

Levantamento epidemiológico de cárie, utilizando os índices CPO-D, ceo-d e IHOS, nos índios da aldeia Wakri no Estado do Pará*

Epidemical survey on caries, using DMF, def and OHI index, carried out among the Indians at Wakri village, in the State of Pará

Sérgio do Nascimento**
Luiz Felipe Scabar***

Resumo

Introdução – O presente trabalho é um estudo transversal epidemiológico das condições de saúde bucal da população indígena Wai-wai da aldeia de Wakri, localizada na reserva indígena Trombetas-Mapuera no Estado do Pará. Pretendeu-se avaliar um dos requisitos do conceito saúde, a saúde bucal, medindo a condição das estruturas dentárias submetidas ou não ao agravo da cárie dentária que decorrem direta ou indiretamente da condição de higiene, dieta, quantidade e qualidade de assistência e serviços de saúde prestados à população. **Materiais e Métodos** – O estudo segue a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a realização de estudos epidemiológicos, utilizando os índices CPO-D, ceo-d e IHOS. A ficha utilizada é um formulário simplificado para o LEC (Levantamento Epidemiológico de Cárie). **Resultados** – Observou-se que esta população está sob risco de cárie dentária em virtude da frequência da alimentação cariogênica, da falta de instrução quanto a higiene bucal e da dificuldade de acesso à assistência prestada pelo serviço de saúde da região. **Conclusões** – De acordo com os resultados, como base para orientar o planejamento e a demanda dos serviços preventivos e curativos de saúde bucal, deve-se incentivar a atenção e atendimento à saúde desta população.

Palavras-chave: Saúde bucal; Epidemiologia; Cárie dentária/epidemiologia

Abstract

Introduction – This work comprehends a transverse epidemical study on the oral health conditions among the native population Wai-Wai of Wakri village, located in the Indian settlement Trombetas-Mapuera, in the State of Pará. The intent was to assess one of the requests related to the concept of health, the oral health, by measuring the condition of the dental structures, aggrieved or not by dental caries as a direct or indirect result of the conditions of hygiene, diet, amount and quality of assistance and health services delivered to that population. **Material and Methods** – The study follows the World Health Organization (WHO) methodology for epidemical studies, using DMF, def and OHI index. A simplified caries examination chart was used for the ESC (Epidemical Survey on Caries). **Results** – As observed, that population is subject to developing dental caries owing to the frequent cariogenic alimentation, the lack of education about oral hygiene, and the difficulty in getting assistance from the health services delivered in the region. **Conclusions** – Taking the results as a guide for the planning and the demand of dental health preventive and treatment services, we must drive people's attention to that population and the assistance concerning their health.

Key words: Oral health; Epidemiology; Dental caries/epidemiology

Introdução

Este estudo visa conhecer a realidade da doença cárie na aldeia Wakri, localizada na reserva indígena Trombetas-Mapuera, relativamente isolada de centros urbanos, no Estado do Pará.

O estudo segue a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a realização de estudos epidemiológicos, utilizando os índices CPO-D, ceo-d e IHOS. A ficha utilizada foi o formulário simplificado para o Levantamento Epidemiológico de Cárie (LEC).

Os dados foram tabulados, avaliados e comparados com os indicadores de cárie da população da região, do país e com as metas estipuladas pela OMS para 2000 e 2010.

No passado as doenças bucais, como a cárie, acometiam praticamente todos os indivíduos, muitos perdiam seus dentes ainda jovens. O tratamento era praticamente único, a extração, pouco se conhecia sobre a causa das doenças.

O avanço das pesquisas em relação à cárie nas últimas décadas permitiu melhor compreensão do processo de

* Trabalho de Iniciação Científica concluído em 2007 e 1º colocado na Jornada Odontológica Científica Acadêmica (JOCA-2007).

** Cirurgião-dentista pela Universidade Paulista (UNIP) Campus Indianópolis, 2007. E-mail: sn.odonto@gmail.com

*** Professor da Disciplina de Saúde Coletiva e Políticas de Saúde da UNIP. E-mail: sn.odonto@gmail.com

desenvolvimento da doença, bem como da possibilidade de controle da sua instalação e evolução nos seus estágios mais precoces, portanto, nos últimos anos a Odontologia deixou de ser somente cirúrgico-restauradora e entrou no campo da prevenção e promoção da saúde^{3,7}.

