

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DA SAÚDE BUCAL DE UMA COMUNIDADE INDÍGENA NO BRASIL

ORAL HEALTH IN AN INDIGENOUS COMMUNITY EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF ORAL HEALTH IN AN INDIGENOUS COMMUNITY OF BRAZIL

CAMILA REGINA MACIEL MARTINS¹, GABRIELA AZEVEDO DE VASCONCELOS CUNHA BONINI², MARIA ISLENE LIMA DE FARIAS SANTANA³, ROSA MARIA VIANA DE BRAGANÇA GARCEZ⁴, SHEYLLA SAMPAIO SANTANA FARO⁵

1. Cirurgiã-dentista, Mestranda do curso de Odontopediatria da Faculdade de Odontologia São Leopoldo Mandic; 2. Cirurgiã-dentista, Doutora pela Faculdade de Odontologia de São Paulo, Docente do curso de Odontologia da Faculdade São Leopoldo Mandic; 3. Cirurgiã-dentista, Especialista em Ortodontia; 4. Cirurgiã-dentista, Doutora pela Faculdade de Odontologia de São Paulo, Docente do curso de Odontologia da Universidade Federal de Sergipe; 5. Cirurgiã-dentista, Especialista em Ortodontia.

*Av. Copacabana 229, Ap. 123., Barueri, São Paulo, Brasil. CEP: 06472001. camila_alimac@hotmail.com

Recebido em 31/08/2016. Aceito para publicação em 19/10/2016

RESUMO

O presente estudo foi desenvolvido com os índios Xocós da reserva indígena Caiçara/Ilha de São Pedro, município Porto da Folha, Sergipe, Brasil. O objetivo foi traçar o perfil epidemiológico de saúde bucal na faixa etária 0-75 anos. Trata-se de um estudo observacional, transversal, com uma amostra de 100 índios, onde foram observadas as condições dentárias e a necessidade de tratamento de acordo com critérios da OMS, examinando-se 79% da amostra. O ceo-d e CPO-D médio foram de 0,5; 3,64; 6,35; 10,81; 18,18 nas faixas etárias 0-5; 6-12; 13-21; 22-35; 36-75 anos, respectivamente. Na avaliação periodontal, foi aplicado o Índice Periodontal Comunitário (IPC) que revelou a presença de cálculo dentário nas faixas etárias de 13-21 anos (28,1%), de 22-35 anos (26%) e superior a 35 anos (60,4%). Do total de pessoas examinadas, 64,5% apresentaram alguma necessidade de tratamento cirúrgico-restaurador. Diante dos resultados, observou-se que a população Xocó apresenta índices de ceo-d e CPO-D acima da média da população brasileira e mais da metade dos indivíduos estudados apresentam alguma necessidade de tratamento. A ampliação da atenção à saúde bucal se faz necessária levando em consideração as questões culturais e sociais da população indígena.

PALAVRAS-CHAVE: Epidemiologia, serviços de saúde indígena, saúde bucal.

ABSTRACT

The present study was developed among Xocós Indian in reservation Caiçara-Ilha de São Pedro located in Porto da Folha, Sergipe, Brazil. This study accessed the epidemiological profile of oral health of indians, aged 0-75 years. This is an observational, transversal study with a sample of 100 individuals answered a questionnaire about general and specific informations and registred dmft and DMFT indexes, oral hygiene

habits, oral condition, according to WHO criteria. Dental conditions and treatment needs, examining 79 % of the sample were observed. The dmft and DMFT average was 0.5 ; 3.64 ; 6.35; 10.81 ; 18.18 in the age groups 0-5 ; 6-12 ; 13-21 ; 22-35 ; 36-75 years, respectively . In periodontal evaluation, it applied the Community Periodontal Index (CPI), which revealed the presence of dental calculus in the age groups of 13-21 years (28.1%), 22-35 years (26%) and more than 35 years (60.4 %). Of the persons examined, 64.5 % had some need for surgical - restorative treatment. Given the results, it was observed that the population has Xocó of dmft and DMFT above the average of the population and more than half of the subjects have any need for treatment. The expansion of oral health care is necessary taking into account the cultural and social issues of the indigenous population.

KEYWORDS: Epidemiology, health services indigenous, oral health.

