

## Saúde bucal da criança indígena: estudo em uma Reserva Indígena da Amazônia

Dimitra Castelo Branco<sup>1</sup>, Antônio Maria de Souza Santos<sup>2</sup>, Liliane Silva do Nascimento<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Pará, Belém, Pará, Brasil.

<sup>2</sup>Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Museu Paraense Emílio Goeldi, Belém, Pará, Brasil.

**Objetivo:** Identificar e descrever a condição de saúde bucal de crianças pertencentes à etnia Gavião, habitantes da Reserva Indígena Mãe Maria, Bom Jesus do Tocantins, no Estado do Pará, considerando-se aspectos antropológicos do processo saúde-doença desse povo.

**Métodos:** Um estudo transversal foi conduzido com 93 crianças indígenas de 2 a 8 anos, de ambos os sexos e habitantes da Reserva. Exames clínicos foram realizados, analisando-se a prevalência de cárie dentária e qualidade da higiene bucal e a determinação dos índices CPO-D e Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS). Para a avaliação socioeconômica, de hábitos de higiene e alimentares foram aplicados questionários em forma de entrevistas aos responsáveis. Testes do Qui-quadrado e de Wilcoxon foram utilizados para analisar a associação entre variáveis, considerando-se valor de  $p \leq 0,05$ .

**Resultados:** O CPO-D médio foi de 5. Verificou-se que 10,7% dos examinados estavam livres de cárie. O percentual do componente "cariado" foi maior que os demais componentes do índice para ambos os sexos. O IHOS médio encontrado foi de 2,3, não diferindo quanto ao sexo. Encontrou-se associação entre as variáveis: CPO-D/ceo-d e experiência de dor ( $p = 0,02$ ); CPO-D/ceo-d e o IHOS ( $p = 0,0001$ ) e entre idade e IHOS ( $p = 0,0001$ ). Evidenciou-se, portanto, alta prevalência de cárie e qualidade regular de higiene bucal entre os estudados.

**Conclusão:** As crianças indígenas estudadas possuem índice acima da média nacional e regional, no que tange a doença cárie, quando comparado aos resultados nacionais aos 12 anos de idade. Os impactos trazidos pelo contato com a sociedade branca podem ter relação com a condição atual de saúde bucal desse povo.

**Descritores:** Saúde de populações indígenas. Cárie dentária. Higiene bucal. Saúde bucal.

Submetido: 18/09/2018

Aceito: 7/12/2018

### INTRODUÇÃO

A história dos povos indígenas no Brasil é marcada por impactos sociais, econômicos e ambientais decorrentes da expansão e consolidação da sociedade nacional sobre seus territórios. O processo de avanço do modo de

vida do branco sobre o povo indígena foi decisivo para o extermínio de grande parte das populações nativas, que somavam no início da colonização cerca de 5 milhões<sup>1,2</sup>. Esta expansão concebeu, ao longo dos tempos, influência da sociedade nacional sobre os determinantes de saúde destes povos, de várias formas, entre as quais: introdução

#### Autor para correspondência:

Dimitra Castelo Branco

Faculdade de Odontologia, Universidade Federal do Pará, Rua Augusto Corrêa, S/N, Guamá, Belém, Pará, Brasil. CEP: 66.075.110.

Telefones: +55 91 9 8087 3967 Fax: +55 91 3201 6855.

E-mail: dimitra.castelo@gmail.com

de novos patógenos, que resultou em epidemias; usurpação de territórios e/ou a perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras<sup>1,2</sup>. Compreendendo 12,5% de todo o território nacional, há 502 terras indígenas reconhecidas e cerca de 820 mil indígenas<sup>3,4</sup>.

As noções de saúde e doença das comunidades indígenas remetem a um conjunto de explicações da realidade que cerca a pessoa, de suas atividades em sociedade e do seu ambiente natural, diferenciando a sociedade indígena da sociedade branca por uma organização igualitária intimamente relacionada à terra e à natureza<sup>2</sup>. Na sociedade indígena, então, a interpretação da dor/doença bucal está diretamente relacionada ao que é espiritual e físico, bem como, ao cotidiano de trabalho deste povo<sup>5</sup>. Do ponto de vista epidemiológico a cárie é o agravo de maior relevância para a odontologia<sup>1,6</sup>. A etiologia multifatorial da cárie é bem estabelecida, estando, desta maneira, relacionada aos hábitos de higiene e dieta, bem como, aos meios de produção de alimentos e padrões de consumo de uma comunidade<sup>7,8</sup>.