A redução da cárie nas últimas décadas, quando fala-se em saúde bucal, foi um dos fatos mais importantes do século 20. Em vários países houve um forte declínio na média geral de dentes atacados, além de um aumento na quantidade de pessoas que nunca tiveram cárie. No início da década de 70, nos países industrializados mais desenvolvidos, o índice de cárie médio em crianças de 12 anos de idade variava entre 5 e 9 dentes atacados pela doença em cada indivíduo. Após vinte anos, o índice foi reduzido para cerca de 1. No Brasil, segundo o Levantamento Epidemiológico SB Brasil 2003, a média de dentes atacados pela cárie, para idade de 12 anos, está em 2,8 dentes por indivíduo, sendo que a região Sul e Sudeste apresentam índice 2,3, região Nordeste 3,2 e as regiões Norte e Centro-Oeste 3,1. Estes números, em muitos Estados e municípios, já superam a meta prevista pela Organização Mundial da Saúde para o ano 2000; índice igual ou menor a 3 dentes atacados por cárie em relação às crianças de 12 anos de idade⁸⁻⁹.

Embora tenha havido uma melhoria substancial na saúde bucal em vários locais e em todos os grupos sociais, uma quantidade muito grande de pessoas ainda sofre de problemas odontológicos.

Estados da região Norte e Nordeste ainda apresentam índices altos, é preciso uma atuação mais eficaz, aumentar o grau de instrução, educação em saúde bucal, controle da dieta (reduzindo os alimentos compostos por açúcares entre as refeições, conhecido no meio odontológico como "convívio inteligente com o açúcar") e motivação da população. Os programas preventivos de saúde bucal devem ser mais trabalhados, pois precisa-se combater outras doenças bucais, manter os níveis de saúde conquistados e buscar índices ainda menores. É preciso transmitir informações e mudar as atitudes, acreditando-se que as pessoas, uma vez bem informadas, passem a adotar um comportamento saudável⁷⁻⁹.

O trabalho odontológico junto a comunidades indígenas fundamenta-se em alguns princípios tais como: respeito às tradições tribais e não interferência na vida da aldeia, implantando serviços curativos e hábitos da odontologia somente quando tiver justificativa epidemiológica, ou seja, pela constatação da deterioração dental⁸.

A educação do pessoal encarregado em contatar as populações indígenas, pertencentes a instituições governamentais, religiosas e ONGs deve ter como ênfase a não introdução de hábitos alimentares prejudiciais à saúde bucal, especialmente o consumo do açúcar e a utilização, em nível técnico, de mão de obra não indígena apenas em último caso, quando for inviável o aproveitamento de elementos da própria tribo⁸.

Um programa mínimo voltado para o atendimento de comunidades indígenas deveria atender algumas condições como: desenvolvimento de ações preventivas e educativas estritamente adaptadas aos costumes e à vida tribal; disponibilidade de serviços curativos básicos

em localidades próximas às aldeias; nas aldeias onde os danos odontológicos são significativos, um ou mais dos residentes deve possuir conhecimentos essenciais para sua resolução ou equacionamento; acesso pelo menos a serviços pontuais para agrupamentos isolados, prestados por equipes que se deslocam até eles de tempos em tempos utilizando meios de locomoção compatíveis; e realização de estudos epidemiológicos sobre as condições de saúde bucal, causas específicas que justificam incidências altas ou baixas de doenças em determinados grupos, hábitos e dietas de importância para área odontológica, como parte das ações regulares de assistência aos indígenas⁸.

A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal² (2004), teve como objetivos: identificar, buscar meios, recursos e definir estratégias para superar os principais problemas do país na área da saúde bucal. Os itens 48 e 49 demonstram que a atenção aos indígenas é uma das necessidades para que a política nacional de saúde cumpra com todos os seus princípios.

No VIII Epatespo (Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico) e VII Congresso Paulista de Odontologia em Saúde Coletiva, em 2006, a atenção aos povos indígenas também entra em pauta, levantando a necessidade de ampliar, pensar e estimular a saúde bucal da população indígena, garantindo que sejam constituídas equipes de saúde bucal junto às equipes de saúde da família indígena⁴.

