ampla resolução. As novas concepções sobre saúde pública enfocam os aspectos preventivos e educativos como prioritários, uma vez que se os esforços se direcionarem nesse sentido, os resultados, em longo prazo, seriam plenamente satisfatórios. Essa prática preventiva vem sendo construída na saúde indígena amazônica com esforços dos profissionais de saúde do DSEI, dos agentes indígenas de saúde e, até mesmo, dos professores que atuam nas comunidades indígenas e lideranças locais (MARTINS E CIRIANI, 2006).

As condições de saúde bucal dos povos indígenas no Brasil são muito pouco conhecidas. Os estudos disponíveis têm evidenciado uma tendência de agravamento, particularmente nas populações mais expostas a mudanças nos padrões de dieta, incluindo a incorporação de itens industrializados, em particular do açúcar refinado (CARNEIRO et al., 2008).

Além do abandono às práticas tradicionais de cultivo, que no passado contribuíam para a diversidade dos alimentos consumidos, os povos indígenas estão expostos a transformações socioeconômicas, o que os coloca em situação de alta vulnerabilidade diante dos problemas de ordem alimentar, nutricional e de saúde bucal. Somado a isso, eles passaram a consumir alimentos industrializados, em especial o açúcar, o que influenciou na alteração do perfil de saúde bucal identificado na população indígena. Além disso, mudanças no preparo dos alimentos, sendo consumidos cozidos, tornando-os moles e adesivos, teriam facilitado o acúmulo de placa bacteriana nos dentes, elevando o potencial cariogênico e contribuindo para evolução da doença periodontal (MOURA et al., 2010).

O trabalho odontológico junto às comunidades indígenas fundamenta-se em quatro princípios: (a) respeito às tradições e aos costumes tribais; (b) não interferência na vida da aldeia, com implantação de serviços curativos e hábitos da Odontologia ortodoxa só quando tiver justificativa epidemiológica, ou seja, pela constatação da deterioração dental conseqüente ao contato com outras culturas; (c) ênfase na educação do pessoal encarregado de contatar as populações indígenas, pertencentes a instituições governamentais, religiosas, etc., visando a não introdução de hábitos alimentares prejudiciais à saúde bucal, especialmente o consumo de açúcar; (d) utilização, em nível técnico, de mão-de-obra não indígena apenas em último caso, quando for inviável o aproveitamento de elementos da própria tribo (PINTO, 2008).

Almeida (2009), com o objetivo de avaliar a produção científica que trata da saúde dos índios do Brasil, por meio de revisão sistemática, realizou uma busca ativa de informações nas bases de dados SciELO, Bireme, Biblioteca Virtual em Saúde - BVS e LILACS. De maneira complementar, buscou-se resgatar artigos relacionados à temática, a partir das listas de referências utilizadas pelas publicações. Foram selecionadas apenas produções na forma de artigos completos, com versão *on-line*, nas línguas português, inglês ou espanhol, que tratassem exclusivamente de alguma temática relacionada à saúde de populações indígenas brasileiras. Foram incluídos todos os artigos publicados até dezembro de 2008. Os descritores de assunto utilizados para a busca de artigos foram: índios sul-americanos, índios brasileiros, ameríndios, populações indígenas, indígenas e índios, fazendo combinação com o descritor 'saúde indígena'. O resultado que chama atenção em relação à saúde bucal indígena relata a existência de dois artigos na década de 60, sendo resultado igual a zero nas décadas de 70,80 e 90. Nos anos 2000, há o relato de quatro artigos. Também neste trabalho há o relato de que não existem artigos abordando saúde indígena ou saúde bucal indígena no Estado do Espírito Santo. A autora conclui que os resultados apontaram a incipiência de publicações sobre a saúde e condições de vida dessas populações e chama atenção para a necessidade de estudos mais abrangentes que envolvam, de maneira mais representativa, essa população.

No que diz respeito à saúde bucal, a situação da população indígena é marcada por uma escassez de dados que inviabiliza o delineamento de um quadro epidemiológico amplo e robusto, que inclusive leve em consideração a heterogeneidade que certamente existe no âmbito desta população. O senso comum é o de que os impactos decorrentes do contato, sobretudo nas formas de subsistência, envolvendo mudanças na dieta com a entrada de alimentos industrializados e do açúcar refinado, repercutiram negativamente na saúde bucal. Na prática, contudo, faltam subsídios epidemiológicos que permitam corroborar com certeza essa tendência (ARANTES, 2005).

2.6 EPIDEMIOLOGIA DAS DOENÇAS BUCAIS EM INDÍGENAS NO BRASIL

Niswander (1967) realizou um estudo na população indígena Xavante. Foram examinados 166 (cento e sessenta e seis) indivíduos, moradores próximos ao Posto Simão Lopes; 38 (trinta e oito) adultos jovens homens Xavante que vivem próximos à Missão Católica de São Marcos e 42 (quarenta e dois) indivíduos indígenas Bakairi moradores do Posto Simões Lopes foram examinados junto a esses dois grupos Xavante. Na população examinada Xavante Simão Lopes, a faixa etária analisada foi de 18-56 anos, com média de idade de 26 anos, tendo como resultados para a média do índice CPO-D no gênero masculino 1,6 e no gênero feminino 3,2. Já na população Xavante São Marcos, a faixa etária examinada foi de 10-45 anos, com média de idade de 20 anos, e o resultado para a média do CPO-D para o gênero masculino foi 0,8. Para a população indígena Bakairi, foram analisados a faixa etária de 18-65 anos, com média de idade de 32 anos, e os resultados para a média do CPO-D foram, para o gênero masculino, 15,2 e, para o gênero feminino, 19,5. A condição periodontal e higiene oral dos primeiros 56 (cinquenta e seis) Xavantes, com idade igual ou maior que 17 anos, examinados do Posto Simão Lopes, foi avaliada pelo índice periodontal, desenvolvido por Russel, e pelo índice de Greene e Vermillion. O índice periodontal para o gênero masculino foi 0,4 e teve o mesmo valor para o gênero feminino. A higiene oral para o gênero masculino foi 2,6 e, para o gênero feminino, 1,5. Quanto à oclusão dentária, esta variável foi avaliada pela classificação de Angle, tendo como resultado que

45% dos índios Bakairi mostraram alguma má-oclusão, enquanto que para os Xavantes essa porcentagem foi de 5%. O autor supõe que os indivíduos avaliados, da etnia Bakari, não tinham acesso livre aos serviços odontológicos, como os Xavantes, o que explica a frequência maior nos números obtidos acerca das condições bucais.

Tumang e Piedade (1968) realizaram um trabalho em que apresentaram os resultados do primeiro inquérito epidemiológico oral realizado no Parque Nacional do Xingú (Posto Leonardo Villas Boas), Estado do Mato Grosso, e para estabelecer um paralelo entre a situação do indígena e a do não-indígena, residente em área civilizada, fez-se uma comparação com dados da cidade de Piracicaba, localizada no Estado de São Paulo. Foram examinados 123 (cento e vinte e três) indígenas utilizando os índices CPO-S e ceo-s para cárie dentária e as doenças periodontais de acordo com o índice periodontal de Russel. Não foi utilizada a classificação por grupos etários devido à impossibilidade de se determinar com exatidão a idade de cada indivíduo. Então, optou-se por dividir por dentição: indivíduos com dentição decídua, indivíduos com dentição mista, indivíduos com dentição permanente e, para doenças periodontais, somente indivíduos com dentes permanentes. A dentição decídua para a população indígena apresentou o ceo-s de 6,16, enquanto que na população de Piracicaba foi de 12,53. Na dentição mista, a situação se inverte: a população indígena apresenta a média do ceo-s igual a 17,89 e a população de Piracicaba 8,90. Já a dentição permanente apresentou a média do CPO-S de 50,15 na população indígena e 89,88 na população de Piracicaba. O índice periodontal de Russel teve média 1,92 para a população indígena e 1,03 para a população de Piracicaba. Sobre os hábitos de higiene oral, este trabalho relata que, enquanto os brancos escovam os dentes em média duas vezes ao dia, os índios nem conhecem uma escova dental, o que reflete no Índice de Higiene Oral (IHO) em que 40,74% dos indivíduos indígenas apresentavam o índice entre 3,5 e 4,5. Para o IHO, não houve comparação entre as duas populações. Foi constatada uma correlação entre higiene oral e doenças periodontais significativa ao nível de 5%. Conclui-se que populações sem grande contato com a civilização apresentam menos

cáries dentárias, enquanto, por outro lado, a quantidade de doenças periodontais e o índice de higiene oral são mais elevados.

No trabalho desenvolvido por Hirata et al. (1977), foi estudada a prevalência de cárie dentária das crianças indígenas de 3 a 14 anos do Parque Nacional do Xingu, que está localizado em Mato Grosso, das seguintes tribos: Camaiurá, Iuaulapiti, Uará, Calapalo, Cuicuro, Menaico, Matipu, Nafuqua, Txição e Trumai. A amostra total foi de 210 (duzentas e dez) crianças. A prevalência de cárie dentária nas crianças com faixa etária de 3 a 5 anos, de acordo com o índice ceo-s, foi de 17,06. Quanto aos dentes permanentes, observa-se o resultado do índice CPO-S na idade de 12 anos de 16,69. Um dado que chama a atenção é o aumento observado no CPO-S médio de indivíduos do sexo feminino aos 13 anos de idade com 13,0 e aos 14 anos de idade com 27,5. Esse aumento poderia ser devido à “reclusão” das meninas de 12 a 13 anos. Este costume confina as meninas púberes por um período de mais ou menos um ano, ocasião em que as mesmas não ficam expostas ao sol, nem se submetem aos hábitos higiênicos de banho, recebendo uma superalimentação. O aspecto da “reclusão” não foi observado no gênero masculino porque este período faz-se anos após a idade-limite da amostra considerada no trabalho. Conclui-se, nesta pesquisa, que a prevalência de cáries em crianças indígenas do Alto Xingu, nas idades consideradas, mostra-se alta em relação aos dentes decíduos e baixa para os dentes permanentes.

A pesquisa de Tricerri (1985) foi realizada junto aos índios do Alto Solimões, na Amazônia. Realizou-se um levantamento epidemiológico para avaliar o índice CPO-D na aldeia indígena de São Luiz, dos índios Kanamaris e na aldeia Lameirão, dos índios Mayorunas. Em São Luiz, dentre os 63 (sessenta e três) indivíduos atendidos por demanda espontânea, 11 (onze) tinham menos de sete anos e foram excluídos da pesquisa para que se pudesse deter apenas aos dentes permanentes. Os 52 (cinquenta e dois) indivíduos restantes foram divididos em dois grupos etários, 7-14 anos (n= 14) e 15 anos ou mais (n=38) e a média do CPO-D encontrado foi 5,06 e 6,47, respectivamente. Na aldeia Lameirão, foram realizados 42 (quarenta e dois) atendimentos por demanda espontânea e também foram divididos em dois grupos etários como na aldeia

São Luiz. O grupo etário de 7-14 anos (n=24) teve como média do CPO-D 2,79 e para o grupo etário de 15 anos ou mais (n= 18) a média do CPO-D foi 5,88.

Pose (1993) analisou a situação epidemiológica em saúde bucal dos Xavantes, grupo indígena pertencente ao Brasil Central. Os exames foram realizados no Posto indígena de Rio das Mortes e as variáveis analisadas foram prevalência de cárie dentária, necessidade de tratamento, uso e necessidade de prótese e maloclusão. O total da população foi estimado em aproximadamente 4.302 (quatro mil trezentos e dois) habitantes, sendo o exame realizado em 1.701 (mil setecentos e um) indivíduos, representando 40,68% da população recenseada neste trabalho. Foram analisadas 22,29% crianças entre 6-12 anos. Os resultados mostraram um índice de CPO-D de 1,84 nas faixas etárias de 6-12 anos na aldeia de Missão de Sangradouro. Na população Xavante 1, o índice CPO-D apresentou-se 0,37 na mesma faixa etária; Xavante 2, a média de CPO-D foi de 3,49 e Xavante 3, de 4,26. Na população Pimentel Barbosa, foram registradas as necessidades de tratamento, sendo a maior demanda por extrações dentárias. Neste mesmo grupo, observou-se uma elevada porcentagem de indivíduos com oclusão normal, sendo que, para avaliação da relação molar, de acordo com a classificação de Angle, mais de 30% apresentaram relação molar normal (classe I). Observou-se, neste trabalho, que o contato com a assistência odontológica foi traduzido em práticas mutilantes.

Fratucci (2000) avaliou aspectos da saúde bucal da população indígena Guarani Mbyá da Aldeia Morro da Saudade, Distrito de Parelheiros, Município de São Paulo. A amostra contou com 239 (duzentos e trinta e nove) indivíduos de todas as faixas etárias. A coleta de dados aconteceu no período de junho a novembro de 1999, ocorrendo antecipadamente à implementação de ações coletivas (atividades educativas, escovação supervisionada e evidenciação de placa) e curativas (extrações, restaurações, adequação de meio). Aos 3 anos, a média do índice ceo-d foi 2,63; aos 5 anos, essa média aumentou para 3,3. Também aos 5 anos, 44% das crianças estão livres de cárie. O índice CPO-D aos 12 anos foi 2,2. Quanto à alteração gengival, foi constatado que 33,33% das crianças de 5 anos tinham sangramento gengival. Em relação aos

problemas oclusais, 85,7% apresentavam oclusão normal aos doze anos, diagnosticados pelo índice Estético Dentário (IED) (*apud* Alves Filho, 2007).

Arantes, Santos e Coimbra Jr. (2001) realizaram uma pesquisa na aldeia Xavante de Pimentel Barbosa, no Estado do Mato Grosso. O trabalho de campo foi realizado em 1997 e envolveu o exame odontológico domiciliar de 228 (duzentas e vinte e oito) pessoas representando 85% da população com idade superior a dois anos. Foram consideradas as variáveis: condições dentárias pelo índice CPO-D, necessidade de tratamento, fluorose e condições periodontais, por meio do índice periodontal, má oclusão, relação de molares (Classificação de Angle), além do uso e necessidade de próteses. Para a amostra como um todo, as frequências de dentes, segundo condição, foram as seguintes: hígidos (71,8%), cariados (15,9%) e perdidos (11,3%). Para a dentição decídua, as 109 (cento e nove) crianças entre 2 e 13 anos examinadas apresentaram 75,8% dos dentes hígidos, 22,5% cariados e 1,7% com extração indicada. Não foram observados dentes decíduos obturados. A maior média de CPO-D foi encontrada na faixa etária de 50 anos ou mais, com o valor de 19,60 e a maior média de ceo-d encontrada foi na faixa etária de 6 anos com valor de 5,62. A condição periodontal foi avaliada por meio do ICNTP. Há o predomínio de sextantes saudáveis ou com sangramento. Ao examinar as frequências dos componentes do ICNTP, vê-se que, em geral, a distribuição está concentrada nos componentes sadios, sangramento e tártaro, não existindo praticamente casos de indivíduos em estágios avançados da doença periodontal. A comparação entre os sexos aponta diferenças: enquanto as mulheres apresentam maior percentagem de sextantes com sangramento, há mais homens com tártaro. Na arcada superior, o tártaro concentra-se basicamente nos sextantes posteriores; na inferior, a concentração é no sextante anterior. Após a realização do levantamento sobre as condições de saúde bucal, foi feito o atendimento clínico das pessoas que manifestaram interesse.

