

Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas

Dental caries and need for dental care among the Baniwa Indians, Rio Negro, Amazonas

Marília Clemente Gomes Carneiro¹
 Ricardo Ventura Santos^{1,2}
 Luiza Garnelo³
 Maria Augusta Bessa Rebelo⁴
 Carlos Everaldo Alves Coimbra Jr.¹

Abstract *Epidemiologic research conducted with Indian communities in Brazil has shown strong correlation between the deterioration of their oral health and the consumption of industrial products, sugar in particular, added to the lack of structure of oral health care. This study was carried out among the Baniwa Indians from the Tunuí-Cachoeira region, São Gabriel da Cachoeira, Northwestern Amazon, Brazil. A cross-sectional survey was conducted according to the criteria established by the WHO, focusing on dental caries and need for dental treatment. A total of 590 individuals were examined (49.2% of the population older than 2 years). The mean numbers of teeth with caries were 6.0, 8.2 and 22.1 in the age groups 12-14, 15-19 and more than 50 years respectively. In children with deciduous dentition the highest mean value of decayed, missing and filled teeth (5.3) was observed in children age 5. From the total of examined people, 73.6% showed some need for surgery-restoration. The individuals between 15-19 years of age show the highest need for restorations. The DFMT index for the Baniwa can be considered high. The results show that it is necessary to expand public health control measures related to oral health, taking into consideration the complex socio-cultural reality of the Northwestern Amazon region.*

Key words *South American Indians, Health services, Oral health, Brazil*

Resumo *Pesquisas epidemiológicas em comunidades indígenas no Brasil têm evidenciado forte relação entre a deterioração da saúde bucal e o consumo de itens industrializados (e do açúcar refinado em particular), aliados à precariedade da atenção odontológica. Este estudo abordou a população Baniwa do pólo-base de Tunuí-Cachoeira, São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. Foi realizado inquérito transversal sobre as condições de saúde bucal, de acordo com critérios da OMS. Foram observadas as condições dentárias e a necessidade de tratamento, examinando-se 590 indivíduos (49,2% da população > 2 anos). A média de dentes atacados pela doença cárie foi 6,0, 8,2 e 22,1 nas faixas etárias 12-14, 15-19 e mais de 50 anos, respectivamente. O maior valor de ceo-d (5,3) foi encontrado na idade de 5 anos. Do total de pessoas examinadas, 73,6% apresentaram alguma necessidade de tratamento cirúrgico-restaurador. Os indivíduos entre 15-19 anos apresentam as mais elevadas frequências de restaurações. O CPO-D da população Baniwa é elevado, o que deve estar relacionado a processos recentes de mudanças socioeconômicas, particularmente na dieta. Enfatiza-se a necessidade de ampliação da atenção à saúde bucal, considerando-se a complexidade da questão sociocultural dos povos indígenas.*

Palavras-chave *Índios sul-americanos, Serviços de saúde, Saúde bucal, Brasil*

¹ Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rua Leopoldo Bulhões 1480, Manguinhos. 21041-210 Rio de Janeiro RJ. marilia.carneiro@gmail.com

² Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

³ Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz.

⁴ Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Amazonas.

Introdução

As condições de saúde bucal dos povos indígenas no Brasil são muito pouco conhecidas. Os estudos disponíveis têm evidenciado uma tendência de agravamento, particularmente nas populações mais expostas a mudanças nos padrões de dieta, incluindo a incorporação de itens industrializados, em particular do açúcar refinado¹⁻⁷. Arantes *et al.*⁴, a partir de pesquisa realizada entre os Xavante que vivem na Terra Indígena de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, apontaram para um aumento nos valores do índice CPO-D de quase treze vezes da década de 1960 até a de 1990. Pesquisas no Alto Xingu, em Mato Grosso, também demonstraram uma tendência de rápido aumento no índice de cárie em todas as idades, passando de uma condição na qual o CPO-D se aproximava de zero, em 1968, para 5,1 em 2001⁵. Em ambos os casos, as populações investigadas vêm passando por significativas alterações em suas dietas. Vale ressaltar que os serviços de saúde ainda estão longe de responder de maneira satisfatória às demandas de atenção odontológica, preventiva e curativa dos povos indígenas⁶.

Este trabalho apresenta os resultados de um levantamento sobre a cárie dentária e as necessidades de tratamento odontológico dos Baniwa, povo indígena que vive na região do Alto Rio Negro, no estado do Amazonas. É o primeiro estudo sistemático sobre as condições de saúde bucal indígena nessa região do país.