Os aspectos sociais, biológicos e antropológicos da doença cárie no contexto da enorme diversidade étnica, linguística, de organização social, expressões culturais, vida produtiva e interação com a sociedade nacional das populações indígenas demonstram a indispensabilidade de atenção diferenciada à saúde bucal desses povos<sup>9</sup>.

A escassez de dados relacionados à saúde bucal dos povos indígenas no Brasil estabelece a necessidade de delineamento de quadro epidemiológico amplo, que considere a heterogeneidade desses povos. Alguns estudos em comunidades indígenas ainda são encontrados para outros estados, que não o Pará, e revelam uma preocupante realidade de saúde bucal em relação à cárie e higiene bucal de crianças indígenas de outros estados e regiões brasileiras, como no caso dos índios Baniwa, Guarani e Xucurú<sup>10-12</sup>.

Sendo assim, estudos com populações indígenas amazônicas podem contribuir com informações para o planejamento e avaliação de programas e serviços de saúde, principalmente, em se tratando da saúde bucal de crianças indígenas no norte do país pela significativa diversidade de grupos indígenas encontrada nessa região<sup>1,8,9</sup>. Este trabalho teve como objetivo estudar a condição de saúde e higiene bucal de crianças indígenas pertencentes à etnia Gavião, grupos Parkatêjê e Akrãkapekti, moradoras da Reserva Indígena de Mãe Maria,

localizada no km 35 da BR-222 do município de Bom Jesus do Tocantins, estado do Pará.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo transversal que visou identificar o perfil epidemiológico de saúde bucal relacionado à cárie dentária e que considerou aspectos socioeconômicos, de amamentação, higiene bucal e de acesso aos serviços odontológicos de crianças da etnia Gavião do Oeste.

Amostragem por conveniência foi adotada, de modo que foram incluídas todas as crianças indígenas habitantes das aldeias Parkatêjê e Akrãkapekti e que estiveram presentes na Reserva no momento da coleta de dados, com prévia autorização dos pais ou responsáveis e do líder da aldeia. Adotou-se como critério de exclusão não ser filho de pais indígenas, pois algumas famílias não indígenas habitavam na Reserva no momento da pesquisa. Participaram deste estudo 93 crianças indígenas.

Esta pesquisa obedeceu aos princípios éticos de pesquisa com seres humanos, de acordo com a Resolução 466/12 e suas Complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os responsáveis dos participantes da pesquisa assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, resguardando-os quanto à privacidade dos envolvidos. A pesquisa seguiu os preceitos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos e populações especiais segundo parecer de aprovação de nº 157.141<sup>13,14</sup>.

Questionários adaptados foram aplicados em forma de entrevista às mães dos participantes para levantamento de dados socioeconômicos, de amamentação, hábitos de higiene bucal, impacto da saúde bucal e acesso aos serviços odontológicos<sup>15,16</sup>.

## DADOS SOCIOECONÔMICOS, HÁBITOS E ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE BUCAL

As variáveis socioeconômicas analisadas foram a escolaridade materna, o número de pessoas que habitam no domicílio e uso de banheiro. A escolaridade materna foi categorizada em ensino fundamental, médio, superior e sem estudo formal. Em relação ao número de pessoas no domicílio considerou-se as seguintes categorias: 2 a 3 pessoas; 4 a 5 pessoas e 6 ou mais pessoas. Além disso, avaliou-se o uso ou não de banheiro pela família.

No que tange à amamentação, às mães foi perguntado se haviam amamentado

nos primeiros seis meses de vida da criança. Além disso, perguntou-se sobre a introdução de outros alimentos durante os primeiros seis meses de amamentação. Sobre a higiene bucal as variáveis consideradas foram a frequência diária de realização de higiene bucal/dentária (nenhuma, 1 a 2 vezes por dia, 3 vezes por dia ou mais de 3 vezes por dia) e realização ou não de compartilhamento de escova.

Verificou-se o impacto da saúde bucal no cotidiano dos participantes a partir da experiência de dor nos últimos seis meses (categorizada em sim ou não). O acesso aos serviços odontológicos foi avaliado pela visita ou não ao dentista nos últimos seis meses.

