

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RIO GRANDE DO
SUL
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO À DISTÂNCIA
ESPECIALIZAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO
PÚBLICA EM SAÚDE - EAD**

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES BUCAIS DOS
INDÍGENAS DO SERRINHA – RONDA ALTARS**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ANGÉLICA KOLBERG

Constantina/RS, julho de 2011

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES BUCAIS DOS INDÍGENAS DO SERRINHA – RONDA ALTARS

por

Angélica Kolberg

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Pós-Graduação à distância – Especialização *Lato sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria como requisito para obtenção do título de **Especialista**.

Orientadora: Prof^a. MSc. Leila Mariza Hildebrandt

Constantina/RS, julho de 2011

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação Superior Norte do Rio Grande do Sul
Especialização *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
EaD**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Trabalho de Conclusão de
Curso

**ANÁLISE DAS CONDIÇÕES BUCAIS DOS INDÍGENAS DO
SERRINHA – RONDA ALTARS**

elaborado por

Angélica Kolberg

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde

Comissão Examinadora

Leila Mariza Hildebrandt MSc.
(Presidente/Orientadora – UFSM/ CESNORS)

Luciana Miritz MSc.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Marinês Tambara Leite Dr.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Constantina/RS, julho de 2011

SUMÁRIO

Resumo	4
Abstract	5
Introdução	6
2 Método do estudo	8
3 Resultados e discussão.....	10
Conclusão	15
Referências Bibliográficas	17

RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

ANÁLISE DAS CONDIÇÕES BUCAIS DOS INDÍGENAS DO SERRINHA – RONDA ALTARS

AUTORA: ANGÉLICA KOLBERG

ORIENTADOR: LEILA MARIZA HILDEBRANDT MSc.

Data e Local da Defesa: Constantina, 02 de julho de 2011

Tendo em vista os aspectos relacionados à higiene bucal, o objetivo desse estudo foi analisar os índices de dentes cariados, perdidos, restaurados, restaurados com cárie e as condições periodontais da população indígena Toldo do Serrinha, localidade do Alto Recreio, município de Ronda Alta/RS, bem como demais fatores relacionados com a situação bucal dos indígenas. Para tanto, estudou-se os dados da Ficha 4 – Ficha Odontológica Individual, da FUNASA, Ministério da Saúde, preenchida na primeira consulta anual dos pacientes, que tem por fim manter o controle local do atendimento realizado e da história clínica do usuário. Foram analisados 280 prontuários, nos quais identificou-se 644 sextantes periodontais saudáveis, 385 sextantes com sangramento, 361 com cálculo dental, 26 com bolsas periodontais de 4 a 5 mm, 02 com bolsas periodontais de 6 ou mais mm e 225 sextantes excluídos. Verificou-se ainda, 4577 dentes hígidos (sem cárie), 1161 dentes cariados, 1110 dentes perdidos por motivo de cárie, 516 dentes restaurados sem a presença de cárie, 191 dentes restaurados e com a presença de cárie, 176 dentes excluídos, 52 dentes perdidos por outras razões, 10 dentes sem cárie que apresentam trauma ou fratura e 04 dentes com selante. A análise de tais dados têm por finalidade traçar um planejamento buscando delinear linhas de cuidado e formas de trabalho com a comunidade, com vistas à melhoria das condições bucais, abordando os grupos que apresentam maiores riscos de desenvolver doenças, com ênfase especial destinada às crianças, instituindo o hábito de desenvolver o auto-cuidado bucal.

Palavras chave: Higiene bucal. População Indígena. Saúde bucal. Odontopatias

ABSTRACT

Trabalho de Conclusão de Curso
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte
do Rio Grande do Sul (CESNORS).

ANALYSIS OF ORAL CONDITIONS OF THE INDIGENOUS TO SERRINHA - RONDA ALTA / RS

AUTORA: ANGÉLICA KOLBERG

ORIENTADOR: LEILA MARIZA HILDEBRANDT MSc.