População e métodos

Os Baniwa são falantes de um idioma classificado na família lingüística Aruak⁸ e totalizam cerca de 4.000 indivíduos, distribuídos em aproximadamente 78 aldeias, muitas delas de difícil acesso, na região do Alto Rio Negro⁹, na fronteira do Brasil com a Colômbia e a Venezuela. Estão em contato permanente com não indígenas há vários séculos, interagindo com missionários, militares, garimpeiros, seringalistas, comerciantes, equipes de saúde e outros que navegam pela região, resultando em significativas transformações sociais, econômicas e culturais¹⁰.

A pesquisa foi desenvolvida em setembro de 2004 nas treze comunidades Baniwa que fazem parte da área de abrangência do pólo-base de Tunuí-Cachoeira (Nazaré, Ambaúba, Castelo Branco, Belém, Taiacú-Cachoeira, Warirambá, Vista Alegre, São José, Jacaré Poço, Santa Rosa,

Tunuí-Cachoeira, Tapira Ponta e Santa Marta), na Terra Indígena Alto Rio Negro (700 20' - 640 40' W; 10 45' S e 20 15' N)⁸, às margens do rio Içana, no município de São Gabriel da Cachoeira, estado do Amazonas. Esse pólo-base é uma das unidades do chamado Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Alto Rio Negro, estrutura ligada à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), responsável pela prestação de serviços de atenção à saúde aos povos indígenas da região.

Nos poucos estudos sobre a saúde dos Baniwa¹⁰⁻¹², aspectos nutricionais e alimentares não têm sido enfatizados. A base da alimentação da população está assentada na agricultura da mandioca e na pesca. Produtos industrializados fazem parte da rotina alimentar na região, mas não há informações detalhadas sobre consumo alimentar.

A partir do ano 2000, a atenção odontológica passou a ser feita pelas equipes do DSEI Alto Rio Negro, com sede em São Gabriel da Cachoeira, sendo previstas duas visitas da equipe de odontologia por ano em cada comunidade. Nestas ocasiões, ocorre a distribuição de um tubo de dentífrício fluoretado e uma escova dental por morador, bem como são realizados atendimentos clínicos individuais, que incluem prioritariamente restaurações feitas com a técnica proposta pelo Tratamento Restaurador Atraumático (ART)^{13,14} e extrações dentárias. Ocorrem também atividades de educação em saúde e escovação supervisionada. No caso das comunidades investigadas, a água utilizada para consumo é proveniente do rio Içana, não sendo fluoretada artificialmente.

Foi realizado um inquérito epidemiológico com foco no exame das condições da coroa dentária, na necessidade de tratamento e no uso de próteses, seguindo-se os procedimentos preconizados pela OMS¹⁵. O exame clínico, feito com sonda de ponta romba e espelho plano, foi realizado por uma única examinadora (Carneiro). Os exames foram conduzidos sob luz natural. Em cada comunidade, os objetivos da pesquisa foram apresentados e os moradores convidados a serem examinados. Havia a intenção de incluir o contingente populacional total das comunidades. Foram feitos exercícios de calibração e aplicado o teste estatístico kappa (0,91), que indicou ótima concordância entre os exames¹⁶.

As variáveis derivadas dos dados coletados durante o inquérito incluem: (a) condições dentárias pelo índice CPO-D/ceo-d; (b) necessidade de tratamento dental (preventivo, controle de cárie, aplicação de selante, restauração de uma

face, de duas faces, coroa por qualquer razão, restauração facetada/laminada, pulpar e restauração, ou exodontia); (c) uso de prótese; e (d) necessidade de prótese. Os dados foram consolidados no programa Excel e posteriormente analisados no programa SPSS 9.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (parecer nº 1248/2004). Antes de sua realização, foi apresentado à coordenação técnica do DSEI Alto Rio Negro, à Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro e às lideranças Baniwa. Previamente ao trabalho de campo, foi acordado com a coordenação do DSEI que os resultados da pesquisa seriam repassados para o serviço de saúde, ficando a cargo dele a prestação da atenção curativa identificada nos indivíduos examinados.

Resultados

Foram examinadas 590 pessoas, o que corresponde a 49,2% da população na faixa etária a partir de dois anos, de ambos os sexos. Não houve casos de recusa e a não participação deveu-se à ausência de parte da população nas aldeias na ocasião dos exames, em geral por estarem viajando, trabalhando nas roças ou em atividades de pesca. A cobertura variou entre 25,0% na comunidade de Vista Alegre e 67,0% em Belém e São José.