### EXAMES CLÍNICOS

Exames clínico-epidemiológicos foram realizados nos domicílios indígenas para a avaliação da distribuição da doença cárie e da qualidade da higiene bucal, por meio da determinação do índice de dentes cariados, perdidos/com extração indicada e obturados (CPO-D/ceo-d) e do Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS), respectivamente. De acordo com os valores encontrados o IHOS foi categorizado em bom (valores 0,1 a 1,2), regular (valores 1,3 a 3,0) ou ruim (valores de 3,1 a 6)<sup>17-19</sup>.

Pelo fato de amostra em estudo sido composta de participantes de 2 a 8 anos de

idade, havendo dentição mista, os resultados referentes ao índice de cárie serão referidos como CPO-D/ceo-d.

### ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os exames foram realizados por examinador previamente calibrado, segundo critérios da Organização Mundial de Saúde (OMS), sob luz natural, utilizando-se espelho bucal plano e sonda OMS<sup>18</sup>. Os dados coletados foram anotados em fichas adaptadas do SBBrasil 2010<sup>17</sup> e posteriormente organizados e analisados descritivamente nos programas Microsoft Excel 2010 e Bioestat 5.0. Para estudo da associação entre variáveis foram utilizados os testes do Qui-quadrado (Coeficiente de contingência para verificar o grau de associação) e de Wilcoxon. Adotou-se p-valor  $\leq 0,05$  para resultados estatisticamente significantes.

### RESULTADOS

Participaram deste estudo 93 crianças indígenas, 54,83% (n = 51) do sexo masculino e 45,16% (n = 42) do sexo feminino. A média de idade foi de 5,7 anos, variando de 2 a 8 anos de idade. Os dados coletados em entrevistas estão demonstrados na Tabela 1. Não houve exclusão de nenhum participante durante a pesquisa.

**Tabela 1** - Distribuição das variáveis socioeconômicas, de amamentação, de higiene bucal, de experiência de dor e acesso a serviços odontológicos em crianças habitantes da Reserva Indígena Mãe Maria, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil

Variável	N	%
<b>Escolaridade materna</b>		
Ensino Fundamental	46	49,5
Ensino Médio	32	34,4
Ensino Superior	15	16,1
Não possui estudo formal	0	0
<b>Quantidade de pessoas no domicílio</b>		
2 a 3 pessoas	7	7,5
4 a 5 pessoas	40	43
6 pessoas ou mais	46	49,5
<b>Uso de banheiro no domicílio</b>		
Sim	66	71
Não	27	29

<b>Amamentação nos primeiros seis meses de vida</b>		
Sim	90	96,7
Não	3	3,3
<b>Introdução de outros alimentos durante os primeiros seis meses de amamentação</b>		
Sim	86	92,4
Não	4	4,3
Não se aplica/não sabe	3	3,3
<b>Frequência diária de escovação dentária</b>		
Nenhuma	13	13,9
1 a 2 vezes	59	63,5
3 vezes	18	19,3
Mais de 3 vezes	3	3,3
<b>Compartilhamento de escova</b>		
Sim	16	17,2
Não	73	78,5
Não se aplica/não sabe	4	4,3
<b>Experiência de dor dentária nos últimos seis meses</b>		
Sim	48	51,7
Não	45	48,3
<b>Consulta odontológica nos últimos seis meses</b>		
Sim	46	49,5
Não	47	50,5

Em relação à amamentação observou-se que das 93 mães, 90 amamentaram seus filhos nos primeiros seis meses de vida e 92,4% (n = 86) relataram ter introduzido outros alimentos durante os seis primeiros meses de amamentação. Segundo relatado em entrevistas, 70% (n = 66) das crianças faziam uso de banho, sendo que 62,08% (n = 41) dessas realizavam higienização dos dentes/boca 1 ou 2 vezes por dia. Dos que faziam uso de banho, avaliou-se que 68,18% (n = 45) possuíam higienização bucal de qualidade regular (IHOS = 2,3). Esses dados podem nos levar a refletir sobre a representatividade do uso de banho por essa população e se esse é um espaço utilizado para a realização da higiene bucal.

Das mães entrevistadas, 49,4% (n = 46) possuíam ensino fundamental e, dessas mulheres, 21 (45,6%) relataram que seus filhos já tinham passado por consulta odontológica. Observou-se que da amostra total, 49,4% indivíduos já haviam ido ao dentista, 26,8% o fez nos últimos seis meses, 17,2% de 7 meses a 1 ano e 2,4% de 1 a 2 anos. Do total de crianças, 46 (49,4%) já haviam ido ao dentista alguma vez, sendo que

32 (69,5%) dessas tinham tido experiência de dor dentária. De todas as mães entrevistadas, 48 (51,6%) relataram que seu filho (a) já havia passado por experiência de dor dentária e 55,9% (n = 52) da amostra total apresentaram valores para o CPOD/ceo-d entre 5 e 12.

