



LABORO – EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CÉLIA REGINA DE ARAÚJO DO AMARAL
CLAUDIA CRISTINA LOPES CASTRO FREIRE

LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS
DO POLO-BASE DE ZÉ DOCA

São Luís

2011

**CÉLIA REGINA DE ARAÚJO DO AMARAL
CLAUDIA CRISTINA LOPES CASTRO FREIRE**

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS
DO PÓLO-BASE DE ZÉ DOCA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde Pública do LABORO – Excelência em Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves
Gama.

São Luís

2011

**CÉLIA REGINA DE ARAÚJO DO AMARAL
CLAUDIA CRISTINA LOPES CASTRO FREIRE**

**LEVANTAMENTO EPIDEMIOLÓGICO DA CÁRIE DENTÁRIA EM CRIANÇAS
DO PÓLO-BASE DE ZÉ DOCA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde Pública do
LABORO – Excelência em
Pós-Graduação / Universidade Estácio de Sá,
para obtenção do título de Especialista em Saúde
Pública.

Aprovado em

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Mônica Elinor Alves Gama

Examinadora Natália Martins de Almeida
Especialista em Saúde da Família

Às gerações indígenas futuras.

AGRADECIMENTOS

A *Deus*, que nos deu a vida e nos permitiu chegar até aqui.

Aos nossos familiares pelos momentos roubados dedicados a este trabalho.

À professora Mônica pela orientação segura.

Aos professores do LABORO pelo companheirismo e pelos conhecimentos dispensados de forma inteligente e agradável.

À Taciana pela incansável paciência, receptividade e alegria.

À Eudes pelo carinho e profissionalismo.

Aos nossos colegas de curso pelos bons momentos compartilhados, pela troca de saberes e experiências.

À Lindiana Pinheiro Borges por sua dedicação na promoção da saúde bucal dos Ka'apor.

A todos que colaboraram para a realização e finalização deste.

“[...] o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam [...].”

(GUIMARÃES ROSA.)

RESUMO

Os levantamentos epidemiológicos são instrumentos importantes para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde, sendo reconhecidamente utilizados para o conhecimento da prevalência e tipologia das doenças bucais. O objetivo deste estudo foi realizar levantamento epidemiológico da doença cárie em crianças indígenas da etnia Ka'apor, de ambos os sexos, na faixa etária de 5 a 12 anos. Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, quantitativo, para análise da prevalência, realizado através da avaliação dos dados coletados por um examinador da Equipe de Saúde Bucal do Programa Saúde da Família Indígena desenvolvido pela FUNASA no Pólo Base de Zé Doca, nas aldeias Axinguiendá e Ximborendá. Foram analisadas as fichas 4, padronizadas pelas Diretrizes do Programa de Saúde Bucal, de 211 crianças que representam 100% das crianças na faixa etária de 5 a 12 anos residentes nestas aldeias. O CPO-D médio encontrado para a faixa etária analisada foi de 1,29, classificado como grau de severidade baixo. O maior índice foi observado aos 11 anos, com CPO-D igual a 2,4. As idades de 5, 7, 10 e 11 anos foram classificadas como livres de cárie. A faixa etária de 5 e 6 anos encontra-se dentro da meta preconizada pela OMS para o ano de 2010, apresentando, respectivamente, percentual de 100% e 93% de crianças livres de cárie. O CPO-D encontrado para a faixa etária de 12 anos foi de 1,46, considerado como grau de severidade baixo, mas acima do valor estabelecido pela OMS para o ano de 2010. Observa-se, através da análise do componente obturado (O), o acesso da população em estudo a assistência em saúde bucal. A observação do componente perdido (P) evidencia um elevado número de procedimentos radicais apontando para um enfoque curativista em algum momento da assistência. Conclui-se que as ações desenvolvidas pelo Programa de Saúde Bucal nessas localidades tem enfatizado a promoção de saúde, facilmente confirmado pelo componente cariado (C) que apresentou valor absoluto baixo e até mesmo nulo para as idades de 5,7,10 e 11 anos.

Palavras-chave: Cárie dentária. Metas OMS. Crianças.

ABSTRACT

The epidemiological surveys are important instruments for the planning, implementation and evaluation of health actions, being known to be used for knowledge of prevalence and typology of oral diseases. The goal of this study was to perform epidemiological survey of dental caries in children indigenous ethnicity Ka'apor, of both sexes, aged 5 to 12 years. This is a prospective study, quantitative descriptive, for analysis of prevalence of assessment of data collected by an examiner dental health team of indigenous family health programme developed by FUNASA in basic Zé Doca pole, Axinguiendá and Ximborendá villages. 4 Cards were analysed, standardized for oral health programme, 211 children representing 100% of children aged 5 to 12 years residing in these villages. The DMF-T middle age found analyzed was 1,29, classified as low severity. The largest index was observed for 11 years, with DMF-T 2,4. The ages of 5, 7, 10 and 11 years were classified as free dental caries. The age of 5 and 6 years is inside the goal recommended by WHO for the year 2010, respectively, percentage of 100% and 93% of children free of dental caries. The DMF-T found for the age of 12 years was 1.46 regarded as a low degree of severity, but above the maximum amount established by the year 2010. Noted by analysing filled (component), the access of the population under study oral health care. Missing component observation (M) highlights a high number of procedures radicals pointing. It is concluded that the actions developed by oral health programme in these localities has emphasized the promotion of health, easily confirmed by component cariado (c) low absolute value and even zero for the ages of 5, 10 and 11 years.

Key-words: Teeth decay. WHO goals. Children.

LISTA DE SIGLAS

C	- Cariado
CPO-D	- Dentes Permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
DATASUS	- Departamento de Informação e Informática do SUS.
DSEI	- Distrito Sanitário Especial Indígena
DMF-T	- Decayed, Missing, Filled Teeth
Ei	- Extração Indicada
ESB	- Equipe de Saúde Bucal
FDI	- Federação Dentária Internacional
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
IDH	- Índice de Desenvolvimento Humano
MS	- Ministério da Saúde
O	- Obturado
OMS	- Organização Mundial de Saúde
P	- Perdido
PSFI	- Programa Saúde da Família Indígena
SB BRASIL	- Saúde Bucal Brasil
SIASI	- Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
SUS	- Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Geral	15
2.2	Específicos	15
3	METODOLOGIA	16
4	RESULTADOS	19
5	DISCUSSÃO	23
6	CONCLUSÃO	25
	REFERÊNCIAS	26
	ANEXO	29

1 INTRODUÇÃO

Mundialmente, a cárie dentária é uma doença com alto índice de prevalência na população, sendo a principal responsável pela perda precoce dos dentes, tornando-se um grave problema de saúde pública (SEIXAS, 2003).

