

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA
GUARANI DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.**

ALEXANDRE MOREIRA FERREIRA

Orientador: Prof.Dr. Julio Baldisserotto

Coorientador: Prof. Dr. Sotero Serrate Mengue

Porto Alegre, Brasil.

2012

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA



DISSETAÇÃO DE MESTRADO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SAÚDE BUCAL DA POPULAÇÃO INDÍGENA
GUARANI DO RIO GRANDE DO SUL, BRASIL.**

ALEXANDRE MOREIRA FERREIRA

Orientado: Prof. Dr. Julio Baldisserotto

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para a obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.

2012

CIP - Catalogação na Publicação

Ferreira, Alexandre
Perfil Epidemiológico da Saúde Bucal da População
Indígena Guarani do Rio Grande do Sul, Brasil. /
Alexandre Ferreira. -- 2012.
89 f.

Orientador: Julio Baldisserotto.
Coorientador: Sotero Mengue.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa
de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-
RS, 2012.

1. Saúde Bucal. 2. Índios. 3. Epidemiologia. 4.
Cárie Dentária. 5. Saúde Indígena. I. Baldisserotto,
Julio, orient. II. Mengue, Sotero, coorient. III.
Título.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Erno Harzehein, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. Roger Keller Celeste, Faculdade de Odontologia,
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Dra. Ananyr Porto Fajardo, Grupo Hospitalar Conceição.

AGRADECIMENTOS

À minha família:

À esposa Fabiane Rosa,
e os filhos Felipe e Arthur
pelo amor e conforto de todos nos dias,

Aos meus pais e irmão
pelo compromisso com a minha educação.

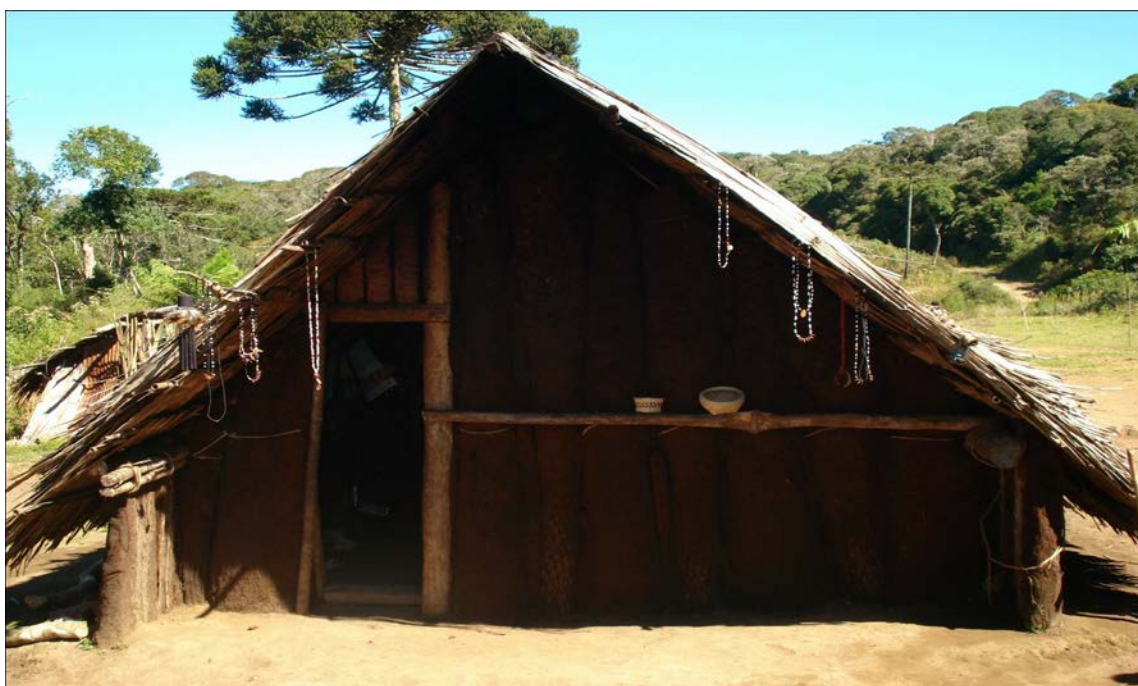
À Equipe de Saúde Indígena de Viamão
por trabalhar com dedicação
em prol da saúde Indígena.

Ao professor e orientador Julio Baldisserotto
pelos ensinamentos e acolhimento.

Ao Povo Guarani
pelo acolhimento e aprendizado.



Genísio Borges, Cacique da terra indígena do Cantagalo –Viamão/ RS Foto: Janaína Falcão



Moradia Tradicional Guarani – Campo Molhado/Maquiné-RS – Foto EMSI Viamão/RS

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Lista de Siglas

Lista de Tabelas e Figuras

1 APRESENTAÇÃO.....	12
2 INTRODUÇÃO.....	13
2.1 O Guarani	14
2.2 Política Nacional de Saúde Indígena.....	16
2.3 Justificativa	20
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	23
4 OBJETIVOS.....	30
4.1 Objetivo geral	30
4.2 Objetivos específicos	30
5 QUESTÕES ÉTICAS.....	31
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
7 ARTIGO: Perfil Epidemiológico da Saúde Bucal da População Indígena Guarani do Rio Grande do Sul, Brasil.	38

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
9 ANEXOS E APÊNDICES.....	66
Anexo 1: Metodologia	67
Apêndice 1: Ficha de Exame	85
Apêndice 2: Formulário de Avaliação Socioeconômica e Demográfica, de acesso aos Serviços de Odontologia e Autopercepção em Saúde Bucal	86
Apêndice 3: Formulário de Avaliação de Hábitos Alimentares, Hábitos de Higiene Bucal e Autopercepção em Saúde	87
Apêndice 4: Consentimento Livre Esclarecido	88
Apêndice 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	89

RESUMO

Na última década ocorreram transformações positivas na saúde indígena brasileira. A saúde bucal é um dos temas relevantes da saúde indígena e carece de informações na literatura. O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil de saúde bucal e sociodemográfico da população indígena Guarani do Rio Grande do Sul. Este é um estudo de prevalência com levantamento epidemiológico de saúde bucal e variáveis demográficas. Um total de 203 sujeitos em diferentes idades e faixas etárias e em 19 aldeias foram examinados. As crianças Guarani de cinco anos de idade apresentaram um índice de cárie (ceo-d) 2,8 com 37,7% destas crianças livres de cárie. Os adolescentes de 12 anos e de 15 a 19 apresentaram um CPO-D, respectivamente, de 1,31 e 3,39, sendo o maior percentual do índice aos 12 anos o componente cariado (C) com 54,3%; entre adolescentes de 15 a 19 anos é o obturado (O) com 49,4%. Entre os adultos na faixa etária de 35 a 44 anos o CPO-D médio foi de 11,55, sendo que o componente perdido (P) foi responsável por 69,3% do índice. Entre os idosos, faixa etária de 65 a 74 anos, o CPO-D médio foi de 18,58. Os dados desta investigação demonstram que a média do CPO-D nas diferentes idades e faixas etárias é mais baixa na população indígena Guarani indicando uma menor experiência de cárie dental do que a população em geral. Acesso ao creme dental fluoretado e uma política de saúde indígena diferenciada podem estar relacionados com estes resultados. No entanto é necessário mais pesquisa acerca da influência de hábitos culturais sobre o processo saúde doença bucal destas populações.

Descritores:Saúde Bucal, Índios, Epidemiologia, Cárie dentária, Saúde indígena.

ABSTRACT

Over the past decade, positive changes have occurred to Brazilian indigenous health. Oral health is one of the relevant issues of indigenous health, but there is a lack of information about it in literature. The aim of this paper is to describe the oral health and sociodemographic profile of the Guarani indigenous population in Rio Grande do Sul. This is a prevalence study using an epidemiological survey on oral health and demographic variables. A total of 203 subjects in 19 villages at different ages and in different age groups were examined. Five-year-old Guarani children showed a dental caries index (DEF) of 2.8, with 37.7% of these children being free of caries. Teenagers aged 12 and from 15 to 19 years showed a DMF index of 1.31 and 3.39, respectively, the highest rate at age 12 was for the decayed component (D), 54.3%; and among teenagers from 15 to 19 years, the filled component (F) had the highest rate, 49.4%. Among adults in the age group of 35 to 44 years, the mean DMF index was 11.55, and the missing component (M) accounted for 69.3%. Among the elderly, in the age group of 65 to 74 years, the mean DMF index was 18.58. The data from this investigation demonstrated that the mean DMF index at different ages and in different age groups was lower in the Guarani indigenous population, indicating a lower presence of dental caries than in the general population. Access to fluoridated dental cream and a specific indigenous health policy may be associated with these results. However, further studies on the influence of cultural habits on the process of oral health and disease among these populations are necessary.

Keywords: Indian oral health, DMF index, Epidemiological survey, Dental caries, Indian health.

LISTA DE SIGLAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

EMSI – Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena

CASAI – Casa de Saúde do Índio

CPI – Índice Periodontal Comunitário

DAÍ – Índice de Estética Dentária

DISEI – Distrito Especial de Saúde Indígena

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

IPC – Índice de Perda de Inserção

JCE – Junção Amelocementária

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SB 2003 – Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2003

SUS – Sistema Único de Saúde

USI – Unidade de Saúde Indígena

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Fig. 1: Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.

Fig. 2: Desenho ilustrativo da rede de Atenção à Saúde Indígena

1 APRESENTAÇÃO

Esta dissertação é um estudo realizado em comunidades indígenas da etnia Guarani para apresentação ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em Janeiro de 2012 intitulada “Perfil Epidemiológico da Saúde Bucal da População Guarani do Rio Grande do Sul, Brasil”.

O Estudo é apresentado em três partes, na seguinte ordem:

- A. Introdução, Revisão da Literatura, Objetivo, Questões Éticas e Bibliografia.
- B. Artigo.
- C. Considerações Finais.
- D. Documentos de apoio em anexo.

2 INTRODUÇÃO

A população indígena no Brasil vem sofrendo constantes mudanças positivas na última década após a inserção de um novo modelo de saúde diferenciado para os povos indígenas brasileiros, baseado no respeito à diversidade étnica e ao saber tradicional. A situação de saúde destes povos, autoestima, pobreza e qualidade de vida até poucos anos atrás se encontrava deteriorada e fragilizada. Considerada uma população mais vulnerável em relação aos demais grupos sociais do nosso país, em 1999 foi implantada uma nova política de saúde indígena no Brasil. Esta política está baseada em Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os quais se configuram por ter uma delimitação étnica e não territorial. Através desta nova iniciativa foram criadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSI) que têm como proposta de trabalho a construção de um trabalho interdisciplinar e intersetorial baseado no conhecimento dos processos saúde doença e seus determinantes de acordo com a tradição de cada comunidade indígena.

No Brasil existem cerca de 480.000 índios pertencentes a 210 etnias. No Rio Grande do Sul (RS) são aproximadamente 20.000 indígenas, divididos basicamente em três povos, o Guarani, o Kaingangue e, mais recentemente reconhecidos, os Charruas (Fonte – Sistema de Informação à Saúde Indígena – SIASI/2010). Nos povos indígenas do Brasil encontramos uma diversidade de problemas de saúde relacionados principalmente a mudanças de hábitos determinados por múltiplos fatores socioeconômicos históricos que conduziram estas populações, conjuntamente com a deficiência do sistema de saúde existente no passado, à precariedade da condição de saúde e qualidade de vida.

2.1 O Guarani

Os Guarani vivem em pequenas comunidades indígenas e em grupos familiares distribuídos em sete Estados do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Mato Grosso do Sul). Caracterizam-se principalmente por manterem sua cultura, religião e língua mesmo com a proximidade do convívio com o meio urbano das grandes cidades. No passado o Guarani vivia e subsistia com o que a natureza oferecia e, com o passar dos tempos, ocorreram mudanças significativas neste processo devido aos contatos inter étnicos, pressões por terras e destruições das matas. Vivem em contato permanente com a sociedade em torno de suas aldeias e com isto absorvem hábitos que geram um limiar de conflito cultural constante de dois modos de pensar e viver o mundo.

Os Guarani fazem parte da família Tupi-Guarani, do tronco linguístico Tupi. Habitam, no Brasil, o litoral sul e sudeste brasileiro e sul do Mato Grosso do Sul; também são encontrados no Paraguai, Argentina e Uruguai. Atualmente, no Brasil, existem três grupos Guaranis de dialetos e fundamentos culturais distintos: os Ñandeva, os Mbyá e os Kaiowá, cuja presença é maior no sul de Mato Grosso do Sul. Já no Rio Grande do Sul existem dois destes grupos, o Mbyá e Ñandeva. Mas neste estudo não foi necessária distinção destes grupos.

Os grupos indígenas, entre eles o Guarani, que habitavam o litoral brasileiro foram os primeiros a sofrerem com o processo de colonização do Brasil. Estes indígenas foram alvo de intenso intercâmbio comercial, escravização, catequização, guerras, doenças e epidemias, despovoando a área litorânea do Sul do Brasil, retraindo-se estrategicamente para o continente. Mas apesar da forte pressão do processo de colonização o Guarani manteve firme sua cultura. Uma das principais características deste povo indígena, objeto deste estudo, é de ter preservado seu sistema médico tradicional até os dias de hoje. O sistema médico tradicional

está baseado na figura do “Karaí” – xamã Guarani - guardião das boas palavras expressa por “Ñanderu” – Deus Guarani. O Karaí, segundo Ferreira, L. O. (2001, p.127);

[...] é o conhecedor das belas palavras, expressas através dos cânticos e das rezas. Os conselhos dados pelos Karaí, que ensinam como andar no mundo com alegria e saúde, possuem um caráter terapêutico. Ao seguirem o caminho correto prescrito pelo Ñanderu e expresso na fala do Karaí, os Guaranis previnem-se contra todos os perigos das doenças. Uma das atribuições do Karaí é a prevenção das doenças. O Karaí é o responsável pela boa saúde das pessoas e da comunidade. É através das mensagens espirituais manifestadas nos sonhos que provém à faculdade de prevenir doenças, constituindo o caráter preventivo do sistema médico tradicional.