O índice CPO-D/ceo-d médio foi de 5 dentes. Verificou-se que somente 9,3% (n = 10) dos participantes apresentaram índice igual a zero e que mais da metade (52%) da população exibiu de 5 a 12 dentes cariados, perdidos/extraídos devido à cárie e obturados. No total de dentes examinados (n = 2042) os componentes do CPO-D/ceo-d tiveram a seguinte distribuição: 366 dentes cariados; 73 dentes perdidos ou com extração indicada e 20 dentes obturados.

A distribuição dos valores médios do índice CPO-D/ceo-d de acordo com a idade pode ser visualizada na Tabela 2. Observa-se que há uma tendência de aumento do índice com a idade, principalmente entre os 4 e 6 anos. Os examinados que possuíam médias de 5 a 7 dentes cariados, perdidos e obturados na faixa etária de 8 anos foram os que mais relataram experiência de dor dentária.

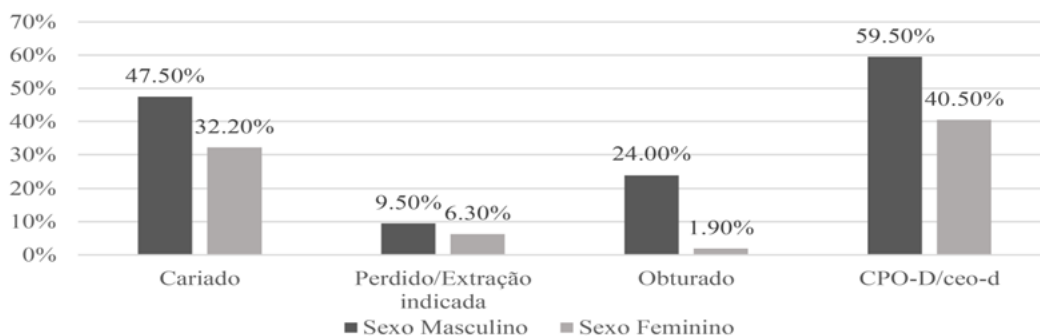
**Tabela 2** - Distribuição do CPO-D/ceo-d médio por idade de crianças habitantes da Reserva Indígena Mãe Maria, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil

Idade*	CPO-D/ceo-d	
	Média	DP**
2	1	1,4
3	4	2,5
4	6,5	3
5	7	2,4
6	6,2	3,1
7	5,3	2,8
8	4,5	2,7

\*Idade em anos

\*\* DP: Desvio-padrão

Na distribuição dos componentes do CPO-D/ceo-d segundo o sexo (Figura 1) identificou-se que, para o sexo masculino, os componentes “cariados”, “perdidos” e “obturados” apresentaram maiores médias percentuais que para o sexo feminino.

**Figura 1** – Distribuição em percentual do índice CPO-D e seus componentes, de acordo com o sexo, em crianças habitantes da Reserva Indígena Mãe Maria, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil.

Observou-se valor médio do IHOS igual a 2,3, o que indica higienização bucal de qualidade regular. Quanto à idade, o valor médio do IHOS tendeu ao crescimento entre os 2 e 4 anos de idade, sofrendo decréscimo aos 5 e 6 anos e voltando a aumentar dos 7 aos 8 anos de idade. Em relação aos componentes do IHOS, identificou-se sub índice de placa médio igual a 2, mostrando que a placa bacteriana envolveu, em média, mais que 1/3 da superfície dos dentes examinados. O sub índice de cálculo médio foi igual a 0,2, revelando inexistência de cálculo dentário entre os dentes examinados.

Verificou-se associação estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ) entre as seguintes variáveis: CPO-D/ceo-d e experiência de dor nos últimos seis meses ( $p = 0,02$ ); CPO-D/ceo-d e o IHOS ( $p = 0,0001$ ) e entre idade e IHOS ( $p = 0,0001$ ). O grau de associação entre o CPO-D/

ceo-d e a experiência de dor foi moderado de acordo com o coeficiente de contingência  $C = 0,3$ , segundo classificação de Witte & Witte.