Os indivíduos examinados distribuem-se da seguinte forma em relação aos valores do CPO-

D: zero (21,9%), 1-2 (9,5%), 3-4 (8,8%), 5-7 (8,1%), 8-10 (9,0%), 11-15 (14,9%), 16-20 (13,9%) e 21-32 (13,9%). Metade da amostra apresentou CPO-D ≥ 9 . Para a faixa etária de 5 a 12 anos, a frequência de indivíduos com CPO-D = 0 foi de 42,4% e 68,6% apresentaram CPO-D ≥ 2 .

Para a amostra como um todo, as frequências de dentes segundo condição foram as seguintes: hígidos (53,3%), cariados (9,2%), perdidos (34,6%) e restaurados (2,9%). Os dentes restaurados concentram-se na faixa etária de 6 a 19 anos (75% do total). Para a dentição decídua, as 235 crianças entre 2 e 12 anos examinadas apresentaram 25,8% dos dentes cariados, 6,3% perdidos antes da idade de esfoliação, 2,2% restaurados e 65,3% hígidos. As crianças entre 8 e 10 anos tiveram as maiores taxas de restaurações em dentes decíduos (50,0% do total).

Os valores médios do índice CPO-D e seus componentes, bem como de dentes hígidos, estão apresentados na Tabela 1. A média geral foi de 9,7. A idade de 12 anos, considerada referência pela OMS para comparações, está incluída na faixa etária entre 12 e 14 anos, com média igual a 6,0. Nos indivíduos com 20 anos ou mais, as médias são superiores a 13,0, chegando a 22,1 nas pessoas acima de 50 anos. Há em média menos de um dente restaurado e quase dois dentes cariados por pessoa nas várias faixas etárias. Apenas nas idades entre 12 e 19 anos verificou-se uma média de dentes restaurados superior a 1,0, alcançando 2,2 nos adolescentes entre 15 e 19 anos.

Em relação à média de dentes permanentes cariados, observou-se diferença estatisticamente

Tabela 1. Número de indivíduos examinados e médias de dentes permanentes hígidos (H), cariados (C), perdidos (P), restaurados (O) e índice CPO-D médio, por faixa etária, sexos combinados. Área de abrangência do pólo-base de Tunuí-Cachoeira, São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil, setembro de 2004.

Idade (anos)	<i>n</i>	<i>H</i>	<i>C</i>	<i>P</i>	<i>O</i>	<i>CPO-D</i>
2 a 5	86	0,7	—	—	0,02	0,0
6 a 11	138	11,3	1,4	0,1	0,6	2,1
12 a 14	35	19,7	2,9	1,6	1,5	6,0
15 a 19	63	19,8	2,1	3,9	2,2	8,2
20 a 29	69	15,3	3,8	9,1	0,8	13,7
30 a 39	99	11,4	2,4	14,6	0,3	17,3
40 a 49	53	9,7	2,0	17,2	0,06	19,2
50 ou mais	47	6,2	2,0	20,1	0,06	22,1
Total	590	11,1	1,9	7,2	0,6	9,7

significante entre os sexos na faixa etária de 15 a 19 anos (média de 2,9 em homens e 1,5 em mulheres, $p < 0,05$). Para os dentes permanentes perdidos, cinco faixas etárias apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os sexos (6 a 11; 15 a 19; 30 a 39; 40 a 49; e 50 anos ou mais), sempre com médias mais elevadas nas mulheres. As médias do índice CPO-D apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os sexos nas faixas etárias de 6 a 11, 20 a 29, 30 a 39, 40 a 49 e 50 anos ou mais, também com valores mais elevados em mulheres. Acrescenta-se que as médias de idade desses diversos grupos etários não apresentaram diferenças estatisticamente significantes entre os sexos.

As médias de dentes decíduos hígidos, cariados, perdidos, restaurados e o índice ceo-d, por idade e sexos combinados, estão mostrados na Tabela 2. Os maiores valores de ceo-d estavam nas idades de 5, 6 e 7 anos, nas quais foram também mais elevadas as médias de dentes cariados. A única faixa etária na qual se observou diferença entre os sexos nos valores de ceo-d foi a de 6 a 11 anos (3,6 em homens e 0,5 em mulheres). As médias de dentes restaurados foram baixas, sempre menores do que 1,0.

