

Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá

Rate of dental treatment needs: the case of the Xakriaba Indians

Adriana Fróis Santos Dumont¹
Juliana Tito Salla¹
Marina Beatriz Lara Vilela¹
Patrícia Carneiro Morais¹
Simone Dutra Lucas¹

Abstract *The present study was developed among Xakriabas Indians in Minas Gerais and aimed at identifying their needs for dental treatment so that patients could be scheduled for treatment. Native health agents were trained by dental-surgeons for conducting the survey in household visits. The total Indian population is of 6.498 inhabitants, 3.686 of these living within the territory of the “Base Mata Fome”, where 61% of the population was examined. Results showed that the population is mainly young a great number of individuals presented no need for treatment and dental caries was the most frequent problem. The survey is expected to help in the organization of a schedule that allows giving priority to the more serious cases and promoting equity.*

Key words *Xacriaba Indians, Dental treatment needs, Oral health services, Dentistry*

Resumo *O presente trabalho, desenvolvido com os índios Xakriabá, em Minas Gerais, teve como objetivo conhecer as necessidades de tratamento odontológico buscando organizar o agendamento dos pacientes para tratamento. Os Agentes Indígenas de Saúde foram treinados por cirurgiões-dentistas para realizarem o levantamento nos domicílios. A população indígena total é de 6.498 habitantes, sendo que 3.686 estão na área de abrangência do Pólo Base Brejo Mata Fome, local onde 61% das pessoas foram examinadas. Os resultados mostraram haver uma população predominantemente jovem, um grande número de pessoas sem necessidade de tratamento e a cárie dentária foi o problema mais prevalente. Espera-se que o levantamento de necessidades venha contribuir para um agendamento no qual as pessoas que apresentam situações mais graves sejam priorizadas, buscando com isso promover a equidade.*

Palavras-chave *Índios Xakriabá, Necessidades de tratamento odontológico, Serviços de saúde bucal, Odontologia*

¹ Departamento de Odontologia, UFMG. Av. Antônio Carlos 6627, Pampulha. 31270-901 Belo Horizonte MG. sdulucas@uai.com.br

Introdução

O presente trabalho foi desenvolvido na aldeia indígena Xakriabá, Pólo Brejo Mata Fome, localizada no município de São João das Missões, ao norte do estado de Minas Gerais. Este município possui um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do estado. A etnia possui 6.498 índios, sendo que 5.498 encontram-se distribuídos em 42 aldeias localizadas na reserva indígena e o restante da população reside em quatro aldeias situadas fora da reserva¹. Esta é a maior etnia do estado de Minas Gerais.

O serviço de saúde bucal destinado à população indígena iniciou-se sob a responsabilidade da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) com atendimentos esporádicos. Por volta de 1999, o atendimento estava sob a responsabilidade da prefeitura que, posteriormente, foi transferida para a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). No começo do trabalho, foram instalados dois consultórios odontológicos no Pólo Base Brejo Mata Fome, para atender todo o povo Xakriabá, onde trabalhavam dois cirurgiões-dentistas, três médicos, três enfermeiros e três auxiliares. Posteriormente, com a criação do Pólo Base Sumaré, este recebeu um dos consultórios do Pólo Brejo Mata Fome e conta, atualmente, com um cirurgião-dentista, um atendente de consultório dentário e vários Agentes Indígenas de Saúde (AIS)². As atribuições destes se assemelham às atividades dos Agentes Comunitários de Saúde do Programa Saúde da Família e consistem predominantemente de visitas domiciliares, marcação de consultas, entrega de medicamentos, entre outras.

Entre os procedimentos odontológicos mais realizados, encontram-se as exodontias. Existe muita demanda para tratamento restaurador mas, pela freqüente falta de material de consumo e/ou de equipamentos, o tratamento mutilador prevalece². Tal fato pôde ser observado pelas acadêmicas de odontologia que realizaram estágio supervisionado, no período entre fevereiro e abril de 2006, atendendo 165 pessoas e realizando 222 procedimentos clínicos, entre eles, 81 exodontias de dentes permanentes e de restos radiculares e 22 exodontias de dentes decíduos.

