

Necessidades de tratamento odontológico entre nativos brasileiros da reserva indígena Umutina, Estado do Mato Grosso

Evanice Menezes Marçal **Vieira**²,

Fernanda Sales **Salineiro**³,

Danielle **Hespanhol**³,

Carlo Ralph de **Musis**⁴,

Christiane Marie **Schweitzer**⁵,

Ana Cláudia **Okamoto**¹,

Elerson **Gaetti-Jardim Junior**¹

¹Univ Estadual Paulista-UNESP, Departamento de Patologia e Propedêutica Clínica, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, FOA, Araçatuba, São Paulo, Brasil.

²Universidade de Cuiabá-UNIC, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

³Fundação Uniselva, Cuiabá, Mato Grosso, Brasil.

⁴Iuni Educacional, Coordenação de Pesquisa. Cuiabá, Mato Grosso, Brasil

⁵Univ Estadual Paulista-UNESP, Departamento de Matemática, Faculdade de Engenharia de Ilha Solteira, FEIS, Ilha Solteira, São Paulo, Brasil.

RESUMO

O presente estudo objetivou avaliar as condições de saúde bucal das etnias que vivem na reserva indígena Umutina, no Estado do Mato Grosso, Brasil. Foram examinadas as condições bucais de 291 indígenas, que não apresentam miscigenação com não índios, com idade variando de 7 a 99 anos. Essa população também foi submetida a questionário que avaliava noções de higiene oral, exposição ao sol, dieta e consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo. Além desse aspecto, as condições periodontais de 100 indígenas foram determinadas. As condições de saúde dental e as necessidades de tratamento odontológico foram avaliadas em 226 indígenas de todas as idades. Entre os mais jovens, a cárie dental mostrou elevada prevalência, evidenciando a mudança dos padrões de dieta. A população estudada evidenciou condições precárias de saúde bucal, particularmente no que concerne a condição de elementos dentais e as de saúde periodontal. A quase totalidade da população estudada ou foi portadora de periodontite ou gengivite

Palavras-Chaves: infecções, saúde bucal, nativos brasileiros.

ABSTRACT

The present study aimed to evaluate the oral health status of the ethnic groups living at the Umutina Indian reservatio, State of Mato Grosso, Brazil. The oral conditions of 291 Indians who have no genetic history of interbreeding with non-Indians, aged 7-99 years were examined. This population was also subjected to a questionnaire that evaluated notions of oral hygiene, sun exposure, diet patterns and consumption of alcoholic beverages and tobacco. In addition, the periodontal conditions of 100 Indians were assessed. The dental health and dental needs were assessed in 226 indigenous of all ages. Among youngsters, dental caries showed higher prevalence, evidencing the changes in patterns of diet. The population studied showed poor oral health, particularly concerning the condition of dental elements and periodontal tissues. Almost the entire population harbor periodontitis or gingivitis.

Keywords: *infections, oral health, Brazilian native.*

1 INTRODUÇÃO

A população autóctone brasileira, no período anterior aos primeiros contatos com europeus, somava de três a cinco milhões de indivíduos, de diversos troncos linguísticos, mas após cinco séculos de aculturação, doenças infecciosas e miscigenação, segundo a Fundação Nacional do Índio, existem ao redor de 350 mil índios, distribuídos entre 215 sociedades. Entretanto, muitas dessas comunidades possuem poucos vínculos com as populações autóctones brasileiras, por se encontrarem em diferentes estados de integração com a sociedade brasileira não índia. Esses estados de integração vão desde grupos isolados até etnias totalmente integradas, com a substituição de seus valores culturais pelos padrões apresentados pelas comunidades não índias, a grupos não contatados. Nesse sentido, supõe-se a existência de até 50 grupos não contatados vivendo na fronteira do Brasil com Peru, Colômbia e Venezuela.

De acordo com o contato que esses grupos humanos possuem com comunidades externas, não-índias, a distribuição, características clínicas e a evolução das patologias bucais, como as periodontopatias e a cárie dental, sofrem alterações, refletindo mudanças de hábitos, dentre outros fatores (ARANTES et al., 2001; VIEIRA et al., 2011), como o aumento vertiginoso na ocorrência de “diabetes mellitus” em populações indígenas com intenso contato com não-índios (BJELLAND et al., 2002), além das peculiaridades genéticas de diversos grupos autóctenes (VIEIRA et al., 2010).