1. INTRODUÇÃO

A população indígena brasileira é estimada, aproximadamente, em 896.917 indivíduos que se declaram indígenas, pertencentes à cerca de 305 povos e com mais de 274 línguas identificadas¹. Cada um destes povos tem sua própria maneira de entendimento diante do mundo que se manifesta nas suas diferentes formas de organização social, política, econômica e de relação com o meio ambiente e ocupação de seu território².

Em 1999 foram estabelecidas diretrizes para a atenção à saúde bucal dos povos indígenas, quando foram reconhecidos a cárie dentária, a doença periodontal e o edentulismo como os maiores problemas de saúde bucal a serem enfrentados, sendo discutidos os ajustes necessários à assistência odontológica e, no sentido de adequá-la aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)

assumiu a responsabilidade de estruturar o subsistema de atenção à saúde indígena seguindo os princípios e diretrizes do SUS³.

Com base nas informações demográficas e epidemiológicas atualmente disponíveis torna-se limitado traçar um panorama confiável das condições de saúde das populações indígenas⁴. Da mesma forma, o pequeno número de estudos no país sobre saúde bucal indígena decorre da sócio-diversidade existente, além de estarem concentrados na região amazônica³⁻⁵.

Por estes aspectos explicitados, observa-se a necessidade de desenvolver pesquisas epidemiológicas que fundamentem o desenvolvimento de novos estudos e contemplem grupos étnicos específicos a fim de contribuir para o conhecimento das necessidades de atenção à saúde bucal dessas comunidades⁶, embora seja observada uma tendência crescente de estudos em populações indígenas considerando a diversidade regional de cada grupo indígena.

Este estudo teve como objetivo realizar um inquérito epidemiológico de saúde bucal dos índios Xocós, residentes do município de Porto da Folha, no Estado de Sergipe, como também avaliar as condições e hábitos bucais sob os aspectos culturais da comunidade e orientar medidas educativas e preventivas no cuidar da saúde bucal.

2. MATERIAL E MÉTODOS

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Sergipe – CEP/UFS (CAAE-0042.0.107.000-08), após contatos com o representante da FUNAI/AL, para a autorização legal, e o representante da comunidade indígena, para a viabilidade da realização do estudo, e financiado pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (PI-BIC-CNPq).

Os Xocós totalizam cerca de 410 indivíduos que residem na área indígena Caiçara/Ilha de São Pedro, município de Porto da Folha-SE1, com superfície de 4.316,78 ha (hectares) e perímetro de 35.529,93 metros⁷ às margens do Rio São Francisco, na divisa dos estados de Sergipe e Alagoas. O acesso à comunidade Xocós pode ser realizado por via terrestre ou por via fluvial, favorecendo contatos frequentes com populações não indígenas, resultando em significativas transformações sociais, econômicas e culturais.

A pesquisa foi desenvolvida na comunidade indígena Xocós, pertencentes ao pólo-base da Ilha de São Pedro, unidade de cobertura do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Alagoas/Sergipe, vinculada à FUNASA, órgão responsável pela prestação de serviços de atenção à saúde dos povos indígenas desta região⁸.

A amostra da pesquisa foi de 100 indivíduos, obtida por conveniência, distribuídas nas faixas etária de 0-5 anos; 6-12 anos; 13-21 anos; 22-35 anos; 36-75 anos. O instrumento de coleta de dados foi elaborado em duas etapas, a primeira um inquérito contendo dados de identificação, questões sobre aspectos sócio-econômico-culturais e, específicos quanto aos hábitos de higiene oral, hábitos deletérios, hábitos alimentares e frequência de tabagismo e a segunda avaliação clínica seguindo a Ficha de Avaliação da Saúde Bucal-OMS (1997)⁹. Os exames clínicos foram realizados sob luz natural, os pacientes sentados, os materiais e instrumentais clínicos esterilizados (espelho bucal plano, sonda milimetrada OMS, espátula de madeira e gaze) e os examinadores com equipamentos de proteção individual, segundo as normas de biossegurança para essa atividade. Previamente ao exame clínico, realizou-se o processo de calibração para os examinadores, sendo um total de quatro, obtendo nível de concordância Kappa de 0,87 entre esses, constituindo assim dois grupos, contendo em cada grupo um examinador e um anotador¹⁰.