Data e Local da Defesa: Constantina, 02 de julho de 2011

In view of the whole situation related to mouth care, the objective of this study was to analyze the rate of people who have tooth decay, pulled teeth and restored teeth and periodontal conditions of Indian population from Toldo do Serrinha, at Ronda Alta/RS, as well as other factors related to the mouth situation of the Indians. For that, the information of bookmark 4 were studied - Individual dentistry bookmark of FUNASA, Ministry of Health, firstly filled to the attendance of patients, who have as a goal keep the local control of the attendance done and the clinical history of the user. 280 medical records were analyzed, in which 644 healthy periodontal sextants, 385 sextants with bleeding, 361 with dental calculus, 26 with periodontal bags from 4 to 5 mm, 02 with periodontal bags with more than 6 mm or more and 225 mm excluded sextants. It was still checked, 4577 healthy teeth (without decay), 1161 teeth with decay, 1110 pulled teeth because of decay, 516 recovered teeth without the presence of decay, 191 recovered teeth with the presence of decay, 176 pulled teeth, 52 pulled teeth for other reasons, 10 teeth without decay that have trauma or fracture and 04 teeth with sealant. The analysis of these information has as objective to find a planning searching care lines and ways of working with the community, searching better mouth conditions, searching to reach the groups that have bigger risk to develop diseases, with special emphasis in relation to children, instituting the habit of developing the mouth self-care.

Keywords: Oral hygiene. Indigenous Population. Oral health. Tooth Diseases

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado em 1990, tem por base tanto a descentralização das ações de saúde, quanto da gestão dos órgãos incumbidos da atenção nos diferentes níveis de complexidade. Os novos conceitos de descentralização, regionalização, hierarquização, assim como muitos outros desafios foram lançados com o intuito de aproximar as ações e a resolução dos problemas do local onde eles ocorrem, considerando suas particularidades e necessidades distintas. Nesse contexto, nove anos após a criação do SUS, o Decreto nº 3.156 (BRASIL, 1999 a) e a Lei nº 9.836 (BRASIL, 1999 b) determinaram as condições de assistência à saúde dos povos indígenas e o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do SUS, respectivamente, tendo em vista as históricas desigualdades e iniquidades vividas por esses povos no Brasil, como reforçam Langdon; Diehl (2007).

O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena é organizado por meio dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), constituídos de postos de saúde dentro das terras indígenas, que contam com o trabalho dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) e dos Agentes Indígenas de Saneamento (Aisan); pelos pólos-base, que incluem as Equipes Multiprofissionais de Saúde Indígena (EMSI); e pelas Casas do Índio (Casai), que apóiam os serviços de média e alta complexidade referenciados na rede do SUS (BRASIL, 2004). No sul do Brasil, encontram-se, dentro de várias aldeias, postos de saúde que contam com EMSI de forma permanente. Integram as EMSI diferentes profissionais de saúde, mas basicamente são compostas por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem e AIS.

O subsistema de saúde indígena deve garantir a universalidade, a integralidade, a equidade e a participação comunitária, de acordo com as premissas estabelecidas pelo SUS. Esse subsistema instituiu ainda o princípio da atenção diferenciada, que deve levar em conta “as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. Assim, dever-se-á desenvolver e fazer uso de tecnologias apropriadas por meio da adequação das formas ocidentais convencionais de organização de serviços” (BRASIL, 2002, p. 6). Ressalta-se que a implantação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde, exigiu a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços, que levasse em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos, enfatizando o princípio da equidade (MARTINS; OTTONI, 2006).

Vivem no Brasil mais de 200 etnias indígenas, distribuídas em todo o território nacional. Os estudos sobre saúde bucal indígena, ainda em pequeno número no país frente à sócio-diversidade existente, além de concentrados na região amazônica, apontam para uma grande heterogeneidade epidemiológica (FUNASA, 2007). Tal como em outras populações, entre os povos indígenas, e no caso da cárie em particular, os padrões patognomônicos guardam uma estreita relação com determinantes culturais, comportamentais e biológicos (dieta, exposição ao flúor, entre outros). Os estudos de caso disponíveis sugerem uma tendência de aumento da prevalência da cárie nas populações indígenas (PARIZOTTO, 2004; POSE, 1993). De maneira geral, esse aumento é atribuído ao impacto das mudanças na alimentação, associadas às modificações sócio-econômicas, ambientais e à falta de programas preventivos. Além de contribuir para o conhecimento acerca da multicausalidade da cárie, as investigações sobre saúde bucal indígena podem gerar informações relevantes para o planejamento e gestão dos serviços de saúde (FILHO; SANTOS; VETTORE, 2009).

A atenção básica constitui “um conjunto de saúde”, no âmbito individual ou coletivo, que abrange a promoção e proteção à saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e a preservação da saúde, ações estas situadas no primeiro nível de atenção do sistema de saúde. A atenção básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem definidos, para as quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, incluindo as indígenas (BRASIL, 2006).