Oliveira (2006), em sua dissertação “Representações e práticas em saúde bucal entre os Guarani Mbyá da aldeia Boa Vista no município de Ubatuba, São Paulo,” investigou como os Guarani mantêm suas representações e cuidados bucais. Os guaranis têm entre suas formas de atenção a utilização de rezas e as ‘boas palavras’ onde nesta maneira discursiva os mais velhos aconselham os mais jovens da comunidade. Portanto os conselhos são entre outros modos, uma maneira de educar e cuidar de si. Os resultados obtidos mostram que o povo guarani não separam os cuidados bucais do corpo. Utilizam a assistência proposta pela sociedade nacional, mas procuram manter sua visão de mundo valorizando a importância da palavra, são dados que qualquer profissional que pretenda trabalhar e planejar ações de saúde com eficácia, dirigidas a essas populações, precisa conhecer.

Outra característica importante do Guarani é a constante migração entre as aldeias, independente de distância ou fronteira geográfica, pois pode estar relacionada a causas espirituais e transcendentais relacionadas geralmente a sonhos e conselhos espirituais. Esta mobilidade reforça as relações sociais como o casamento, visita a parentes, troca de sementes e mudas de

plantas. Eles mantêm estas constantes migrações entre as terras indígenas Guarani do sul da América do Sul, principalmente entre Argentina, Paraguai e Brasil.

Os Guarani buscam, neste deslocamento constante, um local onde se possa realizar o seu modo de ser e de viver. Mesmo com as transformações que ocorreram em sua organização política social, os Guarani seguem construindo o seu modo de vida de acordo com sua história.

2.2 Política Nacional de Saúde Indígena

Para reparar as iniquidades e desigualdades vividas historicamente pelos povos indígenas, a partir de 1999 foi implementada no Brasil a lei 9836/99, lei Arouca, que instituiu o Subsistema de Saúde Indígena, determinando a forma de funcionamento da atenção à saúde dos povos indígenas no Brasil. Este modelo de atenção é baseado nos mesmos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como a universalidade, equidade, integralidade e participação social, mas apresentou uma proposta inovadora de atenção diferenciada tendo como princípio o respeito às especificidades culturais de cada povo indígena brasileiro.

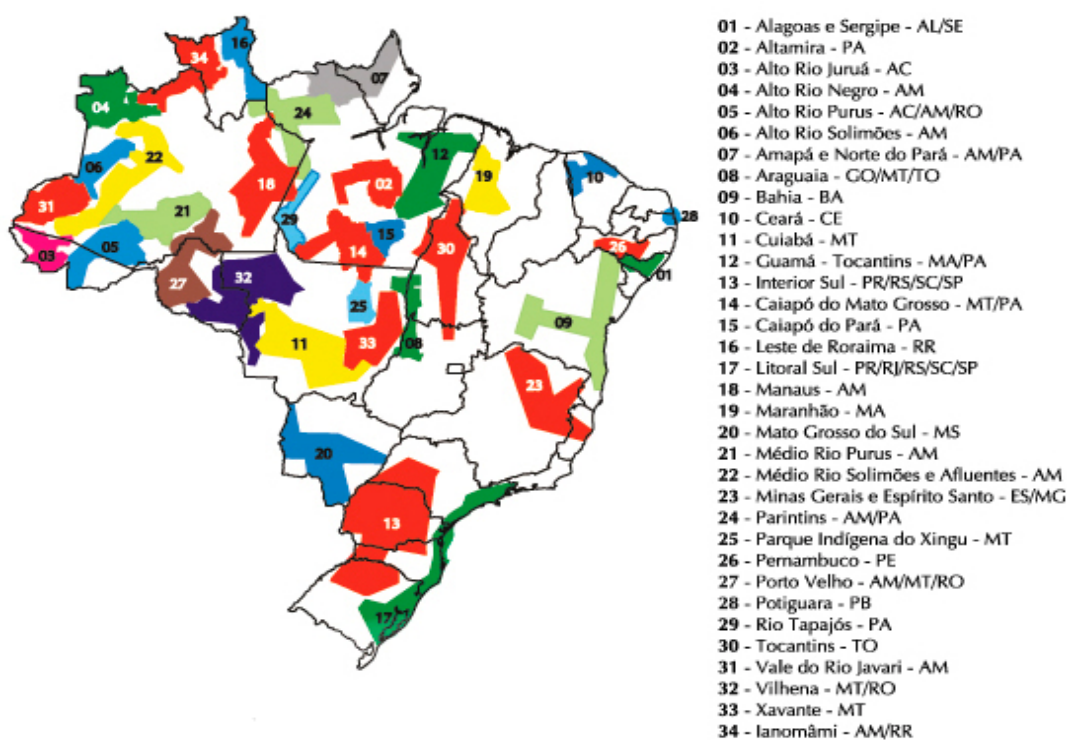
Como se vê em FUNASA (2000, p.5)

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços – voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde –, que garanta aos índios o exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, deverá ser criada uma rede de serviços nas terras indígenas, de forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas que viabilizem o aperfeiçoamento do funcionamento e a adequação da capacidade do Sistema, tornando factível e eficaz a aplicação dos princípios e diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. Para que esses princípios possam ser efetivados, é necessário que a atenção

à saúde se dê de forma diferenciada, levando-se em consideração 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. Com base nesses preceitos, foi formulada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas.

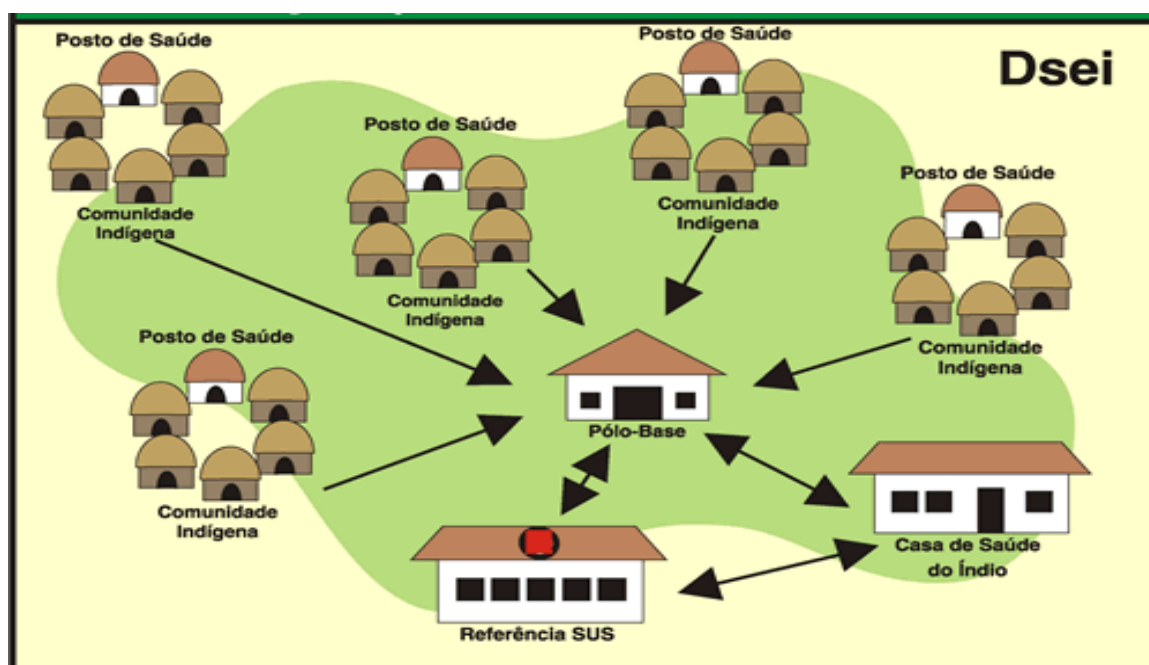
O subsistema de saúde indígena é organizado em 34 Distritos Especiais Indígenas (DSEI), que foram constituídos de maneira a valorizar o aspecto étnico, social e cultural. O DSEI funciona como uma unidade de operação, gerência e supervisão dos serviços de saúde para um determinado espaço geográfico, que foi determinado por questões étnicas e não territorial. Os distritos devem organizar uma rede de atenção à saúde interligada e articulada com o SUS. O controle social está presente na forma de conselhos locais de saúde dentro das aldeias, reuniões dos conselhos distritais de saúde indígena e conferências de saúde.

Fig1. Distribuição dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas no Brasil.



A atenção primária à saúde é realizada pelas Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI), compostas basicamente de médico, odontólogo, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente indígena de saúde (AIS). Cada comunidade indígena deve ter uma EMSI de referência para realização dos serviços em saúde, uma unidade de saúde Indígena (USI) e agentes indígenas de saúde que são os responsáveis por fazer a interface entre o sistema de medicina tradicional com medicina ocidental. As EMSIs e as USIs estão interligadas a um Polo Base de referência (Fig. 2) que faz a articulação com a atenção secundária, terciária e serviços administrativos, contemplando as necessidades de um grupo de aldeias. Outro diferencial é a existência das Casas do Índio (CASAI) localizadas em centros urbanos e que funcionam como apoio aos indígenas que são referenciados aos serviços de média e alta complexidade da rede do SUS e precisam permanecer nas cidades durante tratamento.

Fig. 2: Desenho ilustrativo da rede de atenção à saúde Indígena



Fonte: SESAI/MS

O Governo Federal é responsável pela saúde indígena e a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do MS, é a gestora deste subsistema encarregada de coordenar, normatizar e executar as ações de saúde indígena no Brasil. A partir de outubro de 2010 a gestão passou para a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) ligada diretamente ao Gabinete do Ministro da Saúde.

Para Santos e Escobar (2001, p.258)

A área da saúde indígena está atravessando uma fase singular no Brasil. O momento atual caracteriza-se por alterações profundas, que englobam desde aceleradas transformações em perfis epidemiológicos, até a reestruturação do sistema de assistência à saúde indígena. Concomitantemente, percebe-se que a quantidade de grupos de pesquisa debruçados sobre o tema ampliou-se, algo mais que bem-vindo. Mesmo que transbordem evidências quanto às condições de marginalização sócio-econômica, com amplos impactos sobre o perfil saúde/doença, muito pouco se conhece sobre a saúde dos povos indígenas no Brasil, ainda mais se considerarmos a enorme diversidade sócio-cultural e de experiências históricas de interação com a sociedade nacional.

Garnelo et al. (2003) relatam que o subsistema de saúde indígena vem contribuindo de modo significativo para a melhoria das condições de vida e saúde dos grupos étnicos que vivem no território nacional. Os posicionamentos públicos das lideranças indígenas e os documentos de suas organizações demonstram um clima geral de apoio às estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, particularmente aquelas que resultaram em empoderamento do movimento etnopolítico, um feito inédito no país.

A atual política de saúde indígena tem como objetivo garantir o acesso à atenção integral em saúde que contemple a diversidade étnica dos povos indígenas brasileiros. Todo este sistema representa um avanço na valorização da verdadeira cultura brasileira fortalecendo a superação

dos fatores socioeconômicos históricos que as tornaram mais vulneráveis à degradação das condições de saúde.

2.3 Justificativa

Há poucos dados a respeito do perfil epidemiológico de saúde bucal das comunidades indígenas Guarani do Rio Grande do Sul. Os dados existentes são apenas de produção gerados através dos relatórios de serviços de assistência à saúde indígena, o que dificilmente corresponde à realidade da população.

A FUNASA (2000, p.9) na publicação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas descreve que:

Não se dispõe de dados globais fidedignos sobre a situação de saúde, mas sim de dados parciais, gerados pela FUNAI, pela FUNASA e diversas organizações não governamentais ou ainda por missões religiosas que, por meio de projetos especiais, têm prestado serviço de atenção à saúde dos povos indígenas.

Coimbra et al. (2002) sugerem que a polarização epidemiológica experimentada pelos indígenas no Brasil apresenta características que a diferencia do observado na população brasileira em geral. Especificamente, nos indígenas estaria ocorrendo, segundo esses autores, uma sobreposição das doenças infecciosas e parasitárias com as crônicas não transmissíveis, na ausência de uma queda nos níveis de fecundidade e consequente envelhecimento populacional.

Para Santos e Coimbra (2003, p.13),

[...] o perfil epidemiológico dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informação sobre morbidade e mortalidade. Qualquer discussão sobre o processo saúde doença dos povos indígenas precisa levar em consideração, além das dinâmicas epidemiológicas e demográficas, a enorme sócio diversidade existente.

Para Arantes (2003, p.49),

“No que tange ao perfil epidemiológico, ainda que seja reconhecida a magnitude das transformações experimentadas pelos povos indígenas ao longo dos últimos séculos, permanece desconhecido”.

Em relação às informações sobre saúde bucal dos povos indígenas a situação é semelhante, pois a cárie dentária, doença periodontal, má oclusão e o edentulismo são problemas de saúde pública por serem causa comum de morbidades bucais em certas populações. As doenças bucais apresentam uma forte relação com fatores socioeconômicos, principalmente em comunidades culturalmente diferenciadas como são as indígenas. Os hábitos alimentares mais tradicionais como a coleta, a roça e a caça estão sobrepostos com as das populações que vivem próximas às reservas e que têm como principal característica uma dieta baseada em alimentos industrializados.

Para assegurar uma melhor qualidade da saúde bucal indígena é necessário conhecer o real perfil epidemiológico relacionando às especificidades culturais, sociais, econômicas e demográficas destas populações. Através destas informações, seria possível oferecer subsídios para elaboração de um planejamento em ações de saúde que contemplasse todos estes fatores, principalmente o de respeito ao modo de vida indígena. O planejamento em saúde é o método mais eficiente e um requisito elementar para direcionar esforços e qualificar o trabalho de um

serviço de saúde e, para isto, é necessário o conhecimento da realidade de uma população. Portanto, levantamentos epidemiológicos em saúde para conhecer o perfil de determinadas doenças em uma população é a forma de obter informações qualificadas e fidedignas com dados quantitativos baseados em aspectos científicos reconhecidos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura deste estudo objetiva uma análise de referências teóricas acerca da saúde bucal da população indígena brasileira. Na última década, com a implantação do subsistema de saúde indígena no Brasil em 1999, podemos encontrar um aumento na realização de estudos nesta área, entretanto continuam escassos os trabalhos com metodologia adequada para levantamentos epidemiológicos de saúde bucal em comunidades indígenas de acordo com as normas da Organização Mundial de Saúde (OMS). Também devemos considerar a dificuldade de realização destes estudos dentro da enorme diversidade cultural das etnias indígenas brasileiras, muitas vezes encontrando diferenças no modo de vida dentro da própria etnia, caso desta pesquisa. Estudos como estes transcendem o conhecimento técnico e teórico, pois para realização destes trabalhos o profissional deve ser reconhecido e aceito pela comunidade indígena, aceitação construída através do vínculo com a comunidade e respeito ao modo de vida indígena pelo profissional.