## DISCUSSÃO

No âmbito da criação da Política Nacional de Saúde Bucal, Programa Brasil Sorridente, no ano de 2004, as ações em saúde bucal de populações indígenas ainda eram restritas, somente sendo ampliadas e normatizadas, no ano de 2006, com a criação das “Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal dos povos indígenas” e, posteriormente, com a criação do Brasil Sorridente Indígena, garantindo assistência odontológica integral nos DSEI<sup>20-22</sup>. Nesse contexto, a realidade de saúde bucal de povos indígenas da Amazônia ainda é pouco descrita e debatida em publicações de odontologia –

apesar de esta região abranger boa parte do território dessas populações no país - o que demonstra a originalidade deste trabalho.

A epidemiologia integra a vigilância em saúde, para o SUS, e conseqüentemente para o Brasil Sorridente no planejamento em saúde bucal das comunidades<sup>19</sup>. Nesse sentido, ressalta-se a relevância do conhecimento das condições de saúde bucal indígena no Brasil, por meio de pesquisas que considerem os aspectos culturais que cercam o processo saúde-doença desses povos, ainda vulneráveis, quando analisados seus perfis socioeconômicos e demográficos<sup>1,6,9</sup>.

O SB Brasil, realizado no ano de 2010, mostrou média de CPO-D igual a 2,43 e 2,7 aos 5 e aos 12 anos de idade, respectivamente, evidenciou-se, ainda a redução de 26,2% do índice na população aos 12 anos quando comparado ao encontrado no SB Brasil 2003 e que 46,6% das crianças brasileiras aos 5 anos estão livres de cárie<sup>23</sup>. Além disso, foram encontrados baixos valores médios de necessidades de tratamento para a cárie em todas as regiões do país<sup>23</sup>. Desta forma, houve transição de média para baixa prevalência de cárie em crianças brasileiras, segundo Índice de Escala de Severidade para CPO-D aos 12 anos, estabelecido pela OMS. Porém, nestes 7 anos, entre os dois levantamentos, apesar da ocorrência dessa transição, as disparidades regionais se mantiveram, principalmente, entre as regiões norte (média de 3,16) e sudeste (média de 1,72), com diferenças de 84%<sup>19,21,23</sup>.

O CPO-D/ceo-d médio da população estudada foi igual a 5, que revela alta prevalência de cárie, é um valor que se mostra acima da média nacional e regional, quando comparado aos resultados do SB Brasil 2010 aos 5 anos de idade. Além disso, as crianças do estudo mostraram CPO-D/ceo-d aquém do esperado pelas metas da OMS (CPO-D menor que 1, aos 12 anos e 90% das crianças de 5 anos livres de cárie) para o ano de 2010<sup>19,23</sup>.

A média do índice CPO-D/ceo-d entre os indígenas examinados superou o avaliado em algumas pesquisas realizadas com índios Guarani localizados no Rio de Janeiro<sup>11</sup>, os quais apresentaram índice médio de 2,6, aos 5 anos de idade e alcançou maiores valores médios aos 8 anos de idade. Para os índios Xavantes do Mato Grosso<sup>24</sup> encontrou-se média do ceo-d de 4,5 dentes aos 5 anos de idade. Os Xucuru do Ororubá de Pernambuco<sup>12</sup> apresentaram CPO-D médio de 2,7 aos 12 anos O grupo dos Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas, apresentaram média de 6,3 dentes cariados aos 5 anos<sup>10</sup>.

Sendo assim, pode-se analisar que com relação a indígenas do sudeste e centro-oeste do Brasil as crianças Gavião que compuseram a amostra deste estudo ainda possuem maior prevalência de cárie, enquanto que, com relação a outro estado da região Norte, apresentou menor prevalência.

Estudos vêm mostrando que fatores como a idade, gênero, ocupação e escolaridade dos pais podem ser preditores da cárie dentária e formação de placa dentária na infância<sup>16,25</sup>. Apesar de, neste estudo, o sexo não estar estatisticamente associado ao índice de cárie, é importante destacar-se os valores médios e percentuais maiores dos componentes do CPO-D/ceo-d para o sexo masculino.