As variáveis derivadas dos dados coletados durante o inquérito incluem: condições dentárias pelo índice de CPO-D e ceo-d¹¹; necessidade de tratamento dental (preventivo, controle de cárie, aplicação de selante, restauração de uma face, de duas ou mais faces, coroa por qualquer razão, tratamento pulpar ou exodontia); IPC e perda de inserção foi calculado por sextante e aplicada a seguinte fórmula:

$$\frac{100 \times n^{\circ} \text{ de sextantes}}{6 \times n^{\circ} \text{ de pessoas com idade } 15 \text{ anos } n^{\circ} \text{ de sextantes excluídos.}}$$

3. RESULTADOS

Dentro da amostra investigada (n= 100 indivíduos), 34% eram do gênero masculino e 66% do gênero feminino. Quanto ao nível de escolaridade, 44 % registraram possuir ensino fundamental incompleto. Quanto ao exercício de atividades remuneradas da população com idade produtiva, 24% dos pesquisados recebem de um a dois salários mínimos resultantes de atividade laborais na própria comunidade, destacando-se as realizadas na unidade de saúde, na escola local e no comércio de produtos de agricultura familiar.

Quanto aos hábitos alimentares dos indivíduos entrevistados, 66% afirmaram fazer geralmente de duas a três refeições ao dia. Na dieta dos índios Xocós destacam-se o consumo de feijão e arroz (cereais) em 94% da população entrevistada; raízes como o aipim/mandioca e inhame (carboidratos) em 78%; tomate, cebola, alface, pimentão, cenoura, batata inglesa (verduras e legumes) em 74% e o macarrão (carboidrato complexo) em 14%.

A ingestão de açúcar na forma de doces e balas foi registrada em 43% dos indivíduos. O uso de ervas na forma de chás para consumo diário ou com finalidade medicinal é frequente em

75% da população estudada, sendo as mais citadas a erva cidreira, o capim-santo, o boldo e a alfavaca seguidas de folhas de juazeiro, hortelã, manjerição, macela, sambacaitá, louro, erva-doce, umburana e alecrim.

Entre as questões específicas sobre hábitos e higiene oral, 3% da amostra relatam não realizar a escovação diária e a maioria relatou realizar no intervalo de três ou mais vezes 74%, e um lactante não recebia qualquer tipo de higiene oral.

Tabela 1. Distribuição da média de desvio-padrão do índice ceo-d e CPO-D dos índios Xocós, por faixa etária.

Faixa Etária	Nº	Hígidos	Dentes Decíduos - Média			ceo-d±DP	Hígidos	Dentes Permanentes - Média			CPO-D±DP
			Cariados	Perdidos	Restaurados			Cariados	Perdidos	Restaurados	
0 --- 5	10	176	0,50	0,00	0,00	0,50 ± 0,29	0	0	0	0	0
6 --- 12	11	23	0,91	0,00	0,45	1,36 ± 0,45	194	1,45	0,00	2,18	3,64 ± 1,11
13 - 21	20	0	0	0	0	0	468	2,15	0,30	3,90	6,35 ± 1,80
22 - 35	16	0	0	0	0	0	316	1,19	2,31	7,31	10,81 ± 3,26
36 - 75	22	0	0	0	0	0	276	3,05	11,86	3,27	18,18 ± 5,03
Total	79	199	0	0	0	0	1254,0	2,10	4,41	4,22	10,72 ± 1,28

Tabela 2. Distribuição dos índices ceo-d e CPO-D dos índios Xocós, em valores absolutos e valores percentuais de dentes.

Faixa Etária	N	Hígidos	Dentes Decíduos						ceo-d	Hígidos	Dentes Permanentes						CPO-D	
			Cariados		Perdidos		Restaurados				Cariados		Perdidos		Restaurados			
			n	%	n	%	n	%			n	%	n	%	n	%		
0 --- 5	10	176	5	2,8%	-	0,0%	-	0,0%	0,50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6 --- 12	11	23	10	43,5%	-	0,0%	5	21,7%	1,36	194	16	8,2%	-	0,0%	24	12,4%	3,64	
13 - 21	20	-	-	-	-	-	-	-	-	468	43	9,2%	6	1,3%	78	16,7%	6,35	
22 - 35	16	-	-	-	-	-	-	-	-	316	19	6,0%	37	11,7%	117	37,0%	10,81	
36 - 75	22	-	-	-	-	-	-	-	-	276	67	24,3%	261	94,6%	72	26,1%	18,18	
Total	79	199	15	7,5%	-	0,0%	5	2,5%	0,08	1,254	145	11,6%	304	24,2%	291	23,2%	10,72	