Desta forma, sabendo-se que a epidemiologia é o principal instrumento para o diagnóstico das condições de saúde na coletividade humana e configura componente fundamental do planejamento e avaliação das ações em Saúde Coletiva, além de fornecerem um quadro com informações apuradas das condições de saúde bucal e das necessidades de tratamento de uma população que podem propiciar condições para controlar as mudanças nos níveis ou padrões da doença¹ e tendo como incentivo as propostas do VIII Epatespo para realização de levantamentos epidemiológicos⁴.

O objetivo deste trabalho é examinar os índios da aldeia de Wakri seguindo os padrões estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) utilizando o índice CPO-D (número de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados), índice ceo-d (número de dentes deciduos cariados, perdidos e obturados) e Índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) para que, através dos resultados dos exames que serão realizados e informações sobre hábitos, costumes e tradições seja definido o índice de cárie desta população, além de descrever características dessa clientela específica de forma a auxiliar futura estratégia odontológica.

Materiais e Métodos

Os índios examinados são da aldeia de Wakri que é uma aldeia nova, com 6 anos de existência. Historicamente os Waiwai no ano de 1971 saíram da Guiana e migraram para terras brasileiras, formando uma aldeia nas margens do Rio Mapuera, após alguns anos por uma série de razões históricas povos indígenas de outras etnias como

Katuenas, Shereo, Hishcaryana e Mauayana começaram a se unir aos Waiwai vindo a formar um só povo com eles⁵. Com o passar dos anos e o grande crescimento populacional desta aldeia, chegando a cerca de 1.500 índios, a caça, a pesca e as terras boas para o plantil se tornaram cada vez mais escassas e distantes. Este fato obrigou os Waiwai a buscarem terras e comida em outros lugares, de modo a transformarem antigas roças em novas aldeias.

Hoje existem dez aldeias ao longo do rio Mapuera, muitos deles migraram para mais perto de centros urbanos buscando mais proximidade e contato com as cidades Cacheira do Porteira, Oriximina e Santarém.

Geograficamente a aldeia Wakri (Figura 1) é a mais distante das cidades, sendo o grupo mais isolado de centros urbanos. Os seus habitantes são formados basicamente de uma só família da etnia Shereo, que decidiram sair da aldeia de Mapuera em busca de melhores caças, maior abundância de peixes e cultivar terras mais próximas de suas casas.



Figura 1. Aldeia Wakri



Figura 2. Canoa adaptada com motor de popa 15hp



Figura 3. Enfrentando as corredeiras

Para chegar na aldeia de Wakri foram necessários muitos dias de viagem, por via aérea, de São Paulo a Santarém. Lá houve embarque para uma viagem de 2 dias pelo rio Trombetas, passando por Oriximina até chegar em Cachoeira da Porteira. Alí houve um encontro com os índios e seguiu-se a viagem com eles em uma canoa de um tronco só, adaptada com motor de popa 15 hp (Figura 2).

Foram mais 7 dias de viagem com muitas corredeiras perigosas (Figura 3).

Visitou-se cada uma das dez aldeias e pernoitou-se em algumas delas até chegar na aldeia de Wakri aonde fomos recebidos pelo cacique Ihtori (Figura 4) que nos permitiu prontamente a realização do estudo.

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIP sob o n° 10/06 CEP/ICS/UNIP, conforme Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

O estudo segue a metodologia preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a realização de estudos epidemiológicos, utilizando os índices CPO-D e ceo-d (Figura 5), índice de saúde dental com base no número de dentes acometidos pela cárie, onde "C" é o número de dentes cariados, "P" são os perdidos e "O" são os dentes obturados ou restaurados para dentes permanentes e o índice ceo-d, utilizado para dentes decíduos, onde "c" é o número de dentes cariados, "e" são os com extração indicada e "o" são os dentes obturados ou restaurados^{2,10}.