Contudo, a despeito da importância de diferentes fatores no desenvolvimento das doenças bucais, pouca atenção tem sido dada às características peculiares da epidemiologia dessas enfermidades (CAMPBELL et al., 2005) e as necessidades de tratamento odontológico nesses grupos humanos, sendo que os poucos dados disponíveis, quase que invariavelmente, refletem as características prevalentes entre populações indígenas bastante miscigenadas na América do Norte (SKREPCINSK & NIENDORFF, 2000).

Essa escassez de dados é ainda mais significativa quando os aspectos epidemiológicos e predisponentes das enfermidades bucais das populações indígenas da América Latina são analisados (RONDEROS et al., 2001; DOWSETT et al., 2002), principalmente porque, nessas comunidades, os aspectos étnico-raciais ainda preservam características que se perderam na maioria das populações indígenas norte-americanas (RONDEROS et al., 2001). Nesse sentido, o Brasil Central e a Amazônia brasileira estão assistindo um renascer cultural desses

povos, que passaram a ter seus valores culturais resgatados, em função do orgulho de sua etnicidade.

As necessidades de tratamento odontológico dessas populações autóctones são escassas, particularmente nas comunidades que ainda mantêm fortes laços culturais, sociais e lingüísticos com o seu passado, como acontece com as oito etnias da reserva Umutina, no estado do Mato Grosso, onde a miscigenação com não-índios é uma característica rara. Assim, considerando-se a importância de estudos sobre a distribuição e caracterização das doenças bucais, particularmente aquelas de natureza infecciosa, o presente estudo objetivou determinar as necessidades de tratamento odontológico das etnias da reserva indígena Umutina em função de suas condições de saúde bucal.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1. População estudada

A pesquisa de campo foi realizada durante o período de 12 meses, em datas programadas de permanência na aldeia, sendo acompanhada pela equipe de saúde da Fundação Uniselva e Conselho de Saúde da própria aldeia, em função do acesso, condições de permanência e de legislação pertinente a atendimento de comunidades indígenas no Brasil. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da UNESP-Câmpus/Araçatuba (2006-01417), Escola de Saúde Pública de Mato Grosso (021/07 CEP/SES-MT) e Universidade de Cuiabá (004/CEP/UNIC/2007). Teve também a anuência dos líderes da comunidade Umutina e dos membros do conselho de saúde da aldeia. Além desse aspecto, a realização do estudo contou com a aprovação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), Conselho Distrital de Saúde Indígena (CONDISI) e Fundação UNISELVA.

A amostra estudada pertence a oito etnias (Umutina, Paresi, Bororo, Bakairi, Kayabi, Irantxe, Nambikwara e Terena) que vivem na reserva Umutina (15°05'28.67''S, 57°06'27.10''W), Estado do Mato Grosso, independentemente de gênero, com 31,5 anos de média etária e desvio padrão de 18,9 anos. Para os exames estomatológicos, avaliação da dieta, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e fatores ambientais foram considerados 291 indígenas que concordaram em participar ou que haviam recebido autorização de seus responsáveis para fazê-lo. Nesse grupo, não se impôs um limite de idade ou número mínimo de dentes, uma vez que se procurava uma visão geral da comunidade.

Para os exames periodontais e avaliação da microbiota bucal, selecionaram-se 100 pacientes segundo os critérios de Corraini et al. (2008). Pacientes grávidas, lactantes ou que possuíam patologias sistêmicas não participaram do estudo. Os pacientes receberam instruções sobre a importância e objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Aproveitando-se da mobilização das comunidades que vivem na reserva para a vacinação infantil, os participantes do projeto também realizaram uma campanha de prevenção das doenças de boca, com ênfase particular sobre o câncer de bucal.

Com auxílio do corpo de profissionais da área de saúde da reserva Umutina, os indígenas foram submetidos a questionário que avaliava a frequência de exposição ao sol, dieta, frequência de utilização dos serviços odontológicos, tabagismo, consumo de bebidas

alcoólicas, conhecimento do paciente sobre a presença de dentes cariados, com mobilidade ou fraturados, bem como frequência de escovação e uso de fio dental.