Arantes et al (1997) realizaram um levantamento epidemiológico em saúde bucal na comunidade indígena Xavante de Etéñitépa, Mato Grosso, Brasil. Foram seguidos os critérios preconizados pela OMS. Aproximadamente metade da amostra (N = 228) apresentou índice de cariados, perdidos e obturados em dentes permanentes (CPO-D) inferior a 2. Em crianças de 12 a 14 anos, observou-se um CPO-D de 3,7. O índice de cariado, extraídos e obturados em dentes decíduos (ceo) foi mais elevado aos seis anos 5,6. A frequência de dentes obturados é bastante reduzida, apontando para o pouco acesso a serviços odontológicos. As más-oclusões (classificação de Angle) apresentam baixa ocorrência, assim como a doença periodontal em estado avançado. A comparação dos resultados do inquérito realizado em 1997 com levantamentos conduzidos em 1962 e 1991 revelou uma tendência de deterioração das condições de saúde bucal. Argumenta-se que mudanças na dieta (notadamente consumo de açúcar e de outros produtos industrializados), relacionadas às alterações socioeconômicas e

ambientais advindas da interação com a sociedade nacional envolvente, aliadas à falta de programas preventivos, estão entre as principais causas da deterioração nas condições de saúde bucal dos Xavante.

No diagnóstico sobre a situação de vida realizada por Garlet e Assis (1998) da população Mbyá Guarani no Sul do Brasil o quadro odontológico dessas comunidades foi descrito como lastimável, sendo pouco provável a existência de indígenas que não apresentassem problemas dentários.

Para Parciornik (1999), um estudioso dos costumes indígenas, observando a dentição destes, constatou que nas reservas mais primitivas, livres dos costumes "civilizados", os dentes apresentavam-se em melhor estado, com maior ausência de cáries e menor falta de dentes do que nas populações civilizadas em geral, porém quando foram introduzidos os alimentos cariogênicos na alimentação indígena, não foram introduzidas na mesma proporção medidas educativas e preventivas para evitar o incremento da cárie dentária.

Guimarães (2000), em sua dissertação de mestrado pesquisou a prevalência de cárie dentária em populações indígenas Fulni-ô. Examinou 30% da população, e aos 5 anos de idade, encontrou em média 4 dentes atacados por cárie, sendo que apenas 27% dos índios nesta idade apresentavam-se livre de cárie.

Fratucci (2000) pesquisou a saúde bucal da população Mbyá Guarani de São Paulo em sua dissertação de mestrado. No estudo descreve que o CPO-D aos 12 anos foi de 2,2 com 44% das crianças livres de cárie aos 5 anos, o componente cariado representando 86,8% do índice CPO-D, ocorrendo um agravamento da condição de saúde bucal com o aumento da idade, no qual poucos indivíduos reuniam a maioria das doenças e necessidades de tratamento, principalmente na dentição decídua ou temporária. Revelou que as condições de saúde bucal são mais satisfatórias que o esperado.

Moimaz et al (2001) avaliaram a percepção de saúde dos índios adultos habitantes do posto indígena de Icatu, localizado no município de Braúna, São Paulo, Brasil. A população de estudo foi composta por 23 indígenas, 7,5% dos índios adultos da aldeia, que responderam um formulário composto por cinco questões. Os resultados demonstraram que, para 82,6%, a percepção de saúde está diretamente relacionada à capacidade de exercer os afazeres dentro da comunidade. De maneira geral, existe certa preocupação com a saúde bucal – 47,8% relacionam a saúde bucal com a mastigação, 43,4% com a aparência e a higiene bucal. Embora quase todos sejam desdentados parciais, sendo três desdentados totais, há um contraste com a afirmação de que suas condições de saúde bucal são regulares (78,3%) ou boas (17,4%). A substituição dos dentes perdidos é considerada importante por 39,1% dos entrevistados.

Parizzoto (2004), em sua tese de doutorado, verificou a prevalência de cárie dentária em crianças de 0 a 5 anos de idade da população indígena Kaiowá/Guarani de Mato Grosso do Sul e sua associação com o tempo de aleitamento, dieta cariogênica e hábitos de higiene bucal. Os resultados demonstraram que o índice ceo-d depende das variáveis: idade, tempo de aleitamento, adição de açúcar no leite, ocasião da ingestão de açúcar e derivados e frequência de higiene bucal. Esta última contribui para diminuição do ceo-d, enquanto que as outras para o aumento dos mesmos. A presença de mancha branca depende somente da ocasião de ingestão de açúcar e derivados, de forma que sua incidência aumenta com a ingestão de açúcar e derivados em todas as refeições.

Moura (2007) apresentou em sua tese de dissertação intitulada: “População indígena: condição bucal e estado nutricional materno infantil” com o objetivo de verificar a relação entre a condição bucal e o estado nutricional. O estudo transversal foi realizado com mães e crianças indígenas cobertas pelo Polo Base Florianópolis. Observou-se um ceo-d médio de 3,00 e 40,3% de crianças livre de cáries. O CPO-D médio encontrado para as mães foi de

10,41 e apenas 4,5% foi igual a 0. As crianças que apresentaram estado nutricional insatisfatório apresentaram maiores médias para o índice de cárie. As crianças que obtiveram maior tempo de amamentação exclusiva apresentaram menor risco de desnutrição. Todas as mães apresentaram algum grau de insegurança alimentar que inclusive apresentou associação com quantidade de filhos menores de 6 anos. Entre as mães, houve diferença significativa entre o número de dentes perdidos e o excesso de peso. Conclui-se 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.

Detogni (2007) em sua dissertação descreve o perfil e as práticas em saúde bucal desenvolvidos junto ao povo Enawene-Nawe entre 1995 e 2005, analisa as tendências das doenças bucais mais prevalentes nesse grupo e apresenta alguns condicionantes dos resultados observados. Nos principais resultados destacam-se: redução de 47,2% na prevalência de cárie aos 12-13 anos, com o índice CPO-D variando de 7,7 em 1995, para 4,1 em 2005, e aumento na proporção de livres de cárie na dentição permanente entre 6 e 16 anos, de 9,8% em 1995, para 31,2% em 2005. O principal problema de saúde bucal entre adultos foi o edentulismo, e a reabilitação dentária representou uma das principais demandas em saúde bucal do grupo. A confecção de próteses totais e parciais resultou em maior perda dentária entre adultos, porém, representou estratégia de legitimação das práticas de saúde, e favoreceu mudanças de comportamento em crianças e jovens, dirigidas aos cuidados bucais. 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.

Pacagnalla (2007) em sua dissertação de mestrado “Perfil Epidemiológico da Saúde Bucal da População do Parque do Xingu, entre os anos de 2001 e 2006” analisou a epidemiologia

das doenças bucais, considerando as necessidades assistenciais odontológicas. Para tal, foi realizado um estudo epidemiológico descritivo, utilizando dados secundários, provenientes de inquéritos realizados em três momentos distintos 2001, 2003 e 2006. A análise dos resultados mostrou que o principal problema de saúde bucal é a cárie, atingindo no ano de 2006, 81% da população. Em relação à cárie, notou-se uma queda nas médias do CPO-D para a maioria das faixas etárias no ano de 2006 em relação a 2001 e houve melhora também nos percentuais de pessoas livres de cárie para as idades entre 0 e 19 anos. Ao se analisar os componentes do CPO-D e ceo-d, quando comparados os dados obtidos em 2006 e 2001, foi possível verificar que o componente "cariado" apresentou redução para a maioria das faixas etárias em todas as aldeias, assim como o aumento dos componentes "obturados e perdidos". Observou-se que para a dentição decídua o componente cariado possui grande contribuição no ceo-d em todas as aldeias, variando entre 69% a 86% do índice. O Índice Periodontal Comunitário (IPC) mostrou aumento do percentual de pessoas sem doença periodontal em todas as aldeias, queda no percentual de pessoas com algum tipo de bolsa periodontal e cálculo como o principal problema. Em relação às necessidades de tratamento verificou-se que restaurações foram as indicações mais frequentes e houve um aumento no número de dentes sem nenhuma necessidade. Para a doença periodontal, observou-se que mais de 80% das pessoas acima de 15 anos precisam de tratamento e necessidade de profilaxia; as necessidades por cuidados mais complexos representam apenas 3%. Concluiu-se que no período de 2001 a 2006, houve uma melhora nas condições de saúde bucal dessas populações.

Carneiro et al (2008), na publicação intitulada "Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas" realizaram um estudo transversal sobre as condições de saúde bucal, de acordo com critérios da OMS. Foram observadas as condições dentárias e a necessidade de tratamento, examinando-se 590 indivíduos (49,2% da população > 2 anos). 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 (5,3) foi encontrado na idade de 5 anos. Do total de pessoas examinadas, 73,6% apresentaram alguma necessidade de tratamento cirúrgico-restaurador. Os indivíduos entre 15-19 anos apresentam as mais elevadas frequências de restaurações. O CPO-D da população Baniwa é elevado, o que deve estar relacionado a processos recentes de mudanças socioeconômicas, particularmente na dieta.

Alves Filho et al, (2009) descrevem a situação de saúde bucal em índios Guaraní do Estado do Rio de Janeiro, Brasil utilizando critérios da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 508 sujeitos (90,7% da população). Aos 5 anos, 38,5% das crianças estavam livres de cárie e aos 12 o CPOD foi igual a 1,7. Observou-se que 54,2% dos indivíduos entre 35-44 anos e 12% entre 65-74 apresentavam 20 ou mais dentes. O número de dentes para 35-44 e 65-74 anos foi de 18,5 e 8,5. Enquanto o ceo-d não diferiu entre sexos, o CPOD e a perda dentária foram maiores em mulheres. Aproximadamente 60% da população não demonstraram problemas periodontais, enquanto 20,9% e 11,3% apresentaram sangramento gengival e cálculo como condições periodontais mais graves. Sangramento e cálculo foram mais comuns em homens, e sextantes excluídos em mulheres.

Arantes et al (2010) publicaram uma avaliação dos níveis de experiência de cárie entre subgrupos Xavante que vivem em diferentes Terras Indígenas (T.I.) no Estado de Mato Grosso, Brasil, a fim de investigar a presença de desigualdades no interior de uma mesma etnia indígena. Foram adotados os critérios preconizados pela OMS e utilizado o índice CPO-S. A maior disparidade foi notada entre as T.I. Pimentel Barbosa e Sangradouro, tanto em homens (RP 2,68- IC95% 2,41 a 2,97) como em mulheres (RP 2,03- IC95% 1,85 a 2,23). A razão de prevalência (RP) do componente obturado em Areões e Marechal Rondon (diferença relativa à Pimentel Barbosa) é muito pequena em relação à carga de doença total nestas T.I., indicando menor presença de serviço odontológico restaurador. Conclui-se que

a transição em saúde bucal não é homogênea entre os Xavante e que as diferenças podem estar associadas a particularidades do processo histórico de interação com a sociedade não indígena. Determinantes locais e regionais, incluindo fatores demográficos, características econômicas e socioculturais específicas, acesso e utilização de serviços de saúde, podem ter determinado as desigualdades de ataque de cárie observadas entre os Xavante.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Descrever o perfil epidemiológico de saúde bucal e de fatores socioeconômico da população indígena Guarani do RS.

4.2 Objetivos Específicos

Descrever a distribuição das doenças bucais e fatores socioeconômicos e demográficos das comunidades Guaranis.

Descrever a prevalência de cárie dentária, doença periodontal, má oclusão e fluorose dentária.

Descrever a necessidade e uso de prótese dentária.

Descrever a necessidade de tratamento dentário.

Descrever a autopercepção em saúde bucal, acesso aos serviços de saúde bucal e hábitos de higiene bucal.

Identificar a presença de fluoretação artificial nos sistemas de abastecimento de água nas comunidades.

5 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Como se trata de populações indígenas (de acordo com a resolução 196/96 e 304/00 do Conselho Nacional de Saúde) foi encaminhado para análise da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Por uma questão ética e respeito à tradição e ao povo Guarani o projeto de pesquisa foi discutido e analisado em suas comunidades com as lideranças locais e com os representantes do Rio Grande do Sul do Conselho Distrital Litoral Sul. O projeto número CEP/GHC 083/09e CONEP 588/09 foi considerado aprovado no dia 02 setembro de 2009 (apêndice 5).

Os sujeitos de pesquisa e as comunidades indígenas foram informados, em uma linguagem acessível e na própria língua (através de auxílio do agente de saúde indígena ou liderança local), sobre os propósitos da pesquisa. O termo de consentimento informado (apêndice 4) foi preenchido em duas vias, identificado com o nome do participante, datado e assinado, sendo uma retida pelo participante da pesquisa e outra arquivada pelo pesquisador. No caso do voluntário ser analfabeto ou não entender o português, o termo de consentimento foi lido e traduzido para o paciente e assinado por testemunha. Todos os resultados foram fornecidos ao participante e mantidos sob sigilo. Os pacientes em que foram diagnosticados problemas bucais ou necessidade de atendimento de urgência foram devidamente encaminhados para tratamento odontológico nas equipes multidisciplinares de saúde indígena responsável pelo atendimento da comunidade. Os dados serão guardados durante cinco anos, sendo então destruídos.

6. REFERÊNCIAS

ALVES FILHO P.;Vettore MV'; Santos RV. *Saúde Bucal dos Índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro, Brasil*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. 2009. v 25.

ALVES FILHO P. *A Saúde Bucal dos Índios Guarani do estado do Rio de Janeiro*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.

ARANTES R. *Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil, Panorama Atual e Perspectivas– Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas do Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz / ABRASCO. 2003.

_____. *Saúde Bucal dos Povos Indígenas do Brasil e o caso dos Xavante de Mato Grosso*. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. 2005.

ARANTES R.; Santos RV, Coimbra Jr. CEA. *Saúde Bucal na População Indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil*. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. 2001. v 17.

_____; _____.; Frasnão P. *Diferenciais de Cárie Dentária entre os Índios Xavante de Mato Grosso, Brasil*. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Epidemiologia. 2010; 13(2).

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicada no Diário Oficial da União em 20/09/90.

_____. *Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999*. Acrescenta dispositivo à Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Publicada no Diário Oficial da União em 24/09/99.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Bucal*. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde. 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Projeto SB Brasil 2003*. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.

CARNEIRO MCG et al. *Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento Odontológico entre os Índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas*. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(6).