Entre os tipos de escovas utilizadas destacou-se a de cerdas macias (59%) enquanto que a de cerdas duras era utilizada por 7% da amostra. O uso de dentífrico fluorretado foi relatado em 71% da amostra e 27% associava a pasta dental à raspa de juá. O uso do fio dental foi relatado em 44% da amostra e o uso bochechos fluoretados em 87%. Com relação ao uso de palito dental na higienização bucal, 41% informaram usar regularmente após as refeições.

A segunda etapa da pesquisa correspondente ao levantamento das condições de saúde bucal e foi realizada em 79% da amostra, distribuída por faixa etária nos 5 grupos: 0-5anos (n=10); 6-12 anos (n=11); 13-21 anos (n=20), de 22 a 35 anos (n=16) e maiores de 35 anos

(n=22), considerando que 21% dos entrevistados recusaram-se a participar do exame bucal, direito garantido em qualquer fase da pesquisa, assegurado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Resolução 196/CNS.

Para a amostra como um todo, as frequências de dentes segundo a condição foram as seguintes: cariados (11,6%), perdidos (24,2%), restaurados (23,2%). Os dentes restaurados concentram-se na faixa etária de 22 a 35 anos (37% do total). Para a dentição decídua, as 21 crianças examinadas entre 0 e 12 anos apresentaram 46,3% dos dentes cariados.

Os valores médios dos índices de ceo-d e CPO-D e seus componentes, bem como de dentes hígidos, estão apresentados nas Tabelas 1 e 2. A média geral foi de 10,72. Para a dentição decídua a maior média registrada foi para dentes cariados na faixa de 6-12 anos (43,5%), já para a dentição permanente a maior média encontra-se na faixa de 36-75 anos, para dentes perdidos (94,6%).

Os resultados descritos na Tabela 3 correspondem aos dados do IPC e perda de inserção foi calculado por sextante, por faixa etária. A faixa de 36-75 anos obteve o maior número de alterações periodontais segundo o IPC (40,9%).

A necessidade de tratamento descritos na Tabela 4,

consiste em tratamento preventivo, controle de cárie, aplicação de selante, restauração de uma face, de duas ou mais faces, coroa por qualquer razão, tratamento pulpar ou exodontia. Um montante de 51 indivíduos (64,5%) apresentou alguma necessidade de tratamento. Ao todo, a necessidade de tratamento soma 112 restaurações e 63 extrações. As condições de necessidades protéticas também foram avaliadas, a faixa etária de 36-75 anos apresentou maiores necessidades: quatro próteses totais (duas superiores e duas inferiores), 24 próteses com múltiplos elementos (11 superiores e 13 inferiores) e uma prótese unitária inferior.

Tabela 3. Valor do Índice Periodontal Comunitário e perda de inserção, por faixa etária, município Porto da Folha-SE.

Condição bucal	Código	Faixa etária (anos)				
		0-5 (n=10)	6-12 (n=11)	13-21 (n=20) **	22-35 (n=16)	36-75 (n=22)
IPC(sextante)	Hígido	(0)		63	67	33
	Sangramento (mínimo 1 sextante)	(1)		12	04	02
	Cálculo (mínimo 1 sextante)	(2)		27	25	55
	Bolsa 6mm (mínimo 1 sextante)	(4)				1
	Excluídos	(X)				41
Perda de inserção (sextante)	Mínimo 1 sextante de 0-3 mm	(0)	-	96	96	74
	Mínimo 1 sextante de 4-5mm	(1)				12
	Mínimo 1 sextante de 6-8mm	(2)				5
	Mínimo 1 sextante de 9-11mm	(3)				1
	Sextante excluído	(X)				41

Tabela 4. Condições dentárias e necessidade de tratamento da cárie dentária dos índios Xocós por faixa etária.