Essa população, apesar do contato existente com comunidades de não-índios, não se mostra miscigenada e parcela significativa de seus membros preservava a alimentação em bases tradicionais, com o uso apenas periférico de alimentos industrializados, bem como frutas e legumes introduzidos. Recentemente, um trabalho curativo e preventivo em Odontologia foi instituído pela FUNASA, com ênfase na cárie dental, sendo que os profissionais integrantes colaboraram no desenvolvimento do presente projeto, bem como os médicos e equipe de enfermagem.

Dessa forma, 291 pessoas receberam exame bucal completo, 226 receberam exame das suas condições dentais e necessidades de tratamento, com a determinação do índice CPOD, e 100 tiveram suas condições periodontais avaliadas. Cuidados preventivos foram ministrados individualmente e coletivamente para, praticamente, toda a comunidade, a qual continua a ser atendida pela FUNASA e, quando julgado necessário, nas clínicas de especialização da FO-UNIC. No atendimento, foram realizadas palestras sobre higiene bucal e “kits” de materiais para higiene, doados por uma empresa do setor, foram gratuitamente distribuídos a todos os pacientes.

2.2. Exame Clínico Periodontal

Inicialmente precedeu-se a anamnese, em formulários padronizados, constando a identificação do paciente, idade, aspectos étnico-raciais, história da doença atual, histórias social, médica e familiar. Quando necessário, o antropólogo da aldeia colaborou no preenchimento dos formulários, juntamente com os profissionais de saúde envolvidos. A seguir realizaram-se os exames clínicos intra e extrabucais. Cem pacientes entre 18 e 70 anos foram examinados. Os exames clínicos periodontais foram realizados por um único examinador previamente treinado, utilizando-se os critérios do Periodontal Screening and Recording (PSR). Os indivíduos diagnosticados com os códigos 3 e 4 receberam exame periodontal mais detalhado, onde considerava-se o índice sangramento gengival, presença de cálculo supragengival, determinação da profundidade clínica de sondagem e nível clínico de inserção, índice de higiene oral.

2.3. Exame Clínico Dental

Foram avaliados clinicamente 226 jovens e adultos que vivem na reserva Umutina e os dados foram comparados com os poucos dados disponíveis referentes aos atendimentos odontológicos realizados na população alvo. Para traçar o perfil de saúde bucal, seguindo diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), foi realizado um exame clínico intra-oral por examinador único previamente calibrado e fazendo uso de espátula de madeira sob luz natural.

Dos 226 indivíduos examinados, 79 tinham entre 0 e 13 anos de idade, sendo 43 do gênero feminino e 36 do gênero masculino. No registro dos dentes, utilizou-se o “sistema de dois algarismos”. Os dados coletados durante os exames serviram de base para o estabelecimento do índice CPOD, indicando o perfil de saúde dental da população, o qual foi calculado a partir da quantidade de dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O).

Alguns pacientes que não puderam ser atendidos na aldeia foram abordados junto de suas moradias, fora do perímetro da aldeia. Para esses pacientes, em função das precárias condições de trabalho da equipe, realizava-se apenas o exame clínico dos tecidos moles e avaliação das necessidades de tratamento odontológico. A população indígena estudada passou a receber tratamento curativo junto às clínicas de especialização da Universidade de Cuiabá.

2.4. Análise Estatística

As amostras permitiram, através de estatísticas pontuais e intervalos de confiança, caracterizar as populações indígenas quanto aos parâmetros clínicos. Prevalência e análise de risco foram feitas utilizando-se as estatísticas de Cochran e Mantel-Haenszel para variáveis dicotômicas ou teste de Qui-quadrado de Pearson para análise de proporções quando as variáveis possuem 3 ou mais categorias. Os níveis de significância adotados nos testes foram sempre iguais a 5%.

