

Cárie dentária entre os povos indígenas do Brasil: implicações para os programas de saúde bucal

Dental caries among indigenous people from Brazil: implications for oral health programs

Salud bucal de los pueblos indígenas de Brasil: implicaciones para los programas de salud bucal

Rui ARANTES,
Paulo FRAZÃO

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi sistematizar as informações epidemiológicas sobre a distribuição da cárie dentária entre os povos indígenas localizados no Brasil na primeira década do século XXI. Com base em estudos referentes ao período, são discutidas as distintas possibilidades de transição em saúde bucal e as implicações mais relevantes para a formulação de políticas públicas para implementação de programas de atenção à saúde. Nota-se que as informações epidemiológicas disponíveis limitam-se a uma pequena parcela dos grupos indígenas no Brasil e a maioria dos estudos é do tipo transversal. Não obstante, é possível verificar que o quadro epidemiológico da saúde bucal dos povos indígenas no Brasil no início do século XXI é bastante complexo e diversificado. Em contraste com a população brasileira, na qual se tem observado tendência de redução da cárie, há evidências que certas populações indígenas, estão experimentando

um processo inverso de transição. Os autores reforçam a necessidade de enfatizar a dimensão preventiva da cárie nos programas de saúde bucal desenvolvidos pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e concluem que o grande desafio a ser enfrentado pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) é implementar programas de saúde bucal sensíveis às especificidades locais e garantir sua sustentabilidade a fim de reduzir as conhecidas desigualdades entre indígenas e não-indígenas.

Palavras-chave: Cárie dentária, Índios Sul-Americanos, Índice CPO, Epidemiologia, Programas de saúde bucal.

ABSTRACT

The aim was to summarize epidemiological information about the distribution of dental caries among Indigenous people in Brazil at first decade of the XXI century. Based on studies referred to the period, we discuss different directions for oral health transition and the implications for formulating of public policies

and implementing of healthcare programs. The epidemiological information available is limited to a small number of Indigenous groups in Brazil and most studies are cross-sectional. Nevertheless, it is possible to verify that the epidemiological situation related to oral health of Indigenous peoples in Brazil is quite complex and diverse. In contrast to the Brazilian whole population, which has been observed tendency to caries reduction, there is evidence that certain Indigenous populations are experiencing a reverse process of transition. The authors reinforce the necessity to emphasize the preventive dimension of oral health programs managed by the Indigenous Health Districts (DSEI) and conclude that the main challenge to be faced by Indigenous Healthcare Subsystem (SasiSUS) is to develop oral health programs responsive to local specificities and to ensure their sustainability in order to reduce the known inequalities between Indigenous and non – Indigenous people.

Key Word: Caries, South American Indigenous peoples, DMF index, epidemiology, oral health programmes.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue sistematizar las informaciones epidemiológicas sobre la distribución de la caries dental entre los pueblos indígenas situados en Brasil en la primera década del siglo XXI. Basados en estudios referentes a este periodo, discutimos las distintas posibilidades de transición en salud bucal y las implicaciones más relevantes para la formulación de políticas públicas que objetiven la implementación de programas de atención a la salud. Se observa que las informaciones epidemiológicas disponibles

se limitan a una pequeña parte de los grupos indígenas en Brasil y que la mayoría de los estudios es de tipo trasversal. Aún así, se puede constatar que el cuadro epidemiológico de la salud de los pueblos indígenas en Brasil en el inicio del siglo XXI es bastante complejo y diversificado. Contrastando con la totalidad de la población brasileña, donde se observa tendencia a la reducción de caries, hay evidencias de que ciertas poblaciones indígenas están experimentando un proceso inverso de transición. Los autores resaltan la necesidad de enfatizar la dimensión preventiva de la caries en los programas de salud bucal desarrollados por los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DSEI) y concluyen que el gran desafío que queda al Subsistema de Atención a La Salud Indígena (SasiSUS) es implementar programas de salud bucal sensibles a las especificidades locales y asegurar la sostenibilidad de estos con el propósito de reducir las conocidas desigualdades entre indígenas y no-indígenas.

Palabras claves: Caries dental, Indígenas sudamericanos, Índice CPO, Epidemiologia, Programas de salud bucal.