A vaga para tratamento odontológico era conseguida através de demanda espontânea e, em casos de dor, por agendamento feito pelos Agentes Indígenas de Saúde (AIS)². O agendamento ocorria sem avaliar a necessidade dos pacientes, sendo que nos casos de dor, mesmo com a agenda cheia, eles eram atendidos. Há também um clientelismo, fazendo com que pessoas mais co-

nhecidas dos AIS, que nem precisam tanto de tratamento, sejam agendadas².

Segundo alguns autores, *não parece justo, e muito menos ético, atender um usuário sem necessidade de intervenção cirúrgico-restauradora, e deixar de atender um usuário com dor aguda, somente porque o primeiro madrugou em uma fila ou tem seu nome no topo de uma lista de espera*³.

Sendo assim, torna-se importante definir prioridades para tratamento, buscando desta forma promover a equidade, isto é, priorizar aquelas pessoas cujos casos clínicos são mais emergentes ou mesmo apresentem mais necessidades de tratamento.

O objetivo principal deste trabalho foi conhecer as necessidades de tratamento odontológico da população atendida pelo Pólo Brejo Mata Fome para organizar o acesso ao serviço de saúde bucal segundo orientação do departamento de saúde indígena da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)⁴.

Revisão da literatura

A necessidade de saúde bucal profissionalmente determinada é denominada necessidade normativa ou prescritiva, sendo expressa como: itens ou procedimentos que uma população necessita; tempo de tratamento total a ser gasto pelos profissionais; número de profissionais necessários para oferecer cuidados odontológicos em um determinado período; e custo total dos cuidados considerados necessários^{5, 6, 7}.

O inquérito de necessidades individuais e coletivas orienta a coleta de dados para a posterior análise e tomada de decisões no planejamento da assistência individual. É um instrumento de vigilância epidemiológica e deve ser utilizado com a finalidade de planejamento das ações em odontologia, subsidiando o agendamento para o atendimento individual⁸.

Os inquéritos podem ser feitos no próprio serviço, nos domicílios dos usuários, em escolas ou creches, dentre outros. Nos inquéritos, são produzidos dados considerados necessários para se saber o tipo de serviço a ser disponibilizado. Os levantamentos epidemiológicos produzem dados mais precisos que os inquéritos; no entanto, são mais complexos quanto à sua execução. Os inquéritos requerem menos treino dos profissionais para sua realização, são mais fáceis e mais rápidos de serem executados⁶.

O agendamento de pacientes para tratamento odontológico, nos serviços públicos, tem sido

problemático por que, de um modo geral, faltam critérios técnicos que orientem tal procedimento. Tradicionalmente, o acesso aos serviços de saúde bucal se dá através do atendimento de emergências ou através de inscrições onde se formam filas enormes para tratamento, deixando muitas vezes de serem atendidas as necessidades destas pessoas, já que elas até desistem do tratamento, ou perdem os seus dentes, devido ao longo tempo de espera pela vaga.

Buscando estimar as necessidades e demanda da população por serviços de saúde bucal, foi desenvolvido o Índice de Hierarquia de Necessidades (IHN) agrupando as necessidades de populações até 14 anos e acima de 15 anos em três e quatro dimensões, respectivamente⁵. No entanto, este índice, apesar de ser importante para o planejamento em saúde, requer a participação do cirurgião-dentista nos exames clínicos, já que ele envolve procedimentos de diagnóstico.

Diante desta realidade, os coordenadores do serviço de saúde bucal da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte desenvolveram o Índice de Necessidades de Tratamento Odontológico (INTO) como forma de orientar o acesso⁹. Segundo alguns autores, esta metodologia é simples¹⁰. Desta forma, considera-se que podem ser estimadas as necessidades de tratamento a partir de exames feitos por pessoal auxiliar.