3. RESULTADOS

Os resultados apresentados evidenciam que a amostra de 291 indígenas submetida aos exames clínicos iniciais apresentou boa homogeneidade em termos de idade e gênero (teste Qui-quadrado, $p=0,805$), sendo que não foram observadas diferenças de idade entre os gêneros (teste de Mann-Whitney, $p=0,350$), garantindo os critérios de homocedasticidade. Os dados evidenciaram que uma pequena minoria da população é consumidora de bebidas alcoólicas (teste de Qui-quadrado, $p<0,001$) ou tabagista (teste de Mann-Whitney, $p=0,350$), sendo que o gênero masculino mostrou-se mais propenso a esses dois hábitos. Mostrou-se preocupante o fato de que o consumo de bebidas alcoólicas não evidenciou distribuição etária na população e os que fumam também possuem o hábito de consumir álcool (teste de Qui-quadrado, $p<0,001$). A grande maioria da população indígena se mostrou exposta ao sol (teste Qui-quadrado, $p<0,001$), o que está ligado ao seu modo de vida tradicional, nas atividades de caça e pesca, praticadas pelo gênero masculino, e de coleta, mais ligado ao gênero feminino. Esses hábitos estão diminuindo nas novas gerações (teste de Mann-Whitney, $p<0,001$).

A utilização de uma dieta rica em peixes, tubérculos e raízes típicas da culinária indígena foi observada em 77% da população, sendo que nessa dieta o consumo de frutas e verduras se mostrou modesto (teste de Qui-quadrado, $p<0,001$), no conceito dos próprios indígenas. Entre crianças e os adolescentes, a dieta apresenta características de consumo de alimentos cariogênicos típicos de populações não indígenas.

No que concerne à cárie dental entre crianças e adolescentes da aldeia Umutina, o Gráfico 1 mostra a distribuição do CPOD e ceo em duas faixas etárias de crianças estudadas (0 a 7 anos e de 11 a 13 anos). Os índices ceod e CPOD para as crianças entre 0 e 7 anos foi, respectivamente, de 3,36 e 0,19 e para as crianças entre 11 e 13 anos foi, respectivamente, de 0,8 e 3,8. Os dentes das crianças com idade entre zero e sete anos, 80,3% não necessitam de intervenção odontológica, o mesmo ocorrendo com 81,5% dos dentes das crianças na faixa etária de 11 a 13 anos. Aproximadamente 1% dos elementos dentais nos dois grupos necessita de extração.

Entre os adultos, embora dois terços dos elementos dentais estejam necessitando de algum tipo de tratamento e numerosas próteses totais, parciais removíveis ou fixas tenham que ser realizadas, a experiência de novas lesões de cárie é modesta e as necessidades de tratamento refletem mais intervenções odontológicas passadas e políticas de saúde equivocadas de outrora, que apresentava pouca ênfase na prevenção.

O presente estudo demonstrou que a condição bucal da população da aldeia Umutina é precária, sendo necessário aplicar procedimentos preventivos e educativos também a crianças na fase pré-escolar e a gestantes e aumentar a frequência de visita da cirurgia-dentista.

Entre os adultos, as condições periodontais são extremamente precárias, com a quase totalidade da comunidade com gengivite severa e periodontite crônica. Quanto às necessidades de tratamento de doenças que atingiram os elementos dentais e necessidade de reconstrução protética, verifica-se pela Tabela 3 que apenas 34,4% dos elementos dentais não apresentam alguma necessidade de tratamento ou foram submetidos a tratamento, o mais frequente, no passado, a exodontia, gerando grande necessidade de próteses fixas ou removíveis. As necessidades de tratamento endodôntico e restaurador são mais raras em indivíduos acima dos 40 anos de idade. Com exceção de 14 indivíduos, todos os demais 86 pacientes submetidos a um completo exame periodontal apresentavam inflamação gengival, sendo que em 38 essa condição estava associada com perda óssea. Verificou-se que os indivíduos mais velhos apresentavam significativa deterioração das condições de saúde periodontal, com maior sangramento gengival (teste de Mann-Whitney, $P=0,005$) e perda óssea (teste de Mann-Whitney, $p < 0,001$).

A frequência de escovação na população estudada não se mostrou influenciada pelo gênero, idade, consumo de bebidas alcoólicas ou fumo, mas como a frequência de escovação era autodeclaratória, não se pode deixar de considerar a possibilidade de que essa informação tenha sido influenciada por aspectos culturais, visto que as condições de higiene bucal da população eram precárias e a maioria dizia utilizar fio dental, mas não mostraram familiaridade com as técnicas de utilização, nas palestras de higiene bucal oferecidas.