No Brasil, encontramos reduções significativas na prevalência da cárie quando analisados os dados dos levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde (MS) nos anos de 1986 e 1996. Tal comparação revela uma redução em torno de 53,2% no índice CPO-D (dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) (BRASIL, 1988).

No levantamento epidemiológico realizado pelo MS, Projeto SB Brasil 2003, embora seja observada redução na prevalência da cárie em comparação ao levantamento realizado em 1996, o Brasil atingiu as metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 somente na idade de 12 anos, e em parte, devido às crianças das regiões Sul e Sudeste (BRASIL, 2004a).

No Nordeste, e em especial no Maranhão, ainda persistem os índices elevados de cárie dentária. Dados obtidos pelo DATASUS mostram que o índice CPO-D, em São Luís, no ano de 1996, foi de 3,51 em crianças de 12 anos (DATASUS, 2008).

Promover a saúde bucal em território nacional constitui-se, ainda hoje, em um desafio real ao Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente em seus princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência e equidade (SOUSA et al., 2004).

Em se tratando de saúde bucal indígena, o desafio torna-se maior, pois os povos indígenas no Brasil compõem um mosaico diversificado do ponto de vista étnico, lingüístico, formas de organização social, expressões culturais, vida produtiva, história do grau de contato e grau de interação com a sociedade nacional (BRASIL, 2004).

De modo geral, é possível destacar que as relações interétnicas causam uma série de mudanças na forma de vida dos indígenas, variando a intensidade em função do tipo de contato estabelecido. As mudanças na dieta tradicional com alterações nos padrões alimentares, culturais e no sistema econômico dos indígenas são possivelmente os principais responsáveis pela deterioração nas condições de saúde bucal (ARANTES, 1998).

Evidencia-se uma tendência de agravamento, particularmente nas populações mais expostas a mudanças nos padrões de dieta, incluindo a incorporação de itens industrializados, em particular do açúcar refinado (ARANTES et al., 2001).

A história de contato entre os Ka'apor, Ka'apor parece derivar de Ka'a-pypor "pegadas na mata" ou "pegadas da mata", e a sociedade tem contribuído para mudanças nos hábitos dos indígenas, principalmente no que concerne a mudança dos hábitos alimentares, com introdução de dieta industrializada e uso do açúcar (BALÉE, 1998).

Estudos têm demonstrado que a dieta é um dos fatores determinantes para a instalação da cárie dentária.

Arantes (1998) avaliou a saúde bucal de uma comunidade indígena, os Xavantes, de 1960 a 1997, através deste estudo foi revelado que o índice CPO-D apresentou aumento considerável neste período, passando de 0.3 em 1962, para 4.5 em 1997, na faixa etária entre 13-19 anos. Para a faixa etária de 12-14 anos, foi encontrado 3.7 em 1997. O autor associou a mudança na dieta e no sistema econômico do grupo à deterioração da condição bucal.

Rigonatto, Antunes e Frazão (2001) avaliaram as atividades de cárie (Alto Xingu) em 288 índios de quatro comunidades (Yawalapiti, Aweti, Mehinaku e Kamaiura). Foram obtidos elevados índices de cárie em todos os grupos etários. Em relação às cidades circunvizinhas os índices de CPO-D encontrados neste estudo foram considerados como médios, ou seja, 5.9 em indivíduos das cidades vizinhas e 8.2 na população indígena. Estes apresentaram um índice de cuidado muito inferior, por grupo etário e uma elevada perda de dentes em indivíduos acima de 20 anos, indicando baixa incorporação de serviços odontológicos.

Seixas (2003) realizou um levantamento epidemiológico em duas comunidades indígenas (Xerente, Tocantins). Na aldeia Bela Vista, com uma população de 88 pessoas, constatou-se que a comunidade alimentava-se de alimentos produzidos na própria aldeia, mantendo longe os alimentos açucarados e, devido a isso, foi registrado baixo índice de CEO-D e CPO-D. Já na aldeia Funil, com uma população de 224 pessoas, observou-se que esta comunidade alimentava-se constantemente de produtos industrializados, poucos eram os que plantavam e caçavam. Os hábitos alimentares foram totalmente alterados, pois os alimentos açucarados estão presentes na dieta e isso reflete no alto índice de CEO-D e CPO-D.

Detogni (2007) desenvolveu um estudo na população indígena dos Enawene-Nawe do Mato Grosso da prevalência de cárie e realizou práticas de saúde bucal entre 1995-2005. Apresentou como principais resultados: redução de 47,2% na prevalência de cárie entre 12-13 anos, com índice CPO-D caindo de 7,7%, em 1995, para 4,1%, em 2005, e aumento na proporção livres de cárie na dentição permanente entre 6-16 anos, de 9,8% em 1995 para 31,2% em 2005. Concluiu-se que as práticas de saúde bucal desenvolvidas durante o período

estudado favoreceram melhorias na saúde bucal desta população.

Estudos sobre a prevalência de cárie em indígenas brasileiros, que vivem sem grandes contatos com a população civilizada, mostram, na dentição permanente, resultados semelhantes a áreas com alto teor de flúor na água de abastecimento público (HIRATA et al., 1977; PEREIRA et al., 1972; TUMAG; PIEDADE, 1968).

Guimarães (2000), analisando os dados de acordo com a OMS (Organização Mundial de Saúde), dividiu por faixas etárias e mediu a prevalência de cárie, através dos índices CPO-D e CEO-D, em molares dos índios Fulni-ô de Pernambuco. Foram analisados 638 indígenas. Em crianças com 05 anos de idade foi observado um índice CEO-D de 4 dentes atacados por cárie e apenas 27% dos indígenas dessa idade apresentaram-se livres de cárie.

A palavra cárie, em sua etimologia, significa material podre (ARANHA, 2002). Apresenta-se como uma moléstia crônica que acomete grande parte da humanidade, predominando nas áreas civilizadas.

É uma doença de origem bacteriana. As bactérias que habitam normalmente a boca transformam os restos alimentares em ácidos, tais ácidos, formados por um processo de fermentação, atacam os tecidos mineralizados dos dentes, surgindo então cavidades que são a cárie propriamente dita (FERREIRA; RONCALLI; LIMA, 2004).