COIMBRA JCEA et al. *The Xavante in Transition: Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

COIMBRA JCEA, Santos RV. *Cenário e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil*– Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas do Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz / ABRASCO. 2003.

DETOGNI AM. *De volta às origens*. São Paulo: Revista da Associação Brasileira de Odontologia. 1994. V.2.

_____. *Práticas e Perfil em Saúde Bucal: o caso Enawene-Nawe, MT, no Período 1995-2005* [Dissertação de Mestrado]. Cuiabá: Universidade Federal de Mato Grosso. 2007.

FERREIRA LO. “*Mba’eAchy: A Concepção Cosmológica da Doença entre os Mbyá Guarani num Contexto de Relações Interétnicas*”. [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: PPGAS/UFRGS. 2001.

FRATUCCI MVB. *Alguns aspectos das condições de saúde bucal de uma população indígena Guarani Mbyá no município de São Paulo*. [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2000.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. *Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas*. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI*. Brasília: Departamento de Saúde Indígena. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2005.

_____. Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Distritos Especiais Indígenas / Manual Técnico*. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

GARLET L; Assis VS. *Diagnóstico da População Mbyá-Guarani no Sul do Brasil*. São Leopoldo: COMIM. 1998.

GARNELO L; Macedo G.; Brandão LC. *Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2003.

GUIMARÃES CD. *Prevalência de cárie dentária e fatores de risco na comunidade indígena Fulni-ô – Pernambuco*. [Dissertação de Mestrado]. Recife: Faculdade de Odontologia Universidade Federal de Pernambuco. 2000.

LADEIRA MI. *Espaço Geográfico Guarani-Mbya: Significado, Constituição e Uso*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Universidades de São Paulo. 2001.

LANGDON JL; Garnelo L. *Uma Avaliação Crítica da Atenção Diferenciada e a Colaboração Entre Antropologia e Profissionais de Saúde*. Saúde dos Povos Indígenas – Reflexões Sobre Antropologia Participativa. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Antropologia. 2004.

MOIMAZ SAS, Saliba NA, Garbin CAS. *Percepção de Saúde Bucal em uma Comunidade Indígena no Brasil*. São Paulo: Revista da Faculdade de Odontologia de Lins. Vol. 13. 2001.

PARCIONIK ME. *A Dentadura dos Índios?* JAO, ano III, n.4.1999.

PACAGNELLA RC. *Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal da População Indígena do Xingu, entre os anos de 2001 e 2006*. [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. 2007.

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*. [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia - Universidade de São Paulo. 2004.

PINTO VG. *Epidemiologia das Doenças Bucais, ABOPREV- Promoção de Saúde Bucal*. 2.ed. São Paulo: Artes Médicas. 1999.

_____. *Saúde Bucal Coletiva*. 4.ed. São Paulo: Santos. 2000.

POSE SB. *Avaliação das Condições de Saúde Bucal dos Índios Xavantes do Brasil Central*. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública – Fundação Oswaldo Cruz. 1993.

OLIVEIRA MA. *Representações e Práticas em Saúde Bucal entre os Guarani Mbyá da Aldeia Boa Vista no Município de Ubatuba, São Paulo*. [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. 2006.

MOURA PG. *População Indígena: Condição Bucal e Estado Nutricional Materno Infantil.*

[Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2007.

WHO (World Health Organization). *Levantamentos Básicos em Saúde Bucal.* 4.ed. São Paulo: Santos. 1999.

SANTOS RV. Escobar AL. *Saúde dos Povos Indígenas no Brasil: Perspectivas Atuais.* Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. 2001; mar./abr. 17 (2): 258.

Rio Grande do Sul. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS). Projeto SB/RS – *Condições de Saúde Bucal da População do Rio Grande do Sul.* Porto Alegre: SES-RS. 2003.

SCHADEN E. *Aspectos Fundamentais da Cultura Guarani.* 3.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo. 1974.

THYLSTRUP A; Fejerkov O. *Cariologia Clínica.* 2.ed. São Paulo: Santos. 1995.

7 ARTIGO

Perfil Epidemiológico da Saúde Bucal da População Indígena Guarani do Rio Grande do Sul, Brasil.

Epidemiological Oral Health profile of the Guarani indian population living in Rio Grande do Sul, Brazil.

Alexandre M. Ferreira^I, Julio Baldisserotto^{II}, Sotero S. Mengue^{III}

^ICirurgião-Dentista e Coordenador da Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena de Viamão - RS, Especialista em Saúde Bucal Coletiva e Epidemiologia, Mestrando em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Tutor da Residência Multiprofissional de Saúde Mental Coletiva da UFRGS.

^{II}Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Doutor em Gerontologia Biomédica, Professor Colaborador do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS, Coordenador do Curso de Especialização em Gestão da Saúde do Idoso da Escola GHC.

^{III}Professor Associado da Faculdade de Medicina da UFRGS, Doutor em Epidemiologia, Professor do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia da UFRGS.

Endereço para correspondência:

Rua: Viamópolis, 69, CEP 94470-520, Viamão, RS, Brasil.

Fone: (51) 3045-1010

E-mail: alexandrefeb@terra.com.br

RESUMO

Na última década ocorreram transformações positivas na saúde indígena brasileira. A saúde bucal é um dos temas relevantes da saúde indígena e carece de informações na literatura. O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil de saúde bucal e sociodemográfico da população indígena Guarani do Rio Grande do Sul. Este é um estudo de prevalência com levantamento epidemiológico de saúde bucal e variáveis demográficas. Um total de 203 sujeitos em diferentes idades e faixas etárias e em 19 aldeias foram examinados. As crianças Guarani de cinco anos de idade apresentaram um índice de cárie (ceo-d) 2,8 com 37,7% destas crianças livres de cárie. Os adolescentes de 12 anos e de 15 a 19 apresentaram um CPO-D, respectivamente, de 1,31 e 3,39, sendo o maior percentual do índice aos 12 anos o componente cariado (C) com 54,3%; entre adolescentes de 15 a 19 anos é o obturado (O) com 49,4%. Entre os adultos na faixa etária de 35 a 44 anos o CPO-D médio foi de 11,55, sendo que o componente perdido (P) foi responsável por 69,3% do índice. Entre os idosos, faixa etária de 65 a 74 anos, o CPO-D médio foi de 18,58. Os dados desta investigação demonstram que a média do CPO-D nas diferentes idades e faixas etárias é mais baixa na população indígena Guarani indicando uma menor experiência de cárie dental do que a população em geral. Acesso ao creme dental fluoretado e uma política de saúde indígena diferenciada podem estar relacionados com estes resultados. No entanto é necessário mais pesquisa acerca da influência de hábitos culturais sobre o processo saúde doença bucal destas populações.

Descritores: Saúde Bucal Indígena, Índice CPO, Epidemiologia, Cárie Dentária, Saúde Indígena.

ABSTRACT

Over the past decade, positive changes have occurred to Brazilian indigenous health. Oral health is one of the relevant issues of indigenous health, but there is a lack of information about it in literature. The aim of this paper is to describe the oral health and sociodemographic profile of the Guarani indigenous population in Rio Grande do Sul. This is a prevalence study using an epidemiological survey on oral health and demographic variables. A total of 203 subjects in 19 villages at different ages and in different age groups were examined. Five-year-old Guarani children showed a dental caries index (DEF) of 2.8, with 37.7% of these children being free of caries. Teenagers aged 12 and from 15 to 19 years showed a DMF index of 1.31 and 3.39, respectively, the highest rate at age 12 was for the decayed component (D), 54.3%; and among teenagers from 15 to 19 years, the filled component (F) had the highest rate, 49.4%. Among adults in the age group of 35 to 44 years, the mean DMF index was 11.55, and the missing component (M) accounted for 69.3%. Among the elderly, in the age group of 65 to 74 years, the mean DMF index was 18.58. The data from this investigation demonstrated that the mean DMF index at different ages and in different age groups was lower in the Guarani indigenous population, indicating a lower presence of dental caries than in the general population. Access to fluoridated dental cream and a specific indigenous health policy may be associated with these results. However, further studies on the influence of cultural habits on the process of oral health and disease among these populations are necessary.

Keywords: Indian oral health, DMF index, Epidemiological survey, Dental caries, Indian health.

Introdução

A população indígena no Brasil vem sofrendo constantes mudanças positivas na saúde na última década devido à inserção de um novo modelo de saúde diferenciado para os povos indígenas brasileiros, baseado no respeito à diversidade étnica e ao saber tradicional. A situação de saúde destes povos, a autoestima, a pobreza e a qualidade de vida até poucos anos atrás se encontrava deteriorada e fragilizada. Considerada uma população mais vulnerável em relação aos demais grupos sociais do nosso país, em 1999 foi implantada uma nova política de saúde indígena no Brasil (Brasil, lei 9836, 1999)¹. Esta política está baseada em Distritos Sanitários Especiais Indígenas, os quais se configuram por ter uma delimitação étnica e não territorial². Através desta nova iniciativa foram criadas as Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígenas (EMSI) que têm como proposta de trabalho a construção de um trabalho interdisciplinar e intersetorial baseado no conhecimento dos processos-saúde e seus determinantes de acordo com a tradição de cada comunidade indígena.

Os Guarani fazem parte da família Tupi-Guarani, do tronco linguístico Tupi. Habitam, no Brasil, o litoral sul e sudeste brasileiro e sul do Mato Grosso do Sul, também são encontrados no Paraguai, Argentina e Uruguai. Atualmente, no Brasil, existem três grupos Guaranis de dialetos e fundamentos culturais distintos: os Ñandeva, os Mbyá e os Kaiowá, cuja presença é maior no sul de Mato Grosso do Sul.

Os grupos indígenas, entre eles o Guarani, que habitavam o litoral brasileiro foram os primeiros a sofrerem com o processo de colonização do Brasil. Estes indígenas foram alvo de intenso intercâmbio comercial, escravização, catequização, guerras, doenças e epidemias, despovoando a área litorânea do Sul do Brasil, retraindo-se estrategicamente para o continente.

No Rio Grande do Sul (RS) são aproximadamente 20.000 indígenas, divididos basicamente em três povos, o Guarani, o Kaingangue e, mais recentemente reconhecidos, os

Charruas. Nestes povos encontramos uma diversidade de problemas de saúde relacionados principalmente a mudanças de hábitos determinadas por múltiplos fatores socioeconômicos históricos que conduziram estas populações, conjuntamente com a deficiência do sistema de saúde existente no passado, à precariedade da condição de saúde e qualidade de vida.

Os Guarani no RS vivem em pequenas comunidades indígenas e em grupos familiares distribuídos em vários municípios. Caracterizam-se principalmente por manterem sua cultura, religião e língua mesmo com a proximidade do convívio com o meio urbano das grandes cidades. No passado o Guarani vivia e subsistia com o que a natureza oferecia e, com o passar dos tempos, ocorreram mudanças significativas neste processo devido aos contatos inter-étnicos, pressões por terras e destruições das matas³. O Guarani vive em contato permanente com a sociedade em torno de suas aldeias, conseqüentemente; absorve hábitos que geram um limiar de conflito cultural constante de dois modos de pensar e viver o mundo. Mas apesar da forte pressão do processo de colonização brasileira o Guarani manteve firme sua cultura, sendo uma das principais características deste povo indígena o fato de ter preservado seu sistema médico tradicional até os dias de hoje.

Há poucos dados a respeito do perfil epidemiológico de saúde bucal das comunidades indígenas Guarani do RS. Os dados existentes são apenas de produção gerados através dos relatórios de serviços de assistência à saúde indígena, o que dificilmente corresponde à realidade da população. No RS não existem pesquisas em saúde bucal com populações indígenas e as informações existentes sobre distribuição de doenças bucais são limitadas às populações não índias. Além disso, estudos em nível nacional sobre a situação de saúde bucal da população indígena brasileira são escassos e, quando existentes, são muitos heterogêneos⁴.

Coimbra et al. (2002)⁵ sugerem que a polarização epidemiológica experimentada pelos indígenas no Brasil apresenta características que a diferencia do observado na população brasileira em geral. Especificamente, nos indígenas estaria ocorrendo, segundo esses autores,

uma sobreposição das doenças infecciosas e parasitárias com as crônicas nãotransmissíveis, na ausência de uma queda nos níveis de fecundidade e consequente envelhecimento populacional.

Para Santos e Coimbra (2003)⁶

o perfil epidemiológico dos povos indígenas é muito pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informação sobre morbidade e mortalidade. Qualquer discussão sobre o processo saúde doença dos povos indígenas precisa levar em consideração, além das dinâmicas epidemiológicas e demográficas, a enorme sócio diversidade existente.

Assim sendo este estudo teve como objetivo descrever e analisar o perfil epidemiológico de saúde bucal e de fatores sociodemográficos da população indígena Guarani do RS, Brasil.

Metodologia

Esta investigação foi um estudo de prevalência, através de levantamentos epidemiológicos de dados clínicos de saúde bucal e dados descritivos demográficos e socioeconômicos no período de setembro de 2009 a julho de 2010.

O estudo direcionou-se à população indígena da etnia Guarani pertencente às aldeias do RS, população estimada em 1890 indígenas residentes em 30 comunidades em 19 municípios, conforme dados de dezembro de 2010 (SIASI-RS)⁷. Participaram do estudo 19 comunidades em 12 municípios. Estas comunidades, apesar de serem culturalmente idênticas, apresentam diversas diferenças na parte territorial ou de infraestrutura da aldeia indígena. Algumas apresentam território demarcado com unidade de saúde, água tratada, escola, moradia, energia elétrica, enquanto outras são acampamentos de beira de estrada sem nenhum recurso. Das 30 aldeias existentes foram excluídas quatro que apresentavam moradores de outras etnias ou não índios e, das demais, sete, eram comunidades pequenas com menos de 50 habitantes e não houve possibilidade de deslocamento até a aldeia, pois não houve disponibilidade de transporte.

Para exame, análise e descrição dos resultados a população foi estratificada nas seguintes idades e faixas etárias: 05, 12, 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos de idade. As idades e faixas etárias estão de acordo com o recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para estudos de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal (OMS, 1999)⁸, também utilizado no levantamento de saúde bucal 2003 (SB 2003) no Brasil⁹.

Os exames foram realizados em um único momento em cada comunidade, durante a ida até as aldeias para realização da coleta de dados. Foram examinados os indivíduos que consentiram em participar do estudo e que estavam presentes durante a visita do pesquisador nas comunidades, amostragem por conveniência. Os exames foram realizados por um único

examinador, o pesquisador, que trabalha há 11 anos com comunidades indígenas da etnia Guarani do Rio Grande do Sul (RS). Foi utilizado para aferir a concordância dos exames coeficiente Kappa, no qual houve concordância em 91,2% dos dados.