Assim, os dados que mostram que o índice de sangramento, índice gengival, mobilidade dental ou perda óssea não foram influenciados pela frequência de escovação ou pelo uso de fio dental (teste de Qui-quadrado, $p = 0,001$; teste exato de Fisher, $p = 0,011$) devem ser entendidos dentro da polêmica descrita acima ou pela baixa eficiência da higiene oral praticada pela população estudada. Indivíduos que consumiam álcool ou tabaco apresentaram menor probabilidade de utilizar o fio dental, sendo que aqueles que relatam maior frequência de escovação apresentam maior probabilidade de utilizar o fio dental (teste de Qui-quadrado, $p = 0,003$).

O fator idade foi significativo no desenvolvimento das doenças periodontais (teste de Kruskal-Wallis, $p < 0,001$), sendo que através de refinamento da análise estatística verificou-se que, em realidade, são os pacientes portadores de periodontite que diferem dos demais em idade (são mais velhos, teste de Mann-Whitney, $p < 0,001$). Fatores como gênero, consumo de tabaco e bebidas alcoólicas, frequência de escovação e índice de placa não foram significativos para a determinação do envolvimento dos tecidos periodontais de suporte. Os valores do índice de placa não mostraram correlação com fator idade, gênero, consumo de álcool e tabaco, sangramento gengival, índice gengival, frequência de escovação e uso de fio dental, bem como com mobilidade dental.