Para avaliar as condições bucais, considerando-se a cárie dentária, o índice odontológico mais utilizado é o de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D) apresentado em estudo feito por Klein e Palmer (1937) (DIAB; LUCAS, 2008).

A unidade de análise do CPO-D é o dente e evidencia o grau de ataque da doença cárie nos indivíduos e populações e permite comparações entre países e regiões

O CPO-D estima a experiência presente e passada do ataque da cárie dental à dentição permanente e classifica este ataque em níveis de prevalência conforme demonstra Narvai (1996) no Quadro 1.

Prevalência	Muito Baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta
Índice CPO-D	0,0 a 1,1	1,2 a 2,6	2,7 a 4,4	4,5 a 6,5	> Ou = 6,6

Quadro 1 – Classificação do ataque de cárie dentária com base nos valores do CPO-D.

Fonte: Narvai, 1996.

Valores elevados do índice CPO-D indicam más condições de saúde bucal da população, frequentemente associadas a condições socioeconômicas desfavoráveis, a

dificuldade de acesso aos serviços e a hábitos deletérios, como o alto consumo de açúcares e também podendo indicar limitado acesso ao flúor (RIPSA, 2008).

A análise do índice CPO-D informa variações populacionais, geográficas e temporais, identificando situações de desigualdade e tendências que demandem ações e estudos específicos (RIPSA, 2008).

Possui limitações, pois informa sobre o ataque da cárie, não retratando perdas significativas por doença periodontal, motivos protéticos e, ainda, razões ortodônticas, apresenta possibilidade de interpretações distintas dos estágios iniciais da cárie, por parte dos examinadores, depende da realização de estudos amostrais de base populacional, que têm elevado custo financeiro e apresentam dificuldades de operacionalização (PINTO, 2000 apud MORBIDADE..., 2008)

Mas, embora tendo limitações, o índice CPO-D se tornou uma importante ferramenta epidemiológica para medir e comparar o ataque de cárie nas populações (PEREIRA et al., 2003).

Em 1982, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Federação Dentária Internacional (FDI) estabeleceram metas para o ano 2000, os países deveriam atingir um índice CPO-D menor ou igual a 3 aos 12 anos de idade e em 1993, a meta proposta para o ano 2010, foi de atingir um CPO-D médio menor que 1 aos 12 anos (FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL, 1982; NARVAI et al., 2000).

A OMS sugere grupos etários para a avaliação da doença cárie, a idade de 5 anos para a dentição decídua, 12 anos (fase em que a dentição permanente, em média, já está completa), escolhida como idade de monitoramento global da cárie para comparações internacionais e acompanhamento das tendências da doença, 15 a 19 anos para dentição permanente, 35 a 44 anos para adultos e 65 a 74 anos para idosos (BRASIL, 2004a).

Entre 1986 e 2003 foram realizadas quatro grandes pesquisas de abrangência nacional que resultaram nas principais informações epidemiológicas da cárie dentária no Brasil (RONCALLI et al., 2004).

Por iniciativa do Ministério da Saúde (MS), em 1986 foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico da cárie dentária no Brasil que revelou um índice CPO-D de 6,7 aos 12 anos, sendo a prevalência superior a 90% (BRASIL, 1988). Em 1996, o MS patrocinou novo estudo que revelou uma redução da severidade da doença, apresentando um CPO-D de 3,1 e prevalência de 75% aos 12 anos (PERES et al., 2001). No último levantamento nacional realizado entre os anos de 2002 e 2003, os resultados demonstraram uma queda do CPO-D

aos 12 anos, 2,78 (BRASIL, 2004a), distante ainda da meta preconizada pela OMS para o ano de 2010, que estabelece índice menor que 1 aos 12 anos (SOUSA et al., 2004).

No Brasil, há um desconhecimento da epidemiologia da saúde bucal entre os povos indígenas (DIAB, 2008). Os estudos epidemiológicos de saúde bucal na população indígena brasileira abordam, principalmente, a ocorrência de lesões de adornos labiais e as várias relações entre hábitos alimentares e culturais e saúde bucal (POSE, 1993).

De forma a superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população indígena, a Lei nº 9.836/99, de 23 de setembro de 1999, estabeleceu a criação do Subsistema de Saúde Indígena, 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 no campo da saúde (BRASIL, 2002).

Com o propósito de oferecer aos povos indígenas o acesso à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, foi criada a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, tendo como diretriz a organização dos serviços na forma de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e Pólos-Base, no nível local, onde a atenção primária e os serviços de referência se situam (BRASIL, 2002).

Por existirem poucos estudos relacionados à presença da doença cárie na população indígena e as pesquisadoras atuarem como Coordenadoras Técnicas do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI surgiu o interesse em realizar um estudo do levantamento epidemiológico do índice CPO-D em indígenas de 5 a 12 anos, da etnia Ka'apor, do Pólo Base de Zé Doca, dado a importância deste levantamento como instrumento de planejamento e realização das ações educativas, preventivas, curativas, controle da cárie dentária, assim como, subsidiar estudos posteriores de comparação de impacto das ações do Programa de Saúde Bucal.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Realizar levantamento epidemiológico da cárie em crianças indígenas da etnia Ka'apor, de 5 a 12 anos, do Pólo Base de Zé Doca, no município de Zé Doca – MA.

2.2 Específicos

- a) identificar o índice de dentes permanentes, cariados, perdidos e obturados (CPO-D);
- b) comparar os resultados encontrados para a faixa etária de 12 anos com os indicadores encontrados no Projeto de Saúde Bucal (SB – Brasil) e metas da OMS/FDI;
- c) comparar o percentual encontrado de crianças livres de cárie aos 5 anos com as metas da OMS/FDI para 2000 e 2010.

3 METODOLOGIA

Realizou-se estudo do tipo prospectivo, descritivo, a partir de levantamento epidemiológico da cárie dentária, realizado em crianças indígenas da etnia Ka'apor, com idade de 5 a 12 anos.

Foram analisados dados do levantamento epidemiológico realizado nas aldeias pertencentes ao Pólo-Base de Zé Doca.

No Maranhão existe um Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) localizado no município de São Luís, que coordena seis Pólos Base, distribuídos em seis municípios diferentes, como segue: Amarante, Arame, Barra do Corda, Grajaú, Santa Inês e Zé Doca.