Os exames clínicos da pesquisa foram realizados de acordo com os critérios preconizados pela OMS para levantamentos em saúde bucal⁸, as Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas¹⁰ e o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2003⁹. Os dados foram anotados em fichas clínicas modelo OMS/1999^{8,9} por um auxiliar.

Os dados coletados foram: cárie dentária, necessidade de tratamento odontológico, doença periodontal, oclusão dentária, fluorose, necessidade e uso de prótese dentária, hábitos de higiene bucal, acesso a serviços de odontologia, autopercepção em saúde bucal, fatores socioeconômicos e demográficos e presença de flúor artificial na água de consumo. Para coleta dos fatores hábitos de higiene bucal, autopercepção em saúde, autopercepção em saúde bucal e acesso aos serviços de odontologia foram utilizados um questionário estruturado. Quando necessário foi solicitado ajuda de um tradutor indígena. Estes dados foram coletados para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos.

Para coleta de dados deste estudo foram percorridos mais de 3.000 km nas estradas do Rio Grande do Sul em três meses para visitar 19 aldeias em 12 municípios. Apenas em uma aldeia houve deslocamento em conjunto com a FUNASA as demais foram com transporte próprio do pesquisador. Todas as despesas foram custeadas pelo próprio pesquisador.

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Grupo Hospitalar Conceição e encaminhado para análise da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Por uma questão ética e respeito à tradição e ao povo Guarani o projeto de pesquisa foi discutido e analisado em suas comunidades com as lideranças locais e com os representantes do Rio Grande do Sul no Conselho Distrital Litoral Sul. Os pacientes em que

foram diagnosticados problemas bucais ou necessidade de atendimento de urgência foram devidamente encaminhados para tratamento odontológico nas equipes multidisciplinares de saúde indígenas responsáveis pelo atendimento da comunidade.

Resultados

A Tabela 1 descreve dados socioeconômicos dos participantes conforme o tipo de terra indígena onde vivem, local de onde retiram água para uso e consumo e se possuem banheiros. De acordo com a tabela observa-se que houve uma paridade entre os sexos dos participantes e que 73% destes vivem em terra indígena reconhecida e cerca de 1/3 desta população ainda vive em acampamentos de forma precária. A maioria dos indígenas (58,3%) utiliza como fonte de água o poço artesiano com distribuição da água através de encanamentos e 59,3% não possui banheiro para uso próprio. Das 19 aldeias que participaram do estudo, 90,9% não apresentam fluoretação na água de consumo e apenas duas têm suas águas ligadas à rede de abastecimento pública que apresentam fluoretação. Isto significa que menos de 10% do total da população estudada recebe o benefício de fluoretação das águas.

Na Tabela 2 estão apresentados dados de prevalência e da experiência de cárie através da média e porcentagem do índice de dentes cariados, perdidos e obturados de acordo com cada dente permanente (CPO-D) e seus componentes na dentição aos 12 anos e nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos em indígenas moradores em aldeias Guaranis do Estado do RS, Brasil. Pode-se verificar que as crianças de 12 anos e adolescentes de 15 a 19 apresentam um CPO-D, respectivamente, de 1,31 e 3,3, sendo que o maior percentual do índice aos 12 anos é o componente (C) cariado com 54,3%; entre adolescentes (15 a 19anos) é o (O) obturado com 49,4%. Entre os adultos, faixa etária de 35 a 44 anos, o CPO-D médio foi de 11,55, sendo o componente perdido responsável por 69,3% do índice. Entre os idosos, faixa etária de 65 a 74 anos, o CPO-D médio foi de 18,58. Observa-se que o componente perdido por cárie aumentou em relação aos adultos ficando responsável por 88,7% da composição do índice. Em relação às condições de saúde bucal nas crianças Guarani de cinco anos, o índice de cariado, extraídos e obturados em dentes decíduos (ceo-d)

é de 2,8, tendo uma composição de 85,7% de dentes cariados e 14,3% de restaurados para um total de 45 crianças examinadas. O percentual de crianças livres de cárie foi de 37,7%. Para esta mesma idade o levantamento de má oclusão apresentou um resultado de 91,1% das crianças indígenas com oclusão normal.

Aos 12 anos 91,4% apresentaram grau de normalidade para a fluorose e uma condição dentofacial também considerada normal, no total de 35 examinados. A faixa etária de 15 a 19 anos apresentou 91,4% de grau de fluorose normal e 89,2% para a condição dentofacial normal, para um total de 74 examinados.

Na Tabela 3 são mostrados os resultados da prevalência de doença periodontal na população indígena Guarani do RS nas faixas etárias de 15 a 19 anos, 35 a 44 anos e 65 a 74 anos, considerando o maior escore índice periodontal comunitário por indivíduo (CPI). Verifica-se um maior número de sextantes com sangramento, 43,9% entre os adolescentes, e de sextantes com cálculo dentário nos adultos. Na faixa etária entre 65 e 74 anos o percentual de sextantes com cálculo dentário foi 26,3%, entretanto havia um elevado percentual de dentes excluídos. Há uma baixa proporção de indígenas sem problemas periodontais, hígidos, que diminui de acordo com o aumento da idade ficando, respectivamente, em ordem crescente nas faixas etárias estudadas, 10,8%, 12,9% e 0%.

Na Tabela 4 apresentam-se as frequências e os percentuais para as variáveis acesso aos serviços odontológicos e higiene bucal nas faixas etárias de 15 a 19 e 35 a 44 anos. Na faixa etária de 15 a 19 anos pode-se verificar que 54% foram ao dentista nos últimos 12 meses e cerca de 8% nunca foram ao dentista. O principal motivo de consulta foi para realização de avaliação de rotina e manutenção da condição bucal (33,8%) e cerca de 12,2% dos que procuraram o atendimento odontológico foi por motivo de dor. Com relação específica a dor de dente nos últimos 6 meses, 68,9% dos indivíduos entrevistados não referiram dor e 39,2% responderam que necessitavam de tratamento odontológico. No levantamento de higiene

bucal, 95,9% relatam que realizam periodicamente, bem como possuem escova de dente, e 94,6% utilizam creme dental. Entretanto, 41,9% referiram que não utilizam fio dental.

Em relação à faixa etária de 35 a 44 anos, 54,8% foram ao dentista nos últimos 12 meses, sendo que todos referiram terem consultado com o dentista em algum momento de sua vida. Os principais motivos de ter procurado o serviço de odontologia foi para consulta de rotina e manutenção, com 19,4%, e por causa de cavidade nos dentes, 16,1%. Um total de 64,5% dos sujeitos examinados relatou que não apresentaram nenhuma dor de dente nos últimos seis meses, já 54,8% consideram necessitar de tratamento odontológico. Quase a totalidade dos indígenas que realizaram atendimento odontológico, nos últimos 12 meses à entrevista, utilizou a rede pública de serviços de saúde.

Em relação à percepção em saúde e saúde bucal, a Tabela 5 demonstra os resultados do levantamento para as faixas etárias de 15 a 19 e 35 a 44 anos. A percepção em saúde bucal aparece como ruim para 17,6% dos adolescentes e apenas 6,5% dos adultos. Na percepção da aparência dos dentes ressalta-se que 27% indígenas entre 15 a 19 anos e 35,5% entre 35 a 44 anos classificaram a aparência de seus dentes como ruins. Para a percepção em saúde, 67,6% dos adolescentes e 61,5% dos adultos referem ter uma boa saúde e, respectivamente, 75,7% e 67,7% declararam que a saúde não afeta suas atividades diárias.

Discussão

As morbidades bucais têm causas multifatoriais relacionadas a diversos fatores socioeconômicos que são ressaltados mais fortemente entre os indígenas por apresentarem condições de vidas vulneráveis e diferenciadas. Neste estudo foi verificado que 27% dos indígenas examinados moram em acampamentos de beira de estrada os quais não dispõem de condições de sustentabilidade adequada ao povo Guarani, e 59,3% dos indígenas entrevistados não possuem unidades sanitárias nem banheiros. Mas um dado positivo é que 75,9% têm acesso à água tratada, seja por rede de abastecimento própria (poços artesianos) ou rede de água pública. Estes fatores estão intimamente relacionados às condições de saúde de qualquer indivíduo, seja indígena ou não, integrando uma rede de demanda de diversos determinantes sociais que permeiam não apenas as questões diretamente ligadas à saúde, mas as demais condições sociais como terra, moradia e sustentabilidade adequadas ao modo de vida indígena.

Em relação à doença cárie dental, em uma comparação entre as metas propostas da OMS para 2000 e 2010¹¹, o levantamento da saúde bucal da população brasileira (SB 2003)⁹, o levantamento da saúde bucal da população do RS 2003¹² e os dados preliminares do SB 2010¹³ com os dados coletados de saúde bucal nos Guarani do RS pode-se constatar que o percentual de crianças indígenas aos 5 anos livres de cárie (37,7%) está ligeiramente abaixo ao da população brasileira⁹(40,6%) e gaúcha¹³ (40,8%) e cerca de 12% de diferença a menos da meta de 50% da OMS para o ano 2000, estando ainda mais distante da meta da OMS para 2010 de 90%¹¹. Já aos 12 anos verifica-se que a população indígena Guarani apresenta um CPO-D (1,31), quase a metade do que o encontrado na população brasileira 2003 (2,78)⁹, 2010 (2,1)¹³ e do RS (2,45)¹² e melhor que a meta proposta pela OMS para 2000 (<3) e próxima da meta para 2010 (< ou = 1)¹¹. Uma das possíveis explicações para a menor

prevalência de cáries nestas faixas etárias poderia ser a permanência de hábitos alimentares ainda ligados à cultura, o uso e disponibilidade de flúor através da distribuição de escova e creme dental e a assistência à saúde diferenciada a esta população.

Para as faixas etárias subsequentes, em relação ao SB 2003⁹ e dados preliminares de SB 2010¹³, pode se verificar que, dos 15 aos 19 anos, o CPO-D dos indígenas Guarani (3,39) ficou bem abaixo da média da população brasileira 2003 (6,17)⁹, quase a metade do índice SB 2010 (4,2)¹³. Também se ressalta a composição do índice, no qual há uma diferença importante na composição dos cariados (C), sendo 27,9% entre os Guarani e 42,14% no levantamento do SB 2003⁹. Já para a faixa etária de 35 à 44 anos o CPO-D apresentou também a menor média entre os Guarani (11,55) do que o restante da população no SB 2003 (20,13)⁹ e SB 2010 (16,3)¹³, no qual o componente perdido (P) foi responsável por 69,3% da composição do índice neste estudo, ficando assim ligeiramente acima do SB2003 (65,72%)⁹. Para as idades de 65 a 74 anos verificou-se que o índice do CPO-D entre os idosos foi de 18,58, abaixo do levantamento da população brasileira de 2003, que foi de 25,13⁹, sendo o componente perdido (P) o mais significativo para esta idade nos dois estudos e com percentuais próximos 88,7% e 92,95% respectivamente.

Analisando as condições periodontais constata-se que há uma maior prevalência de doença periodontal em todas as faixas etárias nos indígenas Guarani examinados comparativamente ao levantamento da população brasileira em 2003⁹, pois se observa que a proporção de indivíduos Guarani com sextantes hígidos ficou inferior ao SB 2003⁹. Entre os idosos a maior concentração da condição periodontal foi para as bolsas de 4-5 mm, sendo que não foi verificado nenhum sextante livre de doença periodontal, entre os não excluídos. Através da análise destes dados devemos enfatizar o trabalho em prevenção das doenças periodontais nesta população.

Após inserção, a partir de 1999, do novo modelo de saúde indígena no Brasil², o qual aproximou os profissionais de saúde com a realidade das aldeias, vem ocorrendo uma crescente, embora ainda insuficiente, na realização de estudos sobre a saúde bucal indígena em diferentes etnias do país. Mas devemos ter cautela na análise destes estudos, pois algumas pesquisas são realizadas com metodologias que não estão de acordo com as recomendadas pela OMS, o que dificulta qualquer comparação. Para efeitos de comparação com esta investigação foram selecionadas pesquisas que apresentaram metodologias e faixas etárias semelhantes, como as de Alves et al 2007¹⁴, nos Guarani do Rio de Janeiro, Arantes et al 2010¹⁵, com a etnia Xavante do Mato Grosso, Fratucci 2000¹⁶, com os Guarani de São Paulo e Carneiro et al 2008¹⁷, com a etnia Baniwa do Amazonas.

Aos cinco anos de idade Carneiro et al 2008¹⁷ verificaram que o ceo-d entre a etnia Baniwa do Amazonas era de 6,3, e Arantes et al 2010¹⁵ encontraram entre os Xavante de Mato Grosso 4,9. Entre os Guarani de São Paulo Fratucci¹⁶, em estudo realizado em 2000, identificou ceo-d de 3,3 com 44% livres de cárie. Já Alves et al¹⁴ em uma pesquisa mais recente, 2009, constaram um índice ceo-d de 2,6 com 38,5% das crianças livres de cárie. Para esta idade nos Guarani do RS o indicador foi de 2,8, o que ficou próximo dos encontrados entre os Guarani de São Paulo e Rio de Janeiro. Já em relação às crianças livres de cárie, o percentual de 37,7% ficou abaixo dos encontrados entre os demais Guarani dos outros estados.

Na idade indicada para comparações pela OMS, 12 anos, os indígenas Guarani do RS estão com CPO-D (1,31) abaixo dos demais estudos apresentados desta etnia, com percentual do componente obturado (O) de 34,8%. Os Guarani de São Paulo e Rio de Janeiro^{14,16} apresentaram, respectivamente, um CPO-D de 2,2 e 1,7 com participação do percentual do componente Obturado (O) de 10,9% e 35,3%.

Com estes estudos podemos contextualizar as condições de saúde bucal das populações indígenas referentes à doença cárie, demonstrando que avanços estão ocorrendo nas condições de saúde da população indígena no Brasil, principalmente relativo aos acessos aos serviços de saúde, construída através de uma política pública que respeita a diversidade étnica.