Pela revisão da literatura, pôde-se observar uma escassez de trabalhos publicados sobre formas de acesso aos serviços de saúde bucal, o que torna este trabalho relevante. Além disso, diversos autores têm apontado a necessidade de se desenvolver pesquisas que contemplem grupos étnicos específicos a fim de contribuir para o conhecimento da multicausalidade da cárie dentária, bem como levantar informações relevantes para o planejamento dos serviços de saúde em contextos específicos^{11,12}. No Brasil, é muito pouco conhecida a epidemiologia das doenças de um modo geral^{13,14}, e de saúde bucal em particular, entre os povos indígenas. Estudos sobre a saúde bucal de povos indígenas têm sido esporádicos.

Do ponto de vista epidemiológico, a cárie dentária é possivelmente a doença bucal de maior relevância^{11,12}. Há evidências de uma inter-relação entre transformações nas estratégias de subsistência e na dieta ao longo da história humana e as alterações na situação de saúde bucal. Há inúmeros estudos de caso que demonstram que, em grupos caçadores-coletores, a frequência da doença é mínima^{11,14}. Já nas economias mistas e, sobretudo, nas baseadas em agricultura, a ocorrência de lesões cariosas é mais expressiva. Nes-

tas investigações, o aumento na prevalência de cárie é atribuído à adoção de dieta mais rica em carboidratos oriundos da agricultura. Além disso, mudanças na forma de preparo dos alimentos, que passaram a ser consumidos preferencialmente cozidos, tornando-os mais moles e adesivos, teriam facilitado o acúmulo de placa, o que eleva o potencial cariogênico.

Diversos estudos realizados no Brasil e em outros países demonstram a deterioração das condições de saúde bucal de povos indígenas. O aumento no consumo de alimentos industrializados – em especial, açúcar e outros tipos de carboidratos fermentáveis – é tido como o principal fator envolvido na alteração do perfil de saúde bucal dessas populações^{11,12}.

Há uma deterioração da situação de saúde bucal ao longo do tempo – principalmente de cárie – em praticamente todas as faixas etárias. Trata-se de tendência inversa ao que se tem observado em estudos epidemiológicos conduzidos em várias regiões do Brasil, nas quais os índices de cárie vêm apresentando tendência de queda ao longo do tempo¹¹.

Em um estudo desenvolvido com população indígena, observou-se que os pacientes de todas as faixas etárias apresentavam a maioria de seus dentes hígidos e, quanto à situação periodontal, havia um predomínio de sextantes saudáveis¹¹.

Material e método

O Pólo Brejo Mata Fome atende, além das suas aldeias, os Pólos Itapicuru e Rancharia, totalizando vinte aldeias. A população sob a sua responsabilidade é de 3.686 habitantes. Destes, foram examinados, no levantamento de necessidades, 2.246, representando aproximadamente 61% da população. Dentre as aldeias da área de abrangência do Pólo Brejo Mata Fome, não foram computados os resultados dos exames de Mundo Novo, Riachão, São Domingos II, Brejinho, Itapicuru I e Rancharia por que não foram entregues em tempo hábil.

No segundo semestre de 2005, os AIS foram capacitados para fazer o levantamento de necessidades de tratamento odontológico. A capacitação contou com dois dias de trabalho, nos quais foram projetados casos clínicos sobre cárie dentária, sangramento gengival, presença de tártaro e de restos radiculares. Em seguida, os próprios AIS examinaram-se em dupla, revezando-se nas funções de paciente e examinador. Estes exames foram supervisionados pelos cirurgiões-dentis-

tas presentes na capacitação. Além dos exames, eles foram capacitados para preencher a planilha de coleta dos dados. Na época de ir a campo, para levantar as necessidades, foi feito um reforço na orientação para realização do trabalho. Os exames foram realizados nos domicílios pelos AIS.