INTRODUÇÃO

Existe na América Latina e Caribe uma notável sociodiversidade indígena, com mais de 400 povos que somam em torno de 45 a 48 milhões de pessoas, cerca de 10% da população total dos países latino-americanos¹. O Brasil, apesar de ter um montante populacional indígena pequeno (896.917 mil pessoas) em relação ao total da população nacional (menos de 0,5%), abriga mais da metade de todos os grupos indígenas da América Latina e do Caribe, com cerca de 305 grupos indígenas diferentes, falantes de 274 línguas nativas²,

constituindo um mosaico sociocultural muito diversificado. O processo de contato provocado pela expansão da sociedade ocidental nas Américas desde o final do século XV acarretou profundas transformações nos mais diferentes níveis de seus sistemas socioculturais, políticos e econômicos, com reflexos nos padrões de subsistência, nas características demográficas e epidemiológicas^{3,4}, incluindo a saúde bucal^{5,6,7,8}.

Os primeiros estudos epidemiológicos sobre a condição de saúde bucal de povos indígenas no Brasil foram realizados na década de 1950⁹. O conhecimento científico produzido desde então mostrou que os riscos para desenvolvimento da cárie dentária aumentavam à medida que se intensificava a interação dessas populações com os não indígenas^{5,6,7}. As transformações decorrentes do contato, sobretudo nas formas de subsistência, envolvendo mudanças na dieta, com a entrada de alimentos industrializados e do açúcar refinado, repercutiram negativamente na saúde bucal, com um aumento expressivo nos níveis de cárie^{6,7,8}.

Entretanto, como argumenta Arantes (2003)⁷, esse padrão não pode mais ser tomado como regra absoluta, pois há casos de povos que, mesmo antes do contato, já apresentavam elevados níveis de cárie devido a particularidades de sua dieta.

O objetivo deste trabalho é sistematizar as informações epidemiológicas sobre a distribuição da cárie dentária entre os povos indígenas localizados no Brasil na primeira década do século XXI. Com base em estudos referentes ao período, são discutidas as distintas possibilidades de transição em saúde bucal e as implicações mais relevantes para a formulação

de políticas públicas para implementação de programas de atenção à saúde.

Foram incluídos estudos com dados para a faixa etária de 15 a 19 anos de idade que utilizaram o índice CPOD o qual avalia a experiência ou gravidade da cárie dentária, definido pela soma dos dentes cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) por indivíduo. O índice CPOD pode ser usado também como um indicativo do nível de prevalência de cárie em grupos populacionais.

O perfil epidemiológico da cárie dentária entre os indígenas do Brasil

O quadro epidemiológico da saúde bucal dos povos indígenas no Brasil no início do século XXI é bastante complexo e diversificado. Na Figura 1 são apresentadas estimativas de cárie dentária para a população brasileira não indígena e para alguns povos indígenas na faixa etária entre 15 a 19 anos de idade, destacando-se a elevada variabilidade nos níveis de prevalência da cárie. Enquanto alguns grupos indígenas apresentam valores muito mais altos do que aqueles observados na população brasileira não indígena, outros possuem valores muito mais baixos de CPOD. Essa variabilidade de padrões de distribuição da cárie reflete em larga medida, a complexidade sociocultural dos povos indígenas do Brasil e a variabilidade de determinantes de saúde aos quais estão expostos. Em relação ao processo de transição da cárie que atravessa os grupos indígenas, observa-se que não há um padrão geral aplicável para todos os grupos. Os estudos de casos que permitiram gerar a Figura 1 revelam algumas particularidades que merecem ser discutidas a seguir.

O caso dos Enawenê-Nawê (A) é bastante interessante, pois nos faz considerar que tempo de contato e fatores associados, como transformações na dieta e introdução de alimentos industrializados, não são fatores determinantes que expliquem, na totalidade, a trajetória das mudanças na saúde bucal dos grupos indígenas. O sistema de subsistência dos Enawenê-Nawê é baseado na caça, colheita, pesca e no cultivo da mandioca e milho. A colheita está relacionada principalmente à castanha-do-Brasil, buriti, bacaba, pequi e pequiá, bem como alguns tipos de insetos, cogumelos e mel. A pesca tem grande importância na economia do grupo. E os mingaus de mandioca e de milho adocicados, geralmente com mel, são consumidos frequentemente¹⁰. Detogni¹¹ destaca que os hábitos alimentares tradicionais dos Enawenê-Nawê são altamente cariogênicos, envolvendo uma alimentação, pastosa, rica em amido. Os alimentos sólidos geralmente são partidos em pedaços antes de serem levados à boca, diminuindo a possibilidade de autolimpeza dos dentes. Este padrão dietético resultou em péssimas condições de saúde bucal mesmo antes do contato definitivo com a sociedade nacional (ocorrido na década de 1970), situando esse grupo indígena entre aqueles (Figura 1) com os mais elevados níveis de cárie (CPOD de 11,8).