O Pólo Base de Zé Doca localiza-se no município de Zé Doca, as margens da BR 316, município este com uma população total de 46.134 indivíduos distribuídos em 2.414 km² com IDH de 0,59 (ARANTES et al., 2001). O Pólo Base abrange 14 aldeias, com indígenas da etnia Guajá e Ka'apor, distribuídas em 4 municípios da região, com distâncias variando de 39 a 274 km da sede do Pólo-Base e com acesso terrestre e fluvial, sendo que no período chuvoso o acesso é predominantemente feito através de barcos.

Os Ka'apor surgiram como povo distinto há cerca de trezentos anos, provavelmente na região entre os rios Tocantins e Xingu, talvez por causa de conflitos com colonizadores luso-brasileiros e com outros povos nativos, iniciaram uma longa e lenta migração que os levou, nos idos de 1870, do Pará, através do rio Gurupi, ao Maranhão. Tiveram numerosos contatos documentados com a sociedade luso-brasileira entre o período dos Pacajás, nos idos de 1600, e o estabelecimento do contato prolongado, ou pacificação, em 1928 (BALÉE, 1998).

Os últimos oitenta anos (1928-2008) assistiram a uma acomodação cada vez maior, mas não integral, da sociedade e cultura Ka'apor aos modos ocidentais. Muitos falam português, embora todos falem Ka'apor como primeira língua (BALÉE, 1998).

O Pólo Base de Zé Doca compõem, no nível local, a organização de serviços da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e atende população indígena da etnia Guajá e Ka'apor no total de 1.308 indivíduos, sendo que deste total, 1.205 são exclusivamente da etnia Ka'apor.

Suas 14 aldeias estão distribuídas pelos municípios de Araganã, Centro do Guilherme, Maranhãozinho e Nova Olinda do Maranhão.

Apenas um examinador, pertencente à ESB do Programa Saúde da Família Indígena, realizou o exame clínico, sob luz natural, utilizando espelho bucal plano e sonda exploradora nº 5, visando preservar a integridade dos exames realizados e dirimir problemas decorrentes da variabilidade entre examinadores diferentes.

A coleta de dados do Programa de Saúde Bucal é feita em formulários próprios que fazem parte do Manual Técnico das Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

As Fichas 4 – Odontológica Individual (Anexo A) padronizadas do Módulo de Saúde Bucal do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena - SIASI/FUNASA geradas a partir do levantamento epidemiológico das aldeias Ximborendá e Axinguiendá, que registram maior densidade populacional na faixa etária de 5 a 12 anos, foram analisadas totalizando 211 crianças, residentes nas duas aldeias citadas, de ambos os sexos, de um universo de 335 crianças das 14 aldeias pertencentes ao Pólo Base.

Como não há estudos preliminares, a pesquisa se baseou na análise das fichas odontológicas individuais de 100% das crianças na faixa etária de 5 a 12 anos, residentes nas aldeias Axinguiendá e Ximborendá.

O desenvolvimento da pesquisa envolveu algumas etapas:

- a) obtenção de autorização para acesso, análise e divulgação dos dados epidemiológicos, do Sr. Licínio Brites Carmona – Chefe do Distrito Sanitário Especial Indígena;
- b) obtenção de autorização da Sra. Auricélia Nascimento – Chefe do Pólo Base de Zé Doca;
- c) consulta ao SIASI do censo demográfico do Pólo Base;
- d) estudo das Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos DSEI;
- e) articulação com a profissional cirurgiã-dentista da ESB do Pólo Base de Zé Doca e análise, propriamente dita, das informações.

O índice utilizado para o levantamento epidemiológico foi o CPO-D, que tem como método de cálculo (RIPSA, 2008):

Número total de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados em crianças residentes examinadas, em determinado local e período

Número total de crianças residentes examinadas, em determinado local e período

Os países que seguem o programa de saúde bucal da Organização Mundial de

Saúde (OMS) fazem periodicamente essas avaliações por meio das quais se pode aferir a média de cárie por pessoa no país e com isto avaliar a eficácia dos programas governamentais de prevenção em saúde bucal e planejar outras ações.

Em 1982, a OMS estabeleceu metas como forma de avaliação e de estabelecer parâmetros para a melhoria da saúde bucal das populações. Essas metas estão baseadas na avaliação padrão do DMF-T (ou CPO-D), (FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL, 1982).

Para o ano 2000, foram estabelecidas as seguintes marcas a serem atingidas pelos países:

- a) meta número 1: 50% das crianças de 5 anos de idade livres de cárie;
- b) meta número 2: valor do índice CPO-D menor ou igual a 3,0 aos 12 anos de idade.

Em 1993, durante o “4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva”, realizado em Umea (Suécia), a OMS propôs as novas metas, como segue, para o ano de 2010 em relação à saúde bucal (NARVAI, 2002):

- a) 90% de pessoas sem cárie na idade de 5 a 6 anos;
- b) CPO-D menos que 1 aos 12 anos de idade.

O levantamento epidemiológico de abrangência nacional, realizado pelo Ministério da Saúde, finalizado em 2003, denominado Projeto Saúde Bucal (SB) Brasil que originou o documento “Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003”, demonstrou que a média dos componentes do índice CPO-D para a idade de 12 anos na região nordeste atingiu o valor de 3,19 e nacionalmente atingiu o valor de 2,78. Para o indicador crianças na idade de 5 anos livres de cárie, o SB Brasil apresentou o resultado de 34,92% de crianças na faixa etária de 5 anos livres de cárie para a região nordeste e 40,62% para a média nacional (BRASIL, 2004a).

As metas estabelecidas pela OMS/FDI citadas acima e os índices encontrados pelo SB Brasil foram utilizados para comparação com os resultados encontrados no presente estudo.

4 RESULTADOS

Foram examinadas 211 crianças da etnia Ka'apor, residentes nas aldeias Axinguiendá e Ximborendá, de ambos os sexos, o que corresponde a 100% da população na faixa etária de 5 a 12 anos.

O CPO-D, conforme observado na Tabela 1, foi de 0,79 aos 5 anos e alcançou o maior valor aos 11 anos de idade (2,4). Na faixa etária analisada o componente obturado foi o mais frequente, atingindo seu valor máximo aos 11 anos, idade onde observamos também o maior número de dentes perdidos.

O componente cariado obteve seu maior valor aos 8 anos. A faixa etária de 5, 7, 10 e 11 anos foi classificada como isenta de cárie.

A faixa etária de 5 anos encontra-se 100% livre de cárie.