Rigonatto, Antunes e Frazão (2001) realizaram um exame bucal em 288 (duzentos e oitenta e oito) índios de quatro comunidades situadas no Alto Xingu (Yawalapiti, Aweti, Mehinaku e Kamaiura), no Estado do Mato Grosso,

para descrever a experiência de cárie dentária nas comunidades indígenas do Xingu com o objetivo de fornecer parâmetros para a análise da tendência desta doença nos índios. Esta pesquisa aconteceu em março de 1991. Foram avaliadas as faixas etárias 0-4, 5-7, 8-10, 11-13, 14-20, 21-30, 31-50 e 50 anos ou mais. A média de ceo-d encontrada para as faixas etárias de 0-4, 5-7, 8-10, 11-13 foi, respectivamente, 5,76; 8,48; 4,23 e 1,04. Quanto ao índice de cuidado, este teve como resultado para essas faixas etárias 0%, 1,42%, 2,60% e 6,73% respectivamente. A média do CPO-D das faixas etárias de 5-7, 8-10, 11-13, 14-20, 21-30, 31-50 e 50 anos ou mais são, respectivamente, 0,90; 4,05; 5,93; 9,14; 13,31; 17,93 e 19,33 e o índice de cuidado encontrado para essas faixas etárias foi, 5,77%, 11,24%, 12,65%, 40,24%, 24,46%, 10,04% e 2,76%. Em todas as faixas etárias foram encontrados elevados níveis de cárie. Foi concluído que os altos índices de ceo-d e CPO-D encontrados nesta população, junto à baixa proporção do índice de cuidado, reforçam a preocupação com os altos níveis de necessidade de tratamento odontológico para essas comunidades, assim como a insuficiência dos serviços de atendimento já programados para a região.

O trabalho desenvolvido por Nunes (2003) é o relato de uma experiência da organização dos serviços de atenção primária em saúde bucal, com os povos indígenas do Rio Tiquié e Uaupés pertencente do DSEI do Alto Rio Negro- Amazonas, analisando o planejamento e a implantação das ações de saúde bucal e também sugerindo reformulação e aperfeiçoamento das ações realizadas naquele momento. Durante o período entre 2000/2001, algumas atividades foram realizadas junto às comunidades: reuniões com as lideranças locais, levantamento da situação de saúde bucal, coleta de dados para obtenção do índice CPO-D e ceo-d, palestras educativas, treinamento de agentes indígenas de saúde, higienização supervisionada, aplicação tópica de flúor sob orientação do cirurgião dentista e atendimentos de emergência. Quanto ao levantamento epidemiológico, a amostra contou com um total de 286 (duzentos e oitenta e seis) indivíduos. Para as crianças de 5-6 anos, foi utilizado o índice ceo-d, que teve como resultado 8,83. O CPO-D das crianças de 12 anos corresponde a 6,18; da faixa etária de 15-18, corresponde a 9,74 e, da faixa etária de 36-44, corresponde a 16,46. Apenas 9,5 % dos indivíduos

que participaram apresentaram CPO-D igual a zero. Nesta região, a cárie pode ser considerada doença de maior prevalência, pois atinge 90% da população e isso está relacionado ao alto grau de desinformação sobre cuidados para saúde bucal e ao difícil acesso aos serviços de saúde.

A pesquisa de Parizotto (2004) foi junto à população Kaiowá/Guarani no Estado do Mato Grosso do Sul. Foram obtidos dados de 190 (cento e noventa) crianças entre zero e cinco anos. A média do índice ceo-d foi 4,2 e para o índice ceo-s foi encontrada a média de 7,8. Quando se divide a população estudada em anos completos, observa-se a média do ceo-d a seguir: até 1 ano (0,6), 1 ano (0,8), 2 anos (2,5), 3 anos (5,6), 4 anos (7,7) e 5 anos (8,0). E, quando se analisa a média do índice ceo-d pelo gênero, tem-se como resultado: feminino (3,8) e masculino (4,7). Em 50% das crianças de 1 a 5 anos completos foram encontradas lesões de mancha, evidenciando a atividade de cárie bastante precoce. Verificou-se que os maiores valores de ceo-d e ceo-s foram observados em crianças que ingerem açúcar mais de cinco vezes ao dia.

Uma pesquisa para avaliar a condição de saúde oral e o impacto na vida diária na população indígena Kaingang que habita a Reserva Cacique Doble, localizada na região sul do Brasil foi realizada por Biazevic, Fantin, Michel-Crosato (2005), no ano de 2004. A amostra foi de 117 (cento e dezessete) indivíduos na faixa etária de 6 a 12 anos de idade. Como resultado, foi descoberto que 23,9% dos participantes apresentaram sangramento gengival, 53% não apresentaram anormalidade na oclusão dentária; não foi encontrado nenhum caso de fluorose dentária; a média do índice CPO-D aos 12 anos foi de 0,9 e o índice ceo-d para as crianças de 6 anos foi de 2,07. Também foi observado que 78,3% das crianças estavam livres de cárie nos dentes permanentes. Verificou-se que não existe impacto dos problemas bucais na vida diária das crianças desta aldeia. A condição de saúde bucal nesta comunidade é boa, com baixa prevalência de cárie dentária, sangramento gengival, oclusopatias e fluorose dentária. A condição bucal não afeta a qualidade de vida das crianças.

O projeto de saúde bucal realizado com a população indígena de Tremembé, no Estado do Pará, foi viabilizado pela parceria entre a Igreja Metodista, Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e a Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). A atuação priorizou ações de educação em saúde, levantamento epidemiológico e atendimento odontológico. As ações de educação em saúde estruturaram-se em dois momentos: na sala de espera do atendimento odontológico e nas oficinas de prevenção em saúde. Quanto ao levantamento epidemiológico, foram examinados 102 (cento e dois) indivíduos, distribuídos em quatro grupos. Para o grupo com faixa etária de 0-25 anos, foi encontrada a média do CPO-D de 9,51; o grupo com faixa etária de 25-35 anos, 16,64; o grupo com faixa etária de 35-45, 17,64 e o grupo com faixa etária maior de 45, 20,95. A média do componente “cariado” para a faixa etária de 0-25 anos foi 6,17, na faixa etária de 25-35 anos foi 9, observando uma pequena redução na faixa etária de 35-45 com a média igual a 8,64 e na faixa etária maior de 45 anos igual a 7,09. Em relação ao componente “perdido”, observa-se uma discrepância entre a menor média, que foi encontrada na faixa etária de 0-25 anos equivalente a 1,80 e a maior média, que foi encontrada na faixa etária de maior de 45 anos, equivalente a 10,49. O atendimento odontológico utilizou um consultório adaptado atendendo 90 (noventa) pessoas que previamente tinham sido submetidas ao levantamento epidemiológico. Os resultados encontrados evidenciam a precária situação da saúde bucal desta população (PIUVEZAM et al. , 2005).

Pettenati-Soubayroux et al. (2006) realizaram, em 2000, um estudo sobre cárie dentária dos índios Yanomami no Médio do Rio Negro, na Amazônia Brasileira. Foram tomadas em consideração, neste estudo, as bacias hidrográficas de Cauaburis e Padairi. A amostra foi de 662 (seiscentos e sessenta e dois) indivíduos, sendo 41% em Cauaburis e 49% em Padairi. Para a dentição decídua, a amostra em Cauaburis foi de 88 (oitenta e oito) crianças, com a média de idade de 3,6 anos, tendo como ceo-d o resultado de 7,6. Já na amostra de Padairi, foram examinadas 11 crianças, com a média de idade de 4,5 anos, tendo 3,1 como valor do ceo-d. No caso da dentição mista, em Cauaburis, a amostra foi de 100 (cem) indivíduos, com média de idade de 8 anos e o resultado para o ceo-d foi 6,8. Para Padairi, foram examinados 11

(onze) indivíduos, com média de idade de 7,1 anos e o resultado para o ceo-d foi 1,4. Quanto à dentição permanente, 201 (duzentos e um) indivíduos foram examinados em Cauaburis, sendo a média de idade de 24,5 anos e o resultado do CPOD foi 7,6; em Paudairi, a amostra contou com 166 (cento e sessenta e seis) indivíduos, com a média de idade de 24,2 anos e resultado do CPO-D igual a 1,4. Os resultados encontrados mostram que a cárie dentária está relacionada ao aumento do consumo de açúcares e de alimentos macios e/ou pegajosos e refletem mudanças no comportamento em relação ao consumo de alimentos dos Yanomamis da região de Cauaburis, evidenciando a intensidade da sua relação com a cultura brasileira e ocidental comparados aos Yanomamis que vivem em Paudairi.

O inquérito epidemiológico realizado em 2006, na população indígena Guarani, do Estado do Rio de Janeiro, por Alves Filho (2007), teve como objetivo descrever a situação de saúde bucal dessa população indígena e analisar as doenças bucais de maior prevalência que atingiram essa população. Foram examinados 508 (quinhentos e oito) indivíduos e analisadas as idades/faixas etárias de: 18-36 meses, 4 anos, 5 anos, 6 anos, 7 anos, 8 anos, 9 anos, 10 anos, 11 anos, 12 anos, 14 anos, 15-19 anos, 20-24 anos, 25-34 anos, 35-44 anos, 45-64 anos, 65-74 anos, 75 ou mais. Os indicadores utilizados na pesquisa foram ceo-d, CPO-D, necessidade de tratamento, Índice de Alterações Gengivais, Índice Periodontal Comunitário, Índice de Perda de Inserção Periodontal, Índice de má-oclusão, Índice de Estética Dental, utilização e necessidade de prótese e fluorose dentária. Nas crianças com 5 anos, o índice ceo-d encontrado foi 2,6. O componente “cariado” tem uma participação expressiva nessa faixa etária, representando 90,2%. No caso das crianças com 12 anos avaliadas pelo índice CPO-D, o resultado foi 1,7, sendo considerado baixo, mas destaca-se que 55,2% dos elementos dentários registrados nesta idade estão cariados. As mulheres Guarani apresentaram sangramento gengival em todas as faixas etárias, enquanto que entre os homens foi observada uma frequência menos expressiva. A necessidade de prótese foi mais acentuada entre as mulheres adultas (particularmente na faixa entre 25-34 anos) quando comparadas aos homens. Não foram identificados casos de fluorose. Quanto ao índice de alterações gengivais (AG), foi

detectado que nas crianças com 5 anos 89,8% apresentavam condição periodontal sadia enquanto que 10,2% tinham presença de sangramento. E, para as crianças de 12 anos, foi utilizado o Índice Periodontal Comunitário (CPI), tendo como resultado que 87,5% apresentavam condição periodontal sadia, 5% tinham presença de sangramento e 7,5% com presença de cálculo. Segundo o autor, este estudo foi importante por mostrar a continuidade de ações preventivas e de acesso ao tratamento. Entretanto, existe a necessidade de investimento nas ações educativas e de promoção de saúde.

Moura (2007) realizou um estudo transversal que foi realizado na população indígena Guarani no Estado de Santa Catarina. A pesquisa de campo foi realizada em oito aldeias indígenas Guarani cobertas pelo Pólo-base Florianópolis (Morro dos Cavalos, Massiambu, M'Biguaçu, Comunidade Amâncio, Tekoá Marangatu, Canelinha, Itanhaé e Kuriy) com o objetivo de verificar a relação entre a condição bucal e o estado nutricional considerando a relação materno-infantil. Foram examinadas 67 (sessenta e sete) crianças e observou-se os valores do ceo-d: 0 (40,3%), 1-2 (23,9%), 3-4 (9%), 5-7 (10,4%), 8-10 (11,9%) e 11-16 (4,5%), sendo a média do índice ceo-d igual a 3. A análise estatística comprovou a correlação positiva significativa entre idade da criança e o índice ceo-d, o que significa que, quanto maior a idade, maior o valor do ceo-d. Em relação aos cuidados com a saúde bucal, 92,5% ($n=62$) das crianças nunca foram ao dentista, sendo que das 5 crianças que já visitaram o dentista, 3 foi por motivo de dor/sintoma e as outras duas para prevenção. Quanto às mães, foram examinadas 44 (quarenta e quatro) com as seguintes distribuições do CPO-D: 0 (4,5%), 1-4 (6,8%), 5-7 (34,1%), 8-10 (18,2%), 11-15 (6,8%), 16-19 (20,5%) e 20-25 (9,1%), sendo a média do índice CPO-D igual a 10,41. Para a análise entre a condição bucal materna e a condição bucal infantil, foi utilizado o teste de correlação de Pearson, que mostrou existir correlação positiva significativa entre o CPO-D da mãe e o ceo-d da criança. Quanto à avaliação nutricional, foram tomadas medidas de peso e estatura. O peso, ao nascer das crianças e, somente para as mães, as medidas da prega cutânea tricipital, da circunferência de cintura e da circunferência da panturrilha. Concluiu-se, neste trabalho, que existe uma relação entre condição bucal e estado nutricional, considerando que: crianças desnutridas apresentaram

maiores valores para o índice de cárie e mulheres com maior número de dentes perdidos apresentaram sobrepeso e obesidade.

Pacagnela (2007) realizou um estudo descritivo, tipo levantamento retrospectivo, utilizando dados secundários oriundos de inquéritos epidemiológicos realizados nos anos de 2001, 2003 e 2006 da população das aldeias Ngoiwere, Tuiararé, Tuba-Tuba e Moigu, das etnias Kisêdjê, Kaiabi, Yudjá, Ikpeng, respectivamente, situadas no Parque Indígena do Xingu. Foram obtidas dos prontuários informações censitárias provenientes do livro de registro da população e informações sobre as avaliações odontológicas. Todos os três inquéritos foram baseados no Manual de Levantamentos Básicos em Saúde Bucal de 1999 da OMS. A população foi dividida em 9 faixas etárias: 0-3, 4-5, 6-11, 12-14, 15-19, 20-34, 35-44, 45-64 e 65 anos ou mais. No ano de 2006, em relação ao ano de 2001, observou-se uma diminuição nas médias do CPO-D para a maioria das faixas etárias estudadas, especialmente entre 12 e 34 anos e, nas idades acima de 34 anos, observou-se um aumento nas médias no ano de 2003. Acima dos 35 anos, 100% das pessoas examinadas possuíam experiência de cárie em todas as aldeias. Quanto à porcentagem total das necessidades de tratamento para a cárie, observa-se um aumento do número de dentes sem tratamento e, em relação aos que ainda tem alguma necessidade, a maioria deles é por restauração. Para a condição periodontal, foram avaliadas as faixas etárias 12-14, 15-19, 20-34, 35-44, 45-64 e 65 anos ou mais. O principal problema periodontal encontrado, em todas as aldeias e faixas etárias, foi o cálculo, atingindo mais de 50% das pessoas examinadas e essa porcentagem aumenta conforme a idade. Concluiu-se, com este trabalho, que houve uma melhoria nas condições de saúde bucal dessas populações, tendo como hipótese a estruturação do programa de saúde bucal nessas áreas.