A saúde bucal é um importante aspecto da saúde das pessoas e de seu bem estar. Boa saúde bucal significa melhor convivência social, comunicabilidade, melhores condições de mastigação, que proporcionam prazer na degustação de diversos tipos de alimentos, autoconfiança social, ou seja, qualidade de vida. A maioria dos problemas bucais é passível de prevenção por meio de métodos há muito investigados. Quando a saúde bucal está comprometida, o sofrimento ocasionado pelas doenças bucais ocorre em diversos setores da vida. Dor, desconforto, noites mal dormidas causadas por diversas patologias bucais, tais como a cárie dentária, a doença periodontal, as erosões dentárias, a fluorose dentária ou o câncer bucal, comprometem a saúde e afetam inclusive a frequência às atividades escolares e laborativas. Ou seja, a qualidade de vida fica comprometida ocasionando despesas para a sociedade e para o indivíduo isoladamente (WATT, 2005).

Por isso, realizar um levantamento epidemiológico sobre a saúde bucal da população indígena é de grande importância pois, a partir desses dados, é possível fazer um melhor

planejamento das necessidades odontológicas desse estrato populacional. Brega *et al.* (2008) vem ao encontro pontuando que a realização de um levantamento epidemiológico em saúde bucal colabora no planejamento das demandas odontológicas das pessoas que residem em um bairro, cidade, estado e, ainda, em um país.

Nesse sentido, Martins; Ciriani (2006, p. 127) apontam que

“Para melhor identificar os principais grupos de ações de promoção, de proteção e de recuperação de saúde a serem desenvolvidas prioritariamente, é necessário conhecer as características do perfil epidemiológico da população, não só em termos de doenças de maior prevalência, como das condições sócio-econômicas da comunidade, seus hábitos, costumes e estilo de vida e suas necessidades de saúde – sentidas ou não -, aí incluídas por extensão a infra-estrutura de serviços disponíveis”.

Este estudo teve como objetivo analisar a situação de saúde bucal dos índios Kaingang da Terra Indígena Toldo do Serrinha, localidade do Alto Recreio, situada no município de Ronda Alta-RS. Foram analisados os dados contidos no prontuário (FICHA 4 – Ministério da Saúde) dos indígenas que buscaram atendimento odontológico na unidade de saúde, no ano de 2010.

Buscou-se observar dados relevantes para um posterior planejamento em saúde bucal com o intuito de contribuir na qualidade dos serviços prestados e na melhoria das condições de saúde da população indígena. Foram estudados itens referentes a condição periodontal, cárie dental, hábitos de higiene e de alimentação, necessidade de prótese dental e presença de lesões que exigem investigação (lesões pré-malignas e lesões malignas).

2 MÉTODO DO ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, pois conforme Gil (2007) permite a descrição das características de determinada população ou fenômeno. Foi desenvolvido em uma área indígena denominada Terra Indígena Serrinha.

A Terra Indígena Serrinha, como é conhecida, abrange quatro municípios da região norte do Rio Grande do Sul: Ronda Alta, Três Palmeiras, Constantina e Engenho Velho, totalizando aproximadamente 12 (doze) mil hectares de terra. Toda a área hoje compreendida como reserva indígena passou por um processo de retomada, ou seja, não indígenas habitavam essas terras antes da localidade ser reconhecida como reserva. Após o reconhecimento desta

área como espaço anteriormente ocupado por índios, a população que então habitava saiu do local e a localidade voltou a ser habitada por indígenas, bem como descendentes de índios. Essa contextualização se faz fundamental, para se compreender muitos dos hábitos hoje presentes nas aldeias. O fato de ser uma área de retomada e de estar localizada próxima a rodovias de grande fluxo, com acesso próximo e fácil das cidades, colaborou para que muitos índios adquirissem hábitos muito semelhantes à população não indígena, interferindo diretamente nos processos de saúde-doença, além de prejudicar o hábito de utilizar ervas ou plantas medicinais (“remédio do mato” como costuma denominar a população local).

Atualmente, a aldeia onde se deu o presente estudo, conta com uma unidade de saúde, na qual atuam um médico, um enfermeiro, dois técnicos de enfermagem, um cirurgião-dentista e dois agentes indígenas de saúde. Essa equipe de saúde presta os atendimentos básicos dentro da própria aldeia, bem como desenvolve atividades de promoção, educação e prevenção no âmbito da saúde. Os serviços de maior complexidade são referenciados dentro da rede do SUS, para fora da aldeia. A unidade de saúde possui consultório dentário com profissional disponível para atendimento daqueles que buscam orientação, tratamento e reabilitação no campo da saúde bucal, evitando, dessa forma, o deslocamento para as áreas urbanas.