Quanto às condições dos dentes permanentes, os molares, tanto da arcada superior quanto da inferior, apresentaram as menores porcentagens de dentes hígidos e as maiores nas condições perdido, cariado e restaurado. Os caninos apresentaram a maior porcentagem de dentes hígidos na arcada superior (66,5%) e os incisivos na arcada inferior (90,4%). Em geral, a arcada

inferior teve 27,8% de dentes perdidos, 62,6% hígidos, 6,6% cariados e 2,7% restaurados; na arcada superior, as porcentagens foram 40,9%, 45,0%, 10,6% e 3,2%, respectivamente.

Em relação aos dentes decíduos da arcada superior, os segundos molares mostraram as piores condições, com a maior porcentagem de dentes na condição cariado (41,4%) e a menor de hígidos (47,0%). As melhores condições foram observadas no grupo dos caninos (82,7% de preservação). No geral, observaram-se 63,5% dos dentes hígidos, 30,2% cariados e 1,4% restaurados. Na arcada inferior, os segundos molares foram também os menos preservados (30,7%) e com as maiores taxas de restauração. A maior porcentagem de dentes cariados foi vista nos primeiros molares (40,2%), seguida pelos segundos molares (38,7%). Os incisivos se apresentaram 93,0% hígidos e 2,5% cariados. Entre os caninos, 93,7% estavam hígidos e 4,6% cariados.

Na arcada inferior, quatro pessoas usavam prótese total e nenhuma usava prótese parcial. Na arcada superior, observou-se o uso de 61 próteses, a maioria parcial. As mulheres concentraram 63,0% das próteses encontradas.

Um montante de 434 indivíduos (73,6%) apresentou alguma necessidade de tratamento, que se concentrou em 10,4% dos dentes. Ou seja, 89,6% dos dentes examinados não necessitavam de tratamento. Dentre os 1.956 dentes que necessitaram de algum tratamento, 57,3% eram restaurações (49,0% de uma face e 51% de duas ou mais faces) e 42,7%, extrações. Ao todo, a necessidade de tratamento soma 1.121 restaurações e 835 extrações.

Tabela 2. Número de indivíduos examinados e médias de dentes decíduos hígidos (h), cariados (c), perdidos (e), restaurados (o) e índice ceo-d médio, por idade, sexos combinados. Área de abrangência do pólo-base de Tunuí-Cachoeira, São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil, setembro de 2004.

Idade (anos)	<i>n</i>	<i>h</i>	<i>C</i>	<i>e</i>	<i>O</i>	<i>Ceo-d</i>
2	8	16,9	0,9	—	—	0,9
3	11	17,4	1,6	0,1	—	1,7
4	25	14,7	4,2	—	0,1	4,3
5	29	13,4	5,6	0,3	0,3	6,3
6	26	12,8	4,9	0,7	0,5	6,1
7	26	8,5	4,9	1,1	0,3	6,2
8	25	5,8	3,6	1,6	0,5	5,6
9	24	3,7	2,6	1,9	0,5	5,0
10	22	3,0	2,2	0,7	0,5	3,4
11	19	0,6	0,6	1,1	0,1	1,8
12	20	0,6	0,7	0,6	—	1,3
Total	235	8,3	3,3	0,8	0,3	4,4

Na comparação entre as faixas etárias, observa-se que até os 19 anos as restaurações foram o tratamento mais necessário, e que a partir dos 20 anos a extração passa a ser a maior necessidade. A maior porcentagem de dentes com alguma necessidade de tratamento ficou concentrada nas idades entre 6 e 11 anos. Na faixa etária entre 15 e 19 anos, as mulheres, em comparação com os homens, apresentaram mais dentes que não precisavam ser tratados. Entre os 20 e 29 anos, as mulheres também apresentaram maior média de dentes que necessitavam de restauração de duas faces (1,13 contra 0,35 para os homens).

A maior parte do grupo examinado não necessitava de prótese parcial ou total. Dos que necessitavam, a prótese parcial ocupou o primeiro lugar (84,2% na arcada superior e 90,7% na arcada inferior). Na comparação entre os sexos, destacou-se a necessidade das mulheres por prótese total (9,8% na arcada superior e 5,7% na inferior, contra 2,7% e 1,0% entre os homens).