No levantamento epidemiológico realizado pelo Projeto Xingu da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) em parceria com o Projeto Colgate Nativo, em 2006, para alguns povos do Parque Indígena Xingu, nota-se diferenças importantes na prevalência da cárie. Os Kinsêdje (B), Ikpeng (C) e Kayabi (E) apresentam elevados níveis da doença,

enquanto que os Trumai (N) e Kamaiurá (O) um nível médio e, em situação bem mais favorável, os Waurá (R) com um valor bastante baixo de CPOD¹². Estas diferentes situações epidemiológicas refletem o rico mosaico sociocultural presente no Parque Xingu, as diferentes condições de vida, de acesso a serviços de saúde e as distintas formas de autocuidado com a saúde, adotadas por cada um desses povos. Essa variabilidade no perfil de cárie entre os grupos do Parque Indígena do Xingu traz desafios adicionais para a formulação de políticas e o desenho do componente de saúde bucal nos programas de saúde.

Os Xavante, povo indígena do Mato Grosso, constitui um caso clássico de transição em saúde bucal em consequência das transformações socioeconômicas causadas pela interação crescente com a sociedade envolvente. Com dados sobre sua saúde bucal disponíveis desde a década de 1960¹³, os Xavante partem de uma situação de quase ausência da doença para elevados valores de CPOD em 2004, como os observados na Figura 1 para os Xavante da Terra Indígena (T.I.) Marechal Rondon (F). Arantes et al.⁶ discutem a transição em saúde bucal dos Xavante da T.I. Pimentel Barbosa no período 1962 a 1997, mostrando a necessidade de um programa de promoção de saúde para reverter a tendência degenerativa da saúde bucal deste grupo indígena⁶.

Diferenças nos níveis de cárie entre subgrupos Xavante mostram que a transição em saúde bucal não é homogênea e depende do processo histórico de inserção e interação com a sociedade não-indígena. Entre os subgrupos Xavante, este processo vem se desenvolvendo de forma heterogênea e as

diferenças podem estar associadas a vários aspectos, entre os quais histórias particulares de interação com não-índios, aspectos socioculturais, acesso a serviços de saúde, entre outros. São determinantes e fatores que interferem localmente e que resultam em processos de saúde-doença singulares, com alterações epidemiológicas importantes entre os subgrupos Xavante¹⁴. É o que pode ser observado na Figura 1 entre os subgrupos da T.I. Marechal Rondon (F), Areões (J), Sangradouro (L) e Pimentel Barbosa (P).

Diferenciais de cárie dentro de uma mesma etnia também podem ser observados entre os Yanomami. Os trabalhos de Pereira¹⁵ e Freitas¹⁶ analisaram dois subgrupos Yanomami, respectivamente, os que vivem na comunidade de Maiá no Amazonas e aqueles que vivem na região do Xitei, em Roraima, divisa com a Venezuela. Apesar de ambos apresentarem baixa prevalência de cárie quando comparado com os demais grupos indígenas apresentados na Figura 1, o subgrupo de Maia (S) mostra-se muito mais vulnerável à cárie (CPOD igual a 2,5) do que os de Xitei (T), com quase ausência da doença (CPOD igual a 0,3). Assim como entre os Xavante, a diferença no perfil da cárie entre os Yanomami se deve a distintos processos de contato e de transformações ocorridos especificamente em cada subgrupo. Os Yanomami de Xitei constituem um subgrupo vivendo em uma região bastante isolada, o que ajudou a manter suas estratégias de subsistência preservadas, sem alterações significativas na dieta. Freitas¹⁶ destaca que o modelo de interação e contato interétnico adotado pelo grupo de missionários e profissionais de saúde que atuam nesta região têm procurado evitar a introdução de novos alimentos e produtos que

possam impactar na saúde da população.