Resultados e discussão

De posse das planilhas preenchidas pelos AIS, acadêmicas do curso de odontologia analisaram o resultado dos exames. Cada paciente foi classificado conforme a situação clínica encontrada durante o exame clínico. Para os casos em que o preenchimento da planilha foi inadequado - ausência de idade e ausência de preenchimento dos exames clínicos - foi criada a categoria "outros" além dos códigos utilizados. As situações clínicas encontradas foram classificadas de acordo com a legenda do Gráfico 2.

Analisando a distribuição dos códigos do Quadro 1 pode-se observar que nas aldeias Morro Falhado, Riacho Comprido, Prata, Pedra Redonda, Imbaúba, Sapé, Riacho do Brejo e Olhos d'água predominou o código 1, que identifica

peças com dentes sem cavidades. No entanto, ao somar número de pessoas com códigos referentes à necessidade de tratamento, apenas Morro Falhado e Riacho Comprido apresentam de fato um número maior de pessoas sem necessidade. Já nas aldeias Itapicuru, Barra do Sumaré, São Domingos, Riachinho, Brejo Mata Fome e Santa Cruz, predominou o código 3, que identifica pessoas com até três dentes com cavidades.

O Gráfico 1 mostra, entre todas as aldeias participantes do estudo, que o número de mulheres e homens foi muito próximo. Este fato é interessante por que a distribuição da variável sexo não gera viés no trabalho, já que diversos estudos mostram que as mulheres procuram mais os serviços de saúde do que os homens, o que poderia alterar as necessidades de tratamento.

Analisando o Gráfico 2, percebe-se que 37% da população examinada não apresentam necessidade de tratamento, 60% apresentam alguma necessidade e 4% foram excluídos da análise. Entre as necessidades de tratamento, 39% se devem à presença de lesões cáries, 10% à dor e 11% a sangramento gengival e tártaro. Estes resultados são semelhantes à situação epidemiológica das doenças bucais encontrada em diversos

Quadro 1. Distribuição das necessidades por aldeias na reserva Xakriabá. Pólos Brejo/Itapicuru.

Aldeias	Códigos						
	1	3	4	8	2	5	outros
Itapicuru	37	48	14	05	11	25	03
Barra do Sumaré	58	62	25	20	53	26	08
Morro Falhado	67	29	05	02	19	07	01
São Domingos	58	74	25	03	02	13	04
Riachinho	76	83	04	00	20	06	00
Riacho Comprido	35	13	01	00	00	01	09
Prata	116	72	15	10	44	18	05
Pedra Redonda	114	80	10	00	09	73	01
Imbaúba	215	122	28	23	46	28	25
Terra Preta	10	23	24	04	02	00	05
Sapé	59	24	07	05	20	21	04
Brejo Mata Fome	06	17	07	01	00	00	01
Riacho do Brejo	128	82	24	08	08	58	08
Olhos D'água	23	18	06	05	02	03	21
Santa Cruz	62	88	12	07	30	45	11
Total	1064	835	207	93	266	324	106

Fonte: Planilhas do levantamento do índice de necessidades de tratamento odontológico, 2006.

estudos. Este trabalho mostra que há uma alta necessidade de tratamento odontológico e um dado preocupante referente à dor de dente.

Um outro estudo epidemiológico desenvolvido com os índios Xakriabá em 2006 com crianças de seis e doze anos de idade mostrou níveis preocupantes de situação de saúde bucal onde

metas da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 nem sempre foram atingidas¹⁵.

Ambos os estudos desenvolvidos com os Xakriabá revelam um grande número de pessoas com necessidades de tratamento, o que sugere a necessidade de intensificação de medidas de promoção de saúde junto a essa etnia.