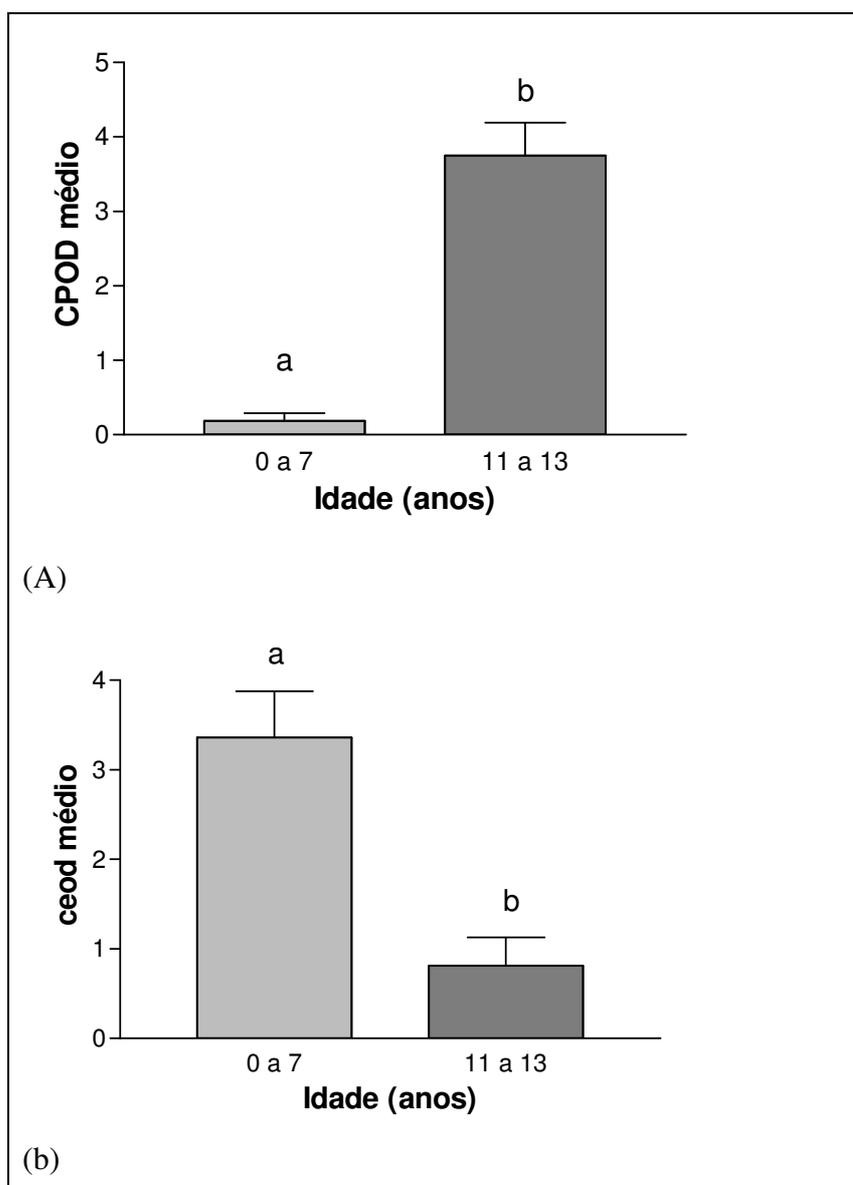


Gráfico 1. Média \pm desvio padrão do CPOD e ceod nas diferentes faixas etárias estudadas. Letras distintas mostram diferenças estatísticas (Kruskal-Wallis, $p < 0,05$)

4. DISCUSSÃO

A população estudada apresenta grande heterogeneidade quanto à integração na comunidade não índia que a circunda, a qual pode ser demonstrada pela capacidade de valorizar os procedimentos odontológicos e preventivos, mesmo que a população não os cumpra adequadamente. Esse ponto de vista pode derivar do fato de que até recentemente os atendimentos odontológicos eram esporádicos e limitados a remoção de focos de infecção e outros procedimentos dessa natureza, não tendo sido oferecida, até então, uma odontologia com enfoque mais preventivo e voltada para a melhoria das condições de saúde como um todo. Por outro lado, a maioria da população acima de 40 anos ainda mantém fortes laços com

o passado de suas etnias e, embora tenham algum acesso à sociedade não-índia, preferem se manter à margem da mesma. Com exceção de algumas lesões como a hiperplasia epitelial focal e alterações de normalidade, como anquiloglossia, poucas características peculiares puderam ser detectadas na população alvo como descrito por Vieira et al. (2010) e Vieira et al. (2011).

Os dados coletados evidenciaram que 45% dos indígenas dizem frequentar o cirurgião-dentista quando o mesmo visita a aldeia, mas, a julgar pelas condições bucais da população, a veracidade dessa informação é questionável. A grande maioria da população declarou ter boas condições de higiene bucal, o que contrastou com o observado no exame clínico intrabucal e nas condições periodontais. A má higiene bucal não é característica apenas de um gênero, estando distribuída de forma homogênea entre homens e mulheres, sendo que aqueles com má higiene bucal eram mais velhos (teste de Mann-Whitney, $p = 0,005$) e diziam não frequentar o posto de atendimento odontológico (teste de Qui-quadrado, $p = 0,018$).

O aumento na incidência de cárie também pode ser considerado como uma complicação em relação à existência da anquiloglossia, considerando dificuldade com autolimpeza em dentes posteriores (CRIVELLI et al., 1990). Entretanto, não foram observadas correlações estatisticamente significantes entre as condições dos tecidos periodontais e elementos dentais e a ocorrência de anquiloglossia na população examinada ($p = 0.897$).

Dentre a enfermidades de natureza infecciosa destaca-se a cárie dental, particularmente entre os mais jovens, que apresentam maior influência da cultura e dieta não-índias. Assim, a porcentagem de crianças livres de cárie na faixa de 0 a 7 anos foi de 34%. Esse percentual está próximo ao encontrado no estado de São Paulo há 10 anos (Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1999). Entre 11 e 13 anos, nenhuma criança estava livre de cárie. Esses índices demonstram um prognóstico ruim sobre a saúde bucal dessa população, uma vez que as metas da OMS para o ano de 2010 são de 90% das crianças livres de cárie aos 5-6 anos e CPOD menor que 1,0 aos 12 anos de idade (World Congress on Preventive Dentistry, 1993).

O programa educativo referente à prevenção da cárie na aldeia está sendo feito de forma mais acentuada há aproximadamente dois anos. Segundo os moradores da reserva indígena, é a primeira vez que a odontologia se apresenta de forma preventiva nesta área, que também conta com a possibilidade de tratamento curativo das principais doenças da cavidade bucal. Dessa forma, espera-se que a nova geração de crianças que começaram a ter acesso a esse programa precocemente apresente melhoras com relação à saúde bucal.