Nas idades de 5, 6 e 8 anos, crianças do sexo masculino apresentaram CPO-D superior àquelas do sexo feminino. A partir dos 9-12 anos essa relação se inverteu.

O CPO-D para o sexo feminino foi ligeiramente superior ao do sexo masculino, atingindo seu valor maior para a faixa etária de 11 anos (4,0).

Tabela 1- Descrição do índice CPO-D e seus componentes em valores absolutos, em 211 crianças, por sexo e faixa etária. Área de abrangência aldeias Axinguiendá e Ximborendá do Pólo Base de Zé Doca. Maranhãozinho. Maranhão. Brasil

Idade	Nº de crianças			C			P			O			CPO-D		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
5 anos	15	19	34	0	0	0	6	4	10	7	10	17	0,86	0,73	0,79
6 anos	16	15	31	1	2	3	10	5	15	21	8	29	2,00	1,00	1,51
7 anos	19	15	34	0	0	0	2	8	10	15	12	27	0,89	1,33	1,08
8 anos	18	23	41	6	2	8	8	4	12	7	6	13	1,16	0,52	0,80
9 anos	11	8	19	4	2	6	1	4	5	1	11	12	0,54	2,12	1,21
10 anos	10	7	17	0	0	0	9	6	15	6	16	22	1,50	3,14	2,17
11 anos	13	7	20	0	0	0	6	11	17	14	17	31	1,53	4,00	2,40
12 anos	9	6	15	1	0	1	1	5	6	6	9	15	0,88	2,33	1,46
Total	111	100	211	12	6	18	43	47	90	77	89	166	1,18	1,42	1,29

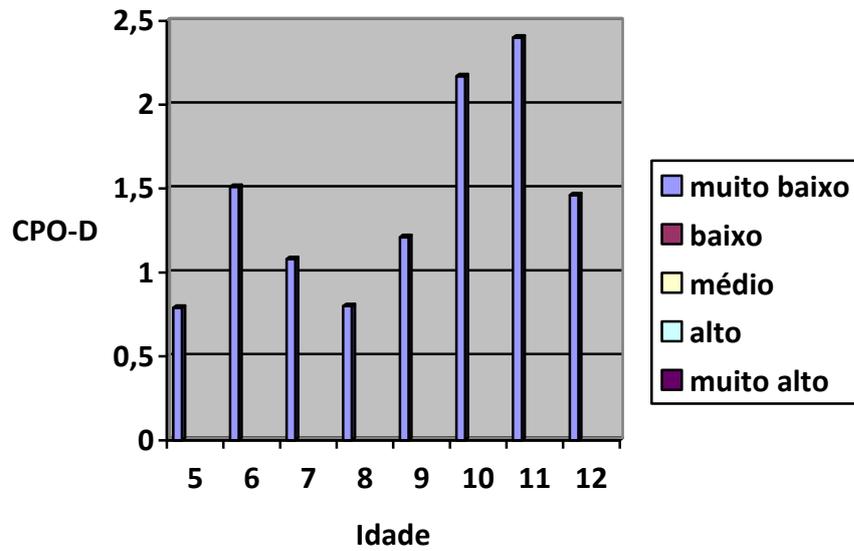


Gráfico 1- Classificação do grau de severidade da doença cárie, no grupo em estudo. Área de abrangência aldeias Axinguirendá e Ximborendá do Pólo Base de Zé Doca. Maranhãozinho. Maranhão. Brasil.

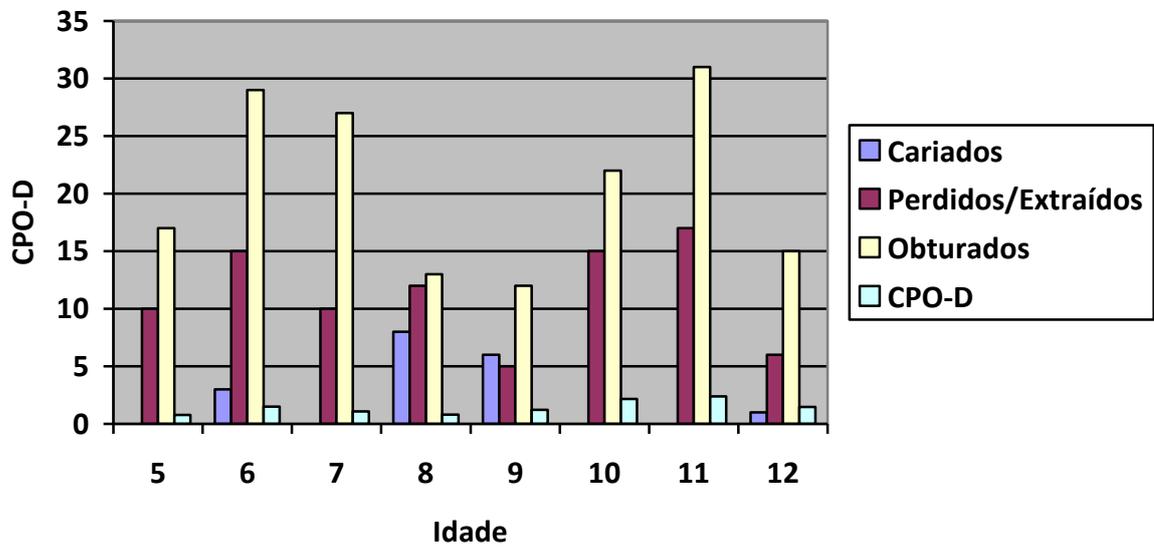


Gráfico 2 - Descrição do índice CPO-D e seus componentes, em 211 crianças, por faixa etária. Área de abrangência aldeias Axinguirendá e Ximborendá do Pólo Base de Zé Doca. Maranhãozinho. Maranhão. Brasil.