Detogni (2007) fez levantamento de saúde bucal para toda a população Enawene-Nawe, no Mato Grosso, no período de 1995-2005, analisando cárie dentária, condição periodontal, fluorose, oclusopatias e uso/necessidade de prótese. Os principais resultados foram a redução de 47,2% na prevalência de cárie entre 12-13 anos, com o índice CPO-D reduzindo de 7,7%, em 1995, para

4,1% em 2005, e aumento na proporção livre de cárie na dentição permanente entre 6-16 anos, de 9,8% em 1995, para 31,2% em 2005. Aos 14-16 anos de idade, o percentual de redução foi de 40,4%; porém, as médias CPOD que variaram de 13,21 em 1995, para 7,87 em 2005, ainda representam valores altos do índice dentro dessa faixa etária. Aos 35-44 anos, quase todos os dentes se mostraram afetados pela cárie e, a partir da idade de 65 anos, o índice CPOD atingiu os maiores valores, mostrando comprometimento total da dentição permanente. O índice ceo-d aos 5 anos de idade se mostrou alto em todos os anos examinados. Em 1995, foi registrada a média do ceo-d igual 8,37. Nos anos de 1999, 2002 e 2005 foi registrada a média do ceo-d igual a 8,67; 6,40 e 7,43, respectivamente. A prevalência de cárie na população total reduziu de 95,7% em 1995 para 86,6% em 2005, tendo então uma redução de 9,5%. Foram analisadas as faixas etárias de 17-19, 25-29, 35-44 e 65 e mais por meio do Índice Periodontal Comunitário (IPC). Entre 1999 e 2005, aumentou a proporção de pessoas sem quaisquer problemas periodontais aos 17-19, 25-28 e 35-44 anos de idade. Na faixa etária de 17 a 19 anos, ocorreu diminuição na proporção de pessoas com sangramento gengival (de 42,1 para 32,0%); porém, aumentou a proporção de pessoas com cálculo (de 31,6 para 40,0%). A proporção de pessoas entre 25-29 e 35-44 anos de idade que apresentaram cálculo diminuiu (de 57,1% para 36,4% aos 25-29 anos; e de 44,4% para 29,4% aos 35-44 anos), tendo havido um pequeno aumento no percentual de excluídos para estas faixas etárias. Entre 65-74 anos de idade, a população Enawene-Nawe se encontrava quase totalmente edêntula em 2005. As práticas de saúde bucal desenvolvidas no período favoreceram melhorias na saúde da população, evidenciadas tanto em seu perfil de saúde bucal como na satisfação demonstrada com os resultados do trabalho.

Dumont et al. (2008) desenvolveram um trabalho com a população indígena Xakriabá, no Pólo-base Brejo Mata Fome, em Minas Gerais, para conhecer a necessidade de tratamento odontológico. Foram examinados 2246 (duas mil, duzentas e quarenta e seis) pessoas, o que representa 61% da população, pelos agentes indígenas de saúde que foram capacitados para essa situação. O resultado encontrado mostra que 37% da população examinada não apresentam necessidade de tratamento, 60% apresentam alguma necessidade

e 4% foram excluídos da análise. Entre as necessidades de tratamento, 39% se devem à presença de lesões cárias, 10% à dor e 11% ao sangramento gengival e tártaro. Este trabalho mostrou que existe uma alta necessidade de tratamento odontológico.

Nascimento e Scabar (2008) fizeram um estudo para conhecer a realidade da doença cárie na população indígena Wai-wai da aldeia de Wakri, localizada na reserva indígena Trombetas–Mapuera, no Estado do Pará. Foram examinados 77 (setenta e sete) indígenas, sendo 34 (trinta e quatro) na faixa etária de 2-14 anos e 43 (quarenta e três) na faixa etária de 15-75 anos. A média do ceo-d aos 4 anos é 1,5; aos 5 anos é de 3,5 e aos 6 anos é de 7,4. Nos adultos com idade entre 15-75, o índice COP-D foi em média de 15,45. Entre a faixa etária de 35-44 anos, apenas 12,5% possuem 20 dentes ou mais e na faixa etária de 65-75, apenas 16,6%. O percentual de crianças livres de cárie de 2-6 anos é de 20% e na faixa etária de 5-6 anos é de 11%. Em relação ao IHOS, as crianças de 2-14 anos apresentaram, em média, um índice de 1,5 que indica presença de placa abrangendo metade das faces examinadas. A maior predominância de placa foi nas faces dos dentes posteriores. Os valores de presença de cálculo não foram significativos. A média do CPO-D nos adultos com idade entre 15-75 anos foi de 15,45, em que 13% apresentaram-se cariados, 77% perdidos e 10% obturados e, dentre estes, em todas as idades apresentou-se perda de elementos dentários. Esta população apresenta valores elevados para os índices ceo-d e CPO-D e a placa bacteriana está presente significativamente nas crianças de 2-14 anos. A presença da cana-de-açúcar, ingestão periódica de alimentos e prática deficiente da escovação são provavelmente os principais fatores relacionados às doenças bucais encontradas nesta população.

Carneiro et al.(2008) realizaram um levantamento em que foram analisadas as variáveis: condições dentárias por meio dos índices CPO-D e ceo-d; necessidade de tratamento dental; uso de prótese e necessidade de prótese, dos Baniwa, povo indígena que vive na região do Alto Rio Negro, no Estado do Amazonas. A pesquisa foi realizada em setembro de 2004 e foram examinados 590 (quinhentos e noventa) indivíduos. As faixas etárias foram divididas em 2-5

anos, 6-11 anos, 12-14 anos, 15-19 anos, 20-29 anos, 30-39 anos, 40-49 anos e 50 anos ou mais. A média de dentes atacados pela doença cárie foi 6,0, 8,2 e 22,1 nas faixas etárias 12-14, 15-19 e mais de 50 anos, respectivamente. O maior valor de ceo-d foi encontrado na idade de 5 anos com a média de 6,3. Dentre os dentes que necessitaram de algum tratamento, 57,3% eram restaurações (49% de uma face e 51% de duas ou mais faces) e 42,7%, extrações. Na comparação entre as faixas etárias, observa-se que até os 19 anos as restaurações foram o tratamento mais necessário. A maior parte do grupo examinado não necessitava de prótese parcial ou total. Esse estudo demonstrou elevados níveis de cárie da população Baniwa e evidenciou que os serviços de atenção à saúde bucal, mesmo que presentes na área e com impactos importantes, particularmente entre os adolescentes, precisam ser expandidos de modo a atender de maneira mais ampliada a população.

A prevalência de cárie dentária na população indígena da reserva Umutina, localizada no Estado do Mato Grosso, foi analisada por Vieira (2009). A amostra foi construída por um total de 79 (setenta e nove) crianças, 47 (quarenta e sete) pertencentes à faixa etária de 0-7 e 32 (trinta e duas) pertencentes à faixa etária de 11-13 anos. O índice ceo-d médio para as crianças de 1-3 anos foi de 0,94, para as crianças de 5 anos foi 5 e o CPO-D médio para as crianças de 12 anos foi 4,7. A porcentagem de crianças livres de cárie na faixa etária de 1-3 anos foi de 0,94%; as crianças de 5 anos livres de cárie foi de 25% e aos 12 anos, nenhuma criança estava livre de cárie. Quanto à necessidade de tratamento, para as crianças de 3 anos, 17 dentes necessitam de algum tratamento curativo; para as crianças de 5 anos, 29 dentes necessitam de algum tratamento curativo e nas crianças de 12 anos observa-se um aumento da necessidade de tratamento restaurador, tratamento endodôntico, bem como a necessidade de coroa e também a indicação de tratamento conservador (remineralização de mancha branca). O estudo demonstrou que a condição bucal da população da aldeia Umutina é precária, sendo necessário aplicar procedimentos preventivos e educativos para a crianças na fase pré-escolar e às gestantes.

Arantes et al.(2009) realizaram um trabalho na população indígena Xavante localizada na vila Etenhiritipa, no Estado do Mato Grosso. Foi o primeiro estudo longitudinal sobre cárie dentária realizado numa comunidade indígena no Brasil. O objetivo do estudo foi investigar a incidência de cárie dentária com ênfase na diferença entre os gêneros. A coleta de dados foi realizada em dois momentos, uma em 1999 e a outra em 2004. Em 1999, foram considerados elegíveis todos os indivíduos acima de 6 anos e, em 2004, o objetivo foi localizar e examinar os mesmos indivíduos de 1999. A população de estudo foi dividida em quatro grupos: 6-12, 13-19, 20-34 e 35-60 anos de idade. Em 1999, foram examinados 265 (duzentos e sessenta e cinco) indivíduos e, em 2004, foram examinados novamente 128 (cento e vinte e oito). Quanto aos resultados, comparando as médias do CPO-D da primeira pesquisa com a segunda pesquisa, na faixa etária de 6-12, em 1999, a média do índice CPO-D foi 2,18 e, em 2004, foi 4,59; na faixa etária de 20-34, em 1999, a média do índice CPO-D foi 7,02 e, em 2004, foi 10,32 e na faixa etária de 35-60, em 1999, a média do índice CPO-D foi 10,27 e, em 2004, foi 13,09. Foi também observado neste estudo que o índice de cárie foi significativamente diferente de acordo com idade e sexo. Na faixa etária de 20-34, as mulheres apresentaram risco de cárie, pelo menos, 1,92 vezes maior do que os homens. Quando foi comparada a média do incremento durante o período com o número de dentes expostos para cada indivíduo, as mulheres têm valores mais elevados do que os homens em todas as categorias. Este estudo encontrou fortes evidências de que o gênero constitui uma dimensão importante para ser levada em consideração na mudança epidemiológica da cárie dentária na população indígena Xavante. Uma abordagem do gênero para a saúde pública começa a partir do reconhecimento das diferenças sociais determinantes entre homens e mulheres e podem ajudar a identificar as formas em que os riscos de saúde, experiências e doenças pode ser diferente entre homens e mulheres.

Sampaio et al. (2010) realizaram um estudo transversal com o povo indígena da Reserva Indígena Potiguara, no Estado da Paraíba para avaliar a prevalência da cárie dentária e a necessidade de tratamento. A amostra foi composta por 1461 (mil quatrocentos e sessenta e um) indivíduos e divididos pelas faixas etárias de 18-36 meses, 5, 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos.

Considerando todos os dentes decíduos, observou-se que 21,8% foram afetados pela cárie. Quanto aos dentes permanentes, 38,2% foram afetados pela cárie. A média do índice ceo-d das crianças de 18-36 meses foi 2,53 e das crianças de 5 anos foi 5,87. Para as faixas etárias de 12, 15-19, 35-44 e 65-74 anos, a média do CPO-D foi, respectivamente, 3,68, 7,13, 1,43 e 22,86. A maior média para necessidade de tratamento para restauração de uma face se concentrou na faixa etária de 15-19 anos sendo equivalente a 1,88; para restauração em duas faces ou mais, se concentrou na faixa etária de 5 anos e registrou 2,73 e em relação à maior média para extração dentária foi verificada a faixa etária de 65-74 anos com 2,05. Entre os adolescentes e adultos, foi observado que, em média, pelo menos, três dentes permanentes precisam de tratamento dentário. Também foi aplicado um questionário simples para os indivíduos da pesquisa nas faixas etárias de 15–19, 35–44 e 65–74 anos para coletar informações sobre a última visita ao dentista, a frequência de visitas ao dentista por ano e se o atendimento era realizado pelo serviço público ou privado. Para esse questionário, dos 1014 (mil e quatorze) sujeitos da pesquisa, 21 (vinte e um) não responderam e o resultado final foi que 72 (setenta e dois) indivíduos nunca estiveram no dentista, 462 (quatrocentos e sessenta e dois) indivíduos visitaram um dentista há mais de um ano da data da entrevista e 459 (quatrocentos e cinquenta e nove) visitaram o dentista dentro de um ano a contar a data da entrevista. Nesse questionário, 95% dos indivíduos que disseram ter visitado o dentista disseram que o serviço era público e localizado nas cidades vizinhas. Os hábitos culturais devem ser protegidos; porém, instruções de higiene bucal podem ser introduzidas para aumentar o valor de um bom programa de saúde bucal.

Arantes, Santos e Frazão (2010) avaliaram a experiência de cárie entre subgrupos Xavante que vivem em diferentes Terras Indígenas (T.I.) no Estado de Mato Grosso. Das sete T.I. Xavante existentes, foram investigadas quatro (Pimentel Barbosa, Sangradouro, Areões e Marechal Rondon). Para avaliar a prevalência de cárie, adotou-se uma divisão por faixa etária em função do tipo de dentição, sendo então avaliadas as faixas etárias de 2-5, 6-11, 12-19, 20-34 e 35 anos ou mais. Foram examinados 691 (seiscentos e noventa e um) indivíduos no ano de 2004, quando aconteceu essa pesquisa. Na faixa etária

de 2 a 5 anos, avaliada por meio do índice ceo-s, Pimentel Barbosa apresentou o menor valor (em média, por indivíduo, 4,6 superfícies de dentes decíduos cariados, perdidos ou obturados) e Areões, o maior (10,5). Para a faixa etária de 6 a 11 anos, Pimentel Barbosa também apresentou o menor valor médio, equivalente a 0,7. O valor mais elevado foi observado em Sangradouro (3,4), com diferença estatisticamente significativa em relação a Pimentel Barbosa e a Areões. Para as demais faixas etárias 12-19, 20-34 e 35 ou mais anos, observa-se que Pimentel Barbosa apresentou também os menores valores médios de CPO-S. Pimentel Barbosa apresentou os menores valores de superfícies cariadas e perdidas, enquanto Areões apresentou os maiores valores de superfícies cariadas e Marechal Rondon de superfícies perdidas. Quanto às superfícies obturadas, Areões apresentou as menores médias e Sangradouro as mais elevadas. Na comparação entre os gêneros feminino e masculino, observou-se que a experiência acumulada de cárie foi mais expressiva nas mulheres. No gênero masculino, a pior condição de experiência de cárie foi identificada em Sangradouro e a melhor em Marechal Rondon e, no gênero feminino, a pior condição de experiência de cárie foi identificada em Sangradouro e a melhor em Marechal Rondon. Aprimorar a atenção à saúde bucal nos Xavante constitui-se uma prioridade, considerando que a tendência observada tem sido a de aumento da ocorrência da cárie e de outras doenças na população nas últimas décadas.