O contato entre os *kupé* (como é denominado o "homem branco" na língua Gavião) e os Gaviões do Oeste, desde o princípio, foi marcado pelo conflito e decréscimo populacional indígena, havendo, dessa maneira, a necessidade de constante reorganização política, territorial, financeira e cultural desse povo, principalmente, após a ocupação de sua Reserva por posseiros e obras estatais, como pela construção da Estrada de Ferro Carajás<sup>26,27</sup>. Além disso, moléstias surgidas entre os Gaviões após o contato decorreram do sedentarismo, juntamente, com o rompimento da dieta tradicional, rica em proteínas e alimentos protetores bucais, como tubérculos e fibras vegetais associados à dependência de alimentos industrializados, tais como: carboidratos (principalmente açúcar refinado), sal e café. Todos estes fatores levaram ao agravamento da condição de saúde dos Gaviões, o que pôde ser evidenciado, no que tange à saúde bucal, pela crescente perda dos dentes, necessidade e uso de prótese dentária<sup>26-28</sup>.

Historicamente na odontologia, a dieta das populações é relacionada com o desenvolvimento de lesões de cárie<sup>18</sup>. Nesse sentido, estudos evidenciam que ao longo dos anos de contato das populações indígenas com a sociedade nacional e a introdução de alimentos industrializados, como o açúcar refinado, na dieta tradicional, levaram a modificação do perfil de saúde bucal indígena, com o aumento da prevalência de cárie<sup>8,29</sup>. No entanto, há estudos que não identificaram essa inclusão de padrões alimentares, a partir do contato, como único determinante para mudança dos perfis de saúde bucal entre indígenas brasileiros<sup>6,8</sup>. No caso dos índios Enawenê-Nawê, localizados no Mato Grosso, observou-se que o padrão tradicional de alimentação continha alimentos altamente cariogênicos, o que levou a condições

insatisfatórias de saúde bucal, mesmo anteriormente ao contato com a sociedade nacional<sup>6,8</sup>. Em nosso estudo observamos que todas às mães que amamentaram até os seis meses de vida da criança, haviam introduzido outros alimentos na dieta do seu filho nesse período, o que pode ser considerado um fator de risco para a cárie.

As condições de dieta somadas à qualidade da higiene bucal dos indivíduos compõem alguns dos fatores de risco para a doença cárie e devem ser considerados nos planejamentos para programas odontológicos de saúde<sup>18</sup>. O presente estudo evidenciou higienização bucal de qualidade regular, considerando-se, níveis aceitáveis de placa bacteriana nas superfícies dentais. Estudos com indígenas Yanomami de Maiá, município de São Gabriel da Cachoeira, revelaram qualidade adequada de higiene bucal, de acordo com o IHOS, que esteve correlacionado ao CPO-D encontrado nessa população<sup>30</sup>. Em consonância, nosso estudo mostrou correlação entre CPO-D/ceo-d e o IHOS.

Outras pesquisas que compararam a higiene bucal de crianças não-indígenas do município de Piracicaba com indígenas da região do Alto Xingu evidenciaram diferenças significantes entre os IHOS das duas populações, de modo que os indígenas apresentaram as maiores taxas para o índice, que neste caso, esteve correlacionado positivamente à maior prevalência de doenças periodontais entre os indígenas<sup>8,29</sup>. Avaliações de IHOS em populações indígenas do estado do Pará, como as realizadas com os Wai-wai de Wakri, verificaram valor de 1,5 do índice, identificando, assim, qualidade deficiente da escovação dentária, para indivíduos de 2 a 14 anos de idade da referida população<sup>29,31</sup>. Em nossos achados verificou-se associação entre idade e IHOS nos indígenas participantes da pesquisa. Desde os 2 anos de idade há uma higienização bucal deficiente, que tende a piorar com o passar dos anos.

Na região norte, segundo o SB-Brasil de 2010, 26,6% da população aos 12 anos de idade já havia passado por experiência de dor dentária nos últimos seis meses<sup>23</sup>. A dinâmica de vida dos indivíduos pode ser diretamente afetada pela dor dentária, e essa experiência tem sido correlacionada com vários aspectos sociais, como etnia, renda e experiência de cárie<sup>32</sup>. Nesta pesquisa, mais da metade dos participantes teve experiência de dor dentária e verificou-se a sua associação com o CPO-D/ceo-d, considerando-se o nível de cognição da criança e informação

dependente de memória materna. A presença de dor dentária, em idades precoces, como identificado neste estudo, pode predizer sobre a qualidade do acesso aos serviços de prevenção e tratamento da doença cárie, bem como, sobre o futuro de saúde-doença bucal dessa população<sup>32</sup>.