Figura 4. Cacique Ihtori

No índice de Higiene Oral Simplificado (IHOS) foi utilizado o evidenciador de placa Eviplac® (Figura 6), para facilitar a observação^{1,6,10}. Segundo o índice IHOS examinou-se as superfícies dos seguintes dentes: vestibular do primeiro molar superior direito permanente ou decíduo (16 ou 55 V); vestibular do incisivo central superior direito permanente ou decíduo (11 ou 51 V); vestibular do primeiro molar superior esquerdo permanente ou decíduo (26 ou 65 V); lingual do primeiro molar inferior esquerdo permanente ou decíduo (36 ou 75 L); vestibular do incisivo central inferior esquerdo permanente ou decíduo (31 ou 71 V); lingual do primeiro molar inferior direito permanente ou decíduo (46 ou 85 L).

O Índice de Higiene Oral Simplificado é a combinação dos índices de placa e de cálculo. As escalas para placa e cálculo variam de zero a três, de acordo com os seguintes critérios:

Índice de placa:

Grau zero (0) – ausência de placa ou mancha intrínseca;

Grau um (1) – presença de placa cobrindo não mais de 1/3 da superfície examinada ou ausência de placa, mas presença de mancha intrínseca;



Figura 5. Realizando o exame CPO-D e ceo-d



Figura 6. Utilizando o evidenciador de placa para realizar o exame IHOS

Grau dois (2) – presença de placa cobrindo mais de 1/3, mas não mais de 2/3 da superfície examinada; poderá haver ou não presença de mancha intrínseca;

Grau três (3) – presença de placa cobrindo mais de 2/3 da superfície examinada.

Índice de cálculo:

Grau zero (0) – ausência de cálculo supra ou subgingival;

Grau um (1) – presença de cálculo supragengival cobrindo não mais de 1/3 da superfície examinada;

Grau dois (2) – presença de cálculo supragengival cobrindo mais de 1/3 da superfície, mas não mais de 2/3 da superfície examinada, ou presença de pequenas porções de cálculo subgingival em torno da área cervical do dente.

Grau três (3) – presença de cálculo supragengival cobrindo mais de 2/3 da superfície examinada ou uma faixa contínua de cálculo subgingival ao longo da região cervical do dente, ou ambos.

No caso de ausência dos dentes requisitados para o exame ou de eles se encontrarem cariados ou restaurados, substitui-se pelo dente subsequente. Os primeiros molares podem ser substituídos pelos segundos ou terceiros molares e os incisivos centrais, pelos mesmos dentes do lado oposto. Calcularam-se separadamente os índices de placa e cálculo através do somatório dos graus atribuídos e da posterior divisão pelo número de superfícies examinadas. O resultado do Índice de Higiene Oral Simplificado é representado pelos índices de placa e cálculo³. Este exame foi realizado na faixa etária de 2 a 14 anos.

Utilizando estes índices foram examinados todos os índios presentes na aldeia. Usualmente, na realização de levantamentos em saúde bucal utiliza-se a luz natural e uma cadeira ou mesa ao ar livre, ou em locais onde o paciente é colocado em uma posição que permita a reflexão da luz natural ou artificial direto na sua boca⁶. Para esta pesquisa, o exame foi realizado nos arredores da casa de festas por sua centralidade, utilizando um banco de madeira e luz natural ao ar livre (Figura 7). Os padrões de biossegurança foram respeitados utilizando material descartável: luvas, gorro, máscara, avental e espátula de madeira para afastar os lábios dos examinados melhorando a visualização do examinador.

No segundo dia foram ensinadas noções básicas de higiene bucal respeitando seus costumes e tradições. Como eles já possuem um relativo contato com a cida-



Figura 7. Realizando os exames na casa de festas

de e ações governamentais, a escova dental e dentifício já são uma realidade. Assim foram entregues escovas para cada um da aldeia e após ensinar verbalmente, através de um tradutor nativo, Makari (Figuras 8 e 9), fomos às margens do rio Mapuera ensinar na prática (Figura 10).