Ainda em Mato Grosso, Mesquita (2010) realizou uma pesquisa sobre a condição periodontal da população indígena na localidade do Médio e Baixo Xingu. Os dados periodontais dos 508 (quinhentos e oito) indígenas estavam presentes nas faixas etárias de 15-19 (n=219), 35-44 (n=128) e 65-74 (n=161) anos. Os dados comparativos de não-indígenas foram obtidos por meio dos dados coletados do projeto "SB Brasil". No geral, a população não-indígena tem condição periodontal melhor que a população do Médio e Baixo Xingu, como demonstrado pelos indicadores clínicos de gengivite e cálculo. No projeto "SB Brasil", a porcentagem da saúde periodontal dos indivíduos de 15-19, 35-44 and 65-74 anos de idade foi, respectivamente, 46,2%, 21,9% e 7,9%, para a população dos não-indígenas e 28,76%, 3,12% e 0,00%, respectivamente, para a população do Médio e Baixo Xingu. O achado mais frequente no Xingu foi a

presença de cálculo em 62,55% dos jovens, 82,03% dos adultos e 45,45% dos idosos. A prevalência das bolsas periodontais, com profundidade de 4-5mm, foi maior entre os idosos, com 4,48% na população não-indígena e 9,09% na população do Xingu. Apesar da maior prevalência de cálculo, em todas as faixas etárias da população indígena, a perda de dentes não parece seguir o mesmo padrão observado na população não-indígena brasileira, sugerindo diferenças de suscetibilidade e hábitos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a condição de saúde bucal e a necessidade de tratamento das crianças indígenas aldeadas do município de Aracruz-ES.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar, na amostra de 5 e 12 anos, a prevalência de cárie dentária.

Identificar, na amostra de 5 anos, a prevalência de alterações gengivais.

Identificar, na amostra de 12 anos, a prevalência de doença periodontal.

Estimar as necessidades de tratamento relacionadas com a cárie dentária.

Fornecer dados científicos aos profissionais da área da saúde, educação, planejamento e administração, relativos à saúde bucal das crianças indígenas aldeadas.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado por meio de levantamento epidemiológico em saúde bucal, avaliando cárie dentária e doença periodontal, na população infantil indígena do município de Aracruz- ES.

4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi realizado de acordo com a resolução nº 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde, tendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), com o número de registro 081/09 (Anexo A). Por se tratar de uma pesquisa com temática especial, o projeto passou pela aprovação da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), com o número do registro 0524/2010 (ANEXO B).

As pesquisadoras obtiveram a autorização da Fundação Nacional do Índio – FUNAI (ANEXO C) para realizar a pesquisa científica em terras indígenas, de acordo com as exigências da Instrução normativa FUNAI nº 01, de 29/11/1995. Somente participaram da pesquisa aqueles que os pais e/ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

4.2 POPULAÇÃO ELEITA PARA O ESTUDO

A população eleita para o estudo foram as crianças indígenas de 5 e 12 anos moradoras das aldeias indígenas do município de Aracruz-ES.

A escolha pelas idades de 5 e 12 anos está de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, SB Brasil, 2003. A idade de 5 anos é de interesse em relação aos níveis de doenças bucais na dentição decídua, uma vez que podem exibir mudanças em um período de tempo menor que a dentição permanente em outras idades-índice, além de ser usada internacionalmente para aferição do ataque de cárie em dentes decíduos. Já a idade de 12 anos é

especialmente importante, pois foi escolhida como a idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e o acompanhamento das tendências da doença (BRASIL, 2004).

Com o auxílio dos professores e responsáveis pelas escolas indígenas, foram selecionados os participantes da pesquisa mediante os critérios de inclusão e exclusão abaixo descritos.

Critérios de inclusão:

- Crianças indígenas, de 5 e 12 anos, residentes nas aldeias indígenas do município de Aracruz, ES, que frequentaram as escolas regularmente no período entre 3 de novembro e 23 de dezembro de 2010.
- Consentimento dos pais e/ou responsáveis para a participação na pesquisa através do TCLE.

Critérios de exclusão:

- Indivíduos que não pertenciam às idades pré-determinadas e não se enquadraram nos critérios de inclusão.

O total da amostra contemplou 107 (cento e sete) crianças, sendo 60 (sessenta) crianças com 5 anos e 47 (quarenta e sete) crianças com 12 anos. Foram realizados 98 (noventa e oito) exames, sendo 57 (cinquenta e sete) em crianças de 5 anos e 41 (quarenta e um) exames em crianças de 12 anos. As crianças que faziam parte dos critérios de inclusão, mas não participaram da pesquisa, não foram autorizadas pelos pais/responsáveis para a participação por meio do TCLE que todos os demais envolvidos na pesquisa assinaram ou não estavam presentes no momento da coleta dos dados pelas pesquisadoras, sendo que, no mínimo, foram realizadas três visitas nas aldeias em questão.

4.3 PREPARO PARA A REALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS – CALIBRAÇÃO DOS EXAMINADORES

Duas examinadoras da pesquisa e dois anotadores - estes últimos sob responsabilidade das examinadoras - passaram antes do início do trabalho por um exame de calibração, para treinamento, sendo submetidos a testes de concordância – Cálculo *Kappa* - a fim de diminuir as discrepâncias de interpretação nos diagnósticos e proporcionar análises mais precisas para o diagnóstico das doenças bucais. Foram examinados 20 (vinte) estudantes da mesma faixa etária escolhida para o estudo, de uma escola de ensino fundamental do município de Vitória, e o reexame ocorreu após 07 (sete) dias. Segundo a OMS (1993), os valores de *Kappa* considerados de boa concordância situam-se entre 0,61 e 0,80 e os valores superiores a 0,80 são indicativos de ótima concordância. Para cárie dentária, foi encontrado o valor de 0,9 e para doença periodontal o valor de 0,8.

4.4 COLETA DE DADOS

Os locais da coleta de dados foram as escolas, situadas nas próprias aldeias. No caso da etnia Guarani, todas as crianças se concentravam em uma única escola localizada na aldeia de Três Palmeiras. Por isso, quando foi realizada a divisão das crianças por aldeias, foi considerado denominar Guarani, como aldeia, salientando-se que a composição se refere às três aldeias existentes. Com o auxílio dos professores e coordenadores, foram selecionadas as crianças com a idade de 5 e 12 anos que se enquadravam nos critérios de inclusão. Justifica-se a escolha das escolas pela facilidade em reunir a população estudada, já que todas as crianças participantes do estudo frequentavam as escolas.

Os exames foram realizados sob luz natural, com as crianças sentadas em uma cadeira e o examinador em pé, com o auxílio do anotador para registrar os devidos dados.

O material estava devidamente esterilizado em autoclave. Foram utilizados espelho intra-bucal plano nº5 e sonda exploradora “*ball point*” (esfera de 0,5mm na extremidade), de acordo com a recomendação da OMS.

Para iniciar a coleta de dados, a examinadora estava paramentada com gorro, máscara e luvas descartáveis, óculos de proteção e jaleco de acordo com os conceitos de biossegurança. Os dentes foram secos com gaze estéril para melhor visualização da área em questão. Todas as informações referentes à coleta dos dados foram preenchidas em uma ficha (APÊNDICE B).

4.5 CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Este trabalho procurou avaliar cárie dentária, necessidade de tratamento e condição periodontal. Para isso, utilizou a metodologia adotada no SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004) que segue a padronização da OMS (ANEXO D).

A avaliação para cárie dentária foi realizada por meio dos índices CPO-D para dentes permanentes e ceo-d para dentes decíduos; a condição periodontal foi avaliada pelo índice de alteração gengival para crianças de 5 anos e pelo índice periodontal comunitário para as crianças de 12 anos.

4.6 INTERPRETAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados no programa Microsoft Excel 2007 e tabulados por um bioestatístico para a realização da estatística descritiva e formatação das tabelas e gráficos.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Foram examinadas 98 (noventa e oito) crianças, de 5 e 12 anos, referente a todas as aldeias indígenas do município de Aracruz, ES.

A Tabela 1 apresenta a composição da amostra eleita para a pesquisa. A aldeia de Caieras Velha concentra 50% das crianças participantes da pesquisa, seguida pelas aldeias de Comboios (28,6%), as aldeias Guarani (10,2%), a aldeia de Pau-Brasil (8,2%) e a aldeia de Irajá (3,1%). Quanto à idade, 57 (cinquenta e sete) crianças (58,2%) com 5 anos de idade e 41 (quarenta e uma) crianças (41,8%) com 12 anos de idade. Separados por etnia, 10,2% dos participantes pertenciam à etnia Guarani e 88,8% à etnia Tupiniquim. Quanto ao gênero, 59,2% das crianças eram do gênero masculino e 40,8% do gênero feminino.

Tabela 1 – Composição da amostra segundo aldeias, idade, etnia e gênero. Aracruz-ES, 2011.

Variáveis	n	%
Aldeia		
Comboios	28	28,6
Pau-Brasil	8	8,2
Caieras	49	50,0
Irajá	3	3,1
Guarani	10	10,2
Idade		
5 anos	57	58,2
12 anos	41	41,8
Etnia		
Guarani	10	10,2
Tupiniquim	88	89,8
Gênero		
Masculino	58	59,2
Feminino	40	40,8
TOTAL	98	100,0

5.2 CÁRIE DENTÁRIA

As Tabelas 2 e 3 mostram os resultados das médias dos valores de ceo-d e CPO-D para as crianças de 5 e 12 anos, respectivamente.

A média do índice ceo-d referente as crianças de 5 anos foi de 3,6, sendo que a média do componente cariado foi de 2,6 (Tabela 2).

Tabela 2 – Média dos valores de ceo-d das crianças de 5 anos segundo aldeias. Aracruz-ES, 2011.

Aldeia	N	Hígidos	ceo-d	c	e	o
Comboios	16	15,7	5,3	4,1	0,4	0,8
Pau-Brasil	7	18,6	2,9	2,7	0,0	0,1
Caieiras	27	17,4	3,5	2,1	0,1	1,3
Irajá	3	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Guarani	4	18,8	1,5	1,5	0,0	0,0
Total geral	57	17,3	3,6	2,6	0,2	0,8

Para as crianças de 12 anos, a média do índice CPO-D foi 3,0, sendo a média do componente cariado 1,8 (Tabela 3).

Tabela 3 – Média dos valores de CPOD das crianças de 12 anos segundo aldeias. Aracruz-ES, 2011.

Aldeia	N	Hígidos	CPOD	C	P	O
Comboios	12	24,8	2,8	1,7	0,0	1,2
Pau-Brasil	1	22,0	6,0	4,0	1,0	1,0
Caieiras	22	23,4	2,9	2,0	0,0	0,9
Irajá	0	-	-	-	-	-
Guarani	6	24,8	3,0	0,8	1,0	1,2
Total geral	41	24,0	3,0	1,8	0,2	1,0

A distribuição percentual (dos dentes) dos valores de ceo-d e CPO-D estão presentes nas Tabelas 4 e 5.

Tabela 4 – Distribuição percentual (dos dentes) dos valores de ceo-d das crianças de 5 anos segundo aldeias. Aracruz-ES, 2011.

Aldeia	Hígidos		Ceod		c		e		o		Total de dentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comboios	241	74,2	84	25,8	65	20,0	6	1,8	13	4,0	325	100,0
Pau-Brasil	130	86,7	20	13,3	19	12,7	0	0,0	1	0,7	150	100,0
Caieiras	468	83,1	95	16,9	58	10,3	3	0,5	34	6,0	563	100,0
Irajá	60	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	60	100,0
Guarani	75	92,6	6	7,4	6	7,4	0	0,0	0	0,0	81	100,0
Total	974	82,6	205	17,4	148	12,6	9	0,8	48	4,1	1179	100,0

Observa-se que 82,6% dos dentes das crianças de 5 anos estavam hígidos e 12,6% dos dentes estavam cariados (Tabela 4).

Em relação às crianças de 12 anos, 88,9% dos dentes estavam hígidos, 6,6% possuíam cárie, 0,7% foram perdidos e 3,7% tiveram seus dentes “obturados” (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição percentual (dos dentes) dos valores de CPOD das crianças de 12 anos segundo aldeias. Aracruz-ES, 2011.

Aldeia	Hígidos		CPOD		C		P		O		Total de dentes	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Comboios	297	89,7	34	10,3	20	6,0	0	0,0	14	4,2	331	100,0
Pau-Brasil	22	78,6	6	21,4	4	14,3	1	3,6	1	3,6	28	100,0
Caieiras	515	88,9	64	11,1	44	7,6	1	0,2	19	3,3	579	100,0
Irajá	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100,0
Guarani	143	88,8	18	11,2	5	3,1	6	3,7	7	4,3	161	100,0
Total	977	88,9	122	11,1	73	6,6	8	0,7	41	3,7	1099	100,0

5.2.1 Necessidade de tratamento para cárie dentária

A Tabela 6 apresenta os resultados referentes à necessidade de tratamento, de cada aldeia, por idade.

Tabela 6 – Distribuição percentual de dentes segundo necessidade de tratamento, aldeias e idade. Aracruz-ES, 2011.

Idade	Necessidade	Comboios		Pau-Brasil		Caieiras		Irajá		Guarani		Total	
		n	%	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
5 anos	Restauração uma face	43	13,2	14	9,3	50	8,9	0	0,0	6	7,4	113	9,6
	Restauração duas faces	19	5,8	2	1,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	21	1,8
	Coroa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Faceta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Endodontia	1	0,3	3	2,0	1	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,4
	Exodontia	1	0,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,1
	Total de dentes	325	100,0	150	100,0	563	100,0	60	100,0	81	100,0	1179	100,0
12 anos	Restauração uma face	16	4,8	3	10,7	45	7,8	0	0,0	5	3,1	69	6,3
	Restauração duas faces	2	0,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,2
	Coroa	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	1,2	2	0,2
	Faceta	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Endodontia	1	0,3	1	3,6	2	0,3	0	0,0	0	0,0	4	0,4
	Exodontia	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Total de dentes	331	100,0	28	100,0	579	100,0	0	0,0	161	100,0	1099	100,0

5.3 DOENÇA PERIODONTAL

5.3.1 Índice de alterações gengivais (AG)

A Tabela 7 apresenta os resultados das Alterações Gengivais observadas nas crianças de 5 anos.

Tabela 7 – Número absoluto e percentual segundo Alterações Gengivais das crianças de 5 anos das aldeias indígenas de Aracruz-ES, 2011.

Alterações Gengivais	n	%
Ausência de sangramento	37	64,9
Presença de sangramento	20	35,1
Total	57	100,0

A presença de sangramento foi encontrada em 64,9% e observa-se uma diferença significativa entre as aldeias de Comboios com presença de sangramento de 55% e as aldeias Guarani e de Irajá que tem ausência de sangramento total (Tabela 8).

Tabela 8 – Número absoluto e percentual da Alteração Gengival das crianças de 5 anos segundo aldeias, etnia e gênero. Aracruz-ES, 2011.

Variáveis	Alterações Gengivais			
	Ausência de sangramento		Presença de sangramento	
	N	%	n	%
Aldeias				
Comboios	5	13,5	11	55,0
Pau-Brasil	5	13,5	2	10,0
Caieiras	20	54,1	7	35,0
Irajá	3	8,1	0	0,0
Guarani	4	10,8	0	0,0
Total	37	100,0	20	100,0
Etnia				
Guarani	4	10,8	0	0,0
Tupiniquim	33	89,2	20	100,0
Total	37	100,0	20	100,0
Gênero				
Masculino	24	64,9	11	55,0
Feminino	13	35,1	9	45,0
Total	37	100,0	20	100,0

5.3.2 Índice periodontal comunitário (CPI)

A Tabela 9 apresenta os resultados do CPI observado nas crianças de 12 anos.

Tabela 9 - Número absoluto e percentual segundo Índice Periodontal Comunitário (CPI) das crianças de 12 anos das aldeias indígenas de Aracruz-ES, 2011.