A população da área é, na sua grande maioria, composta por índios kaingang, tendo poucas famílias de índios guaranis. Pode-se observar que muitas famílias já adquiriram os hábitos urbanos, até pela própria miscigenação que vem ocorrendo, fazendo com que os costumes se mesquem e, por vezes, alguns acabam ficando esquecidos ou menos vivenciados. Essa mudança de hábitos também é observada no que tange ao uso-consumo de medicamentos e a forma como os próprios indígenas observam o processo saúde-doença, sendo que muitos apresentam um grande consumo de drogas farmacêuticas, sendo quase inexistente o uso de chás e ervas medicinais.

No que se refere à saúde bucal os hábitos também sofreram modificações com o passar das décadas, sendo que atualmente o consumo de açúcar é muito grande, bem como a ingestão de produtos industrializados. Logo, desses hábitos, decorrem problemas bucais, assim como os observados nas populações não indígenas.

Os dados foram coletados a partir do prontuário (FICHA 4) de pacientes atendidos durante o ano de 2010, coletando dados da primeira consulta odontológica anual, no consultório odontológico da unidade de saúde localizada dentro da área indígena. Todos os pacientes foram atendidos pelo mesmo profissional, da mesma forma que este mesmo profissional registrou os dados no prontuário. As variáveis analisadas são: condição

periodontal, cárie dental , uso-necessidade de prótese dentária, hábitos de higiene, presença de lesões que requerem investigação, presença ou ausência de fluorose dentária.

A análise dos dados referente à condição dos elementos dentários se deu por meio de comparação entre o coeficiente sadio e o coeficiente dos casos afetados. A análise dos demais quesitos se deu por meio da comparação do coeficiente total com o coeficiente daqueles que necessitam de tratamento. Assim, comparou-se percentualmente o que se encontrava sadio no momento do exame, com aqueles que careciam de atendimento.

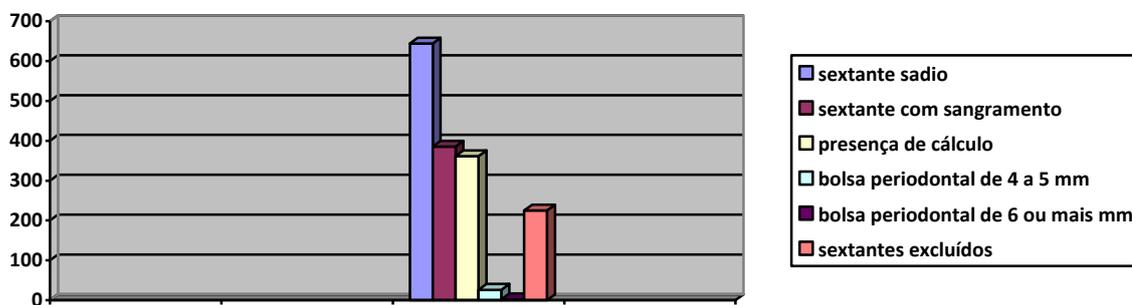
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados encontrados serão descritos a seguir por meio de gráficos, correspondentes à condição periodontal, cárie dental e uso-necessidade de prótese dentária.

Foram analisados 280 prontuários de pessoas indígenas que acessaram a unidade de saúde localizada na Terra Indígena Serrinha, em 2010. O total de sextantes periodontais analisados foi de 1643 e o total de elementos dentários analisados foi de 6459.

Quanto as condições periodontais (números que expressam sextantes periodontais), foram identificados 644 sextantes sadios, 385 sextantes com sangramento, 361 com cálculos dentais, 26 com bolsas periodontais de 4 a 5 mm, 02 com bolsas periodontais de 6 ou mais mm e 225 sextantes excluídos (com menos de 2 dentes), como mostra o gráfico 1.