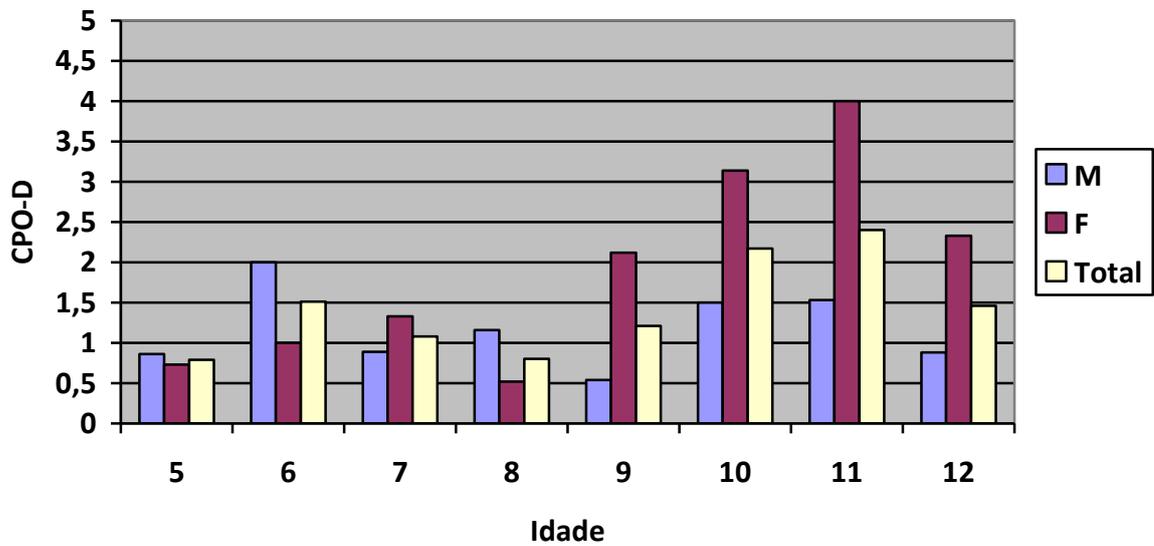


Gráfico 3 - Descrição do índice CPO-D, segundo o sexo, em 211 crianças. Área de abrangência aldeias Axinguirendá e Ximborendá do Pólo Base de Zé Doca. Maranhãozinho. Maranhão. Brasil.

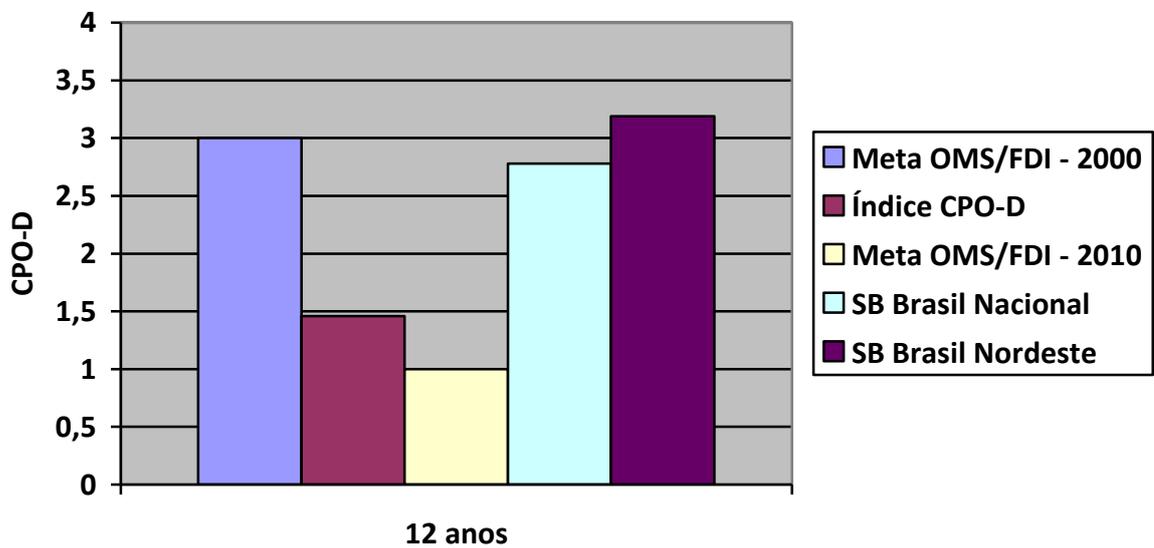


Gráfico 4 - Comparativo do índice CPO-D aos 12 anos de idade com as metas preconizadas pela OMS/FDI para os anos de 2000 e 2010 e com o Projeto SB Brasil, índice nacional e região nordeste. Área de abrangência aldeias Axinguirendá e Ximborendá do Pólo Base de Zé Doca. Maranhãozinho. Maranhão. Brasil.

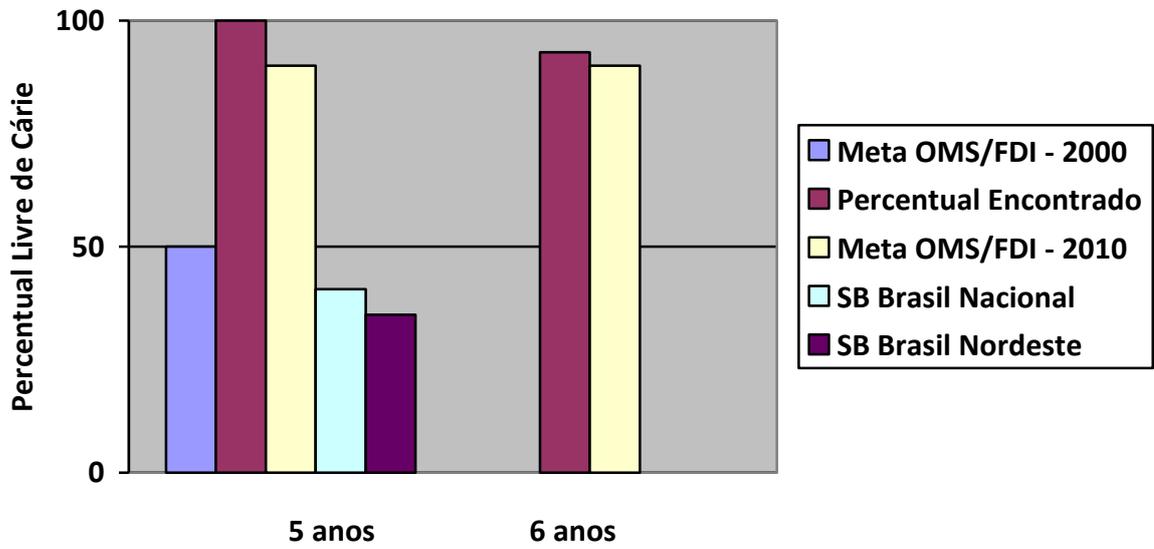


Gráfico 5 - Comparativo do percentual de crianças na faixa etária de 5 e 6 anos livres de cárie com as metas preconizadas pela OMS/FDI para os anos de 2000 e 2010 e com o Projeto SB Brasil, índice nacional e região nordeste. Área de abrangência aldeias Axinguirendá e Ximborendá do Pólo Base de Zé Doca. Maranhãozinho. Maranhão. Brasil

5 DISCUSSÃO

A promoção de saúde bucal, segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal, está inserida num conceito amplo de saúde que ultrapassa a dimensão meramente técnica da odontologia, integrando a saúde bucal às demais práticas de saúde coletiva (BRASIL, 2004).