CPI	n	%
Hígido	10	24,4
Sangramento	28	68,3
Cálculo	3	7,3
Total	41	100,0

A porcentagem de sextantes encontrados com a condição de “sangramento” foi de 68,3%. Evidencia a necessidade de orientação quanto à higienização bucal e a importância da saúde bucal.

A Tabela 10 apresenta os resultados da prevalência da condição periodontal das crianças de 12 anos segundo aldeia, etnia e gênero.

Tabela 10 – Número absoluto e percentual segundo Índice Periodontal Comunitário (CPI) das crianças de 12 anos segundo aldeias, etnia e gênero. Aracruz-ES, 2011.

Variáveis	CPI					
	Ausência de Sangramento		Sangramento		Cálculo	
	n	%	n	%	n	%
Aldeia						
Comboios	3	30,0	9	32,1	0	0,0
Pau-Brasil	1	10,0	0	0,0	0	0,0
Caieiras	3	30,0	16	57,1	3	100,0
Irajá	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Guarani	3	30,0	3	10,7	0	0,0
Total	10	100,0	28	100,0	3	100,0
Etnia						
Guarani	3	30,0	3	10,7	0	0,0
Tupiniquim	7	70,0	25	89,3	3	100,0
Total	10	100,0	28	100,0	3	100,0
Gênero						
Masculino	8	80,0	14	50,0	1	33,3
Feminino	2	20,0	14	50,0	2	66,7
Total	10	100,0	28	100,0	3	100,0

6 DISCUSSÃO

Desde a década de 1990, tem havido um crescente aumento das pesquisas sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil. Uma das dificuldades mais expressivas nestes estudos diz respeito à obtenção de amostras representativas do ponto de vista populacional. Não somente as comunidades indígenas muitas vezes se localizam em locais de difícil acesso, como também há a questão dos pequenos tamanhos das aldeias e o fato de, em realidade, haver, no país, mais de 200 (duzentas) etnias indígenas distintas. No âmbito das pesquisas em saúde indígena, um aspecto praticamente desconhecido diz respeito às heterogeneidades internas aos povos no tocante ao processo saúde-doença (ARANTES; SANTOS; FRAZÃO, 2010).

Estudos epidemiológicos sobre a saúde bucal indígena são relativamente escassos e priorizam a descrição do perfil epidemiológico por meio de estudos transversais. Os estudos transversais, principalmente relacionados à prevalência de cárie nas populações indígenas brasileiras, não apresentam homogeneidade com relação à metodologia utilizada nos levantamentos de saúde bucal. As diferenças nos critérios diagnósticos e nos agrupamentos etários utilizados para efeito de análise dos índices de prevalência de cárie dificultam a comparação dos dados entre as várias situações descritas (DETOGNI, 2007).

O presente estudo sobre a população de crianças indígenas aldeadas no município de Aracruz, ES, permitiu a visualização de um quadro panorâmico sobre a situação atual dessas crianças em relação à cárie dentária e condição periodontal, visto que, até o momento, não foi realizado nenhum levantamento epidemiológico em saúde bucal com esta população.

A cárie dentária e a doença periodontal têm sido consideradas, historicamente, os fardos globais mais importantes em saúde bucal; porém, a distribuição e severidade variam em diferentes partes do mundo e dentro do mesmo país ou região (PETERSEN, 2005).

Do ponto de vista epidemiológico, a cárie é possivelmente a doença bucal de maior relevância. Sua estreita associação com dieta e estilo de vida também lhe confere relevância antropológica (ARANTES; SANTOS; COIMBRA Jr., 2001).

A pesquisa contemplou a análise de 57 (cinquenta e sete) crianças com a idade de 5 anos e 41 (quarenta e uma) crianças com a idade de 12 anos. Quanto à amostra dos indivíduos, a maioria é do sexo masculino, representando 59,2% da população examinada. A etnia Tupiniquim representa 89,2% da amostra e a etnia Guarani representa 10,8%.

Não é possível afirmar como a cárie e a doença periodontal se comportaram ao longo do tempo entre a população indígena infantil de Aracruz, pois não há dados publicados sobre isso.

Nas crianças de 5 anos, o resultado encontrado entre as aldeias quanto à cárie dentária mostra uma certa discrepância. A aldeia de Irajá é a única com a média do ceo-d igual a zero, enquanto que a aldeia de Comboios apresenta a maior média do ceo-d, igual a 5,3. Quando comparada aos resultados encontrados entre as aldeias junto aos levantamentos nacionais SB Brasil 2003, a média do ceo-d foi 2,8 e o SB Brasil 2010 com a média de ceo-d igual 2,3, apenas as aldeias de Irajá (média do ceo-d igual a zero) e Guarani (média do ceo-d igual a 1,5) encontram-se abaixo dos resultados encontrados nos levantamentos nacionais.

A média do ceo-d de todas as aldeias corresponde a 3,6, sendo este um resultado bem superior aos encontrados nos SB Brasil 2003 e 2010.

Em relação às crianças de 5 anos, 33,33% estão livres de cárie, enquanto que o resultado do SB Brasil 2003 é 40,62% e este dado ainda não foi divulgado para o SB Brasil 2010. Considerando a meta da OMS para o ano de 2010 que seria de 90% das crianças aos 5 anos livres de cárie dentária, esse dado indica que existe muito trabalho a se fazer para se chegar a esse patamar.

Como sugestão, além de ações curativas para restabelecer a saúde bucal dessas crianças, medidas de promoção em saúde bucal podem se tornar uma alternativa para mudar o cenário encontrado.

Para prevenir doenças bucais, a promoção de saúde é mais efetiva se a escola, o local de trabalho, o comércio, a mídia, a indústria, o governo, as organizações não-governamentais e outras organizações importantes estiverem envolvidas. Assim, um cirurgião-dentista tem melhores chances de influenciar os hábitos dietéticos das crianças por meio de alianças com os professores e com os pais, visando melhorar a qualidade da alimentação oferecida nas cantinas escolares e em casa, do que persuadindo seus clientes de modo direto a comer menos açúcar (PINTO, 2008).

Os profissionais que trabalham com saúde indígena precisam atentar-se para o fato de que a promoção em saúde bucal está inserida num conceito amplo de saúde que transcende a dimensão meramente técnica do setor odontológico, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva. Significa a construção de um modelo saudável, direcionado a todas as pessoas da comunidade (MARTINS E CIRIANI, 2006).

A educação em saúde coletiva deve ter como finalidade a promoção do ser humano como um todo e do seu ambiente, antes de se pensar em educação em saúde bucal. A Odontologia não pode restringir-se à boca, sem antes analisar o homem, a comunidade em que está inserida e como se relaciona com a mesma (NUNES, 2003).

O contato pessoal frequente entre os membros da equipe de saúde e o indivíduo e sua comunidade é a maneira mais eficaz de ter sucesso em Educação em Saúde Bucal (PINTO, 2008).

Uma opção encontrada na literatura que permite o tratamento definitivo para a cárie dentária utilizando equipamentos manuais, sem necessidade de energia elétrica e custo reduzido é o Tratamento Restaurador Atraumático – ART.

Segundo Prado (2008), o ART é uma alternativa de tratamento da cárie dentária direcionado para a saúde pública baseado na educação em saúde de adultos e crianças e também na solução dos problemas causados pela doença na cavidade bucal.

O trabalho desenvolvido por Lima (2003) nas comunidades Sateré- Mawé do Rio Andirá, situado na divisa dos Estados do Amazonas e Pará, evidencia o difícil acesso a essas comunidades. Por meio de uma pesquisa com 22 indígenas, se obteve o resultado de que 17 (dezesete) entrevistados relataram que fazer o tratamento restaurador atraumático é melhor que “arrancar” o dente e todos estavam satisfeitos com a restauração utilizando-se o ART, concluindo então a viabilidade desse tipo de tratamento para comunidades indígenas, principalmente as sem acesso devido às vantagens de sua aplicação nas condições de infraestrutura encontrada nessas regiões.

A Federação Odontológica Internacional (FDI), a Associação Internacional para Pesquisa Odontológica (IADR) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceram metas em saúde bucal para o ano de 2020. Para a cárie dentária na infância, as metas estabelecidas foram “aumentar a proporção de crianças livres de cárie aos 6 anos por X%” e “reduzir o CPO-D aos 12 anos, em particular o componente “C”, em X%, com atenção especial para os grupos de alto risco, considerando tanto os valores médios como as respectivas distribuições” (HOBDELL et al., 2003).

A perspectiva de uma meta ser proposta em termos de redução percentual, somada ao fato de não ter sido indicado um parâmetro único de validade global, marca uma mudança de estratégia ante o documento anterior, o qual havia estipulado parâmetros fixos para o ano 2000. Esses valores fixos foram considerados fonte de algumas dificuldades, pois, apesar, de alguns países terem conseguido alcançar e mesmo ir além das metas antes mesmo do prazo indicado, para ponderável parte da população mundial essa perspectiva representou apenas uma remota aspiração (ANTUNES; PERES; FRAZÃO, 2006).

Sobre a condição periodontal das crianças de 5 anos avaliadas pelo Índice de Alterações Gengivais, o resultado deste trabalho indica que 64,9% das crianças tinham ausência de sangramento. Já os dados do SB Brasil 2003 para a mesma faixa etária são de 92,48%. Importante ressaltar que a metodologia do SB Brasil 2010 não contempla as crianças de 5 anos para avaliação da condição periodontal.

Sobre as crianças de 12 anos, comparando os dados dos levantamentos nacionais SB Brasil 2003 (CPO-D médio igual a 2,8) e SB Brasil 2010 (CPO-D médio igual a 2,1), as aldeias em questão mostram resultados próximos aos dados de 2003, visto que foram encontrados para a aldeia de Comboios a média do CPO-D igual a 2,8; aldeia de Caieras Velha com a média de CPO-D igual a 2,9 e os Guarani com a média de CPO-D igual a 3,0. É necessário ressaltar que a aldeia de Pau-Brasil apresenta um CPO-D elevado, média do CPO-D igual a 6,0. Deve-se considerar que, nesta aldeia, só havia uma criança com 12 anos de idade e na aldeia Irajá não havia crianças nesta faixa etária estudada.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que, segundo a classificação adotada pela OMS, o Brasil saiu de uma condição de média prevalência de cárie em 2003 (CPO-D entre 2,7 e 4,4), para uma condição de baixa prevalência em 2010 (CPO-D entre 1,2 e 2,6).

Adotando esta mesma classificação da OMS, o resultado da média do CPO-D de todas as aldeias é igual a 3,0, indicando uma condição de média prevalência de cárie para a idade de 12 anos. E para o ano de 2010, a meta da OMS foi média do CPO-D menor que 1, observando-se então que os valores encontrados nas aldeias são bem superiores à essa meta.

Quanto à condição periodontal das crianças indígenas de 12 anos, foi observado que, das 41 crianças, 10 (24,4%) tinham ausência de sangramento, 28 (68,3%) apresentavam sangramento gengival e 3 (7,3) tinham a presença de cálculo dental. No SB Brasil 2010, foi encontrado que o percentual de

indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 68% para a idade de 12 anos.

Não há razão para que um serviço odontológico de âmbito local, estadual ou nacional estabeleça como meta eliminar a prevalência de biofilme dental e de inflamação gengival em uma comunidade ou população, mesmo porque isso seria impossível. Mais razoável seria o objetivo de controlar o acúmulo de biofilme e a gengivite de forma a impedir sua progressão para o patamar de uma doença periodontal destrutiva (PINTO, 2008).

Os dados encontrados comparados com os levantamentos nacionais de 2003 e 2010 demonstram que medidas preventivas e de promoção de saúde devem ser tomadas para que essas crianças possam chegar à idade adulta com uma boa condição de saúde bucal.

Nos últimos anos, tem crescido o número de estudos sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas no Brasil. Infelizmente, há dificuldades de comparabilidade entre os resultados devido às diferenças metodológicas, faixas etárias examinadas e ao modelo de assistência odontológica sob consideração, entre outras (Alves Filho, 2007). Diante disso, os resultados deste trabalho podem ser comparados aos dados encontrados por Fratucci (2000), Arantes, Santos & Coimbra Jr (2001), Rigonatto et al. (2001), Nunes (2003), Parizotto (2004), Biazevic et al. (2005), Alves Filho (2007), Detogni (2007), Pacagnela (2007), Carneiro et al. (2008), Nascimento & Scabar (2008), Vieira (2009) e Sampaio et al. (2010), que utilizaram metodologia e faixas etárias que pudessem ser comparados a essa pesquisa.

A falta de padronização no desenho de estudo pode ser um fator limitante para se conhecer a realidade epidemiológica da condição de saúde bucal da população indígena brasileira como um todo.

Ao analisar as condições de saúde bucal dos povos indígenas, é importante levar em consideração a heterogeneidade sócio-histórica e econômica que

caracteriza esses povos, o que se reflete na saúde bucal (CARNEIRO et al., 2008).

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 (PIUVEZAM et al., 2005).

O trabalho realizado por Fratucci (2000) com a população indígena Guarani em São Paulo encontrou, para crianças de 5 anos, a média de ceo-d igual a 3,3, o que corrobora com os resultados encontrados nas aldeias de Aracruz, onde a média do ceo-d de todas as aldeias foi de 3,6. Estes dados são similares aos encontrados por Nascimento e Scabar (2008) na população indígena Waiwai da aldeia Wakri, no Estado do Pará, com média de ceo-d para crianças de 5 anos igual a 3,5.

Na pesquisa realizada por Alves Filho (2007) em crianças indígenas de 5 anos, da etnia Guarani no Rio de Janeiro, foi encontrada a média de ceo-d equivalente a 2,6. Esse resultado se aproxima da média de ceo-d encontrada nas crianças da aldeia de Pau-Brasil, que foi de 2,9. As médias sobre o componente “cariado” também são próximas, sendo na aldeia de Pau-Brasil igual a 2,7, enquanto neste trabalho comparativo a média foi de 2,5 para crianças do gênero masculino e 2,1 para crianças do gênero feminino.

Na população indígena Baniwa, localizada na região do Alto Rio Negro, no Estado do Amazonas, a média do ceo-d foi 6,3 (CARNEIRO et al., 2008). A média do componente “cariado” foi 5,6, este resultado se aproxima do encontrado por Sampaio et al. (2010) em que crianças de 5 anos da Reserva Indígena Potiguara, Mato Grosso, apresentaram a média do componente “cariado” igual a 5,04 e a média do ceo-d igual a 5,87.

O trabalho realizado por Vieira (2009) na Reserva Indígena Umutina, no Estado do Mato Grosso, revela o ceo-d médio igual a 5 e esse dado é próximo do resultado encontrado na aldeia de Comboios que teve a média do ceo-d igual a 5,3.