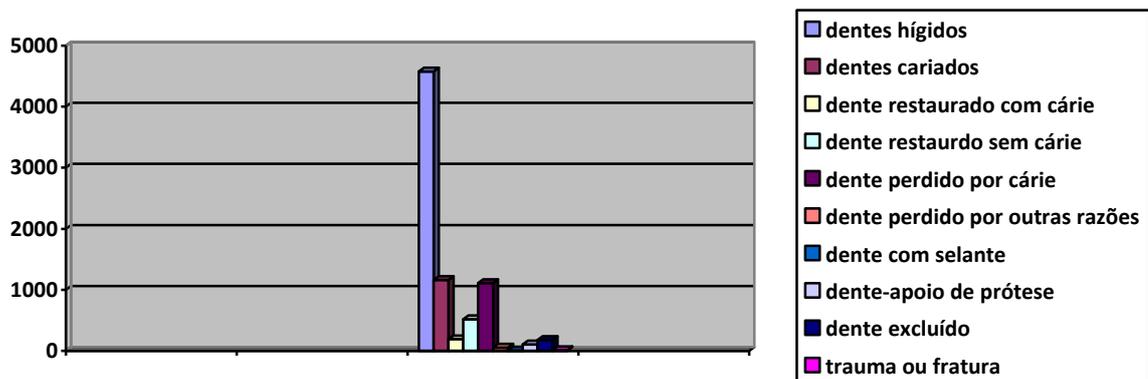
Gráfico 1: Condições periodontais da população indígena atendida na unidade de saúde do Alto Recreio em 2010. Constantina, 2011.



Ao analisar os dados, identificou-se 4577 dentes hígidos (sem cárie), 1161 dentes cariados, 1110 dentes perdidos por motivo de cárie, 516 dentes restaurados sem a presença de cárie, 191 dentes restaurados e com a presença de cárie, 176 dentes excluídos, 107 dentes que

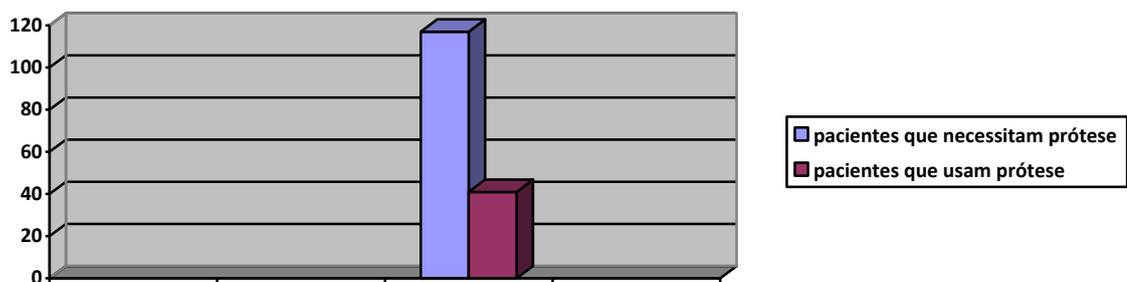
servem de apoio de prótese, 52 dentes perdidos por outras razões, 10 dentes sem cárie que apresentam trauma ou fratura e 04 dentes com selante, como se pode ver no gráfico 2.

Gráfico 2: Avaliação da condição dos elementos dentários da população indígena atendida na unidade de saúde do Alto Recreio em 2010. Constantina, 2011



Sobre prótese dentária, verificou-se que 117 pessoas apresentaram necessidade de fazer uso de prótese dentária e 41 já fazem uso desse dispositivo.

Gráfico 3: Necessidade de uso de prótese dentária pela população indígena atendida na unidade de saúde do Alto Recreio em 2010. Constantina, 2011.



A partir dos dados analisados pode-se observar alguns números relevantes, que devem servir de base para um planejamento que venha a atender as reais necessidades da população. Foram elencados 4577 elementos dentários hígidos, 1161 elementos cariados, 1110 elementos perdidos por cárie e 191 elementos restaurados com cárie. Os dentes cariados, perdidos por cárie e restaurados com cárie expressam 53,79% quando comparados ao total de dentes hígidos. Logo, o coeficiente de elementos envolvidos por cárie (presentes ou ausentes na boca no momento do exame) é superior ao coeficiente de elementos hígidos, quando comparados

entre si. Também foram contabilizados 644 sextantes sadios periodontalmente, 385 com sangramento, 361 com presença de cálculo, 26 com bolsa periodontal de 4 a 5 mm e 02 com bolsa periodontal de 6 ou mais mm. Esses números expressam que 54,58% dos sextantes examinados tem algum tipo de periodontopatia, quando comparados aos sextantes sadios.

Dos 280 prontuários analisados, que representam 280 pessoas, 117 pessoas apresentaram a necessidade de fazer uso de prótese, devido a perda de elementos dentários, representando 41,78% do total. Foi constatada a ausência de lesões pré-malignas e malignas e ausência de fluorese dentária, causada por excesso de flúor. Ainda, identificou-se um grande consumo de doces, salgadinhos e produtos industrializados por parte das crianças, relatado pelos pais que acompanharam as crianças durante o atendimento, o que demonstra a aproximação com as culturas não indígenas, já que esse tipo de alimento originalmente não compunha a dieta de comunidades indígenas. Hábitos diários de higiene bucal foram relatados por 100% dos pacientes, ficando esse dado sem ter como ser de fato comprovado.