Figura 8. Tradutor nativo Makari



Figura 9. Ensinando história natural da cárie e como prevenir através da correta higiene bucal

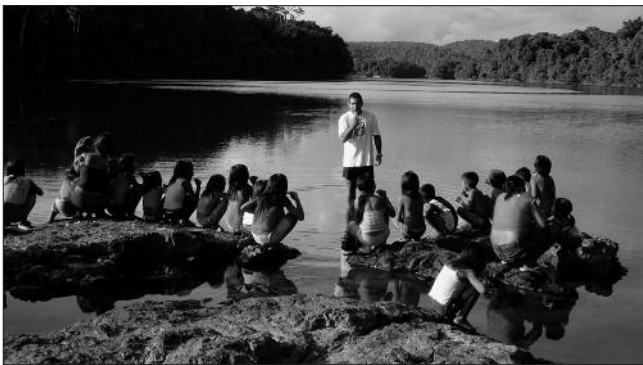


Figura 10. Ensinando escovação na prática

O examinador foi calibrado através dos padrões da OMS e os dados da análise dos dentes examinados foram registrados na ficha pelo auxiliar anotador, a ficha utilizada foi um formulário simplificado para o LEC – Levantamento Epidemiológico de Cárie em conjunto com o índice IHOS.

Os dados serão tabulados, avaliados e comparados com os indicadores de cárie da população da região, do país e com as metas estipuladas pela OMS para 2000 e 2010.

Resultados

A população da aldeia de Wakri é de 86 indígenas segundo o censo de dezembro de 2006, destes 77 foram examinados, sendo 34 crianças de 2 a 14 anos, nas quais utilizou-se os índices ceo-d, CPO-D e IHOS. O número de maiores de 14 anos foi de 43, nas idades de 15 a 75 anos, nos quais utilizou-se o índice CPO-D. Quanto ao índice ceo-d o número de crianças que possuem algum dente decíduo na cavidade oral é de 28, com predominância do sexo feminino e uma frequência variada por idade, onde a somatória de todos os dentes examinados é 358 dentes decíduos, destes 72,06% estavam hígidos e 27,93% apresentavam-se cariados, com extração indicada ou obturados. Dentre os dentes cometidos pela cárie dentária 90% apresentavam-se cariados, 3% com extração indicada e 7% obturados.

Das crianças examinadas 15 estão nas idades entre 2 a 6 anos, período em que a dentição decídua deveria apresentar-se completa, porém, a variação do número de dentes decíduos presentes na cavidade oral é bem atípica, ocorrendo perdas precoces de dentes, fora da cronologia normal de erupção. Por exemplo, uma criança com 5 anos apresentou apenas 12 dentes na cavidade oral (Figura 11).

O percentual de crianças livres de cárie de 2 a 6 anos é de 20% e na faixa etária de 5 a 6 anos é de 11%. Dentre a população em geral o indivíduo com mais idade livre de cárie atual ou seqüelas da doença tem 11

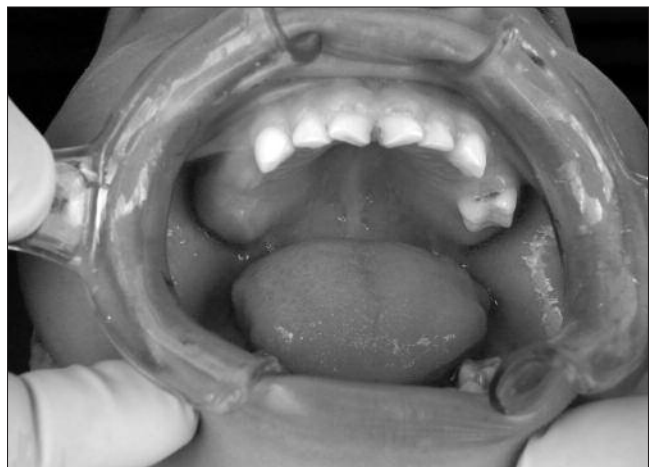


Figura 11. Criança de 5 anos de idade com perda precoce de dentes decíduos

anos, ou seja, acima desta idade todos apresentaram cárie ou seqüela dela.

A média do ceo-d aos 4 anos é de 1,3; aos 4 é 1,5; aos 5 anos é de 3,5 e aos 6 anos é de 7,4. Uma criança com 3 anos apresentou uma discrepância muito grande com um ceo-d igual a 9.

Em relação ao índice IHOS as crianças de 2 a 14 anos apresentaram em média um índice de 1,5 que indica presença de placa abrangendo metade das faces examinadas. A maior predominância de placa foi nas faces dos dentes posteriores. Os valores de presença de cálculo não foram significativos.