A pesquisa desenvolvida por Pacagnella (2007), no Parque Indígena do Xingu, aconteceu em três momentos, nos anos de 2001, 2003 e 2005. Apesar de as médias estarem altas, observou-se uma redução ao longo dos anos. Na faixa etária de 4-5 anos, utilizando o ceo-d, observou-se que as médias encontradas são próximas de alguns resultados encontrados no trabalho com as crianças indígenas de Aracruz. Em 2003, na aldeia de Tubatuba, a média do ceo-d foi 1,7 sendo este valor próximo ao encontrado na aldeia Guarani do Espírito Santo, que teve a média do ceo-d igual a 1,5. Os valores que se assemelham aos dados encontrados na aldeia de Comboios, Aracruz, que teve média do ceo-d igual a 5,3 são encontrados nas aldeias de Tubatuba em 2001, Ngoiwere em 2003, e Tuiararé em 2006, com os valores das médias do ceo-d respectivamente igual a 5,4; 5,8 e 5,5.

Percebe-se, em algumas populações indígenas, que a média do ceo-d é bastante elevada, como revela a pesquisa desenvolvida por Nunes (2003) na população indígena localizada nos rios Tiquié-Uaipé, na região do Alto Rio Negro, Amazonas, encontrando a média de ceo-d igual a 8,83 para crianças da faixa etária entre 5-6 anos. Este dado é próximo ao encontrado por Rigonatto et al. (2001) com a população indígena do Alto Xingu, tendo como resultado a média de ceo-d igual a 8,48 para crianças de 5-7 anos, como também Parizotto (2004) que encontrou na população Kaiowá/Guarani, Mato Grosso do Sul, a média de ceo-d igual a 8 para crianças de 5 anos.

As comunidades indígenas são uma população de risco para a cárie dentária. Muitas dessas comunidades estão em locais distantes do acesso ao atendimento odontológico. O padrão de higiene bucal é pobre, combinado com uma dieta rica em carboidratos fermentáveis, o que leva a um aumento da incidência de cárie dentária (PARIZOTTO, 2004).

Para as crianças de 12 anos, a média encontrada do CPO-D nas aldeias de Aracruz, ES, foi 3,0. Esse valor indica uma condição de média prevalência de cárie. Outros trabalhos realizados em comunidades indígenas com crianças nesta idade e que se enquadram nesta mesma classificação são o de Arantes, Santos e Coimbra Jr.(2001), Sampaio et al. (2010), Pacagnella (2007) e Detogni (2007).

Na população indígena de Pimentel Barbosa, no Estado do Mato Grosso, Arantes, Santos e Coimbra Jr.(2001) encontraram a média do CPO-D igual a 3,7 nas crianças de 12-14 anos. Esse resultado é parecido com o encontrado por Pacagnella (2007) com a população indígena do Alto Xingu, que também utilizou a faixa etária de 12 a 14 anos e das quatro aldeias estudadas, três se encontravam, em 2006, com a condição de média prevalência de cárie, tendo em média o CPO-D para a aldeia de Tubatuba, Tuiararé e Moigu, respectivamente, 3,6, 3,0 e 4,2. O trabalho realizado por Detogni (2007) com a população indígena Enawene-Nawe, no Mato Grosso, encontrou para a faixa etária de 12-13 anos, em 2005, a média de CPO-D igual a 4,10. Esse resultado encontrado indica uma importante redução de 47,2% no índice CPO-D que, em 1995, era de 7,7. Sampaio et al. (2010) realizaram uma pesquisa com crianças de 12 anos na Reserva Indígena Potiguara, no Estado do Mato Grosso, e o seu resultado foi a média do CPO-D igual a 3,68.

Fratucci (2000) encontrou na comunidade Guarani, em São Paulo, a média de CPO-D igual a 2,2 para crianças de 12 anos, e Alves Filho (2007), com os índios Guarani no Rio de Janeiro, encontrou a média do CPO-D igual a 1,7 para crianças da mesma idade. Ambos os resultados são considerados condição de baixa prevalência de cárie. Já o trabalho de Biazevic et al. (2005) encontrou a média de CPO-D igual a 0,9 nas crianças de 12 anos, examinadas na Reserva de Cacique Doble, no Rio Grande do Sul, sendo classificado como condição de prevalência muito baixa de cárie dentária.

Outros trabalhos como de Rigonatto et al. (2001), Nunes (2003), Carneiro et al. (2008) e Vieira (2009) também realizaram pesquisas em comunidades indígenas com a faixa etária de 12 anos utilizando o índice CPO-D; porém,

encontraram médias de CPO-D elevadas, consideradas como condição de alta prevalência de cárie dentária. Rigonatto et al. (2001) encontraram na sua pesquisa, com os indígenas do Alto Xingu, para a faixa etária de 11-13 anos, a média de CPO-D igual a 5,93. A média do CPO-D encontrado por Nunes (2003) foi 6,18, resultado próximo ao encontrado por Carneiro et al.(2008) que foi 6. Já o trabalho realizado por Vieira (2009) encontrou a média do CPO-D, na comunidade indígena da Reserva Umutina, em Mato Grosso, para crianças de 12 anos, igual a 4,7.

A avaliação da necessidade de tratamento tem grande valor no planejamento de programas de saúde bucal, pois demonstra a gravidade da extensão da doença cárie na comunidade avaliada (VIEIRA, 2009).

Quanto à necessidade de tratamento, observou-se que a restauração de uma face foi a demanda maior das crianças indígenas de Aracruz nas duas faixas etárias analisadas, 5 e 12 anos. Esse dado corrobora com os resultados encontrados por Alves Filho (2007). No trabalho de Pacagnela (2007), nota-se que apesar de as indicações de restauração ainda serem maioria das necessidades observadas, em 2006 houve redução em suas indicações. Vieira (2009) relata que, para as crianças de 5 anos, a demanda por restauração de duas faces foi maior que a restauração de uma face e, para as crianças de 12 anos, observou-se um aumento da necessidade de tratamento restaurador, tratamento endodôntico, bem como a necessidade de coroa e também a indicação de tratamento conservador (remineralização de mancha branca). No trabalho de Sampaio et al. (2010), a restauração de duas faces é uma necessidade maior que a restauração de uma face nas crianças de 5 anos, fato este que se inverte para as crianças de 12 anos.

A grande heterogeneidade sociocultural, política e geográfica dos povos indígenas brasileiros, suas diferentes formas de contato e seus quase desconhecidos perfis epidemiológicos e demográficos dificultam o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (ALVES FILHO, 2007).

Em relação à condição periodontal das crianças indígenas de 5 e 12 anos, observa-se a escassez desse tipo de trabalho dentro das pesquisas relacionadas com a população indígena.

Diante deste fato, para as crianças de 5 anos, foi comparado o índice AG com os dados encontrados na pesquisa de Fratucci (2000) e de Alves Filho (2007). O resultado encontrado em Aracruz foi que 35,1% das crianças tiveram sangramento gengival sendo próximo ao resultado de Fratucci (2000) que foi equivalente a 33,33% e ambos estão destoantes do que foi observado por Alves Filho (2007), com 10,2%.

Quanto à condição periodontal das crianças de 12 anos, as crianças indígenas de Aracruz apresentaram 24,4% com ausência de sangramento, 68,3% com presença de sangramento e 7,3% com presença de cálculo. O trabalho de Alves Filho (2007) encontrou porcentagem parecida, com 7,5% para cálculo dentário; porém, mostra uma condição de higiene dental melhor, 87,5% com ausência de sangramento e apenas 5% com presença de sangramento gengival.

Percebe-se que ainda há muito que fazer para a população indígena no âmbito da saúde; porém, é importante ressaltar que o movimento para a construção de uma política que beneficie essa população que foi “esquecida” ao longo do tempo é recente.

O conhecimento da situação epidemiológica da população é essencial tanto para o nível de planejamento quanto para o de execução de serviços odontológicos, constituindo-se no caminho correto de equacionamento dos problemas de saúde e doença de cada comunidade (PINTO, 2008).

7 CONCLUSÃO

Conclui-se nesta pesquisa que:

- A condição de saúde bucal das crianças indígenas aldeadas de Aracruz-ES apresentou-se insatisfatória.

- Em relação à prevalência de cárie dentária e condição periodontal nas idades de 5 e 12 anos, foram observados valores expressivos que requerem medidas de promoção e prevenção em saúde para que estas crianças possam chegar à idade adulta com uma boa condição bucal;

- A necessidade de tratamento mais encontrada pode ser realizada na unidade básica de saúde local, não sendo necessário deslocamento para um centro de especialidades odontológicas;

- Os dados deste trabalho científico servem como ferramenta para o planejamento de programas de saúde bucal específicos, adequados a real necessidade das crianças indígenas aldeadas.

8 REFERÊNCIAS

1 ALMEIDA, LR. **Saúde das populações indígenas do Brasil: uma revisão sistemática da produção científica**. 2009. 40f. Monografia. (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

2 ALVES FILHO,P. **A saúde bucal dos índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro**. 2007. 113f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

3 ANTUNES, JLF; PERES, MA; FRAZÃO, P. Cárie dentária. In: In: ANTUNES, J. L. F; PERES, M. A. **Fundamentos de Odontologia Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006. cap.4, p. 49-65.

4 ARANTES, R. et al. Caries, gender and socio-economic change in the Xavante Indians from Central Brazil. **Annals of Human Biology**, London,v.36, n.2, p. 162-175, mar/abril 2009.

5 ARANTES, R. **Saúde bucal dos povos indígenas do Brasil e o caso dos Xavante de Mato Grosso**. 2005. 139 f. Tese. (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

6 ARANTES, R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA JR, CEA; SANTOS, RV; ESCOBAR, AL. (org). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil**. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz/ABRASCO, p.49-42, 2003.

7 ARANTES, R., SANTOS, RV; COIMBRA JR, CEA. Saúde bucal da população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.425-431, mar/abril 2001.

8 ARANTES, R.; SANTOS, RV. FRAZÃO, P. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Epidemiol, São Paulo, v.13, n.2, p. 223-36, 2010.*

9 ASSOCIAÇÃO INDÍGENA TUPINIKIM/GUARANI. Fórum Permanente de Gestão da Terra Indígena. Aracruz, ES, 2009

10 BARBOSA, APS. A política de saúde indígena no Brasil na década de 1990 e o sistema único de saúde: o caso das aldeias do Espírito Santo. 2009. 142f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação Atenção à Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2009.

11 BASSI, F; BOTELHO, L.M. Leitura entre mundos: Relato de uma experiência de educação popular indígena. Disponível em: <http://www.paulofreire.org/.../LEITURA_ENTRE_MUNDOS_relato_de_uma_experiencia_de_Educacao_Popular_indigena.doc> Acesso em: 18 out 2010.

12 BERTOLANI, MN. **Representações sociais da saúde e políticas de saúde voltadas à populações indígenas:** Uma análise da relação entre o sistema de saúde Guarani e a Biomedicina. 2008.196f. Dissertação. (Mestrado em Política Social) - Programa de Pós-Graduação em Política Social, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

13 BIAZEVIC, MGH; FANTIN, A; MICHEL-CROSATO, E. Oral health conditions survey among 6 to 12 years old children living in the indigenous reserve of Cacique Doble, Rio Grande do Sul, Brazil. *Caries Res.*, London, v.39, p. 287-340, 2005.

14 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: 1ª etapa: cárie dental: projeto.** Brasília, 1996.

15 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Resultados Principais.** Brasília, 2004.

16 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010. **Nota para a imprensa.** 28 dez. 2010. Disponível em: <http://www.mrchip.com.br/mrchip/angelo/SBBrasil2010_Nota_Imprensa.pdf> Acesso em 02 maio 2011.

17 BRASIL. Ministério da Saúde. **Conheça a SESAI** - Secretaria Especial de Saúde Indígena. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708> Acesso em: 01 mar. 2011.

18 BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde lança Brasil Sorridente Indígena.** 19 abril 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalleNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=12467> Acesso em: 27 maio 2011.

19 CARNEIRO, MCG et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.6, p.895-1992, 2008.

20 DETOGNI, AM. **Práticas e perfil em saúde bucal:** o caso Enawene- Nawe, MT, no período 1995-2005. 2007. 321 f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá, 2007.

21 DUMONT, AFS et al. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 1017-1022, 2008.

22 FUNASA. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

23 FUNASA. Brasil. **Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

24 FUNASA. Brasil. Fundação Nacional da Saúde. **Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: Manual Técnico/** Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2007.

25 FUNASA. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Lei Arouca: A Funasa nos 10 anos de Saúde Indígena /** Fundação Nacional de Saúde. - Brasília: Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2009.

26 FUNASA. Ministério da Saúde. **Desai registra avanços nos indicadores de saúde bucal**. 01 set. 2010. Disponível em: http://www.funasa.gov.br:8080/siscanot/noticias/not_2010/not.php?cod=619
Acesso em: 02 mar. 2011.

27 FUNASA. Ministério da Saúde. **Principais dados sobre saúde bucal**. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/arquivos/programasASsaudeBucal.pdf>
Acesso em: 01 fev. 2011. (a)

28 FUNASA. Ministério da Saúde. **Saúde Bucal**. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/internet/desai/arquivos/desai_saudeBucal.pdf
Acesso em: 01 fev. 2011. (b)

29 FUNASA. Brasil. Fundação Nacional da Saúde. **Relatório de Gestão 2010**. Elaborado por Coordenação Geral de Planejamento e Avaliação CGPLA/DIREX. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2011.

30 HIRATA J et al. Estudo de prevalência de cárie em crianças indígenas no Parque Nacional do Xingu. **Revista da Faculdade de Odontologia de São Paulo**, São Paulo, v. 15, p.189-198, 1977.

31 HOBDELL, M et al. Global goals for oral health 2020. **International Dental Journal** , Geneve, v.53, p. 285–288, 2003.

32 LANGDON, E.J. DIEHL, E. E. Participação e autonomia nos espaços interculturais de saúde indígena: reflexões a partir do sul do Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.16, n.2, p.19-36, 2007.

33 LIMA, RB. **A aplicabilidade do tratamento restaurador atraumático nas comunidades indígenas Sateré-Mawé do Rio Andirá.** 34f. 2003. Monografia. (Especialização em Odontologia em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Odontologia em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

34 MARTINS, A.L.; CIRANI,G.A. Promoção de saúde bucal em área indígena. In: SOARES, O.E. (Org.). **Ação em Saúde Indígena Amazônica: O Modelo do Alto Rio Negro.** 1ed. São Gabriel da Cachoeira: Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, 2006.

35 MELLO,TRC; ANTUNES, JLF; WALDMAN; EA. Áreas rurais: pólos de concentração de agravos à saúde bucal? **Arq Med**, Porto, v.19, n.1-2, p.67-74, 2005.

36 MENTA, AS. Processo saúde doença entre as populações indígenas brasileiras. **Tellus**, Campo Grande, v. 2, n.2, p. 65-72, 2002.

37 MESQUITA, LP et al. Periodontal status of na indigenous population at the Xingu Reserve. Braz J Oral, Piracicaba, v.9, n. 1, p.43-47, jan./mar. 2010.

38 MOIMAZ, SAS et al. Percepção de saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil. **Rev. Fac. Odontol. Lins**, Lins, v.13, n. 1, jan/jun. 2001.

39 MOURA, P.G. et al. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Rev. Nutr.**, Campinas, v.23, n.3, p.459-465, maio/jun., 2010.