Em relação ao acesso aos serviços odontológicos dos adolescentes e adultos indígenas verifica-se que há acesso mais facilitado para realizar consultas odontológicas em comparação com os dados da população brasileira de 2003⁹. Enfatiza-se que para um acesso de qualidade aos serviços de saúde é de suma importância o vínculo e o respeito ao modo de vida indígena por parte dos profissionais em saúde que trabalham nas aldeias. Já a percepção em saúde bucal de adolescentes e adultos foi qualificada como boa por um percentual significativo entre os entrevistados, assim como a percepção em saúde. Mas devemos olhar estes números com ressalvas, pois para o povo Guarani esta resposta pode estar relacionada a outros aspectos culturais muitas vezes mais relevantes do que simplesmente a ausência de doenças.

Conclusões e Recomendações

Este estudo apresenta resultados no qual a população Guarani do Estado do Rio Grande do Sul apresenta índices de saúde bucais melhores do que os divulgados no levantamento epidemiológico de saúde bucal da população brasileira realizado em 2003⁹, exceto no que refere à condição periodontal. Entretanto, alguns indicadores estão distantes das metas da Organização Mundial da Saúde para a saúde bucal em 2010¹¹, sendo que apenas o indicador de cárie dentária aos 12 anos se aproxima destas metas. Comparando as populações indígenas Guarani residentes em outros estados brasileiros com a da população residente no Rio Grande do Sul, pode se perceber que estas apresentam um perfil epidemiológico da doença cárie bastante semelhante. No entanto são necessários estudos longitudinais e de vigilância à saúde bucal indígena para entender de que maneira os processos de mudanças culturais, hábitos alimentares e sociais podem influenciar positiva ou negativamente no processo saúde/doença bucal indígena.

Devemos analisar com cuidado estudos direcionados a populações indígenas no Brasil, pois entre estas existem muitas etnias que de acordo com os hábitos culturais, podem, mesmo sendo de uma mesma etnia e ter o mesmo modelo de assistência à saúde, apresentar resultados diversos por causa das diferentes formas de viver e pensar. Também há uma heterogeneidade de viver entre os Guarani devido ao processo de demarcação e disponibilização das terras indígenas, sendo os fatores socioeconômicos ligados à terra onde vivem determinantes importantes nos processos de saúde-doença do povo Guarani.

A continuidade e a qualificação do sistema de saúde indígena deve ser uma prioridade para os gestores da saúde indígena, pois através deste se resgatando e fortalecendo a saúde desta população, priorizando o acesso e promoção de saúde a todas as comunidades indígenas, principalmente as que vivem em condições de maior vulnerabilidade como os acampamentos de beira de estrada. Cabe salientar que este compromisso não deve ser apenas dos gestores da

saúde, mas de todos os gestores que participam do gerenciamento das ações em áreas indígenas, pois os determinantes para uma melhora da qualidade de vida indígena estão intimamente ligados à terra e as condições de sustentabilidade destes povos.

Ressaltamos que no Brasil e, principalmente, no Rio Grande do Sul ainda há uma escassez de dados epidemiológicos de saúde bucal dos grupos indígenas. É de grande importância realizar inquéritos da situação de saúde das populações indígenas a fim de planejar, programar, implementar e avaliar serviços e programas direcionados a estas comunidades. Estes conhecimentos gerados serão de grande valia para direcionamento das atuais políticas de saúde dos povos indígenas do Rio Grande do Sul e do Brasil.

Colaboradores

A. M. Ferreira participou da concepção e aplicação do estudo, realização das entrevistas, revisão da bibliografia, análise estatística, discussão dos resultados e redação do artigo. J. Baldisseroto colaborou com a concepção e elaboração do estudo, discussão dos resultados e revisão final do artigo.

Agradecimentos

Ao povo Guarani do Rio Grande do Sul.

Conflito de interesses e Financiamento

Os autores revelam não ter nenhum conflito de interesse. Os próprios autores financiaram esta pesquisa.

Referências

1. Brasil, lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. Publicada no Diário Oficial da União em 24/09/99.
2. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Política Nacional de Atenção a Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde. 2000.
3. Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2003.
4. Arantes R. Saúde Bucal dos Povos Indígenas no Brasil, Panorama Atual e Perspectivas - Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas do Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz / ABRASCO. 2003. p.13-47.
5. Coimbra JCEA, Flowers NM, Salzano FM, Santos RV. The Xavante in Transition: Health, Ecology and Bioanthropology in Central Brazil. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.
6. Coimbra JCEA, Santos RV. Cenário e Tendências da Saúde e da Epidemiologia dos Povos Indígenas no Brasil - Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas do Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz / ABRASCO. 2003. p.13-47.
7. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI. Brasília: Departamento de Saúde Indígena. Fundação Nacional de Saúde. Ministério da Saúde. 2005.
8. Organização Mundial da Saúde - OMS. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. 4ª ed. São Paulo: Santos. 1999. p.4-66.

9. Ministério da Saúde (MS) - Brasil. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Brasília: Ministério da Saúde. 2005.
10. Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) - Brasil. Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos Distritos Especiais Indígenas / Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde 2007.
11. World Health Organization (WHO). The world oral health report 2003. Geneve:WHO/NMH/NPH/ORH/03.2; 2003.
12. Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul (SES-RS). Projeto SB/RS – Condições de Saúde Bucal da População do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: SES-RS. 2003.
13. Roncalli AG. Projeto SB 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal Revela Importante Redução da Cárie Dentária no País. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 27(1). 2011. p.4-5.
14. Alves Filho P, Vettore MV, Santos RV. Saúde Bucal dos Índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública. 2009. v 25. p.37-46.
15. Arantes R, Santos RV, Frasso P. Diferenciais de Cárie Dentária entre os Índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Epidemiologia. 2010; 13(2). p. 223-236.
16. Fratucci MVB. Alguns aspectos das condições de saúde bucal de uma população indígena Guarani Mbyá no município de São Paulo. [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2000.
17. Carneiro MCG, Santos RV, Garnelo L, Bessa MAR, Coimbra CEA. Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento Odontológico entre os Índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. Rio de Janeiro: Ciência e Saúde Coletiva. 2008; 13(6). P 1985-1992.

Tabela 1. Número e porcentagem de participantes, segundo sexo, tipo de terra indígena, tipo de fonte de água e acesso a banheiros de acordo com idade ou faixa etária em indígenas Guarani do RS, Brasil 2010.

Idade ou faixa etária/	05		12		15 a 19		35 a 44		60 a 74		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Participantes	45	22	35	17,2	74	36	31	15,2	19	9,3	204	100
Masculino	24	11,8	12	5,9	39	19,1	12	5,8	13	6,4	100	51
Feminino	21	10,3	23	11,3	35	17,1	19	9,3	6	2,9	104	49
Tipo de Terra Indígena												
Reconhecida	34	16,7	25	12,3	55	27	21	10,3	14	6,9	149	73
Acampamento	11	5,9	10	4,9	19	9,3	10	4,9	5	2,4	55	27
Fonte de Água												
Externa (Natural)	6	2,9	5	2,4	3	1,5	4	2	2	1	20	9,8
Poço	3	1,5	5	2,4	4	2	1	0,5	12	5,9	25	12,3
Poço art. c/ água encanada	27	13,2	20	9,8	50	24,5	18	8,8	4	2	119	58,3
Água encanada pública	8	3,9	4	2	16	7,8	7	3,4	1	0,5	36	17,6
Outros	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1	0,5	1	0,5	4	2
Banheiros												
Não possui	27	13,2	18	8,8	39	19,1	23	11,3	14	6,8	121	59,3
Possui	18	8,8	16	7,8	35	17,1	9	4,4	5	2,4	83	40,7

Tabela 2: Média de dentes e percentual segundo componentes cariados, obturado/cariado, obturados, perdidos por cárie e total CPO-D aos 12 anos e nas faixas etárias de 15-19, 35-44, 65-75 e ceo-d aos 5 anos, em indígenas Guarani. Rio Grande do Sul, Brasil 2010.

Componentes F. etária	n	Cariado		Obt/Cárie		Obturado		Perdido por cárie		CPO-d		ceo-d	
		média	%	média	%	Média	%	Média	%	média	%	média	%
5 anos	45	2,4	85,7	0	0	0,4	14,3	0	0	-	-	2,8	100
12 anos	35	0,7	54,3	0,1	4,3	0,4	34,8	0,1	6,5	1,3	100	-	-
15-19 anos	74	0,9	27,9	0,0	1,2	1,6	49,4	0,7	21,5	3,4	100	-	-
35-44 anos	31	1,6	14,5	0,1	0,5	1,8	15,7	8,0	69,3	11,5	100	-	-
65-74 anos	19	1,1	5,9	0,0	0,0	1,0	5,4	16,5	88,7	18,6	100	-	-

Tabela 3. Número de sextantes e proporção conforme o escore máximo do índice periodontal comunitário (CPI) individual, segundo grupo etário em indígenas Guarani do RS, Brasil 2010.

Condição/ F. Etária	Condição Periodontal											
	Hígido		Sangramento		Cálculo		Bolsa 4-5mm		Bolsa 6mm e +		Excluído	
	n	%	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
15 a 19 anos (n = 74)	8	10,8	28	37,8	37	50	0	0	0	0	1	1,4
35 a 44 anos (n = 31)	4	12,9	5	16,1	19	61,3	2	6,5	0	0	1	3,2
65 a 74 anos (n = 19)	0	0	0	0	6	31,6	8	42,1	1	5,3	4	21

Tabela 4: Número e porcentagem de indivíduos de 15 a 19 anos e 35 a 44 anos de acordo com acesso aos serviços odontológicos e realização de higiene bucal em indígenas Guarani no RS, Brasil 2010.

	Faixa etária			
	15 a 19 anos		35 a 44 anos	
	N	%	N	%
Dentista nos últimos 12 meses				
Nunca consultou	6	8,1	0	0
Sim	40	54,1	17	54,8
Não	26	35,1	12	38,7
Motivo da Consulta				
Não foi ao dentista no último ano	32	43,2	12	38,7
Consulta de rotina/manutenção	25	33,8	6	19,4
Dor	9	12,2	2	6,5
Sangramento gengival	0	0	2	6,5
Cavidades nos dentes	5	6,8	5	16,1
Outros	1	1,4	2	6,5
Dor de dente nos últimos 6 meses				
Nenhuma dor	51	68,9	20	64,5
Pouca dor	10	13,5	6	19,4
Média dor	2	2,7	2	6,5
Muita dor	9	12,2	1	3,4
Tipo de serviço utilizado				
Não foi ao dentista	32	43,2	12	38,7
Serviço público	39	52,7	17	54,8
Serviço Privado	1	1,4	0	0
Realiza Higiene Bucal				
Sim	71	95,9	27	87,1
Não	1	1,4	2	6,5
Possui escova de dente				
Sim	71	95,9	27	87,1
Não	1	1,4	2	6,5
Utiliza Creme Dental				
Sim	70	94,6	25	80,6
Não	2	2,7	4	12,9
Utiliza Fio Dental				
Sim	41	55,4	14	45,2
Não	31	41,9	15	48,4
Não Sabe Responder Geral	2	2,7	2	6,5
Total Geral	74	100	31	100

Tabela 5. Número e porcentagem de indivíduos de 15 a 19 anos e 35 a 44 anos de acordo com percepção em saúde e saúde bucal, em indígenas Guarani no RS, Brasil 2010.

	Faixa Etária			
	15 a 19 anos		35 a 44 anos	
	N	%	N	%
Percepção em Saúde Bucal				
Não sabe	1	1,4	0	0
Ruim	13	17,6	2	6,5
Regular	27	36,5	11	35,5
Bom	31	41,9	16	51,6
Sem informação	2	2,7	2	6,5
Classificação da Mastigação				
Não sabe	1	1,4	0	0
Ruim	4	5,4	3	9,7
Regular	7	9,5	5	16,1
Bom	60	81,1	21	67,7
Sem informação	2	2,7	2	6,5
Classificação da Fala				
Não sabe	1	1,4	0	0
Ruim	1	1,4	1	3,2
Regular	5	6,8	0	0
Bom	65	87,8	28	90,3
Sem informação	2	2,7	2	6,5
Classificação Aparência				
Não sabe	2	2,7	0	0
Ruim	20	27,0	11	35,5
Regular	24	32,4	5	16,1
Bom	26	35,1	13	41,9
Sem informação	2	2,7	2	6,5
Percepção em Saúde				
Não sabe	2	2,7	0	0
Ruim	1	1,4	1	1,4
Regular	16	21,6	9	31
Bom	50	67,6	19	61,5
Sem informação	5	6,8	2	6,5
Total Geral	74	100	31	100

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo demonstra resultados no qual a população Guarani do Estado do Rio Grande do Sul apresenta índices melhores do que os divulgados no levantamento epidemiológico de saúde bucal da população brasileira realizado em 2003. Entretanto alguns indicadores estão distantes das metas da Organização Mundial da Saúde para a saúde bucal em 2010. Ressaltamos que no Brasil e, principalmente, no Rio Grande do Sul há uma escassez de dados epidemiológicos da saúde bucal dos grupos indígenas, muitas vezes dificultando o direcionamento e planejamento das ações em saúde.

Devemos analisar com cuidado estudos direcionados a populações indígenas no Brasil, pois entre os indígenas brasileiros existem muitas etnias que, de acordo com os hábitos culturais, podem, mesmo sendo da mesma etnia e ter o mesmo modelo de assistência à saúde, apresentar resultados discrepantes por causa de diferentes formas de viver e pensar. Também há uma heterogeneidade de viver entre os Guarani devido ao processo de demarcação e disponibilização das terras indígenas, sendo os fatores socioeconômicos ligados à terra onde vivem determinantes importantes nos processos saúde doenças do povo Guarani.

É de grande importância realizar inquéritos da situação de saúde das populações indígenas a fim de planejar, programar, implementar e avaliar serviços e programas direcionados a estas comunidades. Estes conhecimentos gerados serão de grande valia para direcionamento das atuais políticas de saúde dos povos indígenas do Rio Grande do Sul e do Brasil.

Para coleta de dados deste estudo foram percorridos mais de 3.000 km nas estradas do RS em três meses para visitar 19 aldeias em 12 municípios. Apenas em uma aldeia houve deslocamento em conjunto com a FUNASA as demais foram com transporte próprio do pesquisador. Todas as despesas foram custeadas pelo próprio pesquisador.

Devido à dificuldade de deslocamento para algumas aldeias não foi possível conseguir um número maior de participantes, entretanto as aldeias Guarani com maior representatividade em número de habitantes participaram do estudo.

Este estudo foi viável pela colaboração dos Integrantes da Equipe de Saúde Indígena de Viamão, Secretaria Municipal de Saúde de Viamão e Comunidades Guarani do RS que receberam o pesquisador com muita cordialidade.