Os Guarani também apresentam uma situação singular. Apesar do longo tempo de contato, desde os séculos XVI e XVII, alguns grupos apresentam atualmente níveis baixos de cárie, similares aos apresentados pela população brasileira não indígena (I) e pela população não indígena da região Sudeste (K). A experiência de cárie entre os Guarani (Mbyá e Ñandeva) do litoral do Rio de Janeiro (Q) parece ser menor à observada entre os Guarani (Mbyá) da Aldeia Morro da Saudade no Distrito de Parelheiros na periferia da cidade de São Paulo, apresentando um CPOD de 2,8 e 5,5 respectivamente. Alves Filho et al.¹⁷ ressaltam que desde 1993 existe uma assistência continuada à saúde bucal entre os Guarani do Rio de Janeiro e este fator, assim como a facilidade de acesso às aldeias devem estar contribuindo para os baixos valores de CPOD encontrados em 2006. Em São Paulo, apesar de não haver a descrição de um programa de saúde bucal estruturado na Aldeia Morro da Saudade, conforme Fratucci¹⁸, as condições de saúde bucal dos Guarani localizados no sul da cidade de São Paulo apresentaram-se mais satisfatórias comparado a outros segmentos populacionais do mesmo município e do Estado. Algumas hipóteses podem ser levantadas para explicar esta situação, como o acesso aos fluoretos: os Guarani teriam se beneficiado indiretamente por políticas de saúde bucal como a fluoretação da água, e os programas escolares de escovação dental supervisionada com dentifrício fluorado mantidos no município de São Paulo .

Os Potiguara (G) constituem um grupo cujo processo de contato teve início no século XVI e, segundo Sampaio et al.¹⁹, a disponibilidade de alimentos processados e a falta de

orientação sobre autocuidados com a saúde bucal, associados à falta de exposição ao flúor têm importante papel na prevalência de cárie do grupo, mesmo que eles ainda mantenham hábitos alimentares tradicionais. Segundo os autores, os resultados encontrados no estudo não são indicativos de que a prevalência de cárie está indo em direção contrária daquela observada para a região Nordeste, onde o nível da doença está estacionário ou diminuindo lentamente. No Estado da Paraíba em particular, os valores do CPOD nas áreas urbanas estão muito próximos daqueles observados para os Potiguara.

A prevalência de cárie entre os Baniwa que vivem na região de fronteira do Brasil com a Colômbia e Venezuela é alta (D) e entre os fatores associados, o consumo de gêneros alimentícios industrializados, inclusive produtos açucarados parece representar um importante determinante²⁰. O caso dos Baniwa remete a um problema muito comum entre os povos indígenas da região Amazônica que é o isolamento geográfico. As grandes distâncias a serem percorridas até as aldeias, geralmente por via fluvial, requerem muitas vezes vários dias de viagem, isto dificulta o acesso ao creme dental fluorado, a presença dos profissionais de saúde restringindo a cobertura e a continuidade dos serviços de atenção básica à saúde nessas comunidades.

Implicações para os programas de saúde bucal

O declínio na prevalência e na severidade da cárie tem sido observado nas últimas décadas em diferentes países americanos. No Brasil, para o período de 1986 a 2003 houve uma diminuição de 61,7% nos valores do

índice CPOD aos 12 anos de idade, passando de 6,7 para 2,8 respectivamente²¹. No período mais recente, entre 2003 e 2010, mantém-se a tendência de redução na carga da doença no território nacional²².

A transição da saúde bucal no Brasil tem como principais determinantes as medidas de saúde pública que permitiram o maior acesso ao flúor como a expansão da fluoretação das águas de abastecimento, a adição de fluoreto às principais marcas de dentifrícios no mercado e a mudança de enfoque nos programas de odontologia em saúde pública em todas as regiões do país. No entanto, a diminuição dos níveis de cárie no país, apesar de terem uma dimensão significativa, vem ocorrendo de forma desigual e 20 a 30% da população aos 12 anos de idade passou a concentrar 60% da carga de doença²¹.

Em contraste com a população brasileira, na qual se tem observado tendência de redução da cárie^{22,23,24}, há evidências que certas populações indígenas, estão experimentando um processo inverso de transição que é resultado de transformações nas práticas alimentares com aumento de consumo de alimentos industrializados, particularmente aqueles ricos em açúcar, aliado à falta de acesso a medidas básicas de prevenção e controle da cárie e à deficiência de serviços de atenção básica em saúde bucal nas aldeias, têm resultado em deterioração da saúde bucal de muitos grupos indígenas^{5,6,7,14}.