A prevenção, na aldeia, está direcionada a faixa etária dos escolares, e consiste na entrega gratuita de escova, dentifrício fluoretado e fio dental, aplicação tópica de flúor, palestras educativas para crianças e/ou responsáveis por elas. Todas estas atividades são realizadas na própria escola e reforçadas no momento em que a criança recebe atendimento odontológico pelo dentista. Contudo, quanto às condições de saúde bucal dos mais jovens são avaliadas, verifica-se que o período pré-escolar, que é de grande valia para a prevenção à cárie, é negligenciado, o que é lastimável, mas faz parte da filosofia preventiva para esses grupos.

Há uma boa aceitabilidade desse programa pela comunidade, tanto por parte das crianças quanto dos pais e, principalmente, das mães, que ficam mais tempo na casa com as

crianças, enquanto os pais trabalham na caça e pesca. Sendo assim, as mães e irmãos maiores se tornam co-responsáveis da higiene bucal da criança.

Do ponto de vista epidemiológico, a cárie dentária continua sendo um problema de saúde pública na maioria dos países industrializados. Ela afeta de 60 a 90% das crianças na idade escolar e a grande maioria dos adultos (World Health Organization, 2003). Sua estreita relação com a dieta e estilo de vida também lhe confere relevância antropológica, uma vez que moradores da reserva Umutina têm acesso ao município próximo, o que permite aquisição de alimentos industrializados com elevada concentração de carboidratos que favorece o desenvolvimento de lesões cáries, mas esses alimentos são mais consumidos pela população jovem, enquanto a quase totalidade dos adultos ainda se mostra ligada a uma dieta pobre em carboidratos fermentáveis.

A avaliação da necessidade de tratamento tem grande valor no planejamento de programas de saúde bucal (World Health Organization, 1999), pois demonstra a gravidade da extensão da doença cárie na comunidade avaliada. Para crianças entre 0 e 7 anos, 12,9% dos dentes necessitam de algum tratamento curativo e 3,3% já precisam de intervenção endodôntica..

O governo brasileiro criou diversos programas especiais dedicados à saúde indígena, como, por exemplo, a inclusão da atenção à saúde indígena no Sistema Único de Saúde, criando regras de atendimento diferenciado e adaptado às peculiaridades sociais e geográficas de cada região (Lei no 9.836 de 23 de setembro de 1999); o estabelecimento do Programa de Promoção da Alimentação Saudável em Comunidades Indígenas e a aprovação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Desde o ano 2000, tem-se observado um aumento no montante destinado aos povos indígenas e entre 2000 e 2005, R\$ 1,036 bilhão foram destinados à saúde dos povos indígenas (VERDUM, 2006).

Apesar desses esforços, as médias de ceod e CPOD encontradas na aldeia ainda estão acima das encontradas para a média nacional. De acordo com o Projeto Saúde Bucal Brasil (Brasil, Ministério da Saúde, 2004), a média de ceod para o Brasil aos 5 anos de idade foi de 2,8 e para a região centro-oeste, onde se localiza a aldeia Umutina, foi de 2,7. Para o CPOD, a média aos 12 anos de idade para o Brasil foi de 2,8 e para a região centro-oeste foi de 3,16. No presente estudo, o ceod para o grupo de 0 a 7 anos foi de 3,4 e o CPOD para crianças entre 11 e 13 anos foi de 3,8. Essas discrepâncias podem ser devido a diferenças no acesso da população ao serviço odontológico, que é especialmente observado para as populações indígenas.

Confrontando-se os resultados de experiência de cárie do presente estudo com os obtidos por Detogni (1994), observa-se uma diminuição nos índices de ceod e CPOD em aproximadamente 50%. Pacagnella (2007) também notou uma diminuição nesses índices em um estudo longitudinal de cinco anos. Portanto, é de se esperar uma diminuição na incidência e na severidade da cárie dentária na população da Reserva Indígena Umutina, no futuro, com a consolidação do programa educativo e preventivo instituído dois anos atrás.