A utilização de estratégias voltadas às comunidades indígenas, como oferta de assistência odontológica básica, educação em saúde, ação coletiva de escovação dental supervisionada, aplicação tópica de flúor gel e distribuição de escovas, creme e fio dental trimestralmente, compõem um conjunto de iniciativas fundamentais para a promoção de saúde bucal (BRASIL, 2007).

Vários fatores devem ser considerados ao analisarmos os dados obtidos. O principal deles é a introdução de alimentos industrializados de alto potencial cariogênico, típicos dos centros urbanos, entre eles o açúcar refinado. A mudança nos hábitos alimentares dos indígenas está relacionada ao crescente contato com a sociedade vizinha (BRASIL, 1988).

O levantamento epidemiológico da cárie dentária em crianças do Pólo Base de Zé Doca reflete, ao analisarmos o componente obturado (O), o acesso das crianças na faixa etária de 5 a 12 anos aos serviços assistenciais individuais restauradores e preventivos, uma vez que este componente é significativamente maior que os componentes perdidos (P) e cariado (C) (ARANTES, 2005).

As medidas coletivas utilizadas têm sido consideradas determinantes para o alcance dos níveis de saúde bucal preconizados pela OMS/FDI, uma vez que observamos um controle da doença cárie, ao evidenciarmos na população em estudo que o componente cariado (C) apresentou um valor relativamente baixo. Alguns trabalhos demonstraram que nas populações indígenas, nas quais são oferecidas educação em saúde, procedimentos coletivos e assistência odontológica foram observados baixos índices de cárie (FRATUCCI, 2000; DETOGNI, 2007).

O índice médio CPO-D da população na faixa etária estudada foi de 1,29 (Tabela 1) classificado como grau de severidade baixo (NARVAI, 1996).

Para a faixa etária de 12 anos o índice CPO-D foi de 1,46 (descrito na Tabela 1), aproximando-se da meta da OMS/FDI para o ano de 2010 (que corresponde a um CPO-D menor que 1,0) e ficando inferior ao índice CPO-D médio do SB Brasil – 2003 (que

corresponde a CPO-D de 2,78), ao índice CPO-D do SB Brasil para a região nordeste (igual a 3,19) e meta da OMS/FDI para o ano 2000 (menor que 3,0) Gráfico 4.

Em 1982 a OMS estabeleceu como parâmetro para a melhoria da saúde bucal das populações, a meta número um para o ano 2000 de 50% das crianças de 5 anos de idade livres de cárie. No final de 1993, a OMS propôs novas metas de saúde bucal para o ano de 2010, dentre elas 90% das crianças sem cárie na idade de 5 a 6 anos. A avaliação das crianças indígenas Ka'apor, das aldeias Axinguiendá e Ximborendá, demonstra o alcance das metas tanto para o ano 2000 quanto para o ano de 2010. A idade de 5 anos apresentou-se 100% livre de cárie e a idade de 6 anos alcançou o percentual de 93% livre de cárie. Ao compararmos o percentual de indivíduos livres de cárie, na faixa etária de 5 e 6 anos, com o percentual encontrado na avaliação da população brasileira, descrita no Projeto SB Brasil, observamos que as crianças Ka'apor apresentam melhor condição de saúde bucal pois o percentual nacional foi de 40,62% e o percentual da região nordeste foi de 34,92%.

6 CONCLUSÃO

Embasando-se na análise dos resultados obtidos, pode-se concluir que:

- a) o índice CPO-D médio encontrado na população em estudo foi de 1,29 considerado como grau de severidade baixo;
- b) o valor do índice CPO-D médio aos 12 anos (1,46) foi inferior ao encontrado pelo Projeto SB Brasil para a região Nordeste (3,19) e Brasil (2,78);
- c) o CPO-D médio aos 12 anos, ao compararmos às metas da OMS/FDI, ficou abaixo ao valor esperado para o ano 2000 (CPO-D <3) e acima do esperado para o ano 2010 (<1);
- d) o percentual encontrado de crianças livres de cárie, na faixa etária de 5 anos, foi de 100%. Percentual superior ao estabelecido pela meta da OMS/FDI para o ano 2000 (50%) e também superior ao esperado para o ano de 2010 (90%).

REFERÊNCIAS

ARANHA, F. L. **Bioquímica odontológica**. 2. ed. ver. e ampl. São Paulo: Sarvier, 2002.

ARANTES, R. **Saúde oral de uma comunidade indígena Xavante do Brasil Central**: uma abordagem epidemiológica e bioantropológica. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1998.

ARANTES, R. et al. A Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.2, p.375-84, 2001.

ARANTES, R. **Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil e o caso dos Xavantes de Mato Grosso**. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

BALÉE, William. **Etnia Ka'apor**. Set 1998. Disponível em:
<<http://www.pegue.com/indio/kaapor.htm>>. Acesso: 13 out. 2008.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes para a Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**: manual técnico. Brasília, DF: FUNASA, 2007.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos povos Indígenas**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal**: Brasil, zona urbana, 1986. Brasília: Divisão Nacional de Saúde Bucal, Centro de Documentação, Ministério da Saúde, 1988.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Projeto SB Brasil 2003**: condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília, 2004b.
Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/pub_assunto/saude_bucal.html>. Acesso em: 12 out. 2008.

DATASUS. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sbucal/sbdescr.htm>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

DETOGNI, A. M. **Saúde bucal da etnia Enawene-Nawe**. Dissertação (Pós-Graduação em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal de Mato Grosso, 2007.

DIAB, Adyler Duarte; LUCAS, Simone Dutra. Cárie dentária em crianças indígenas Xakriabá. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.17, n.2, p.149-153, jun. 2008. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2008.

FERREIRA, A.; RONCALLI, A.; LIMA, K. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal, RN: EDUFRN, 2004.

FEDERAÇÃO DENTÁRIA INTERNACIONAL. Global goals for oral health in the year 2000. **Int. Dent. J.**, v. 32, n. 1, p.74-7, 1982.