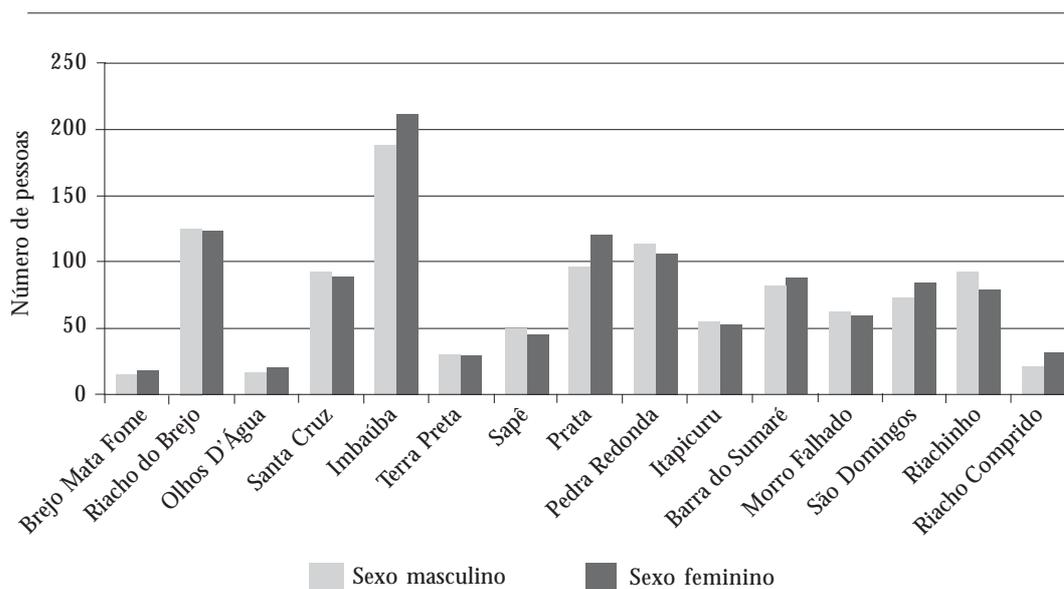


Gráfico 1. Distribuição de homens e mulheres por aldeia na Reserva Xakriabá.

Fonte: Planilhas do levantamento do índice de necessidades de tratamento odontológico, 2006.

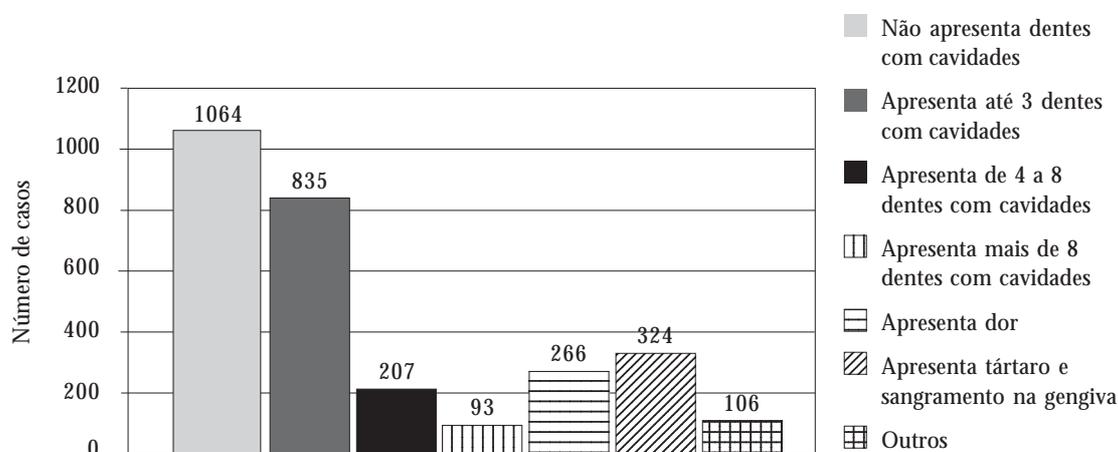


Gráfico 2. Necessidades na etnia Xakriabá. Pólos Brejo/Itapicuru.