Condição dentária	Necessidade de tratamento	Código	Faixa etária (anos)				
			0-5 (n=10)	6-12 (n=11)	13-21 (n=20)	22-35 (n=16)	>36 (n=22)
Cariado	Preventivo	(P)			01		
	Selante invasivo	(F)	01	06	03		
	Restauração 1 face	(1)	04	09	29	10	30
	Restauração 2 ou +faces	(2)		03	02	01	07
	Exodontia	(6)		01	06	02	53
Restaurado com cárie	Preventivo	(P)		03			
	Restauração 1 face	(1)		01	01	04	07
	Restauração 2 ou +faces	(2)		02		01	01
	Coroa protética	(3)			01		
	Tratamento pulpar	(5)		01			
	Exodontia	(6)				01	

4. DISCUSSÃO

A assistência a atenção à saúde passou a ser feita pela equipe da FUNASA, no próprio polo-base da comunidade Xocós há nove anos, com a presença da equipe de profissionais de saúde constituída de médico, odontólogo, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitária de saúde, estas descendentes da própria comunidade. As visitas e as ações desenvolvidas pelo médico e pelo odontólogo ocorrem na periodicidade de duas vezes por semana.

Toda a água de abastecimento é captada do rio São Francisco, armazenada em caixa d'água e distribuída para a comunidade. Pela ausência de central de trata-

mento local, a cloração da água é realizada em cada domicílio, sob orientação da equipe de saúde. O método utilizado consiste em ferver a água e adicionar hipoclorito de sódio na proporção de 3 gotas/L. Entretanto, não é possível afirmar que todas essas medidas são executadas frequentemente e de forma correta. Essa condição preocupante se enquadra nos 35 milhões de brasileiros que ainda não tem acesso a este serviço básico ficando, a população, sujeita a inúmeras doenças que tem a água como veículo transmissor de doenças¹².

O flúor é incorporado na comunidade por medidas preventivas na forma de bochechos realizados mensalmente na escola e nos domicílios. Essa medida visa substituir a fluoretação da água de abastecimento. Toda-

via, a fluoretação da água de abastecimento é considerada um método seguro e eficaz na prevenção da cárie dentária, que beneficia toda a população e esse método deve ser uma política prioritária bem como garantir monitoramento de teores de flúor agregados à água¹³.

A alimentação da comunidade indígena Xocós é a base de consumo de cereais, raízes e verduras/ legumes que apresentaram, respectivamente, as porcentagens de 94%, 78% e 74%. O consumo de produtos industrializados como doces/balas (açúcares), foi observado em 43% dos inquiridos e carboidratos com 14%. A literatura indica que o consumo de alimentos industrializados vem aumentando de modo significativo, alterando o perfil de saúde bucal dessas populações, como encontrado no estudo na população Xavante¹⁴. A ingestão de açúcar refinado associado à ausência de uma atenção odontológica efetiva pode levar a um agravamento das condições de saúde bucal, como concluiu o estudo realizado por Arantes *et. al.*, no grupo indígena Xavante¹⁴.

O consumo de ervas pela comunidade indígena foi significativo em uma porcentagem de 75% dos entrevistados, na forma de diversos chás, principalmente para

fins terapêuticos. Esse dado mostra que apesar da incorporação de hábitos alimentares da cultura moderna, a população preserva parte da cultura indígena, pelo uso das ervas medicinais e curativas.

Entre as ações programadas individuais de atenção à saúde em odontologia são distribuídas escovas dentais a toda população, independente da faixa etária, associada ao fornecimento de um dentífrico fluoretado e um tubo de fio dental, por residência, pelo Ministério da Saúde. A utilização do fio dental na higiene bucal não foi detectada em 55% da população Xocós. Porém, a distribuição de escovas, dentífrico fluoretado e fio dental não ocorre de forma regular, como também observado no estudo realizado no Parque Indígena do Xingú em que a entrega trimestral está programada para cada membro da família¹⁵. As ações coletivas são realizadas pela aplicação de bochechos de flúor domiciliar e na escola da comunidade, associada a outras atividades educativas, como escovação supervisionada e palestras.

As ações desenvolvidas nesta comunidade podem ter contribuído no índice ceo-d na faixa etária de 0-5 anos (0,50), classificado como muito baixo, e médio para CPO-D, na faixa etária de 6-12 anos (3,64) semelhante ao encontrado em estudo realizado por Maurício *et. al.*¹⁶ e com o índice ceo-d médio encontrado na população Xukuru¹⁷ (3,11), e inferior aos índices descritos para povos indígenas em outros estados do Brasil^{18,19,20}.