Em populações indígenas, o aumento da doença cárie está fortemente relacionado com o contato dos índios com a população urbana e seus hábitos alimentares, principalmente com relação aos alimentos açucarados. Tal acesso teve efeito devastador na dentição dos indígenas (FRATUCCI, 2000). No mesmo sentido, Lemos *et al.* (2010) vem ao encontro e mencionam que “o senso comum é o de que os impactos decorrentes do contato com a sociedade nacional, sobretudo nas formas de subsistência, envolvendo mudanças na dieta com a entrada de alimentos industrializados e do açúcar refinado, repercutem negativamente na saúde bucal”.

Um levantamento de saúde bucal realizado em 2001, estudando quatro comunidades indígenas do Alto Xingú (*Yawalapiti, Aweti, Mehinaku, Kamaiura*) mostrou índices de cárie para todas as idades. O índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) médio para crianças de 11 a 13 anos foi de 5,93. A rejeição à pesquisa foi grande entre as crianças de cinco anos de idade, mas, dentre aquelas que se deixaram examinar, observou-se que apenas 21,95% eram livres de cárie. A população indígena apresentou índice de cuidado muito inferior quando comparado com as populações das cidades circundantes, além de uma elevada proporção de dentes perdidos para os indivíduos com idade superior a 20 anos (CASTRO, 2008).

Da epidemiologia referente aos indígenas, a cárie é muito provavelmente a doença bucal de maior relevância. Existe uma relação íntima entre dieta e estilo de vida que lhe confere relevância antropológica. Estratégias de subsistência e de produção de alimentos empregadas em épocas distintas por diversos grupos humanos refletem na ocorrência e na distribuição das lesões cariosas, em razão de estarem intimamente relacionadas a padrões

particulares de dieta e usos diferenciados do aparelho mastigatório. Existem muitos relatos na literatura que referem antropologia biológica e paleopatologia, fundamentada usualmente na análise de remanescentes esqueléticos, que aponta para as inter-relações entre transformações nas estratégias de subsistência e na dieta ao longo da história humana e as alterações nas condições de saúde bucal (e presença de cárie, em particular) (COHEN, 1989; HILLSON, 1996; SCOTT; TURNER, 1988 apud ARANTES; SANTOS; COIMBRA Jr, 2001).

Nesse âmbito, uma temática intensamente investigada diz respeito aos efeitos da transição de uma economia baseada na caça e coleta à agricultura (COHEN; ARMELAGOS, 1984 apud ARANTES; SANTOS; COIMBRA Jr, 2001). Em grupos caçadores-coletores, a frequência de doenças dentárias é mínima. Já nas economias mistas e, sobretudo, nas baseadas em agricultura, a ocorrência de lesões cariosas é mais expressiva (COHEN, 1989; COHEN; ARMELAGOS, 1984; HILLSON, 1996; SCOTT; TURNER, 1988 apud ARANTES; SANTOS; COIMBRA Jr, 2001). Arantes; Santos; Coimbra Jr (2001) pontuam que o aumento na prevalência de cárie é conferido usualmente à adoção de dieta mais rica em carboidratos oriundos da agricultura. Além disso, modificações na forma de preparo dos alimentos, que passaram a ser consumidos preferencialmente cozidos, tornando-os mais moles e adesivos, teriam facilitado o acúmulo de placa, o que contribui para elevar o potencial cariogênico.

Em escala temporal distinta e envolvendo outros fatores humanos, sociais, econômicos e ambientais, os grupos indígenas, uma vez em contato com sociedades nacionais, também experimentam alterações sócio-econômicas e ecológicas com forte potencial de alterar as condições de saúde bucal. Diversos estudos realizados no Brasil e em outros países documentam a deterioração das condições de saúde bucal de povos indígenas (DONNELLY, 1977; GRIM et al., 1994; TSUBOUCHI et al., 1995 apud ARANTES; SANTOS; COIMBRA Jr, 2001). O aumento do consumo de alimentos industrializados, em especial, açúcar e outros tipos de carboidratos fermentáveis, é tido como o principal fator envolvido na alteração do perfil de saúde bucal dessas populações.