Discussão

Esse estudo se baseia no exame de aproximadamente 50% da população Baniwa acima de 2 anos de idade do pólo-base de Tunuí-Cachoeira, DSEI Alto Rio Negro. Conforme já referido, esse povo indígena vive distribuído em dezenas de aldeias em uma região de difícil acesso na região da fronteira do Brasil com Colômbia e Venezuela. Uma vez que, devido a razões logísticas, não foi possível realizar o estudo com base em uma amostra probabilística e representativa da população, os resultados devem ser interpretados com a cautela. Acrescente-se que, devido à elevada mobilidade da população, a cobertura entre as aldeias não foi a mesma. De antemão já se sinaliza que é prioritária a realização de novos estudos, não somente de modo a incluir um maior número de indivíduos da região investigada, preferencialmente a partir de uma amostra estatisticamente representativa, como também visando caracterizar as condições de saúde bucal dos demais pólos-base.

Feitas essas ressalvas, a saúde bucal dos Baniwa verificada a partir da amostra investigada caracteriza-se por elevada presença de cárie e de perda dentária, resultando em extensa necessidade de tratamento na população. Observou-se que o tratamento dentário, na forma de dentes restaurados, se concentra em algumas faixas etárias, em particular nos indivíduos entre 12 e 19 anos. Para a compreensão desse perfil, faz-se

importante contextualizar aspectos socioeconômicos e sanitários relativos à atual situação da população Baniwa.

Não foram encontrados registros sobre o processo de transformação do consumo alimentar ao longo do tempo entre os Baniwa ou estudos contemporâneos sobre o consumo de itens industrializados. A base da alimentação continua a ser a mandioca e seus derivados, frutos silvestres, peixes e carnes de caça, mas quem circula pela região observa que gêneros alimentícios industrializados fazem parte do dia-a-dia, servindo inclusive como itens de troca. Troca-se açúcar refinado por peixe moqueado, por exemplo. Os que têm alguma fonte de renda usam uma parte dela para a compra de alimentos industrializados, geralmente em São Gabriel da Cachoeira.

Para poucos povos indígenas no Brasil, há relatos detalhados sobre as inter-relações entre mudanças na dieta e conseqüências sobre a saúde bucal⁶. No caso dos Xavante de Mato Grosso, a partir de estudos realizados em 1976/77 e em 1994 na mesma comunidade (Pimentel Barbosa), observou-se uma queda no consumo de alimentos cultivados e um aumento de 7% no consumo de industrializados, incluindo açúcar, café, óleo de cozinha, farinha de trigo, sal, pão, biscoitos, refrescos em pó, refrigerantes e balas¹⁷. Essa mudança associou-se a novas fontes de capitalização e facilidade de acesso aos núcleos urbanos, pela disponibilidade de veículos motorizados. Arantes *et al.*⁴ mostraram que tem havido um expressivo agravamento das condições de saúde bucal desse grupo Xavante, o que atribuem em larga medida ao consumo de açúcar refinado na ausência de uma atenção odontológica efetiva. Estudo realizado entre os índios Kaiowá/Guarani do Mato Grosso também faz menção à associação entre o agravamento das condições de saúde bucal e incremento do consumo de alimentos industrializados de alto potencial cariogênico⁷. Para os Baniwa, também se pode dizer que há cada vez mais fontes de renda e, mesmo diante das dificuldades de acesso, percebe-se um aumento no número de barcos que navegam os rios, facilitando a ida ao centro urbano de São Gabriel e a compra de alimentos.

Já que não há dados publicados sobre a saúde bucal dos Baniwa em diferentes épocas, não é possível afirmar como a cárie se comportou ao longo do tempo entre eles. No presente estudo, o valor médio encontrado para o índice CPO-D na faixa etária que contempla a idade de 12 anos, considerada referência pela OMS para comparações da prevalência da cárie, foi 6,0. Este valor se

enquadra na categoria de alta prevalência (CPO entre 4,5 e 6,5)¹⁸. O ceo-d médio aos 5 anos foi 6,3 e 46,8% da população examinada apresentaram CPO-D maior ou igual a 10. Na faixa etária entre 15 e 19 anos, o CPO-D foi 8,2. No levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira realizado em 2002 e 2003, o valor do CPO-D encontrado para a região norte, aos 12 anos, foi 3,1, e para o Brasil como um todo, 2,819. Em um estudo realizado em 2004 em Manaus, capital do estado do Amazonas, para a faixa etária de 12 anos, foi encontrado um CPO-D de 3,320. Em Paulínia, município do interior de São Paulo que apresenta indicadores sociais diferenciados em relação à maioria dos municípios brasileiros, e onde a atenção em saúde bucal é reconhecidamente bem estruturada e a população servida por água fluoretada, a média do índice aos 12 anos foi 1,021.