9. ANEXOS E APÊNDICES

- Anexo 1: Anexo metodológico.
- Apêndice 1: Ficha de exame.
- Apêndice 2 : Formulário de avaliação socioeconômica e demográfica, de acesso aos serviços de saúde de odontologia, de autopercepção em saúde bucal.
- Apêndice 3: Formulário de avaliação de hábitos alimentares, hábitos de higiene bucal e autopercepção em saúde.
- Apêndice 4: Consentimento livre esclarecido.
- Apêndice 5: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.

Anexo 1

1. Metodologia

Foi efetuado um estudo de prevalência, levantamento epidemiológico de dados clínicos de saúde bucal e dados descritivos demográficos e socioeconômicos no período de setembro de 2009 a julho de 2010. Estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de determinada quantidade planejada de indivíduos em uma única oportunidade.

1.1 População

O Estudo direcionou-se a população indígena da etnia Guarani pertencente às aldeias do Rio Grande do Sul. População estimada em 1890 indígenas residentes em 30 comunidades em 19 municípios – dados de dezembro de 2010 (SIASI / FUNASA / RS). Participaram do estudo 19 comunidades em 12 municípios. Das 30 aldeias foram excluídas 4 aldeias que apresentavam moradores de outras etnias ou não índios e as demais (7) eram comunidades pequenas, com menos de 50 habitantes que não houve possibilidade de deslocamento até a aldeia.

- Viamão: Aldeia Estiva (Tekoa Nhundy), Aldeia Cantagalo (Tekoa Jataity) e Aldeia Itapuã (Tekoa Pindo Miri);
- Porto Alegre: Lomba do Pinheiro Guarani (Tekoa Anhetenguá), acampamento do Lami (Tekoa Pindó Poty) e acampamento Arakuã;
- Palmares do Sul: Aldeia Granja Vargas (Tekoa Yryapu);
- Capivari do Sul: Acampamento de Capivari (Tekoa Porãy);

- Barra do Ribeiro: Aldeia Coxilha da Cruz (Tekoa Porã), Aldeia Flor do Campo (Tekoa Nhu Poty), Aldeia Passo da Estância e Aldeia Passo Grande;
- Guaíba: Acampamento Petim (Tekoa Arasaty);
- São Miguel das Missões: Aldeia São Miguel (Tekoa Koenju);
- Salto do Jacui: Aldeia Saltinho;
- Osório: Aldeia Sol Nascente;
- Caraá: Aldeia Varzinha (Tekoa Ka´agüy Pau);
- Riozinho: Aldeia Km 45 (Tekoa Itapoty);
- Torres: Pitangueira (Tekoa Guapo´y Porã).

Estas comunidades, apesar de serem culturalmente idênticas, apresentam diversas diferenças na parte territorial ou de infraestrutura da aldeia indígena. Algumas apresentam território demarcado com unidade de saúde, água tratada, escola, moradia, energia elétrica enquanto outras são acampamentos de beira de estrada sem nenhum recurso.

1.2 Amostragem

Para exame, análise e descrição dos resultados a população foi estratificada nas seguintes idades e faixas etárias: 05, 12, 15 a 19, 35 a 44, 65 a 74 anos de idade. As idades e faixas etárias estão de acordo com o recomendado pela OMS para estudos de levantamentos epidemiológicos de saúde bucal, também utilizado no levantamento do SB 2003 no Brasil.

Os exames foram realizados em um único momento este durante a ida até as aldeias para realização da coleta de dados. Foram examinados os indivíduos que consentiram em participar do estudo e que estavam presentes durante a visita do pesquisador nas comunidades.

O quadro abaixo descreve o total da população Guarani no RS de acordo com a faixa etária. Fonte: SIASI 2010.

Faixa Etária	N°
5 anos	66
12 anos	37
15-19 anos	147
35-44 anos	88
60-74 anos	65
Total	403

1.3 Dados Coletados

- Cárie dentária
- Necessidade de tratamento odontológico
- Doença periodontal
- Oclusão dentária
- Fluorose
- Necessidade e uso de prótese dentária
- Hábitos de higiene bucal
- Acesso a serviços de odontologia
- Autopercepção em saúde bucal
- Fatores socioeconômicos e demográficos
- Presença de flúor artificial na água de consumo.

1.4 Delineamentos dos Exames Bucais

Os exames clínicos da pesquisa foram realizados de acordo com os critérios preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para levantamentos em saúde bucal (1999), as Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e o Levantamento das Condições de Saúde Bucal da População Brasileira / 2003. Os dados foram anotados em fichas clínicas modelo OMS/1999 por um auxiliar (previamente calibrado).

Todos os procedimentos foram realizados com a biossegurança recomendada.

1.5 Métodos das Coletas de Dados

Os dados foram coletados diretamente nas aldeias indígenas participantes do estudo por um único examinador, previamente calibrado, com auxílio de um anotador. Os procedimentos foram realizados nas escolas e residências sob luz natural (de acordo com as condições de cada comunidade indígena, respeitando o sigilo e privacidade do participante).

1.5.1 Calibração

A calibragem serve para assegurar uma confiabilidade maior na interpretação dos dados, pois garante que os exames sejam realizados de maneira uniforme e constante, aferindo a concordância dos exames. O examinador deste estudo foi o próprio pesquisador, o qual primeiramente praticou o exame em 10 indivíduos para familiarização com o método do exame, modelo das fichas e patologias. Posteriormente, cinco dias após, foi realizado o exame duas vezes em dias sucessivos em 18 indivíduos a calibração intraexaminador. Houve concordância em 91,2% dos dados.

Foi utilizado para aferir a concordância dos exames o coeficiente Kappa, o qual informa a proporção de concordâncias além da esperada pelo acaso.

1.5.2 Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento Dentário

Para realização do exame de levantamento de experiência de cárie dentária e necessidade de tratamento dentário foi utilizado apenas espelho clínico considerando cada espaço dentário. Para coleta destes dados os exames foram realizados em todas as idades e faixas etárias definidas para o estudo.

1.5.2.1 Cárie Dentária

Os critérios para diagnóstico e códigos de experiência de cárie foram padronizados de acordo com o recomendado pela OMS. Para descrever a cárie dentária foi utilizado o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) para as idades de 12, 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos e (ceo-d) para a idade de 5 anos. Os dados foram anotados com os seguintes códigos e critérios (utilizando números para dente permanente e letras para decíduo):

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 CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte manchado, mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- 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.

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.

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 CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. Na dúvida, considerar o dente hígido.

2(C) - Coroa Restaurada mas Cariada.

Há uma ou mais restaurações e, ao mesmo, 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.

5(F) - Dente Perdido por Outra Razão.

Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

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 Prótese.

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.

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.

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).

1.5.2.3 Necessidade de Tratamento

Para levantamento da necessidade de tratamento foi utilizada a mesma metodologia e idades para a cárie dentária. A anotação foi registrada sequencialmente, antes de passar para o próximo espaço dentário. Critérios e códigos descritos abaixo:

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 tratamento endodôntico 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 impactação.

7 - Remineralização de Mancha Branca

8 - Selante

A indicação de selantes de fósulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, havendo profissionais que não o indicam em nenhuma hipótese. Sua indicação será feita na presença simultânea das seguintes condições:

- o dente está presente na cavidade bucal há menos de dois anos;
- o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença;
- há presença de placa clinicamente detectável, evidenciando higiene bucal precária.

9 - Sem Informação

Quando, por alguma razão, não for possível definir a necessidade de tratamento do dente.

1.5.3 Doença Periodontal

Para levantamento das condições periodontais foi utilizado espelho clínico e sonda periodontal específica denominada CPI (com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 mm e 5,5 mm da ponta e outras duas marcas na sonda permitem

identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento) recomendada pela OMS. O levantamento para as condições periodontais utilizou dois indicadores, o índice periodontal comunitário (CPI) e o índice de Perda Inserção (IPC).

1.5.3.1 Índice Periodontal Comunitário

O IPC permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa periodontal. Foram utilizadas às faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos.

Para exame das condições periodontais a boca é dividida por sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia é pré-requisito ao exame do sextante, sem isso, o sextante é cancelado. Também são utilizados dentes índice para cada sextante que são os seguintes (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares):

- De 12 e de 15 a 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46.
- De 35 a 44 e 65 a 74 anos: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

No exame seis pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índice, nas superfícies vestibulares e linguais, abrangendo as regiões mesial, média e distal. Os procedimentos de exame são iniciados pela área disto – vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mesio 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. Quando não houver dente indicador, todos os dentes remanescentes do sextante são examinados e o índice mais alto é registrado.

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, portanto apenas sangramento e cálculo são registrados.

A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas. Considerar que, quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

Os seguintes códigos e critérios foram utilizados para registro do IPC:

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 (faixa preta da sonda não está visível);

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

9 - sextante não examinado.

1.5.3.2 Índice de Perda de Inserção

O levantamento do índice de perda de inserção (PIP) é realizado conjuntamente com IPC utilizando os mesmos dentes índice, mas apenas é realizado nas faixas etárias de 35 a 44 e 65 a 74 anos. Permite avaliar as condições de inserção periodontal coletiva.

A inserção periodontal é medida da junção amelocementária (JCE) até o limite máximo de sondagem do sulco gengival. Os seguintes códigos e critérios foram utilizados:

0 - perda de inserção entre 0 e 3 mm (JCE não visível e CPI entre 0 e 3);

- 1 - perda de inserção entre 4 mm e 5 mm (JCE visível na área preta da sonda CPI);
- 2 - perda de inserção entre 6 mm e 8 mm (JCE visível entre limite superior da área preta da sonda CPI e a marca de 8,5 mm);
- 3 - perda de inserção entre 9 mm e 11 mm (JCE visível entre as marcas de 8,5 mm e 11,5 mm);
- 4 - perda de inserção de 12 mm ou mais (JCE visível além da marca de 11,5 mm);
- X - sextante excluído (menos de 2 dentes presentes);
- 9 - sem informação (JCE nem visível nem detectável). Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado.

1.5.4 Oclusopatias

Para levantamento das oclusopatias foi utilizado o Índice de Estética Dentária (DAÍ) para as idades de 12 e de 15 a 19 anos. O Índice é baseado nas informações das condições da dentição, oclusão e espaço. O exame é realizado através da visualização com auxílio da sonda CPI para medição dos espaços.

1.5.4.1 Dentição

As condições da dentição são descritas pelo número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes ausentes que causam problemas estéticos, no arco superior e no arco inferior. Dentes perdidos não devem ser considerados quando o seu respectivo espaço estiver fechado, o decíduo correspondente ainda estiver em posição, ou se prótese(s) estiver(em) instalada(s). Quando todos os dentes no segmento estiverem ausentes e não houver uma prótese presente, assinala-se, o código T.

1.5.4.2 Espaço

Para espaço é levantado à condição do apinhamento no segmento incisal, espaçamento no segmento incisal, presença de diastema incisal, desalinhamento maxilar anterior e desalinhamento mandibular anterior. As seguintes condições foram consideradas:

1.5.4.3 Apinhamento no Segmento Incisal

Os segmentos inferiores e superiores são avaliados de canino a canino. O apinhamento é considerado quando o espaço entre os caninos é insuficiente para todos os incisivos em um alinhamento normal. Os dentes podem estar com giroversão ou mal posicionados no arco. Os seguintes códigos e critérios foram utilizados:

- 0 - sem apinhamento;
- 1- apinhamento em um segmento;
- 2- apinhamento em dois segmentos.

1.5.4.4 Espaçamento no Segmento Incisal

São examinados os arcos superiores e inferiores. Há espaçamento quando a distância entre os caninos é insuficiente para o adequado posicionamento de todos os incisivos e ainda sobra espaço/ou um ou mais incisivos têm uma ou mais superfícies proximais sem estabelecimento de contato interdental.

- 0 - sem espaçamento;
- 1 - espaçamento em um segmento;
- 2 - espaçamento em dois segmentos.

1.5.4.6 Diastema Incisal

A condição é definida como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em mm medido com a sonda CPI. Nos casos de ausência de incisivos centrais, assinalar código "x".

1.5.4.7 Desalinhamento Maxilar e Mandibular Anterior

Considera-se para esta condição as giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os quatro incisivos superiores e inferiores são examinados, registrando-se a maior irregularidade entre dentes adjacentes. A medida é feita, em mm, com a sonda CPI, cuja ponta é posicionada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco. Desalinhamento pode ocorrer com ou sem apinhamento.

1.5.4.8 Oclusão

A condição de oclusão é avaliada com base nas medidas do overjet maxilar anterior, do overjet mandibular anterior, mordida aberta vertical anterior e da relação molar anteroposterior. Os seguintes critérios e códigos para o levantamento foram utilizados:

1.5.4.9 Overjet Maxilar Anterior

É medida com os dentes em oclusão cêntrica, utilizando-se a sonda CPI, posicionada em plano paralelo ao plano oclusal. O overjet é a distância, em mm, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente. O overjet maxilar não é registrado se todos os incisivos (superiores) foram perdidos ou se apresentam mordida cruzada lingual. Quando a mordida é do tipo “topo a topo” o valor é “0” (zero).

1.5.4.10 Overjet Mandibular Anterior

O overjet mandibular é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, é medida com a sonda CPI e registrada em milímetros. Os procedimentos para mensuração são os mesmos descritos para o overjet maxilar. Não são consideradas as situações em que há giroversão de incisivo inferior, com apenas parte do bordo incisal em cruzamento.

1.5.4.11 Mordida Aberta Vertical Anterior

Ausência de ultrapassagem vertical entre incisivos opostos caracteriza-se uma situação de mordida aberta. A distância entre os bordos incisais é medido com a sonda CPI e o valor, em mm, registrado.

1.5.4.12 Relação Molar Ântero Posterior

A avaliação é feita com base na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Se isso não é possível porque um ou ambos estão ausentes, não completamente

erupcionados, ou alterados em virtude de cárie ou restaurações, então os caninos e pré-molares são utilizados. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e apenas o maior desvio da relação molar normal é registrado. Os seguintes códigos são empregados:

0 – Normal

1 – Meia Cúspide. O primeiro molar inferior está deslocado meia cúspide para mesial ou distal, em relação à posição normal.