40 MOURA, PG. **População indígena: condição bucal e estado nutricional materno infantil.** 2007.120f. Dissertação. (Mestrado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

41 NARVAI et al. Diagnóstico da cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 4, n. 2, 2001.

42 NASCIMENTO, S; SCABAR, LF. Levantamento epidemiológico de cárie, utilizando os índices CPO-D, ceo-d e IHOS, nos índios da aldeia Wakri no Estado do Pará. **Rev Inst Ciênc Saúde**, São Paulo, v.26, n.2, p.246-53, 2008.

43 NISWANDER JD. Further studies on the Xavante Indians. VII. The oral status of the Xavantes of Simões Lopes. **Am J Hum Genet.**, Boston, v. 19, p.543-553,1967.

44 NUNES, SAC. **Avanços e desafios na implantação da atenção básica em saúde bucal dos povos indígenas do rio Tiquié e Uaupés – Distrito Sanitário Especial Indígena – Alto Rio Negro – Amazonas:** Análise de uma experiência. 2003. 173 f. Dissertação. (Mestrado em Odontologia) Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2005.

45 OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Calibração de Examinadores para Levantamentos Epidemiológicos em Saúde Bucal,** 1993.

46 PACAGNELLA, RC. **Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal da População do Parque do Xingu, entre os anos de 2001 e 2006**. 98f. Dissertação. (Mestrado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

47 PARIZOTTO, SPCOL. **Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco**. 2004. 111 f. Tese (Doutorado em Odontologia) – Programa de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

48 PERES, MA; PERES, KG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: um guia para os serviços de saúde. In: ANTUNES, J. L. F; PERES, M. A. **Fundamentos de Odontologia Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006. cap.2, p. 19-31.

49 PETTENATI-SOUBAYROUX, I et al. Acculturation alimentaire et santé dentaire des Yanomamis. **Antropo**, Bilbao, n.11, p.109-117, 2006.

50 PETERSEN, PE. Priorities for research for oral health in the 21st Century – the approach of the WHO Global Oral Health Programme. **Community Dental Health**, Suffolk, v.22, p. 71-74, 2005.

51 PINTO, VG. **Saúde bucal coletiva**. 5 ed. Editora Santos: São Paulo. 2008

52 PIUVEZAM, G. et al. Ações de promoção em saúde bucal: um estudo com o povo indígena Tremembé, CE. **Robrac**, Goiânia, v.14, n. 37, 2005.

53 PMA - PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACRUZ. **A cidade**. Disponível em: <<http://www.aracruz.es.gov.br/conteudo/a-cidade/>> Acesso em: 01 dez. 2010.

54 POSE, S. B. **Avaliação das condições de saúde bucal dos índios Xavante do Brasil Central**. 1993. 177f. Dissertação (Mestrado em Saúde

Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

55 PRADO, MPM. **ART – Tratamento Restaurador Atraumático**: uma opção de prevenção em odontologia de baixo custo e ampla cobertura. 22f. 2008. Monografia. Programa de Pós-Graduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares, Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2008.

56 RIGONATTO DL, ANTUNES JL, FRAZÃO P. Dental caries experience in indians of the upper Xingu, Brasil. **Revista do Instituto de Medicina de São Paulo**, São Paulo, v. 43, p. 93-8, 2001.

57 RONCALLI, AG. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil In: ANTUNES, J. L. F; PERES, M. A. **Fundamentos de Odontologia Epidemiologia da Saúde Bucal**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2006a. cap.3, p. 32-48.

58 RONCALLI, AG. Epidemiologia e Saúde Bucal Coletiva: Um Caminhar Compartilhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p.105-114, 2006b.

59 ROUQUAYROL, MZ; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 4ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994.

60 SANTOS, R. V. Saúde dos povos indígenas no Brasil: Perspectivas atuais. Editorial. **Cad. Saude Publ**, Rio de Janeiro, v.17, n.2, p.258-259, mar/abr, 2001.

61 SAMPAIO, FC. et al. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v.27, n.4, p.246- 251, 2010.

62 SIASI - FUNASA/MS. **Relatório de Indicadores Demográficos.** Dados Referentes à 1º de Julho de 2010. Disponível em:<[http: www.funasa.gov.br](http://www.funasa.gov.br)> Acesso em: 19 jan. 2011.

63 TEAO, K. M., LOUREIRO, K. **História dos índios do Espírito Santo.** 1 ed. Vitória, ES : Ed. do Autor, 2009.

64 TRICERRI FJ. Breve passagem odontológica entre os índios do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista da Fundação SESP**, Rio de Janeiro, v. 30, p.151-160, 1985.

65 TUMANG AJ, PIEDADE FF. Cárie dental, doenças periodontais e higiene oral em indígenas brasileiros. **Boletim de la Oficina Sanitária Panamericana.** Washington v. 64, p.103-109, 1968.

66 VIEIRA, EMM. **Estudo das condições de saúde bucal e avaliação da microbiota periodontopatogênica de uma população indígena brasileira.** 2009. 116f. Tese. (Doutorado em Odontologia) Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Araçatuba, 2009.

67 WHO – World Health Organization. **Oral Health Surveys:** basic methods. 4 ed. Genebra:ORH/ EPID, 1997.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária no estudo denominado: **CONDIÇÃO DE SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INFANTIL INDÍGENA DE ARACRUZ-ES**

PESQUISADORES: Prof^a. Dr^a Raquel Baroni de Carvalho , CD Paula Vitali Miclos e CD Camila Oliveira de Alencar

- **OBJETIVOS:** Esta pesquisa será uma forma de saber como está a saúde bucal das crianças da sua aldeia e buscar soluções para os problemas encontrados. A pesquisa fornecerá informações aos coordenadores (UFES, FUNASA e Secretaria de Saúde de Aracruz) para desenvolver projetos direcionados oferecendo tratamento de dentes como limpeza, obturação e canal para as crianças que apresentarem problemas bucais.

- **PROCEDIMENTOS:** Será realizado exame da boca das crianças para ver a presença de cárie dentária, doenças da gengiva, dentes tortos e manchas nos dentes. Os exames serão realizados, preferencialmente, nas escolas (com agendamento prévio, com a direção e professores), ou nas unidades básicas de saúde.

- **RISCOS:** Não haverá nenhum desconforto ou risco esperado, pois as crianças serão atendidas por profissionais competentes, utilizando instrumentos limpos e estéreis, máscaras, toucas, jaleco e luvas descartáveis. Os exames serão realizados por profissionais treinadas e capacitadas para a pesquisa.

- **BENEFÍCIOS:** Os resultados desta pesquisa trarão dados importantes, que serão utilizados em benefício da população indígena de Aracruz, ES.

- **GARANTIAS:** Você tem garantia de que receberá resposta a qualquer dúvida relacionada com a pesquisa. A qualquer momento, você ou seu filho(a) pode desistir de participar da pesquisa, sem nenhum prejuízo ou problema.

- **SIGILO:** Todas as informações obtidas nesta pesquisa, relativas à sua participação, serão analisadas em conjunto, sem revelar a identidade de cada criança que foi examinada. Reafirmamos que a criança não será identificada de forma alguma.

Eu, _____, li todo o documento e entendi a importância da pesquisa sobre saúde bucal, e estou de acordo com a participação de meu/minha filho (a) _____ na pesquisa.

Assinatura _____

Muito obrigada pela sua colaboração e participação!

Prof^a.Dr^a Raquel Baroni de Carvalho (orientadora)

CD Paula Vitali Miclos (pesquisadora)

CD Camila Oliveira de Alencar (pesquisadora)

Para esclarecimento de dúvidas:

Prof^a Raquel Baroni de Carvalho – 8129 6838 / 3335 7225

Paula Vitali Miclos – 27-8809-0605

Camila Oliveira de Alencar – 27 – 9996-8999

Programa de Pós- Graduação Mestrado em Clínica Odontológica UFES

27 - 3335 – 7244

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique a situação ao Comitê de Ética em pesquisa pelo telefone: 27- 3335-7211 ou pelo e-mail: cep@ccs.ufes.br.

Endereço: Av. Marechal Campos, 1468, Maruípe – Vitória - ES CEP: 29040-090

APÊNDICE B – Ficha para coleta de dados

- PROJETO LEVANTAMENTOS EPIDEMIOLÓGICOS EM SAÚDE BUCAL - LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA POPULAÇÃO INFANTIL INDÍGENA DE ARACRUZ-E

Ano/mês: _____ Examinador ()
 Nome: _____ Microárea: _____
 Família: _____
 Aldeia () Escola () Sexo () Faixa etária () Raça ()
 Nascimento: ____/____/____ Local ()

CPOD E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Cariado														
Perdido														
Obturado														
Raiz 35-44														
Tratamento														

	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Cariado														
Perdido														
Obturado														
Raiz 35-44														
Tratamento														

Total parcial: ____ C ____ P ____ Ei ____ O Total final: ____

ÍNDICE DE FLUOROSE DENTÁRIA –

Índice de Dean (12; 15-19)

perdidos)

OCLUSÃO

Overjet maxilar anterior (mm)

Overjet mandibular anterior (mm)

Mordida aberta vertical anterior (mm)

Relação Molar antero-posterior

ESPAÇO

Apinhamento na região região de incisivos

Espaçamento na região região de incisivos

Diastema em mm

Desalinhamento maxilar anterior em mm

Desalinhamento mandibular anterior em mm

ÍNDICE PERIODONTAL COMUNITÁRIO (CPI) (12; 15-19; 35-44; 65-74)

17/16	11	26/27
47/46	31	36/37

AG (5 anos)

MÁ-OCLUSÃO (5 anos)

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Vitória-ES, 30 de novembro de 2009.


Da: Profa. Dr^a. Ethel Leonor Noia Maciel
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde

Para: Prof^a. Raquel Baroni de Carvalho
Pesquisadora Responsável pelo Projeto de Pesquisa intitulado: **“Condição de saúde bucal e percepção da qualidade de vida da população indígena do município de Aracruz – Espírito Santo”**.

Senhora Pesquisadora,

Informamos a Vossa Senhoria, que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, após analisar o Projeto de Pesquisa nº. **081/09** intitulado: **“Condição de saúde bucal e percepção da qualidade de vida da população indígena do município de Aracruz – Espírito Santo”** e o **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**, cumprindo os procedimentos internos desta Instituição, bem como as exigências das Resoluções 196 de 10.10.96, 251 de 07.08.97 e 292 de 08.07.99, **APROVOU** o referido projeto, em Reunião Ordinária realizada em 25 de novembro de 2009.

Atenciosamente,


Prof^a Dra Ethel Leonor Noia Maciel
COORDENADORA
Comitê de Ética em Pesquisa
Centro de Ciências da Saúde/UFES

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde
Av. Marechal Campos, 1468 – Maruípe – Vitória – ES – CEP 29.040-091.
Telefax: (27) 3335 7504

ANEXO B - Aprovação do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde

SIPAR - Ministério da Saúde

Registro Número:

25000. 170324/2010-15
03/30/2010
⊗

OFÍCIO Nº. 2989/10/CONEP/CNS/MS

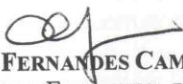
Brasília-DF, 30 de setembro de 2010.

Assunto: "Encaminhamento de Parecer".

Senhor (a) Coordenador (a),

1. Encaminhamos, em anexo, o (s) Parecer (es) nº **0524/2010**, referente ao **Protocolo de Pesquisa Registro CONEP nº 15.885** da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, referente(s) a (os) projeto(s) de pesquisa acompanhada(s) por esse Comitê.

Atenciosamente,


ROZÂNGELA FERNANDES CAMAPUM
SECRETÁRIA-EXECUTIVA DO
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Ao Senhor (a) Ethel Noia Maciel
Coordenador (a) do Comitê de Ética em Pesquisas
Centro de Ciências da Saúde/UFES
HU/ Avenida Marechal Campos 1468/ Diretoria CBM
Núcleo Doenças Infecciosas Vitória ES
Cep: 29.040-091

Sl/ps

Esplanada dos Ministérios, Bloco "G" – Edifício Anexo, Ala "B" – 1º andar, Sala 104 – 70058-900 – Brasília, DF
Telefones: (061) 3226-8803 / 3225-6672 – Fax: (061) 3315-2414 / 3315-2472 – e-mail: cns@saude.gov.br



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER N.º 524/2010

Registro CONEP 15885

(Este nº deve ser citado nas correspondências referentes a este projeto)

Registro no CEP – 081/09

Processo nº. 25000.051546/2010-30

Projeto de Pesquisa: “Condição de saúde bucal da população indígena infantil de Aracruz - ES”.

Pesquisador Responsável: Dra. Raquel Baroni de Carvalho

Instituição: Prefeitura Municipal de Aracruz (**CENTRO ÚNICO**)

CEP de origem: Centro de Ciências da Saúde – Universidade Federal do Espírito Santo

Área Temática Especial: Populações Indígenas

Patrocinador: PPSUS (Pesquisa para o SUS)

Sumário geral do protocolo

Ao implantar a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA) manteve o modelo de distritalização - um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, voltado para a proteção promoção e recuperação da saúde das populações indígenas iniciado em 1991 - através dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).

A fundação se manteve a frente da coordenação das ações de saúde a serem desenvolvidas em áreas indígenas, mas optou pela renúncia à execução direta das mesmas, através da terceirização dos serviços via convênios com prefeituras, organizações governamentais e não governamentais, as chamadas “conveniadas”. 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 toda a população indígena.

O conhecimento da situação epidemiológica da população é essencial tanto para o nível de planejamento quanto para o de execução de serviços odontológicos, constituindo-se no caminho correto de equacionamento dos problemas de saúde-doença de cada comunidade.

A situação de saúde bucal apresenta determinação causal direta e implacável a depender das formas de inserção do homem na sociedade. Uma população oprimida e sem acesso equitativo às oportunidades apresenta um reflexo na saúde bucal.

Em 1986, o Ministério da Saúde (MS) executou o primeiro levantamento epidemiológico de âmbito nacional na área de saúde bucal, que foi realizado na zona urbana de 16 capitais, representativo das cinco regiões brasileiras. A pesquisa foi realizada em crianças, adolescentes, adultos e idosos obtendo dados relativos à cárie dentária, doença periodontal e ao acesso a serviços. Decorridos dez anos, em 1996, foi realizado o segundo levantamento epidemiológico nas 27 capitais, na população de 6 a 12 anos, gerando dados relativos à cárie dentária.

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou os resultados do estudo intitulado SB-Brasil 2003 – Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Esta pesquisa, pela sua ampla abrangência geográfica (todos os estados e municípios foram incluídos no sorteio da amostra), por avaliar várias doenças e agravos e por pesquisar várias faixas etárias (inclusive adultos e idosos) se transformou num marco em termos de

pesquisa epidemiológica em saúde bucal no Brasil. A pesquisa avaliou problemas de saúde bucal, como cárie, doença periodontal, má-oclusão (anomalias dento - faciais), fluorose, uso e necessidade de prótese (edentulismo) bem como a presença de lesões bucais. As faixas etárias analisadas no estudo foram crianças de 18 a 36 meses, crianças de 5 anos de idade, adolescentes de 12 anos de idade, adolescentes/Jovens de 15 a 19 anos de idade, adultos de 35 a 44 anos de idade, idosos de 65 a 74 anos de idade.