É ilustrativo comparar os componentes do CPO-D entre os Baniwa com aqueles de outros segmentos populacionais. Nas crianças Baniwa entre 12 e 14 anos, as porcentagens de dentes cariados, perdidos e obturados foram de, respectivamente, 48,6%, 26,2% e 25,2%. Na população brasileira com 12 anos de idade, as porcentagens em 2002 e 2003 eram de 58,3%, 6,5% e 32,7%, respectivamente; naquelas da região Norte, os valores foram de 72,5%, 11,5% e 14,4%¹⁹ e, em Manaus, 48,0%, 12,0% e 40,0%²⁰. Portanto, os Baniwa tiveram mais dentes perdidos e menos restaurados e cariados que as crianças brasileiras de 12 anos, menos cariados e mais perdidos e restaurados que as que moram na região Norte, e mais perdidos, menos restaurados e valores praticamente iguais de cariados que as que residem em Manaus.

Ao se analisar as condições de saúde dos povos indígenas, é importante levar em consideração a heterogeneidade sócio-histórica e econômica que caracteriza esses povos, o que se reflete na saúde bucal⁶. Ao se realizar uma compilação dos dados a partir da literatura (Tabela 3), notam-se pronunciadas diferenças entre as várias populações no que diz respeito aos valores do CPO-D na faixa de 12 a 14 anos. O valor para os Baniwa está dentre os mais elevados, superado somente por aquele dos Enawêne-Nawê²², povo localizado em Mato Grosso. Vale ressaltar que o caso dos Enawêne-Nawê apresenta particularidade importante, pois dentre os povos listados é aquele com menor interação com a sociedade nacional, uma vez que teve seu contato permanente estabelecido na década de 1970 e continua a viver relativamente isolado. O elevado CPO-D dessa população relaciona-se a uma dieta tradicional pastosa, adocicada e rica em amido, que fez com que a saúde bucal deste grupo estivesse em condições críticas mesmo antes do contato com a sociedade nacional^{6,22}.

Ainda que entre os Baniwa se apresente um dos mais elevados valores do CPO-D, observa-se também que a porcentagem do componente "obturado", que corresponde aos dentes restaurados, é a mais expressiva dentre os vários grupos para os quais foi possível localizar informações (25,2%) (Tabela 3). Este dado reflete a atuação da equipe de odontologia do DSEI Alto Rio Negro, a partir do ano 2000, e a incorporação dos serviços odontológicos na região. No DSEI Alto Rio Negro, a atenção odontológica coletiva tem enfocado, em particular, os adolescentes²³.

Se antigamente a experiência com a cárie possivelmente estava reduzida a poucos indivíduos e a poucos dentes, atualmente esta é uma experi-

Tabela 3. Médias do índice CPO-D e porcentagens de seus componentes (cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos ou na faixa etária que inclui os 12 anos. Comparação entre os Baniwa e outras populações indígenas.

Grupo	Ano do estudo	Faixa etária	CPO-D	%C	%P	%O
Baniwa ¹	2004	12 a 14	6,0	48,6	26,2	25,2
Enawêne-Nawê (Mato Grosso) ²	1995	12 a 14	9,1	83,9	16,1	0,0
Xavante (Mato Grosso) ³	1997	12 a 14	2,6	89,2	8,1	2,7
Guarani (São Paulo) ⁴	2000	12	2,2	-	-	-
Xingu (Mato Grosso) ⁵	2001	11 a 13	5,9	-	-	-
Xavante (Mato Grosso) ⁶	2004	12	3,2	77,8	7,1	14,6
Manaus ⁷	2004	12	3,3	48,0	12,0	40,0

Fontes: 1 - Este estudo; 2 - Detogni²²; 3 - Arantes *et al.*⁴, para os Xavante da terra indígena Pimentel Barbosa; 4 - Fratucci²⁷; 5 - Rigonatto *et al.*⁵; 6 - Arantes²⁸, para os Xavante das terras indígenas Pimentel Barbosa, Areões, Sangradouro e Marechal Rondon; 7 - Rebelo *et al.*²⁰.