Nos adultos com idade entre 15 a 75 o índice COP-D foi em média de 15,45 dentes cariados, perdidos ou obturados, onde 13% apresentaram-se cariados 77% perdidos e 10% obturados. Dentre estes em todas as idades apresentou-se perda de elementos dentários, a porcentagem de dentes hígidos em relação aos dentes cariados, perdidos ou obturados é de 51%. De todos os índios examinados destas idades apenas três não apresentaram perda dos elementos dentários.

Entre as idade de 35 a 44 anos apenas 12,5% possuem 20 dentes ou mais e nas idades entre 65 a 75 apenas 16,6%.

A perda dos primeiros molares e dos incisivos superiores é exorbitante, acometendo 85% dos índios nas idades de 13 a 75 anos, destes 67% apresenta perda dos dois grupos, 23% só dos incisivos e 10% só dos primeiros molares (Figuras 12 e 13).



Figura 12. Perda dos incisivos superiores



Figura 13. Perda dos primeiros molares

Discussão

Pretendeu-se com este estudo mostrar a prevalência da carie dentária, a qualidade da higiene oral e descrever hábitos alimentares e culturais que estão direta ou indiretamente contribuindo para o aumento ou prevenção do agravo na população em estudo, que pela primeira vez, foi mensurada quanto a este aspecto.

Através dos resultados é possível observar que os índios desta aldeia apresentaram valores de dentes decíduos e permanentes cariados, perdidos ou obturados altos se comparados com os dados do SB Brasil⁹ (2004) e as metas da OMS para 2000 (Tabela 1). Enquanto a meta da OMS para dentes livres de cárie é de 50% na faixa etária de 5 a 6 anos, na aldeia Wakri observou-se apenas 11%, ficando muito distante da meta, quanto mais da meta da OMS para 2010 que é de 90% livres de cárie.

Discrepâncias semelhantes encontrou-se em relação às outras metas quando se relacionou os dados obtidos por faixa etária durante o levantamento com os dados SB Brasil (2004) e metas OMS para 2000 e 2010, especialmente quanto à perda dentária, que provavelmente está relacionada à assistência predominantemente mutiladora, realizada tanto pelos nativos como pelos profissionais que atuam na região, devido à falta de recursos terapêuticos.

Em meio a tantas discrepâncias, apenas o CPO-D na idade de 12 anos foi compatível com as metas da OMS para 2000, porém na aldeia só havia um índio com esta idade, tornando este dado inconsistente pela falta de amostra.

Durante os dias de permanência na aldeia observou-se que a alimentação dos indígenas permanece predominantemente natural com pouca influência das cidades, consistindo basicamente de derivados da mandioca como: diversos tipos de Beiju, tapioca, farinha amarela (conhecida como “quebra dente” por ser muito dura), e sucos de frutas com a goma da mandioca. A carne de peixe é a mais abundante, porém diversos tipos de caça sempre estão presentes (anta, paca, macaco, tatu, veado, pássaros, jacaré, etc). Devido à consistência dos alimentos é possível observar um grande desgaste por abrasão, é impressionante ver o grau de abrasão que as crianças apresentam (Figura 14).



Figura 14. Grande quantidade de abrasão em dentes decíduos

Tabela 1. Relação entre as metas da OMS/FDI para 2000 e 2010 em relação aos valores obtidos no SB Brasil e na aldeia Wakri, para a cárie dentária

	Proporção de crianças (5 anos) que nunca tiveram cárie	CPO nas crianças (12 anos)	Proporção de adolescentes com todos os dentes	Proporção de adultos com 20 ou mais dentes	Proporção de idosos com 20 ou mais dentes
Meta da OMS/FDI 2010**	90	Menor que 1	100	90	Até 5% de desdentado
Meta da OMS/FDI 2000*	50	Menor que 3	85	75	50
Brasil	40,6	2,8	55,1	53,9	10,2
Norte	35,0	3,1	39,1	46,3	8,6
Nordeste	34,9	3,2	45,1	50,0	11,1
Sudeste	44,9	2,3	66,5	62,3	9,3
Sul	43,3	2,3	66,5	55,1	10,4
Centro-Oeste	41,7	3,1	65,7	58,4	11,2
Aldeia Wakri	11	2	45	51,7	14,2

Fonte: Brasil (2004). Projeto SB Brasil: resultados principais

* Metas OMS/FDI 2000: FDI-RJ, 1981 (publicado em 1982).