A população Umutina, independentemente da localização em que seus integrantes vivem dentro da reserva de 30.000 Ha, apresenta precárias condições de saúde periodontal, sendo que a presença de indivíduos sem inflamação gengival é bastante modesta, o que sugere que, nas avaliações pessoais através de questionários, com ou sem ajuda de antropólogo, a maioria da população oferece informações não sobre a realidade dos hábitos de higiene

praticados, mas provavelmente o conhecido que recentemente adquiriram dos agentes de saúde. Por outro lado, uma modesta eficiência de escovação e do fio dental poderiam colaborar para justificar as condições de saúde periodontal e índices de placa elevados, como observado no presente estudo de campo.

A ocorrência de formas mais agressivas de periodontite não foi observada na população e 38% da população mostrava periodontite crônica, enquanto 48% dos indivíduos examinados eram portadores de gengivite.

5. CONCLUSÕES

Os dados do presente estudo permitiram concluir que:

a) a população da reserva Umutina se divide em dois grupos principais quanto à manutenção das suas tradições e modo de vida; a população adulta, que ainda mantém parte significativa do modo de vida e dieta tradicionais; e os mais jovens, mais ligados a dieta “moderna”, rica em carboidratos;

b) as condições de saúde dental da população examinada são precárias, mas a população adulta apresenta dieta tradicional e baixa incidência de novas lesões de cárie, contrastando com as crianças e adolescentes que utilizam uma dieta rica em carboidratos e apresentam índices de cárie mais elevados do que a média nacional e regional;

c) as condições de higiene bucal foram, em geral precárias e a periodontite crônica ou gengivite estão presentes na grande maioria da população estudada, não tendo sido observados casos de periodontite agressiva na população.

6. AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo pelo auxílio financeiro para a realização desse estudo (FAPESP proc 2007/51016-3)

REFERÊNCIAS

ARANTES, R.; SANTOS, R.V.; COIMBRA JR, C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 2, p. 375-384, 2001.

BJELLAND, S. et al. Dentists, diabetes and periodontitis. **Aust.Dent. J.**, v. 47, p. 202-207, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde; 2004.

Corraini, P. et al. Periodontal attachment loss in an untreated isolated population of Brazil. **J. Periodontol.** v. 79, p. 610-20, 2008.

CRIVELLI, M. R. et al. Prevalência de anomalias linguales en niños. **Rer. Assoc. Odontol. Argent.**, v. 78, p. 74-77, 1990.

DETOGNI, A. De volta às origens. **Rev ABO Nacional**, v. 2, p. 138-148, 1994.

DOWSETT, S. A.; ECKERT, G. J.; KOWOLIK, M. J. Comparison of periodontal disease status of adults in two untreated indigenous population of Guatemala, Central America. **J. Clin. Periodontol.**, v. 29, n.3, p. 784-787, 2002.

Lei nº 9.836 de 23 de setembro de 1999. *Acrescenta dispositivos à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que "dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências", instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena* [acessado 2008 Jun 5]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9836.htm

PACAGNELLA, R. C. *Perfil epidemiológico de Saúde Bucal da população do Parque Indígena do Xingu, entre os anos de 2001 e 2006* [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

RONDEROS M.; BRUCE, L.; HODGES, J. S. Periodontal disease among indigenous people in the Amazon rain forest. **J. Clin. Periodontol.**, v. 28, p. 995–1003, 2001.

SKREPCINSKI, F. B.; NIENDORFF, W. J. Periodontal disease in American Indians and Alaska natives. **J. Public Health Dent.**, v. 60, p. 261-266, 2000.

VERDUM, R. Sistema em transição. In: Ricardo CA, Ricardo F, editors. *Povos indígenas no Brasil 2001-2005*. São Paulo: Instituto Socioambiental; 2006. p. 124-130.

WORLD CONGRESS ON PREVENTIVE DENTISTRY. *World Congress on Preventive Dentistry, 4th, Umea, Sweden, 1993*. J. ABOPREV, 4:5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Oral Health Surveys: basic methods*, 4ª ed. Geneva: WHO, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. [acessado 2008 Jun 5]. Disponível em: http://www.who.int/oral_health/media/en/orh_report03_en.pdf.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

AUTOR PARA CORRESPONDÊNCIA

Elerson Gaetti Jardim Junior
Faculdade de Odontologia de Araçatuba
16015-050 - Araçatuba SP, Brasil
egaettij@foa.unesp.br

Submetido em 15/10/2014
Aceito em 19/12/2014