No índice CPO-D da população indígena compreendida na faixa etária de 13-21 anos (6,35) e de 22-35 anos (10,81) observa-se maior número de dentes obturados comparado à soma dos cariados e perdidos. Esse dado confirma o acesso pela população dos índios Xocós aos tratamentos dentários descritos na rede de atenção básica dentro da comunidade, interferindo no processo de evolução da doença cárie. O mesmo processo foi observado no levantamento de saúde bucal realizado na população indígena Baniwa no Amazonas²¹. Todavia, comparada a faixa etária de 13-21 anos, houve um aumento do número de dentes perdidos na faixa entre 22-35 anos.

Na avaliação periodontal, foi aplicado o IPC que revelou a presença de cálculo nas faixas etárias de 13-21 anos, de 22-35 anos e superior a 35 anos, respectivamente 28,1%, 26,0% e 60,4%, observando-se assim, um aumento de alteração periodontal nos sextantes examinados com o aumento da idade, semelhante ao encontrado na população idosa no estudo com a comunidade Xavantes¹⁴. Entre outras anormalidades de alteração da saúde periodontal destacam-se o sangramento gengival e a presença de bolsa periodontal. O sangramento gengival foi observado em 2,2% dos sextantes na faixa etária acima de 35 anos e 12,5% sextantes na faixa etária de 13-21 anos e apenas um único registro de bolsa periodontal acima de 6mm. O grau de normalidade, quanto a perda de inserção por sextantes, foi classificado como normal para a perda de inserção entre 0-3mm, e obser-

vado em todas as faixas etárias, 13-21 anos, 22-35 anos e 36-75 anos respectivamente: 100%, 100% e 81,3%. Desta forma, os dados obtidos revelam que a população avaliada não apresenta estágios avançados da doença periodontal, assim como revelou estudo na população indígena Xavantes¹⁴. Já com os índios Guarani no estado do Rio de Janeiro a faixa etária de 15-19 anos registraram piores condições apresentando 60% dos sextantes com sangramento, 20% com cálculo e 20% com bolsas periodontais de 4-5mm⁵.

Das necessidades de tratamento para a cárie dentária, a restauração de uma face apresentou-se com um maior número nas faixas etárias de 13-21 e 22-35 anos e exodontias na faixa etária de 36-75 anos. A faixa etária de 36-75 anos apresentou uma necessidade de maior número de tratamentos (98), seguida da faixa etária de 13-21anos com necessidade de 43 tratamentos e da faixa etária de 22-35 com necessidade de nove tratamentos. Não foi observada presença de cárie aguda no estudo com os Xocós. Porém, no pólo Brejo Mata Fome, no estado de Minas Gerais, a dor de dente é um dado preocupante⁶.

Com relação à condição e necessidade protética foi observado o uso de prótese dentária, sendo em maior quantidade as próteses totais e as parciais removíveis, na faixa etária de 36-75 anos. Nesta mesma faixa etária também foi detectado o maior número de necessidade de prótese dentária, destacando-se a indicação de prótese com múltiplos elementos. Esse dado revela que há necessidade de maior atenção preventiva/curativa com os mais idosos, já que, segundo relatos da agente comunitária de saúde, estes resistem as condutas terapêuticas oferecidas na unidade de saúde local.

Moimaz *et. al.*²², em pesquisa sobre a percepção da saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil revelou que 78,2% dos indígenas consideram a higiene bucal de suma importância, 78,3% afirmam que suas condições de saúde bucal são regulares e 17,4% são boas, contrastando com o grande número de desdentados parciais e totais encontrados. Isso revela a necessidade de uma orientação adequada quanto às manobras de higiene bucal e o treinamento de monitores indígenas para que os mesmos sirvam de educadores em sua própria comunidade. Grande parte dos resultados encontrados na comunidade indígena Xocós se deve a implantação do plano de atenção básica à saúde estabelecida pelos princípios e diretrizes do SUS, nas comunidades indígenas, desenvolvidos pela FUNASA, promovendo fácil acesso aos serviços de saúde e assistência a saúde bucal, neste caso pela ação da equipe da FUNASA/SE-AL.