Alguns dos resultados do levantamento epidemiológico do SB Brasil-2002 em crianças: quase 27% das crianças de 18-36 meses apresentaram pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie, na faixa etária dos 12 anos quase 70% apresentaram pelo menos um dente com lesão cariada e quanto à prevalência de alterações gengivais na faixa etária de 5 anos a porcentagem foi de 6%,

As aldeias do estado do Espírito Santo fazem parte do DSEI Minas Gerais/ Espírito Santo. 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 70 km 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), Piraqueaçú (37) e Três Palmeiras (167).

No total a população indígena de Aracruz dispõe de 7.616,7 hectares distribuídos em quatro terras indígenas (Caieiras Velha, Caieiras Velha 2, Pau Brasil e Comboios). A densidade demográfica varia de 0,16 pessoa por hectare na terra indígena de Comboios (aldeia de Comboios) a 0,57 na terra indígena de Caieiras Velha (aldeias de Caieiras Velha, Irajá, Boa Esperança e Três Palmeiras). Na terra indígena de Pau Brasil a densidade demográfica é de 0,26 por hectare e na terra indígena de Piraqueaçú é de 0,57.

Este projeto de pesquisa será um estudo inédito no município de Aracruz-ES, já que o último levantamento epidemiológico realizado foi em 1993, e as informações para a coleta de dados não foram realizadas nas aldeias indígenas, apenas na sede e alguns distritos, tornando-se posteriormente referência para gestores, profissionais locais e a própria população. Será elemento de grande motivação o fato deste estudo ser o precursor de muitos outros que poderão surgir, fato que terá como objetivo maior contribuir com a saúde indígena daquela região.

O objetivo principal deste estudo é: "Conhecer a condição de saúde bucal e a necessidade de tratamento das crianças indígenas do município de Aracruz-ES." Os objetivos secundários são: "1. Estimar, para a população de 18 a 36 meses, a prevalência de cárie dentária; 2. Identificar, na amostra de 5 anos, a prevalência de alterações gengivais; 3. Identificar, na amostra de 12, a prevalência de doença periodontal; 3. Identificar, na amostra correspondente às idades de 5, 12, a prevalência de oclusopatias; 4. Identificar, na amostra correspondente às idades de 12, a prevalência de fluorose dentária; 5. Estimar as necessidades de tratamento relacionadas com a cárie dentária; 6. Subsidiar pesquisas que visem o estabelecimento de relações entre os dados encontrados e a realidade sócio-econômica e demográfica da população brasileira; 7. Contribuir para o desenvolvimento da investigação epidemiológica a partir da construção de um referencial teórico-metodológico; 8. Fornecer subsídios aos profissionais da área da saúde, educação, planejamento e administração, relativos à Saúde Bucal."

Os critérios de inclusão da pesquisa são as crianças indígenas (18 meses a 12 anos) aldeadas do município de Aracruz e serão excluídos os adolescentes, adultos e idosos aldeados ou não-aldeados residentes no município de Aracruz, ES.

Será realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal envolvendo: pesquisa bibliográfica e documental; e um levantamento epidemiológico da população. O levantamento epidemiológico será realizado após esclarecimentos e assinatura do TCLE

nt. Parecer CONEP nº 524/2010

pelos responsáveis das crianças e será registrado em ficha clínica especialmente desenvolvida para este estudo, de acordo com a metodologia adotada pelo SB Brasil-2003, onde as faixas etárias variam de 18 a 36 meses, 5 e 12 anos. Os exames clínicos serão realizados nas Unidades básicas de Saúde, escolas e creches do território indígena, em local com iluminação adequada. Os sujeitos passarão por um exame bucal, e esse será realizado por cirurgiões-dentista. Após o exame os voluntários receberam instruções de higiene oral e kits de prevenção.

Local de realização

Trata-se de um projeto nacional e unicêntrico, realizado pela Universidade Federal do Espírito Santo em conjunto com a Prefeitura Municipal de Aracruz. No estudo serão utilizadas 600 crianças de idade variando de 18 meses a 12 anos de idade.

Apresentação do protocolo

A folha de rosto (página 05, numeração do CEP) não está devidamente preenchida, pois não apresenta os campos destinados ao preenchimento dos sujeitos na pesquisa. E não foi preenchida a data pelo responsável pela instituição.

O cronograma e orçamento financeiro, páginas 20 a 22 (numeração do CEP) foram corretamente preenchidos e detalhados.

Foram anexados ao protocolo os currículos dos pesquisadores que participaram do presente estudo (páginas 44 a 65, numeração do CEP). As anuências foram obtidas da FUNAI/ES (página 31, numeração do CEP), FUNASA (página 32, numeração do CEP) e dos líderes das aldeias que irão participar do estudo (páginas 34 a 38, numeração do CEP), atendendo a resolução 304/2000, em "IV.1".

O pesquisador declara que tornará público os dados obtidos e que o financiamento do estudo será realizado pela FAPES/PPSUS, página 41 (numeração do CEP).

O TCLE encontra-se anexado nas páginas 26-27 (numeração do CEP) e foi redigido de forma clara, porém afirma que não haverá risco ou desconforto para as crianças.

A ficha do levantamento epidemiológico foi anexada na página 28 (numeração do CEP) onde é possível visualizar quais os dados serão coletados durante o estudo.

Considerações sobre a análise das respostas às recomendações do Parecer CONEP Nº 305/2010, relativo ao projeto de pesquisa em questão:

1. A Folha de Rosto (FR) deve ser devidamente preenchida com os campos referentes aos "sujeitos na pesquisa". O campo referente à data da assinatura do responsável pela instituição se encontra em branco. Solicita-se nova FR, com todos os campos devidamente preenchidos.

Resposta: Nova Folha de Rosto foi apresentada com as devidas solicitações.

Análise: Pendência atendida.

2. No TCLE, página 26 (numeração do CEP), e no item 3.2 referente à metodologia do estudo, página 19 (numeração do CEP), são citados: "*não haverá nenhum desconforto ou risco esperado*" e "*a pesquisa não envolverá risco a nenhum voluntário*", respectivamente. Vale ressaltar que, de acordo com o item V da Resolução CNS 196/96, "*considera-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade*". Ressalte-se ainda o item II.8 da mesma resolução que define como "*Risco da pesquisa - possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer fase de uma pesquisa e dela decorrente*". Solicita-se,

ont. Parecer CONEP nº 524/2010

portanto, que o trecho supracitado seja alterado. Tal informação também deve ser adequada no TCLE.

Resposta: As alterações foram realizadas tanto no protocolo quanto no TCLE, conforme solicitado.

Análise: Pendência atendida.

3. Com relação Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (páginas 26-27, numeração do CEP):

a. O modelo não possui numeração em suas páginas, o que pode comprometer a integridade das informações contidas no documento (retirada ou adição de páginas). Solicita-se adequação.

Resposta: Foi apresentado novo TCLE com as devidas solicitações.

Análise: Pendência atendida.

b. Não consta a informação de que será emitido em duas vias, ficando uma com o pesquisador e outra com o sujeito de pesquisa (item IV.2."d" da Resolução CNS 196/96). Solicita-se adequação.

Resposta: Foi apresentado novo TCLE. A informação em questão foi adicionada, atendendo à solicitação.

Análise: Pendência atendida.

c. Não consta garantia de assistência integral e indenização em caso de danos decorrentes da participação do sujeito no estudo, conforme exigido pelos itens IV.1."i", V.5 e V.6 da Resolução CNS 196/96. Solicita-se adequação.

Resposta: Foi apresentado novo TCLE. A informação em questão foi adicionada, atendendo à solicitação.

Análise: Pendência atendida.

d. Como prevêem os itens IV.1."h" e VI.3."h" da Resolução CNS 196/96, deve ser garantido ao sujeito de pesquisa o ressarcimento de despesas decorrentes da participação no estudo, tais como transporte e alimentação nos dias em que for necessária sua presença. Assim sendo, solicita-se que a garantia de ressarcimento dos gastos decorrentes da participação no estudo seja apresentada de modo claro e afirmativo. Solicita-se adequação.

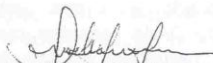
Resposta: Foi apresentado novo TCLE. A informação em questão foi adicionada, atendendo à solicitação.

Análise: Pendência atendida.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: **Protocolo aprovado.**

Brasília, 27 de setembro de 2010.



Gyselle Saddi Tannous
Coordenadora da CONEP/CNS/MS

ANEXO C – Autorização da FUNAI

 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO		
AUTORIZAÇÃO PARA INGRESSO EM TERRA INDÍGENA		Nº: 125 /AAEP/10
IDENTIFICAÇÃO		
Nome: Paula Vitali Miclos		Processo: n°.0040/10
Nacionalidade: brasileira	Identidade: RG n°.1519839 SSP ES	
Instituição: Universidade Federal do Espírito Santo		
Patrocinador:		
OBJETIVO DO INGRESSO		
Desenvolver o projeto de mestrado intitulado “Condições de Saúde Bucal da População Infantil Indígena de Aracruz-ES”, sob a orientação da Profa. Raquel Baroni de Carvalho.		
EQUIPE DE TRABALHO		
Nome	Nacionalidade	Identidade
Camila Oliveira de Alencar*****brasileira*****RG n°.1529857 SSP MG ***** *****		
Terra Indígena: Tupinikim e Comboios		Etnia: Tupinikim e Guarani
Coordenação Regional: Governador Valadares		Coordenação Técnica: Aracruz
VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO		
Início: 25 de outubro de 2010		Término: 25 de outubro de 2011
OBSERVAÇÕES		
* Remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas/Funai, duas cópias da monografia, relatórios, artigos, livros, gravações, imagens e outras produções oriundas do trabalho realizado. * Esta autorização não inclui cessão de uso de imagem e som de voz dos índios, nem de acesso ao conhecimento tradicional associado a biodiversidade.		
Autorizo:		
Brasília, 10 de outubro de 2010.  Presidente da FUNAI Márcio Augusto Freitas de Mena Presidente da Funai		

ANEXO D – Códigos utilizados para preenchimento da ficha de coleta de dados

Cárie dentária

Os números são adotados para os dentes permanentes e as letras para os dentes decíduos.

0(A) - Coroa hígida. Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como hígidos: Manchas esbranquiçadas; descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda; sulcos e fissuras do esmalte manchados, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda; áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa; lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame táctil/visual, resultem de abrasão.

1(B) - Coroa cariada. Sulco, fissura ou superfície lisa apresenta cavidade evidente ou tecido amolecido na base; ou descoloração do esmalte ou de parede; ou há uma restauração temporária (exceto ionômero de vidro). A sonda é empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considera-se o dente hígido.

2(C) - Coroa restaurada mas cariada. Há uma ou mais restaurações e ao mesmo tempo uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação física com a(s) restauração(ões).

3(D) - Coroa restaurada e sem cárie. Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistente cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa colocada devido à cárie inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).

4(E) - Dente perdido devido à cárie. Um dente permanente ou decíduo foi extraído por causa de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à coroa. Dentes decíduos: aplicado apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

5(F) - Dente perdido por outra razão. Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas. O código para decíduos (F) nestes casos é mais utilizado na faixa etária de 18 a 36 meses, uma vez que, a partir dos 5 anos, geralmente o espaço vazio se deve à exfoliação natural, sendo codificado como coroa não erupcionada (código "8").

6(G) - Selante. Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie).

7(H) - Apoio de ponte ou coroa. Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para coroas instaladas por outras razões que não a cárie ou para dentes com facetas estéticas. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5.

8(K) - Coroa não erupcionada. Quando o dente permanente ou decíduo ainda não foi erupcionado, atendendo à cronologia da erupção. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

T(T) - Trauma (Fratura). Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

9(L) - Dente Excluído. Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Necessidade de tratamento

Abaixo segue os códigos e critérios utilizados para as necessidades de tratamento.

0 - Nenhum tratamento. A coroa e a raiz estão híginas ou o dente não pode ou não deve ser extraído ou receber qualquer outro tratamento.

1 - Restauração de uma superfície dentária.

2 - Restauração de duas ou mais superfícies dentárias

3 - Coroa por qualquer razão

4 - Faceta estética

5 - Tratamento pulpar e restauração. O dente necessita de tratamento endodôntico (tratamento de canal) previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.

6 – Extração. Um dente é registrado como indicado para extração, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando: A cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo; a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado por tratamento periodontal; um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impaction.

7 - Remineralização de Mancha Branca

8 – Selante.

9 - Sem Informação. Quando, por alguma razão, não for possível definir a necessidade de tratamento do dente. Via de regra, quando a condição da coroa for 9 (dente excluído), assinala-se 9 também na necessidade de tratamento. Na condição em que a coroa foi considerada não-erupcionada (8) ou dente perdido (4 ou 5), também deve ser assinalado 9 na casela referente à necessidade de tratamento.

Condição periodontal

Índice de Alterações Gengivais (AG)

Esse índice foi utilizado para determinar alterações periodontais em crianças de 5 anos. Códigos e critérios:

a) Quando for observado, após o exame, qualquer sinal de sangramento em 3 ou mais coroas, será indicada presença de sangramento (código 1);

b) Se, durante este exame, não for observado este sinal, será registrada ausência de sangramento (código 0).

O tempo para a observação do sangramento foi definido pelo tempo despendido no exame da condição dentária da criança.

Espera-se com este exame estimar a proporção de crianças com sinais evidentes de inflamação gengival e que necessitam, dentre outros aspectos, de higiene oral.

Índice Periodontal Comunitário (CPI)

Para avaliação da condição periodontal das crianças de 12 anos foi utilizado o índice Periodontal Comunitário (CPI), que é utilizado pela OMS, e permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de caçulo ou bolsa.

Para realização do exame utilizou a sonda CPI, também chamada de sonda “*ball-point*” que possui uma esfera de 0,5mm na ponta e é estratificada em 3,5mm, 5,5mm, 8,5mm e 11,5mm.

Dentes-Índices - são os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares): até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46.

Exame - Pelo menos 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspecionam-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude, devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas. Recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

Registros - Considerar que:

- a) em crianças com menos de 15 anos (portanto, na idade de 12 anos) não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica;
- b) embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- c) quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

Nota: Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A FSP-USP recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o CPI. Quanto à inclinação da sonda, em crianças com menos de 15 anos, nas quais não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), indica-se uma inclinação de aproximadamente 60° da sonda em relação ao longo eixo do dente, evitando-se o toque na base do sulco gengival como forma de diminuir a probabilidade de casos de sangramento falso-positivos.

Abaixo segue os códigos e critérios utilizados.

0 - sextante hígido;

1 - sextante com sangramento (observado diretamente ou com espelho, após sondagem);

2 - cálculo (qualquer quantidade, mas com toda a área preta da sonda visível);

3 - bolsa de 4 mm a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda);

4 - bolsa de 6 mm ou mais (área preta da sonda não está visível);

X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);

9 - sextante não examinado.

Nota: Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A FSP-USP recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o CPI. Quanto à inclinação da sonda, em crianças com menos de 15 anos, nas quais não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), indica-se uma inclinação de aproximadamente 60° da sonda em relação ao longo eixo do dente, evitando-se o toque na base do sulco gengival como forma de diminuir a probabilidade de casos de sangramento falso-positivos.