Fonte: Planilhas do levantamento do índice de necessidades de tratamento odontológico, 2006.

Espera-se que os resultados obtidos neste estudo sirvam para organizar o acesso aos serviços de saúde bucal, priorizando as pessoas com maior necessidade de tratamento odontológico, promovendo a equidade e facilitando o agendamento por parte dos cirurgiões-dentistas e dos AIS.

A escassez de trabalhos publicados sobre saúde bucal indígena, no Brasil, e sobre a necessidade de tratamento odontológico torna esta pesquisa relevante, indicando a importância da realização de outras investigações.

Agradecimentos

A Aline Christiane Dantas Langkamer, Edpaula de Cássia Viana de Souza, Adyler Duarte Diab e Marcelo Durães de Alkimin Mota pela capacitação dos AIS e colaborações na elaboração do artigo. Ao Renato César Ferreira pela disponibilização de referências bibliográficas de sua autoria.

Colaboradores

AFS Dumont, JT Salla, MBL Vilela e P Carneiro Morais trabalharam na revisão de literatura e redação do artigo. JT Salla e MBL Vilela apuraram os dados dos exames. SD Lucas orientou a elaboração do artigo em todas as suas etapas e organizou o trabalho para publicação.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. *Relatório personalizado*. Brasília: SIASI, 04/11/2005.
2. Mota MDA. Cirurgião-dentista do Pólo Brejo Mata Fome. [Entrevista concedida às autoras]. São João das Missões, 16 maio de 2006.
3. Pimentel MC, Ferreira RC. *A escuta do paciente como instrumento de planejamento do processo de trabalho nos serviços odontológicos; a experiência do centro de saúde Paulo VI, Belo Horizonte, MG*. Fortaleza: XIV ENATESPO; 1998.
4. Brasil. Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. *Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas Especiais*. Brasília: Coordenação geral de planejamento e avaliação de saúde indígena; 2005. p. 8-12.
5. Loureiro CA, Araújo VE. *Dimensionamento do Programa de Saúde Bucal de Ouro Preto, MG*. Belo Horizonte: Estação Saúde; 2005.
6. Ferreira EF. Identificação de problemas em saúde bucal. In: *Guia Curricular do curso de Técnico em Higiene Dental*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2005. p. 68-71.
7. Usual AB, Araújo AA, Diniz, FVM, Drumond MM. Necessidades sentida e observada: suas influências na satisfação de pacientes e profissionais. *Arq. Centro de Est. Cur. Odont.* 2006; 42(1):65-80.
8. Sá EMO. O inquérito de necessidades em saúde bucal. In: *Guia Curricular do curso de Técnico em Higiene Dental*. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2005. p. 65-67.
9. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Gerência de Assistência. *Desenvolvimento das ações de saúde bucal na rede de serviços da SMSA; documento auxiliar*. Belo Horizonte: Coordenação Técnica de Saúde Bucal/Distritos Sanitários; 2004.
10. Castilho LS, Carvalho CF, Toso FP, Jacob M F, Abreu MHNG, Resende VLS. Utilização do INTO para triagem de grandes grupos populacionais; Experiência com pacientes especiais. *Revista do CROMG* 2000; 6(3):195-199.
11. Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(2):375-384.
12. Fonseca, FA. *Prevalência da cárie dentária na comunidade indígena Maxacali 2004* [monografia]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
13. Diehl EE. Agravos na saúde Kaingang (Terra Indígena Xapecó, Santa Catarina) e a estrutura dos serviços de atenção biomédica. *Cad Saúde Pública* 2001; 17(2):439-445.
14. Rigonato DDL, Antunes JLF, Frazão P. Dental caries experience in indians of the upper Xingu, Brasil. *Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo* 2001; 43(2):93-98.
15. Diab AD. *Cárie dentária em crianças indígenas Xakri-Abá* [monografia]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2006.

Artigo apresentado em 19/07/2006

Aprovado em 25/06/2007

Versão final apresentada em 07/08/2007