Neste trabalho verificou-se que o acesso a serviços odontológicos é realizado por meio de saúde suplementar, a partir de acordos com empresas mineradoras. Além disso, há atendimentos mensais para a comunidade, por equipe de saúde bucal em Unidade Odontológica Móvel, vinculada ao Programa Brasil Sorridente. Porém, algumas famílias relataram que ainda são necessárias melhorias para garantir esse acesso. Considerando-se os desafios no acesso odontológico pelas comunidades indígenas, cabe-se refletir sobre o estímulo ao protagonismo das comunidades somado a necessidade do diálogo dos profissionais de odontologia com outras ciências, em especial às sociais, para desenvolvimento de relação interpessoal satisfatória e difusão de conhecimentos na atenção à saúde bucal nas aldeias. Destaca-se, nesse contexto, a pluralidade de saberes locais como ponto de partida para o planejamento e execução de ações efetivas em saúde bucal<sup>28</sup>.

Nesse sentido, ressalta-se que os impactos epidemiológicos resultantes do contato dependeram, de forma significativa, dos aspectos particulares de cada comunidade indígena, de maneira que a diversidade de realidades encontradas com relação à saúde/doença bucal entre indígenas brasileiros se inter-relaciona com a demografia de cada grupo, as estratégias de subsistência, valores socioculturais, acesso às informações e aos serviços de saúde<sup>6,16</sup>.

Apresenta-se como limitação deste estudo a discrepância da faixa etária dos participantes em relação às idades-índice de 5 e 12 anos, consideradas pela OMS para comparação e análise em levantamentos das condições de saúde bucal de populações, já que a maioria dos participantes desta pesquisa se encontrou na idade de 8 anos. Além disso, não trabalhou-se com o universo de crianças habitantes da Reserva.

## CONCLUSÃO

Este estudo de saúde bucal verificou alta prevalência de cárie entre os indígenas em ambos os sexos, de modo que a distribuição do índice CPO-D total na população se mostrou percentualmente maior nos indivíduos do sexo

masculino. O componente cariado foi o que se revelou em maior concentração, demonstrando que a proporção de dentes com alguma necessidade de tratamento supera a de dentes tratados entre as crianças examinadas. Os resultados do IHOS mostraram necessidade de melhorias na qualidade da higiene bucal. Os resultados obtidos explicitam a existência de demandas dessa população no que tange à recuperação, proteção e promoção da saúde bucal, levando-se em conta como princípios de atenção, para isso, o protagonismo, a cultura, modo de vida e tradições desse povo. Considerando-se quadro escasso de dados epidemiológicos relacionados à saúde bucal da criança indígena, em especial da região Amazônica, destaca-se a importância deste trabalho, já que traz a realidade de saúde vivenciada alguns desses povos.

## REFERÊNCIAS

1. Coimbra Jr CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 2003.
2. Santos MAS, Vasconcelos MG. Saúde indígena. Amazônia (Jornal O Liberal). Belém: RM Graph; 2008.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico de 2010: características gerais dos indígenas: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no censo demográfico: primeiras considerações no quesito cor ou raça. Rio de Janeiro: IBGE, 2012 [acesso em 2017 Dez 10]. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena\\_censo2010.pdf](http://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf).
5. Moimaz SAS, Moimaz NAS, Garbin CAS, Júnior EB, Souza JEA. Percepção de saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil. Rev. Fac. Odontol. Lins. 2001; 13(1): 60-5.
6. Basta PC, Orellana JDY, Arantes R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas do Brasil. In: Garnelo L, Pontes AL, organizadores. Saúde indígena: uma introdução ao tema. Brasília: Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão, Ministério da Educação; 2012. p. 60-106.
7. Brandão MEM. Promoção de saúde e prevenção: saúde bucal. In: Yamamoto RM, organizador. Manual de atenção à saúde da criança indígena. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2004. p. 57-64.
8. Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 2003. p. 49-72.
9. Arantes R, Frazão P. Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal. Tempus (Brasília). 2013; 7(4): 169-79.
10. Carneiro MCG, Santos RV, Garnelo L, Rebelo MAB, Coimbra Jr. CEA. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro. Ciênc. Saúde Colet. 2008; 13(6): 1895-1992.
11. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(1): 37-46.
12. Maurício HA. A saúde bucal do povo indígena Xucurú na faixa etária de 10 a 14 anos [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União [Internet]. 2013 jun 13 [acesso em 2016 ago 15];1:59. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
14. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Norma Operacional nº 001/2013. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde; 2013 [acesso em 2016 ago 15]. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/aquivos/cns%20%20norma%20operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/cns%20%20norma%20operacional%20001%20-%20conep%20finalizada%2030-09.pdf).
15. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: manual da equipe de campo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
16. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Fatores associados à cárie dental e doença periodontal em indígenas da América Latina: revisão sistemática. Rev. Panam. Salud Pública. 2014; 35(1): 67-77.
17. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: manual da equipe de campo. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
18. World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5ª ed. Geneva: WHO; 2013.



19. Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo-SP, 1970-1996. *Rev. Salud Pública*. 2000; 34(2): 196-200.
20. Bertanha WFF, Cavalcante GMS, Cavalcanti LA, Arruda TA, D'Avila S. Atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas: evolução e desafios: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Ciênc. Saúde*. 2012; 16(1): 105-12.
21. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília: FUNASA, 2007.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Saúde Indígena. Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: SESAI, 2011.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2010: condições de saúde bucal da população brasileira em 2010: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
24. Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Arantes R. Saúde bucal na população Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Publica*. 2001; 17(2): 375-84.
25. Bashirian S et al. Association of caries experience and dental plaque with sociodemographic characteristics in elementary school-aged children: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2018.
26. Ferraz I. Gavião. In: Ricardo CA, organizador. Povos Indígenas do Brasil – Sudeste do Pará. São Paulo: CEDI; 2000. p. 53-98.
27. Dos Santos VF. Reserva Mãe Maria: a construção do espaço físico e simbólico na aldeia dos Gaviões Parkatêjê (1966-2010) [dissertação de mestrado]. Vassouras: Universidade Severino Sombra; 2012.
28. Capelli JDS, Koifman S. Avaliação do estado nutricional da comunidade indígena Parkatêjê, Bom Jesus do Tocantins, Pará. *Cad. Saude Publica*. 2001; 17(2): 433-7.
29. Tumang JÁ, Piedade EF. Cárie dental, doenças periodontais e higiene oral em indígenas brasileiros. *Bol Of Sanit Panam*. 1968; 64:103-9.
30. Pereira, SMC. Estudo epidemiológico em saúde bucal em uma comunidade Yanomami do Amazonas [dissertação de mestrado]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2007.
31. Dumont AFS, Salla TJ, Vilela MBL, Morais PC, Lucas SD. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xacriabá. *Cienc. Saúde Colet*. 2008; 13(3):1017-22.
32. Rihs LB, Cypriano S, Sousa MLR, Silva RC, Gomes PR. Dor de dente e sua relação com a experiência de cárie em adolescentes. *RGO*. 2008; 56(4): 361-5.

## Oral Health of indigenous children: study in an Amazon Indian Reserve

**Aim:** To identify and describe the oral health status of Gavião children, an ethnic group inhabitant of the Mãe Maria, *Bom Jesus do Tocantins* Indigenous Reserve in the State of Pará. Anthropological features of the health-disease process of this people were considered.

**Methods:** A cross-sectional study was conducted with 93 indigenous children, 2 to 8 years of age, from both sexes, inhabitants of the Indian Reserve. Clinical exams were performed to assay the prevalence of dental caries and oral hygiene quality through that set forth in the Decayed, Missing and Filled Teeth Index (DMFT/dmft) and Simplified Oral Hygiene Index (SOHI). Questionnaires were applied to indigenous mothers to evaluate their socioeconomic conditions, as well as their hygiene and eating habits. Chi-square and Wilcoxon tests were used to analyze the association between variables, considering a p-value  $\leq 0.05$ .

**Results:** The average DMFT/dmft was 5. It was found that 10.7% of the children were free of caries. The percentage of “caries” component was higher than the other components of the index for both sexes. The average SOHI found was 2.3, with no difference in sex. An association was found between the variables: DMFT/dmft and pain experience ( $p = 0,02$ ); DMFT/dmft and the SOHI ( $p = 0.0001$ ), and between age and SOHI ( $p = 0.0001$ ). Therefore, this study observed a high prevalence of caries and the regular quality of oral hygiene among the participants.

**Conclusion:** The indigenous children who participated in this study showed a higher index than national and regional averages for caries, when compared to the national results of 12-year-old children. The impacts brought about by contact with a white society may be related to the current oral health condition of these people.

**Uniterms:** Health of indigenous peoples. Dental caries. Oral hygiene. Oral health.