As informações epidemiológicas limitam-se a uma pequena parcela dos grupos indígenas no Brasil e a maioria dos estudos é do tipo transversal. Apesar dessa restrição, as informações científicas disponíveis permitem

afirmar que são raros os grupos que têm atravessado transição da saúde bucal no mesmo sentido do que a observada para grupos populacionais não indígenas. A exiguidade de estudos longitudinais realizados com povos indígenas no Brasil também não permite a generalização dos conhecimentos, entretanto os estudos com os Enawenê-Nawê¹¹, com os Xavante de Pimentel Barbosa²⁵ e outros grupos do Parque Indígena Xingu^{26,27} evidenciam uma transição da saúde bucal congruente com aquela observada para não indígenas em consequência de programas de saúde bucal bem estruturados.

O Programa de Saúde Bucal implementado junto ao povo Enawenê-Nawê teve como objetivo melhorar as condições dentárias observadas em 1995. O Programa tinha por base ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, e assistência odontológica continuada, além de capacitação de recursos humanos para a formação de agentes indígenas de saúde bucal. No período de acompanhamento, entre 1995 e 2005, pode-se notar um grande impacto do Programa na redução da prevalência de cárie, principalmente nas faixas etárias mais jovens, menores de 19 anos. Para a faixa etária 6 a 7 anos a redução do CPOD foi de 89,5%, para as idades de 12 a 13 anos a redução foi de 47,2% no período¹¹.

Outro estudo longitudinal que permitiu avaliar os impactos da implantação de um programa de saúde bucal entre indígenas foi realizado entre os Xavante de Etenheritipá. Este programa, resultado de uma parceria entre Associação Indígena e uma organização não governamental, foi coordenado por Arantes e implementado no período de 1999 a 2009. Três componentes principais nortearam o programa em *Etenheritipá*: o componente

educacional, o preventivo e o assistencial. O componente educacional procurou despertar o interesse a respeito da saúde bucal a fim de que fossem incorporados hábitos de autocuidado com a saúde, através da construção de novos conceitos sobre saúde e doença. O componente preventivo disponibilizou acesso regular ao flúor, seja através de creme dental ou da aplicação tópica. O componente assistencial procurou garantir o acesso aos serviços clínicos odontológicos, no alívio da dor, na remoção de focos de infecção, restaurações de dentes recuperáveis e terapia periodontal básica. No período entre 2004 e 2007, foi possível observar uma redução significativa dos níveis de cárie para a faixa etária entre 11 e 15 anos, quando comparados com os valores médios de 2004. Segundo Arantes et al.²⁵, a redução nos níveis de cárie entre os jovens deve-se principalmente às atividades de prevenção fortemente direcionadas a este segmento populacional.

No Parque Indígena Xingu, mais especificamente em algumas aldeias do Médio e Baixo Xingu foi implementado um Programa de Saúde Bucal através do estabelecimento de parcerias entre instituições públicas e organizações não governamentais que possibilitou a criação de um modelo de atenção à saúde bucal baseado no diagnóstico das necessidades locais, levando em consideração o perfil demográfico e epidemiológico, o contexto histórico e cultural e o reconhecimento das lideranças locais²⁷. Avaliando o perfil epidemiológico de saúde bucal de algumas aldeias do parque Indígena Xingu no qual este programa foi implementado (Etnias Kinsêdje, Yudjá, Kayabi e Ykpeng), no período de 2001 a 2006, Pacagnella²⁶ observou a redução do

índice CPOD entre as idades de 12 a 34 anos.

Todas as três experiências de estruturação de programas de saúde bucal em comunidades indígenas apresentadas acima tiveram uma característica comum, o estabelecimento de parcerias com organizações não governamentais, o que garantiu aporte de insumos e recursos para a estruturação dos programas por um tempo limitado de duração. Por essa razão, assegurar a sustentabilidade dessas iniciativas permanece como um desafio relevante. Com raras exceções, ainda não foram incorporados no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena do SUS (SasiSUS) programas efetivos de saúde bucal que consigam garantir acesso continuado às ações básicas de saúde. Até mesmo as ações mais elementares de saúde pública na área da saúde bucal, como o acesso regular aos dentifrícios fluorados, não é garantido pelo Subsistema, enfraquecendo o potencial de impacto dessa medida de prevenção da cárie. A baixa prevalência de cárie de alguns povos indígenas, como os Wuará e os Yanomami, pode ser atribuída a variados determinantes socioeconômicos e históricos específicos de cada um desses povos e não por ações implementadas pelo Subsistema de saúde indígena (Figura 1).