ência bastante coletiva entre os Baniwa. Aproximadamente 80% das pessoas examinadas têm pelo menos um dente cariado, perdido ou restaurado. As pessoas sabem o que é dor de dente, o que é passar por uma extração dentária e o que é estar sem dentes. Além da mastigação, fonação e postura corporal, a perda dentária pode ter implicações rituais e econômicas adicionais²⁴. Durante o trabalho de campo, observou-se que no processo de confecção de cestaria de arumã (palha nativa da região), que se tornou uma importante atividade econômica nas comunidades, os dentes são rotineiramente utilizados no corte e arremate das fibras.

Possivelmente associado ao processo de agravamento das condições de saúde bucal, em alguns povos indígenas, há indicações quanto à “naturalização” da perda dentária, como se a ausência de parcela expressiva dos dentes na boca fosse algo esperado no cenário de vida das pessoas. Detogni³ relata a incorporação da idéia da perda dentária como um acontecimento “natural” entre os índios do Parque Indígena do Xingu. A partir de relatórios e de entrevistas com a equipe de odontologia do DSEI Alto Rio Negro, e também da convivência com os Baniwa, constatou-se que o edentulismo é algo que chega a ser esperado pelas pessoas, sobretudo pelas mais velhas²³. Como mostram os resultados deste estudo, as médias de dentes perdidos nos adultos Baniwa acima de 30 anos são superiores a 14, chegando a 20,1 nas pessoas com mais de 50 anos. O edentulismo é um problema atual, ocasionando uma demanda legítima por prótese dentária, que precisa ser respondida com urgência. As equipes de saúde vêm conduzindo atividades de educação em saúde, incluindo a valorização das práticas individuais restauradoras e preventivas em vez de extrações em massa, de modo a reforçar entre os Baniwa as possibilidades de manutenção de condições de saúde bucal²³.

Na rotina da atenção odontológica prestada pelas equipes do DSEI Alto Rio Negro, há um aspecto relativo à prevenção que merece ser destacado. Trata-se do intervalo entre as visitas das equipes de odontologia às comunidades, de seis meses em média. Nessas visitas, são distribuídas escovas dentais e dentifrícios fluoretados fornecidos pelo DSEI, cujos usos são reconhecidamente importantes no controle da cárie^{25,26}. O intervalo é significativamente maior que o tempo de consumo dos materiais distribuídos, agravado pelo fato de que não estão previstas formas de reposição a não ser na nova visita da equipe. Essa descontinuidade é problemática em um contexto no

qual a população está bastante exposta a elevado risco de desenvolvimento de doenças bucais.

Em conclusão, esse estudo entre os Baniwa do Alto Rio Negro demonstra elevados níveis de cárie, seja em comparação com outras populações indígenas ou em relação aos não-indígenas. Além disso, evidencia que os serviços de atenção à saúde bucal, ainda que presentes na área e com impactos importantes, particularmente entre os adolescentes, precisam ser expandidos de modo a atender de maneira mais ampliada a população. As condições de saúde bucal dos povos indígenas permanecem largamente desconhecidas, o que precisa ser revertido dado que um detalhado conhecimento da situação epidemiológica é fundamental para o planejamento e execução das atividades de atenção.

Colaboradores

MCG Carneiro, além da coleta dos dados, participou da concepção do estudo, da análise e da interpretação dos dados e da redação do trabalho. RV Santos participou da concepção do estudo, da análise e da interpretação dos dados e da redação do trabalho. L Garnelo participou da concepção do estudo, da análise e da interpretação dos dados e da redação do trabalho. MAB Rebelo participou da concepção do estudo, da análise e da interpretação dos dados e da redação do trabalho. CEA Coimbra Jr. participou da interpretação dos dados e da redação do trabalho.

Agradecimentos

Aos moradores do rio Içana pela parceria neste trabalho, assim como aos capitães e agentes indígenas de saúde das comunidades visitadas. Também a André Fernando, a Irineu Rodrigues, a Mário Farias, à Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro (FOIRN), à Organização Indígena da Bacia do Içana (OIBI), à Coordenadoria Baniwa Curipaco (KABC), à Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em São Gabriel da Cachoeira, em particular a Edson Caldas e Waldir Garcia, e também ao Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Alto Rio Negro, por todo o apoio logístico. O CNPq proveu bolsa de mestrado para a primeira autora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da ENSP/Fiocruz.