Um estudo realizado por Parizotto (2004) com uma comunidade indígena do Mato Grosso do Sul revelou que 61% das crianças examinadas já apresentavam lesões cariosas em seu estágio inicial, mancha branca, no primeiro ano de vida, demonstrando uma atividade precoce da doença cárie, associada a ingestão de açúcar e derivados, o que mostra a influência dos hábitos dietéticos na aquisição de lesões cariosas em bebês e a importância da detecção precoce. Os resultados obtidos no estudo de Parizzotto (2004) e comparados com demais estudos, apontou o abismo que existe entre as populações excluídas ou marginalizadas da atenção à saúde no Brasil, como os índios, com porcentagens de apenas 28% de crianças

livres de cárie aos 2 anos e, apenas 4% das crianças de 5 anos estão sem cárie, o que demonstra a intensa atividade da doença.

Uma pesquisa desenvolvida por Magno (2003) acerca das atividades protéticas realizadas nas comunidades indígenas do Rio Papuri, evidenciou que todos os pacientes que receberam próteses dentárias mencionaram mudanças significativas, que englobam o modo de falar, a realização de atos como assobiar e mastigar determinados alimentos. Tais fatos eram difíceis de serem realizados antes da instalação das próteses dentárias. No entanto, a maior mudança relatada pelos índios reside no fator estético, sendo que eles relataram sentirem-se melhor em relação à aparência.

As próteses dentárias trazem uma melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente da saúde. As próteses são úteis para se ter boa função mastigatória, a reabilitação oral, quer do ponto de vista estético ou funcional. Contribuem para repor elementos dentais e reproduzir a anatomia estética e fonética, protegendo as estruturas remanescentes, dando assim continuidade a função mastigatória.

Os resultados obtidos pela análise dos dados estudados, permite inferir que se faz necessário trabalhar de forma consistente a educação em saúde com a população adscrita, já que praticamente a imensa maioria, senão a maioria, dos problemas elencados são plausíveis de serem evitados, por meio de uma adequada condição de saúde bucal, obtida pela higienização diária e de qualidade. Ainda, o mais difícil, ou então pode-se dizer, o maior desafio para os profissionais de saúde, é fazer os indivíduos compreender e serem responsáveis pelas condições de saúde que apresentam, reconhecendo no profissional apenas uma forma de ajudar e não recaindo sobre o profissional a responsabilidade absoluta pelas condições de cada um. Portanto, os resultados obtidos devem servir de instrumento para que a gestão dos serviços ofereça recuperação dos danos, mas principalmente, procure evitá-los, com o intuito de garantir maior qualidade de vida a população.

Nesse cenário, destaca-se a importância de planejar e organizar ações no sentido de prevenir doenças e promover a saúde geral e bucal nas populações indígenas. Existem diferentes abordagens quando se faz referência ao planejamento e organização dos serviços de saúde. Para que ambos sejam eficientes e eficazes, há a necessidade de informações consistentes e acessíveis sobre as populações indígenas e suas concepções de doença e saúde. A partir disso estabelece-se um processo de planejamento que abrange as necessidades básicas e estratégicas do grupo indígena em que se está atuando. A adequada formação de pessoas capacitadas para o trabalho com essa população é ainda um desafio, como menciona Castro (2008).

Por um lado, observa-se a necessidade de formação de pessoas da própria comunidade indígena em nível de terceiro grau, além do pessoal não indígena disposto a gerir conflitos e repassar conteúdos, já por outro existe ainda uma enorme lacuna na formação dos profissionais de saúde, pela falta de disciplinas relativas às ciências sociais e antropologia em seus currículos e também na formação dos antropólogos, que em geral desconhecem o funcionamento dos sistemas de saúde. Seria fundamental ter um sistema em que fosse possível a identificação de problemas e de recursos para gerenciamento local, o registro das especificidades e a distribuição das informações produzidas em campo e o envolvimento da população local e dos profissionais na coleta de informações, visando fornecer dados precisos para qualificar o gerenciamento local e para alimentação do sistema nacional de informação em saúde. (CASTRO, 2008)

Barros, Chaves (2003, p. 42) ressaltam que

“A programação e o planejamento de ações devem estar baseados no diagnóstico das condições de saúde e necessidades de tratamento da população adscrita, bem como do modelo de atenção em saúde bucal vigente, permitindo estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada a modificação positiva das condições de saúde da população, por meio de práticas mais efetivas.”

A partir de levantamentos realizados, as informações possibilitam conhecer de forma quantitativa e qualitativa uma situação específica, com vistas a planejar, intervir e transformar uma determinada realidade. Além disso, os dados apreendidos permitem avaliar a eficácia das intervenções feitas (LEMOS *et al*, 2010).