Dentre os casos apresentados, talvez o único local onde tenha sido estruturado um programa de saúde bucal há mais tempo, antes mesmo da implantação do subsistema de saúde indígena seja entre os Guarani do Rio de Janeiro, na região de Angra dos Reis e Parati. Os baixos níveis de cárie observados nesta população provavelmente tenham influência direta deste programa¹⁷. Entre os Guarani situados na região sul de São Paulo, que apresentam níveis de cárie também inferiores à média nacional,

o benefício pode ter sido indireto, decorrente de medidas de saúde pública implementadas pelo município, como acesso à água de abastecimento público fluoretada e programas escolares de escovação dental supervisionada com dentifrício fluorado¹⁸.

Com a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena dentro do SUS (SasiSUS) houve um maior aporte de recursos financeiros e de profissionais para os serviços de atenção à saúde indígena. Não obstante, as ações de saúde não têm se dado de forma homogênea em todo o território brasileiro. Enquanto em alguns Distritos é possível perceber o efeito produzido por determinadas ações, em outros existe muita dificuldade na implantação e organização dos serviços de saúde bucal, deixando muitas vezes, grande parte da população totalmente desassistida²⁸. Estas dificuldades provocam um quadro de desigualdade entre indígenas e não indígenas no que diz respeito ao acesso a serviços de atenção básica e de promoção de saúde.

Uma questão fundamental na implementação dos programas de saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) é a necessidade de priorizar a dimensão preventiva, ou seja, o acesso regular ao flúor seja através dos dentifrícios fluoretados, ou por meio de aplicações tópicas regulares de flúor. São medidas básicas, fundamentais para prevenção da cárie que não estão sendo oferecidas pelos gestores do SasiSUS. Um programa preventivo bem estruturado poderá diminuir a demanda por tratamentos curativos a médio e longo prazo, alterando o quadro atual caracterizado por ações mutiladoras em que a proporção de exodontias supera a porcentagem de dentes restaurados^{5,6,7,11,12,14,17,19,20}.

Frente à grande complexidade existente no quadro epidemiológico de saúde bucal entre os povos indígenas do Brasil é muito difícil estabelecer programas verticais, com soluções padronizadas. Os programas de saúde bucal voltados para povos indígenas devem ter como princípios a participação comunitária, a promoção de saúde, o uso de tecnologia apropriada, a utilização de fluoretos, o enfoque multissetorial, o treinamento de pessoal, dentre outros²⁹. Os programas de saúde, em geral, têm sido pouco sensíveis às peculiaridades dos segmentos sociais, pois adotam práticas que desconhecem as características locais e os recursos internos que podem ser acionados para a resolução de problemas específicos de saúde e doença³⁰. Os modelos locais estão vinculados a estratégias culturalmente diferenciadas de entendimento dos processos de adoecimento, sofrimento e cura. Particularmente no caso dos povos indígenas, o conhecimento, valorização e respeito aos modelos explicativos do processo saúde e doença são muito importantes para a implantação de programas de saúde na medida em que estes programas devem agregar valores e conceitos e não substituí-los. Todos estes pressupostos estão estabelecidos na Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígena³¹.

O grande desafio a ser enfrentado portanto, é implementar programas de saúde bucal sensíveis às especificidades locais e garantir sua sustentabilidade a fim de reduzir as conhecidas desigualdades entre indígenas e não-indígenas, e sobretudo, evitar o aprofundamento das disparidades entre os povos indígenas.

REFERÊNCIAS

1. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous

health in Latin America and Caribbean. *Lancet*. 2006;367:1859-69.

2. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, Censo Demográfico 2010: Características gerais dos Indígenas. Resultado do universo; Rio de Janeiro; 2010.

3. Coimbra Jr. CEA, Flowers NM, Salzano FM & Santos RV. *The Xavante in Transition: Health, Ecology, and Bioanthropology in Central Brazil*. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2002.

4. Santos RV & Coimbra Jr. CEA. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV e Escobar AL. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 2003. pp. 13-47.

5. Rigonatto DLL, Antunes JLF, Frazão P. Dental caries experience in Indians of the Upper Xingu, Brazil. *Rev Inst Med Trop S Paulo* 2001; 43(2): 93-8.

6. Arantes R, Santos RV & Coimbra Jr. CEA. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 2001; 17: 375-384.

7. Arantes R. Saúde bucal dos Povos Indígenas do Brasil: panorama atual e perspectivas. In: Coimbra Jr CEA, Santos RV e Escobar AL. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ABRASCO; 2003. pp. 49-72.