Referências

1. Donnelly CJ, Thomson LA, Stiles HM, Brewer C, Neel JV, Brunelle JA. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomami Indians, Venezuela. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1977; 5:30-39.
2. Tricerri FJ. Breve passagem odontológica entre índios do Alto Solimões, Amazônia, Brasil. *Revista da Fundação SESP* 1985; 30:151-160.
3. Detogni A. De volta às origens. *Revista da Associação Brasileira de Odontologia* 1994; 2:138-42.
4. Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr. CEA. Saúde Bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:375-384.
5. Rigonato DL, Antunes JL, Frazão P. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brasil. *Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo* 2001; 43:93-98.
6. Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra Jr. CEA, Santos RV, Escobar AL, organizadores. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO; 2003. p. 49-72.
7. Parizotto SPCOL. *Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco* [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo; 2004.
8. Federação das Organizações Indígenas do Rio Negro/Instituto Socioambiental. *Povos Indígenas do Alto e Médio Rio Negro: uma introdução à diversidade cultural e ambiental do noroeste da Amazônia brasileira*. 2ª ed. São Paulo e São Gabriel da Cachoeira: Instituto Socioambiental; 2000.
9. Distrito Sanitário Especial Indígena Alto Rio Negro. Fundação Nacional de Saúde/ Federação das Organizações Indígenas do Alto Rio Negro. *Relação de aldeias por pólo base*. São Gabriel da Cachoeira; 2004. [Mimeo].
10. Garnelo L. *Poder, hierarquia e reciprocidade: saúde e harmonia entre os Baniwa do Alto Rio Negro*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
11. Buchillet D, Gazin P. A situação da tuberculose na população indígena do alto rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). *Cad Saúde Pública* 1998; 14:181-185.
12. Garnelo L, Wright R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações, práticas e demandas Baniwa. *Cad Saúde Pública* 2001; 17: 273-284.
13. Frencken JE, Holmgreen CJ. *Tratamento restaurador traumático (ART) para cárie dentária*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 2001.
14. Monteiro AMC. *Tratamento restaurador traumático (ART). Uma opção em saúde pública?* [monografia]. Piracicaba (SP): Faculdade de Odontologia de Piracicaba/Universidade Estadual de Campinas; 2003.
15. Organização Mundial da Saúde. *Levantamento epidemiológico básico de saúde bucal*. São Paulo: Livraria Santos Editora; 1991.
16. Peres MA, Traebert J, Marcenes W. Calibração de examinadores para estudos epidemiológicos de cárie dentária. *Cad Saúde Pública* 2001; 17:153-9.
17. Santos RV, Flowers NM, Coimbra Jr. CEA, Gugelmin SA. Tapirs, tractors and tapes: the changing economy and ecology of the Xavante Indians of central Brazil. *Human Ecology* 1997; 25:545-566.
18. Murray JJ. *O uso correto dos fluoretos na saúde pública*. São Paulo: OMS/Livraria Santos Editora; 1992.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. [site na Internet]. Brasília: Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: http://www.ministerio.saude.bvs.br/html/pt/pub_assunto/saude_bucal.html
20. Rebelo MAB, Moura RNV, Maltz M, Parente RCP. Prevalência de cárie e fluorose dentária em escolares no município de Manaus. *Pesquisa Odontológica Brasileira* 2004; 18:213.
21. Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa MLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas da OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Pública* 2004; 20:866-870.
22. Detogni A. *Relatório final da situação de saúde bucal do grupo indígena Enawenê-Nawê, MT e proposta para um programa de saúde bucal para esta população* [Projeto BRA/94/006]. Cuiabá: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; 1995. [Mimeo].
23. Carneiro MCG. *Um olhar sobre os índios Baniwa: saúde bucal e atenção odontológica na região do Alto Rio Negro, Amazônia brasileira, 2000 a 2004* [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.
24. Hillson SN. *Dental anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
25. Maltz M, Silva BB. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35:170-176.
26. Baldani MH, Narvai PC, Antunes JLF. Cárie dentária e condições sócio-econômicas no Estado do Paraná, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública* 2002; 18:755-763.
27. Fratucci MVB. *Alguns aspectos das condições de saúde bucal de uma população indígena Guarani Mbyá no município de São Paulo* [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2000.
28. Arantes R. *Saúde bucal dos povos indígenas do Brasil e o caso dos Xavante de Mato Grosso* [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

Artigo apresentado em 10/09/2006

Aprovado em 11/12/2006