2 – Cúspide Inteira. O primeiro molar inferior está deslocado uma cúspide para mesial ou distal, em relação à posição normal

1.5.5 Necessidade e Uso de Prótese Dentária (Edentulismo)

Para necessidade ou utilização de prótese serão considerados critérios de presença de espaços dentários nas idades de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos. Foram avaliados os arcos superiores e inferiores. Para o exame foram utilizados os códigos e critérios abaixo:

1.5.5.1 Uso de Prótese

0 - Não usa prótese dentária

1 - Usa uma ponte fixa

2 - Usa mais do que uma ponte fixa

3 - Usa prótese parcial removível

4 - Usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis

5 - Usa prótese dentária total

9 - Sem informação

1.5.5.2 Necessidade de Prótese

- 0 - Não necessita de prótese dentária;
- 1 - Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de um elemento;
- 2 - Necessita uma prótese, fixa ou removível, para substituição de mais de um elemento;
- 3 - necessita uma combinação de próteses, fixas e/ou removíveis, para substituição de um e/ou mais elemento;
- 4 - Necessita prótese dentária total;
- 9 - Sem informação.

1.5.6 Fluorose

A investigação da fluorose vai indicar a exposição ao flúor do indivíduo, no desenvolvimento e mineralização dos dentes, pois de acordo com os níveis de exposição os dentes apresentam progressivas alterações visíveis de opacidade no esmalte. Para esta pesquisa foram utilizadas as idades de 12 e de 15 a 19 anos e foi utilizado apenas espelho clínico. Os critérios e códigos da fluorose refletem o grau de severidade de acordo com o índice de Dean, recomendado pela OMS. Todos os dentes são examinados, mas a avaliação da condição individual é feita levando-se em conta apenas os dois dentes mais afetados (se esses dois dentes mais afetados não estiverem comprometidos de modo semelhante, o valor do menos afetado entre os dois será registrado). Os códigos e critérios são descritos abaixo:

0 -Normal

O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.

1 -Questionável

O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas.

2 - Muito leve

Áreas esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente, mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 mm a 2 mm na ponta das cúspides de molares.

3 -Leve

A opacidade é mais extensa, mas não envolve mais que 50% da superfície.

4 - Moderada

Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas frequentemente desfigurantes.

5 – Severa

A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.

9 - Sem informação.

Quando, por alguma razão um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária.

1.5.7 Presença de flúor artificial na água de consumo

Para verificação da presença de fluoretação artificial das águas de consumo foi realizada uma consulta aos responsáveis pelo sistema de abastecimento de água de cada comunidade. Para descrição de flúor na água de consumo será considerado apenas a presença – em anos de flúor na água - ou ausência de fluoretação artificial da água de abastecimento.

1.5.8 Hábitos de higiene bucal, acesso a serviços de odontologia, auto percepção em saúde e saúde bucal, hábitos de alimentação.

Para coleta dos fatores hábitos de higiene bucal, autopercepção em saúde, auto percepção em saúde bucal e acesso aos serviços de odontologia foi utilizado um questionário estruturado. Quando necessário foi solicitado ajuda de um tradutor indígena. Estes dados foram coletados para as faixas etárias de 15 a 19, 35 a 44 e 65 a 74 anos.

1.5.9 Fatores socioeconômicos e demográficos

Para os fatores socioeconômicos e demográficos foram investigadas as variáveis número de habitantes na comunidade, tamanho da área utilizada pela comunidade indígena, proporção habitante/área, proximidade com zona urbana, tipo de terra indígena (demarcada, reconhecida, acampamento), tempo de moradia na área, tipo de água de consumo, presença de banheiros e saneamento básico, origem e consumo da alimentação (alimentação industrializada ou produzida). Os dados foram coletados nas aldeias indígena no momento dos exames bucais, para isto foi utilizado um questionário estruturado e quando necessário solicitado ajuda de um tradutor indígena. Estes dados foram coletados para todas as idades e faixas etárias do estudo.

APÊNDICE 1

Ficha de Exame

Nº Identificação <input type="text"/>	Município <input type="text"/>	Aldeia <input type="text"/>	Examinador <input type="text"/>
--	-----------------------------------	--------------------------------	------------------------------------

INFORMAÇÕES GERAIS

Idade <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/>	Grupo Étnico <input type="text"/>	Realização do Exame <input type="text"/>
----------------------------	---------------------------	-----------------------------------	--

FLÚOR NA ÁGUA

DOENÇA PERIODONTAL

Flúor na água <input type="text"/> Anos de fluoretação <input type="text"/>		CPI		PIP	
		17/16 11 26/27		17/16 11 26/27	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		47/46 31 36/37		47/46 31 36/37	

CÁRIE DENTÁRIA E NECESSIDADE DE TRATAMENTO

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Coroa	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Raiz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trat.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ANORMALIDADES DENTOFACIAIS

EDENTULISMO

<p>DAI (12 anos)</p> <p>DENTIÇÃO <input type="text"/></p> <p>ESPAÇO <input type="text"/></p> <p>Apinhamento na região de incisivos <input type="text"/></p> <p>Espaçamento na região de incisivos <input type="text"/></p> <p>Diastema em milímetros <input type="text"/></p> <p>Desalinhamento maxilar anterior em mm <input type="text"/></p> <p>Desalinhamento mandibular anterior em mm <input type="text"/></p> <p>OCLUSÃO <input type="text"/></p> <p>Overjet maxilar anterior em mm <input type="text"/></p> <p>Overjet mandibular anterior em mm <input type="text"/></p> <p>Mordida aberta vertical anterior em mm <input type="text"/></p> <p>Relação molar ântero-posterior <input type="text"/></p>	<p>MÂ - OCLUSÃO (5 anos)</p> <p><input type="text"/></p> <p>USO DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf <input type="text"/></p> <p>NECESSIDADE DE PRÓTESE</p> <p>Sup Inf <input type="text"/></p>
--	---

FLUOROSE DENTÁRIA

ALTERAÇÕES TECIDO MOLE

APÊNDICE 2

Formulário de avaliação socioeconômica e demográfica, de acesso aos serviços de odontologia, de autopercepção em saúde bucal e higiene bucal

CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA

- 1 N° de pessoas na comunidade
- 2 N° de pessoas na casa
- 3 Tempo de moradia
- 4 Tipo de terra indígena
0 - Demarcada
1 - Reconhecida
2 - Acampamento
3 - Outros
- 5 Fonte de água de consumo
0 - Fonte natural
1 - Poço de água
2 - Poço artesiano com água encanada
3 - Água encanada pública
4 - Outros
- 6 Tipos de banheiros
0 - Não possui
1 - Possui banheiro coletivo
2 - Possui banheiro na casa
3 - Possui patente
- 7 Tamanho da área (em m²)
- 8 Renda Familiar (em reais)
- 9 Distância da zona urbana

ACESSO A SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS

- 10 Foi ao dentista nos últimos 12 meses?
0 - Nunca foi
1 - Sim
2 - Não
- 11 Onde?
0 - Não foi ao dentista em 12 meses
1 - Serviço Público
2 - Serviço Privado Liberal
3 - Serviço Privado (planos e convênios)
4 - Serviço filantrópico
5 - Outros
- 12 Porquê?
0 - Não foi ao dentista em 12 meses
1 - Consulta de rotina/reparos/manutenção
2 - Dor
3 - Sangramento gengival
4 - Cavidades nos dentes
5 - Feridas, caroços ou manchas na boca
6 - Outros
- 13 Como avalia o atendimento?
0 - Não foi ao dentista em 12 meses
1 - Péssimo
2 - Ruim
3 - Regular
4 - Bom
5 - Ótimo
- 14 Recebeu informações sobre como evitar problemas bucais?
0 - Sim
1 - Não
- 15 Considera que necessita de tratamento atualmente?
0 - Sim
1 - Não

AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE BUCAL

- 16 Como classificaria sua saúde bucal?
0 - Não sabe / Não informou
1 - Péssima
2 - Ruim
3 - Regular
4 - Boa
5 - Ótima
- 17 Como classificaria a aparência de seus dentes e gengivas?
0 - Não sabe / Não informou
1 - Péssima
2 - Ruim
3 - Regular
4 - Boa
5 - Ótima
- 18 Como classificaria sua mastigação?
0 - Não sabe / Não informou
1 - Péssima
2 - Ruim
3 - Regular
4 - Boa
5 - Ótima
- 19 Como classificaria a sua fala devido aos seus dentes e gengivas?
0 - Não sabe / Não informou
1 - Péssima
2 - Ruim
3 - Regular
4 - Boa
5 - Ótima
- 20 De que forma a sua saúde bucal afeta o seu relacionamento com outras pessoas?
0 - Não sabe / Não informou
1 - Não afeta
2 - Afeta pouco
3 - Afeta mais ou menos
4 - Afeta muito
- 21 O quanto de dor seus dentes e gengivas causaram nos últimos 6 meses?
0 - Nenhuma dor
1 - Pouca dor
2 - Média dor
3 - Muita dor

APÊNDICE3

Formulário de avaliação de hábitos alimentares, hábitos de higiene bucal e autopercepção em saúde

HÁBITOS ALIMENTARES

22 Que tipo de alimentos é mais consumido?

- 0 - Não sabe responder
 1 - Tradicional
 2 - Industrializado

23 Produz alimentos para consumo próprio?

- 0 - Sim
 1 - Não

24 Quanto produz de alimentos?

- 0 - Não sabe ou não produz
 1 - Menos da metade que consome
 2 - Metade que consome
 3 - Mais da metade que consome
 4 - Tudo que consome

25 Quanto dos alimentos consumidos são tradicionais?

- 0 - Não sabe ou não consome
 1 - Menos da metade que consome
 2 - Metade que consome
 3 - Mais da metade que consome
 4 - Tudo que consome

HÁBITOS DE HIGIENE BUCAL

26 Realiza higiene bucal?

- 0 - Sim
 1 - Não

27 Possui escova de dente?

- 0 - Sim
 1 - Não

28 Utiliza creme dental?

- 0 - Sim
 1 - Não

29 Utiliza fio dental?

- 0 - Sim
 1 - Não

30 Quantas vezes por dia escova os dentes?

- 0 - Nenhuma
 1 - uma vez
 2 - duas vezes
 3 - três vezes
 4 - mais que três vezes

31 Possui outro hábito de higiene bucal?

- 0 - Sim
 1 - Não

AUTOPERCEÇÃO EM SAÚDE

32 Como classificaria sua saúde?

- 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Péssima
 2 - Ruim
 3 - Regular
 4 - Boa
 5 - Ótima

33 De que forma a sua saúde afeta suas atividades diárias?

- 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Não afeta
 2 - Afeta pouco
 3 - Afeta mais ou menos
 4 - Afeta muito

34 De que forma a sua saúde afeta o seu relacionamento com outras pessoas?

- 0 - Não sabe / Não informou
 1 - Não afeta
 2 - Afeta pouco
 3 - Afeta mais ou menos
 4 - Afeta muito

APÊNDICE4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa Científica: Levantamento das condições de saúde bucal da população indígena Guarani do Rio Grande do Sul e a associação com fatores socioeconômicos e demográficos

Prezado (a) Senhor (a)

A Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o Grupo Hospitalar Conceição e a Equipe de Saúde Indígena de Viamão estão fazendo uma pesquisa sobre as condições de saúde bucal da população indígena Guarani do Rio Grande do Sul. Nesta investigação científica, serão examinados os dentes e as gengivas de crianças e adultos da população das comunidades indígenas Guarani do Rio Grande do Sul. O exame é uma observação da boca. Feita na própria comunidade, residência, escola ou unidade de saúde com toda técnica, segurança e higiene, conforme normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Não representa riscos nem desconforto para quem for ser examinado e tem duração aproximada de dez minutos.

As informações pessoais não serão divulgadas em nenhuma hipótese e será garantido o sigilo dos dados, mas os resultados da pesquisa ajudarão a prevenir doenças bucais e melhorar a saúde de todos. Por isso, sua colaboração, autorizando no quadro abaixo a realização do exame, é muito importante. Esclarecemos que sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessárias. Você não será prejudicado de qualquer maneira caso sua vontade seja de não participar deste estudo. Se quiser mais informações de como será conduzido a pesquisa ou em caso de dúvida pode entrar em contato com o pesquisador Alexandre Moreira Ferreira, telefone (51) 30547519, endereço Avenida Tapir Rocha 5412, bairro São Lucas – Viamão ou com o orientador do projeto de pesquisa JulioBaldisseroto, Também se tiver dúvida quanto a questões éticas, poderá entrar em contato com o Dr. VittoGiancristoforo dos Santos, coordenador geral do comitê de ética em pesquisa do GHC pelo telefone (51)3357-2407.

Eu _____



Declaro que fui informado a respeito dos procedimentos a serem realizados e estou de acordo em participar voluntariamente do estudo.

Nome e assinatura do participante

Nome e assinatura da testemunha

, ____ de _____ de 2009.

APÊNDICE 5

	HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A. Av. Francisco Trein, 595 CEP 91350-200 - Porto Alegre - RS Fone: 3357.2000 CNPJ: 92.787.118/0001-20	HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO (Unidade Pediátrica do Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.)	HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A. Rua Domingos Rabbo, 20 CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS Fone: 3357.4100 CNPJ: 92.787.126/0001-76	HOSPITAL FEMINA S.A. Rua Mostardelo, 17 CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS Fone: 3314.5200 CNPJ: 92.693.134/0001-53	
Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90					

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO CEPHNSC – GHC

RESOLUÇÃO

Porto Alegre, 02 de setembro de 2009.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição, em 02 de setembro de 2009, reavaliou o seguinte projeto de pesquisa:

Nº CEP/GHC: 083/09

FR: 268657

Título Projeto: Perfil epidemiológico das condições de saúde bucal da população indígena Guarani do Rio Grande do Sul e a associação com fatores socioeconômicos e demográficos.

Pesquisador: Alexandre Moreira Ferreira

Orientadores: Julio Baldisserotto

Sotero Serrate Mengue

PARECER:

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de **APROVADO**.

Grupo e área do conhecimento: Projeto pertencente ao Grupo I. Área do conhecimento: Ciências da Saúde – Odontologia - 4.02.

Observação.: O CEP de origem é o Hospital Nossa Senhora da Conceição, sendo que o projeto foi encaminhado para parecer da CONEP (parecer nº 588/09 - registro CONEP 15500) e recebeu parecer de aprovado.

Considerações finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento que constam a aprovação do CEP/GHC. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.


Vitto Giancristoforo dos Santos
Coordenador-Geral do CEP - GHC

Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC fone/fax: (51) 3357-2407 – e-mail: pesquisas-gep.@ghc.com.br
Reconhecido: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP (31/out/1997) – Ministério da Saúde
IRB – Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número – IRB 00001105
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378