Por fim, ressalta-se que, para a intervenção no processo saúde-doença, envolvendo os aspectos da saúde bucal, deve-se considerar as necessidades da comunidade indígena, visando à redução dos fatores de risco comuns. A compreensão histórica da organização da sociedade em que vive cada população indígena pode colaborar nesse processo. Nesse cenário, há necessidade de planejamento de ações que possam atingir de uma maneira eficaz, uma grande parcela da população, sem a utilização de técnicas complexas e de materiais de alto custo e que revertam a alta incidência de cárie dentária, eliminem os focos infecciosos e tragam melhoria da qualidade de vida da população indígena, como menciona Parizotto (2004).

CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado e do conhecimento acerca dos hábitos indígenas, faz-se necessário reestruturar a atenção odontológica para a educação permanente em saúde. É preciso que a população entenda a necessidade e assuma a responsabilidade sobre o autocuidado, desenvolvendo hábitos de higiene que propiciem uma melhora das condições bucais e da qualidade de vida, pois uma melhor higienização combate maciçamente os problemas encontrados, trazendo melhores condições gerais para o paciente e melhor convívio social.

Baseado nisso, faz-se necessário gerir o trabalho de forma a orientar a educação em saúde, com primazia das atividades de promoção da saúde e prevenção das doenças bucais, que podem ser evitadas com hábitos simples e diários. Para tanto, as crianças devem estar no centro dessas atividades, já que os hábitos instituídos na infância, geralmente acompanham o adulto por toda vida, pulverizando as atividades notoriamente benéficas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr, C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.17, n. 2, p.375-384, 2001.

BARROS S. G.; CHAVES S. C. L. A utilização do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) como instrumento para caracterização das ações de saúde bucal. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 12, n. 1, p. 41-51, 2003.

BRASIL. Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. Dispõe sobre as condições de assistência à saúde dos povos indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 ago. 1999a. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Estabelece o subsistema de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 set. 1999b. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 70/GM**, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as diretrizes da gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos da Atenção Básica n. 17: Saúde Bucal**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BREGA, J. R. F.; LAURIS, J. R. P.; MOREIRA, P. R. C.; PEREIRA, R. C. Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: utilizando ferramentas móveis. In: Congresso Brasileiro de Informática na Saúde, Campos do Jordão. **Anais**, 2008.

CASTRO, R.F.M. Atenção à saúde do indígena no Estado de Rondônia, Brasil: revisão das políticas públicas de saúde. **Saber Científico**, Porto Velho. v.1, n. 1, p. 209-231, 2008.

FILHO, A. P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Saúde bucal dos índios Guaraní no estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2009.

FRATUCCI, M. V. B. **Alguns aspectos das condições de Saúde Bucal de uma população indígena Guaraní M'bya no Município de São Paulo** [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**: manual técnico. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4. ed. 9 reimpr. São Paulo: Atlas, 2007.

LANGDON, J. E.; 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.

LEMOS, P. N.; HIROOKA, L. B.; NUNES, S. A. C.; ARANTES, R.; MESTRINER, S. F.; MESTRINER Jr, W. O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, suppl.1, pp. 1449-1456, 2010.

MAGNO, S. **Impacto das atividades protéticas realizadas nas comunidades indígenas do Rio Papuri sobre sua percepção de qualidade de vida**. [Monografia de Especialização]. Brasília: Faculdade de de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2003. Disponível em: <<http://vsites.unb.br/fs/sbc/htmls/mon2/sandro.pdf>>. Acesso em: 11/06/2011.

MARTINS, A. L.; CIRIANI, G. A. Promoção de saúde bucal em área indígena. IN: SOARES, O. E. (Org.). **Ações em saúde indígena Amazônica**: o modelo do Alto Rio Negro. São Gabriel da Cachoeira/Amazonas: Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, 2006. Capítulo 11, p. 127-136. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1265.pdf>>. Acesso em: 10/06/2011.

MARTINS, A. L.; OTTONI, E. A. Introdução ao atendimento odontológico em área indígena. IN: SOARES, O. E. (Org.). **Ações em saúde indígena Amazônica: o modelo do Alto Rio Negro**. São Gabriel da Cachoeira/Amazonas: Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro, 2006. Capítulo 10, p. 121-126. Disponível em: <<http://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1265.pdf>>. Acesso em: 10/06/2011.

PARIZOTTO, S. P. C. O. L. **Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guaraní de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco** [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, 2004.

POSE, S. B. **Avaliação das condições de saúde bucal dos índios Xavante do Brasil Central** [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1993.

WATT, R. G. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. **Bull World Health Organ.** v.83, n. 9, p.711-8, 2005.