8. 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.
9. Neel JV, Salzano FM, Junqueira PC, Keiter F, Maybury-Lewis D. Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso. *Am J Hum Genet.* 1964; 16:52-140.
10. Santos GM. Seara de homens e de Deuses: uma etnografia dos modos de subsistência dos Enawene-Nawe. [dissertação de mestrado]. Campinas: UNICAMP; 2001.
11. Detogni AM. Práticas e perfil em saúde bucal: o caso Enawene-Nawe, MT, no período 1995-2005. Dissertação de Mestrado. Cuiabá. Universidade Federal de Mato Grosso; 2007.
12. Projeto Colgate Nativo/Projeto Xingu-UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), Levantamento epidemiológico no Parque Indígena Xingu, Relatório de Campo, 2006.
13. Niswander JD. Further studies on Xavante Indians. VII. The oral status of the Xavantes of Simões Lopes. *American Journal of Human Genetics*, 1967; 19:543-533.
14. Arantes R, Santos RV, Frazão P. Diferenciais de cárie dentária entre os Índios Xavante do Mato Grosso, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 2010; 13(2): 223-36.
15. Pereira SMC. Estudo epidemiológico em saúde bucal em uma comunidade Yanomami do Amazonas. Dissertação de Mestrado. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, UFAM; 2007.
16. Freitas LP. Saúde Bucal dos Yanomami da região de Xitei e Ketaa Roraima-Brasil. Dissertação de Mestrado. Manaus: Universidade Federal do Amazonas; 2008.
17. Alves Filho P, Vettore MV & Santos RV. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública.* 2009; (25):37-46.
18. Fratucci MVB. Alguns Aspectos das Condições de Saúde Bucal de uma População Indígena Guaraní Mbyá no Município de São Paulo. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 2000.
19. Sampaio FC, Freitas CHSM, Cabral MBF, Machado ATAB. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(4):246–51.
20. Carneiro MCG, Santos RV, Garnelo L, Bessa MAR & Coimbra Jr. CEA. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciênc. saúde coletiva*; 2008; 13:1985-1992.
21. Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JFL. Cárie dentária no Brasil: declínio, iniquidade e exclusão. *Revista Panamericana Salud Publica*; 2006; 19(6):385-93.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal – 2010: resultados principais. Brasília (DF); Departamento de Atenção Básica, Coordenação Geral de Saúde Bucal; 2011.

23. Projeto SB Brasil 2003 Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília – DF; 2004.

24. World Health Organization. The world oral health report. Continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Geneva; 2003.

25. Arantes R, Santos RV, Frazão, P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *International Dental Journal*. 2010;60, 235-240.

26. Pacagnella RC. Perfil epidemiológico de saúde bucal do Parque Indígena do Xingu, entre os anos 2001 e 2006. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP, 2007.

27. Lemos PN, Hirooka LB, Nunes SAC, Arantes R, Mestriner SF, Mestriner WJr . O modelo de atenção a saúde bucal no Médio e Baixo Xingu: parcerias, processos e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*; 2010;15(Supl. 1):1449-1456.

28. Ferreira LB. O Processo de Inserção das Ações de Saúde Bucal no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. [dissertação de mestrado]. Brasília: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, Universidade de Brasília; 2005.

29. Mautsch, W & Sheiham, A. Promoting Oral Health in Deprived Communities. Berlim: German Foundation for International

Development; 1995.

30. Briceño-León. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública*, 1996;12:7-30.

31. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. - 2^a edição - Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002.