** Metas OMS/FDI 2010: 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva UMEA-Suécia, 1993.

Em suas roças encontra-se abacaxi, banana, batata doce, abóbora e cana-de-açúcar que é ingerida com frequência tanto mordendo diretamente a cana, como na forma de caldo de cana, que é tomado puro ou misturados com outros alimentos para adoçar, portanto o açúcar está presente na dieta.

A prática da escovação aos poucos é introduzida no dia-a-dia da aldeia, de modo geral eles escovam os dentes durante o banho que ocorre basicamente duas vezes, um pela manhã e outro no final da tarde, o que é insuficiente comparado com a frequência de ingestão de alimentos. Historicamente não foi constatada nenhuma prática cultural de higiene bucal, as práticas existentes foram introduzidas pelos agentes de saúde da FUNASA e de ONGs que trabalharam no local, salvo apenas pelo uso de uma fibra semelhante a sisal que é utilizada para remover alimentos entre os dentes, apenas quando estes estão incomodando.

Eles praticamente não possuem períodos definidos das refeições, porque quando estão na aldeia ingerem constantemente pequenas porções dos alimentos que estão disponíveis, quando os homens saem para caçar por apenas um dia, comem antes de sair e só comem novamente quando voltam. Quando saem para trabalhar na roça, tanto homens como mulheres, comem antes de sair, entretanto, ingerem cana-de-açúcar e/ou suco de bacaba com goma de mandioca durante o expediente. As crianças ficam praticamente o tempo todo na

aldeia e comem o que tiver disponível quando sentem fome.

Conclusões

Esta população apresenta valores elevados para os índices ceo-d e CPO-D, a placa bacteriana está presente significativamente nas crianças de 2 a 14 anos. A presença da cana-de-açúcar, ingestão periódica de alimentos e prática deficiente da escovação, são provavelmente os principais fatores relacionados às doenças bucais encontradas nesta população, sendo assim, é necessário implantar com urgência ações preventivas e educativas adaptadas aos costumes e à vida tribal em relação à técnica e frequência de escovação dental, também efetivar ações através da educação e orientação quanto aos hábitos alimentares prejudiciais à saúde bucal, especialmente o consumo do açúcar.

Frente aos danos que o agravo cárie dentária já produziu, existe a necessidade de planejamento de implementação de ações curativas que evitem práticas mutiladoras e existe a necessidade de ações reabilitadoras com próteses.

Os levantamentos epidemiológicos devem ser frequentes para o controle destes índices e suporte para as estratégias odontológicas, sendo provável que mediante estas ações se está caminhando rumo às metas da OMS para 2010 e para uma saúde bucal universal e integral.

Referências

1. Antunes JLF, Peres MA. Fundamentos de Odontologia – epidemiologia da saúde bucal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
2. 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal: acesso e qualidade superando exclusão social. Brasília, DF, de 29 jul. a 1 ago. 2004. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2005.
3. Dias AA. Saúde bucal coletiva metodologia de trabalho e práticas. São Paulo: Santos; 2006.
4. Encontro Paulista de Administradores e Técnicos do Serviço Público Odontológico (EPATESPO): Carta de Peruíbe 8., 2006. [acesso 22 maio 2007]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/destaques/saude_bucal/carta_de_peruibe_epatespo2006.pdf.
5. Fogtman W. Os últimos Waiwai. Rev Geogr Univ. 1979;60:62-79.
6. Galati CB. Aspectos da saúde bucal de caiçaras e indígenas da região da Estação Ecológica Juréia [Tese de Mestrado] – São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2003.
7. Pereira AC. Odontologia em saúde coletiva. São Paulo: Artmed; 2003.
8. Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.
9. SB Brasil. Levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. Informe da Atenção Básica. Brasília; 2004:5.
10. Thomas CL. Dicionário médico enciclopédico Taber. 17ª ed. Barueri: Manole; 2000. p. 2279.

Recebido em 18/8/2006

Aceito em 15/8/2007