FRATUCCI, M. B. **Alguns aspectos das condições de saúde bucal de uma população indígena Mbyá no município de São Paulo**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Universidade de São Paulo, 2000.

GUIMARÃES, C. D. **Prevalência de cárie dentária e fatores de risco na comunidade indígena Fulni-ô – Pernambuco**. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Universidade de Pernambuco, 2000.

HIRATA, J. M. et al. Estudo da prevalência de cárie em crianças indígenas do Parque Nacional do Xingu. **Rev. Fac. Odont. Univ.**, S. Paulo, n. 15, p.189-98, 1977.

MORBIDADE e fatores de risco. D-12 índice CPO-D. 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/capituloD.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2008.

NARVAI, P. C. Está ocorrendo um declínio da cárie dentária no Brasil? **Jornal da ABOPREV**, Rio de Janeiro, ano 7, p. 12, mar./abr. 1996.

NARVAI, Paulo Capel. **Há metas em saúde bucal para 2010?** Jornal do site Odonto, São Paulo, v. 4, n. 52, primeira quinzena de junho de 2002. Disponível em: <<http://www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel51.htm>>. Acesso em: 14 out. 2008.

NARVAI, P. C. et al. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do município de São Paulo, SP, 1970-1996. **Rev. Saúde Pública**. v. 34, p. 196-200, 2000.

PEREIRA, A. C. et al. **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PEREIRA, C. B. et al. Saúde periodontal, oclusão, desgaste e outras características dentárias nos índios Yanomamis (aborígenes brasileiros). **Ortodontia**, n.5, p.39-54, 1972.

PERES, M. et al. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. **Cadernos de Saúde Pública**, n.17, p.153-159, 2001.

POSE, S. B. **Avaliação de saúde bucal dos índios Xavantes do Brasil Central**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

RIGONATTO, D. L.; ANTUNES, J. L. F.; FRAZÃO, P. Experiência de cárie dentária em índios do Alto Xingú, Brasil. **Rev. Inst. Med. Trop.**, S. Paulo, v. 43, n. 2, p. 93-98, 2001.

RIPSA. **Índice CPO-D**. Disponível em: <<http://www.ripsa.org.br/fichasIDB>>. Acesso em: 15 ago. 2008.

RONCALLI, A. G. et al. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal, RN: EDUFRM, 2004.

SEIXAS, F. **A mudança de hábitos alimentares e o aumento do número de CPO-D na população indígena Xerente**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2003.

SOUSA, M. L. R. et al. Situação da cárie dentária com relação as metas da OMS 2000 e 2010. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p. 866-870, maio./jun. 2004.

TUMAG, A. J.; PIEDADE, E. F. Cárie dental, doenças periodontais e higiene oral em indígenas brasileiros. **Bol. Ofic. Sanit. Panamer**. n. 64, p. 103-9, 1968.

ANEXO

Anexo A – Ficha 4 - Odontologia Individual

		<h3>Ficha 4 - Odontológica Individual</h3>			
01. Dsei		02. Pólo-base		03. Aldéia	
04. Nome		05. Idade	06. Sexo	07. N° Residência	08. N° Família
09. Filiação					
Anamnese					
10. História Progressiva					
11. Está tomando algum medicamento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Antibiótico. Qual?		Analgésico. Qual?	
		Anti-inflamatório. Qual?		Outro Medicamento. Qual?	
12. É alérgico? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		A que?			
13. Aspectos culturais					
<input type="checkbox"/> Uso de tabaco?					
<input type="checkbox"/> Hábitos alimentares?					
<input type="checkbox"/> Práticas de auto-cuidado					
<input type="checkbox"/> Adorno ou modificação na cavidade bucal?					
Exame					
14. Extral-oral		15. Má-formação <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		<input type="checkbox"/> Ausência de má-formação <input type="checkbox"/> Lábio leporino <input type="checkbox"/> Fenda Palatina <input type="checkbox"/> Interferência de Freios			
16. Mucosa oral		17. Fluorose (12 e 15 a 19 anos)			
Hipótese diagnóstica		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 9			
Localização		18. Condição periodontal - sextante		19. Condição periodontal	
<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9		16/17 11 26/27 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 46/47 31 36/37 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>	
Odontograma					
18 17 16 15/55 14/54 13/53 12/52 11/51 21/61 22/62 23/63 24/64 25/65 26 27 28 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 48 47 46 45/85 44/84 43/83 42/82 41/81 31/71 32/72 33/73 34/74 35/76 36 37 38 20. ceo <input type="checkbox"/> 21. CPD-D <input type="checkbox"/>					
Prótese					
22. Necessidade de prótese?			23. Uso de prótese		
Superior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		Inferior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		Superior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
				Inferior <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
24. Data da consulta:		25. N° CRO:		Responsável	

Nº	Atendimento Clínico	DATA											
1	1ª Consulta odontológica programática												
1.1	1ª Consulta odontológica programática												
2	Pessoas atendidas												
2.1	Por agendamento												
2.2	Por demanda espontânea												
3	Procedimentos												
3.1	Aplicação terapêutica de flúor - por sessão												
3.2	Aplicação cariostático - por dente												
3.3	Aplicação selante - por dente												
3.4	Evidenciação de placa bacteriana - por indivíduo												
3.5	RAP supragengival - por sexante												
3.6	RAP subgengival - por sextante												
3.7	Proteção do complexo dentino-pulpar												
3.8	Tratamento restaurador atraumático (ART)												
3.9	Restauração ionômero de vidro												
3.10	Restauração resina												
3.11	Restauração amálgama												
3.12	Outras restaurações												
3.13	Pulpodomia												
3.14	Exodontia de dente decíduo												
3.15	Exodontia de dente permanente												
3.16	Outros procedimentos cirúrgicos												
3.17	Sutura												
3.18	Tratamento de alveolite												
3.19	Outros procedimento de urgência												
4	Usuários referenciados												
4.1	Endodontia												
4.2	Periodontia												
4.3	Prótese												
4.4	Cirurgia buco-maxilo facial												
4.5	Ortodontia												
4.6	Radiologia												
5	Prescrição medicamentosa												
5.1	Analgésico												
5.2	Antiinflamatório												
5.3	Antibiótico												
5.4	Outro												
6	Tratamento odontológico básico concluído												
6.1	Tratamento odontológico básico concluído												
Assinatura/Rubrica:													
Observações:													