5. CONCLUSÃO

Na comunidade Xocó, a implantação de um sistema de abastecimento de água regular é de fundamental im-

portância e urgência. Diante dos resultados encontrados, os dados de saúde bucal das faixas etárias 22-35 anos e 36-79 anos ainda são preocupantes, necessitando de um programa de prevenção/reabilitação eficaz, principalmente a reabilitação protética. Os estudos sobre o estado de saúde bucal das populações indígenas ainda são escassos o que precisa ser revertido para que ações planejadas possam ser executadas.

REFERÊNCIAS

- [1] O Brasil Indígena. Brasília: Ministério do Planejamento, orçamento e gestão. Rev Funasa. 2014; 10:1-3. URL: <http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/ascom/2013/img/12-Dez/pdf-brasil-ind.pdf>
- [2] Política Nacional de Atenção à Saúde Dos Povos Indígenas. Rev Funasa. 2002; 2:7-10. URL:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf
- [3] Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Rev Funasa. 2007; 8:1-11. URL:http://www.saude.am.gov.br/docs/programas/bucal/diretriz_indigena.pdf
- [4] Coimbra Jr. CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Cien Saude Colet. 2000; 5:125-132.
- [5] Filho PA, Santos RV, Vettore MV. Saúde bucal dos índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saude Publica, 2009; 25:37-46.
- [6] Dumont AFS, Salla JT, Vilela MBL, Morais PC, Lucas SD. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. Cien Saude Colet, 2008; 13:1017-1022.
- [7] Fundação Nacional da Saúde - FUNASA. Relatório de gestão 2010 SUEST/AL. Ministério da Saúde. Brasil. 2010. URL:<http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/uploads/2011/10/al.pdf>
- [8] Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Distritos Especiais. Ministério da Saúde. Brasil. 2004. URL: <http://www.funasa.gov.br/internet/desai/distritosEspeciais.asp>.
- [9] Holmgren CJ, Beruti N, Culebra P, Leous P. Levantamentos Básicos em Saúde Bucal. Santos, São Paulo. 1999; 4-64.
- [10] Prado RR. Modelagem Do Coeficiente Kappa Ponderado. Instituto de Matemática e Estatística da Universidade de São Paulo. 2004; 1-62.
- [11] Diab AD, Lucas SD. Cárie dentária em crianças indígenas Xakriabá. Rev Epidemiol Serv Saude. 2008; 17:123-153.
- [12] Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2008. Brasil. 2010. URL:<http://www.sinaenco.com.br/downloads/Saneamento%20Copa.pdf>
- [13] Ministério da Saúde. Saúde bucal – Caderno de Atenção Básica. n° 17. Brasília. 2008; (4):40-58.
- [14] Arantes R, Santos RV, Coimbra CAE. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. Cad Saude Publica. 2001; 17: 375-384.
- [15] Pacagnella, RC. Perfil Epidemiológico de Saúde Bucal da População Indígena do Xingú, entre os anos 2001 e 2006 [Dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. 2007.
- [16] Mauricio HA, Moreira RS. Condição de Saúde bucal da etnia Xukuru do Ororubá em Pernambuco: análise multinível. Rev Bras Epidemiol. 2014; 787-800.
- [17] Gonçalves ÉM, Cavalcanti LC, Firmino RT, Ribeiro GL, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Dental caries experience among indigenous children and adolescents. J Oral Sci. 2015; 57(2):123-9.
- [18] Rigonatto DDL, Antunes JLP, Frazão P. Dental caries experience in Indians of the Upper Xingu, Brazil. Rev Inst Med Trop São Paulo. 2001; 43:93-98.
- [19] Sampaio FC, Freitas CH, Cabral MB, Machado AT. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. Rev Panam Salud Publica. 2010; 27:246-251.
- [20] Niswander JD. Further studies on the Xavante Indians. VII. The oral status of the Xavantes of Simões Lopes. Am J Hum Genet. 1967; 19:543-553.
- [21] 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, Amazonas. Cien Saude Colet. 2008; 13:1895-1992.
- [22] Moimaz SAS, Saliba NA, Garbin CAS, Júnior EB, Souza JEA. Percepção de saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil. J Lins Dent School. 2001; 13.