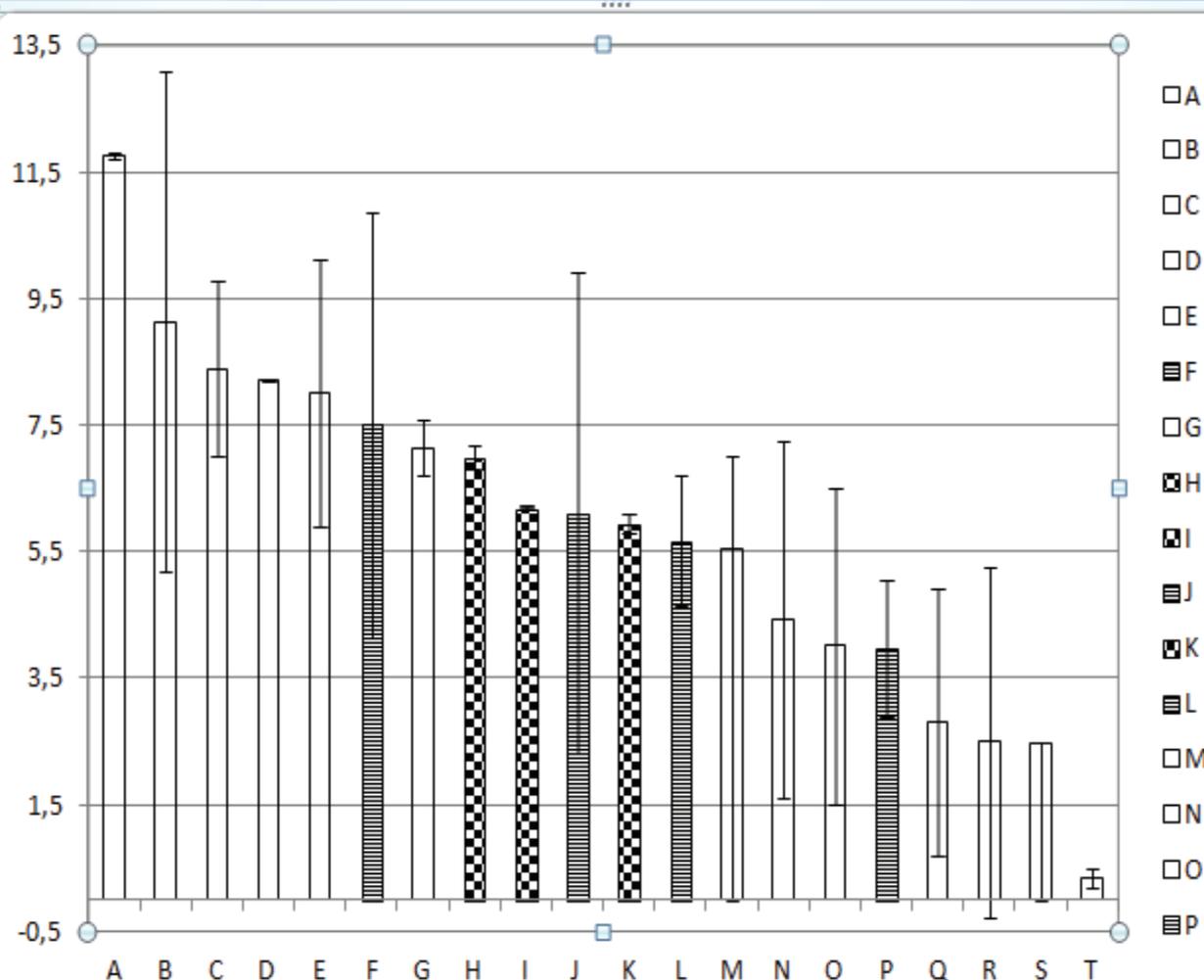
32. Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas do Brasil e o caso dos Xavante do Mato Grosso [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz; 2005.

Artigo apresentado em: 02/09/2013

Artigo aprovado em: 24/09/2013

Artigo publicado no sistema em: 03/12/2013

Figura 1: Comparação dos níveis de cárie entre a população não indígena do Brasil, da região Centro-Oeste e Sudeste com diferentes grupos indígenas, para a faixa etária de 15 a 19 anos de idade. Média e intervalo para 95% de confiança do CPOD.



Legenda:

Enawene-Nawê 2005 (a)	A
Kinsedje 2006	B
Ikpeng 2006	C
Baniwa 2004	D
Kayabi 2006	E
Xavante Marechal Rondon 2004	F
Potiguara 2007	G
Brasil-Região Centro-Oeste 2003	H
Brasil 2003	I
Xavante Areões 2004	J

Brasil-Região Sudeste 2003	K
Xavante Sangradouro 2004	L
Guarani SP 2000	M
Trumai 2006	N
Kamaiurá 2006	O
Xavante Pimentel Barbosa 2004	P
Guarani RJ 2007	Q
Waurá 2006	R
Yanomami Maiá 2007	S
Yanomami Xitei 2007	T

(a) Valor do índice CPOD referente à faixa etária de 17 a 19 anos.

Fontes:

Enawenê-Nawê¹¹, Kinsedje¹², Ikpeng¹², Baniwa²⁰, Kayabi¹², Xavante Marechal Rondon³², Potiguara¹⁹, Brasil-Região Centro-Oeste²³, Brasil²³, Xavante Areões³², Brasil-Região Sudeste²³, Xavante Sangradouro³², Guarani SP¹⁸, Trumai¹², Kamaiurá¹², Xavante Pimentel Barbosa³², Guarani RJ¹⁷, Waurá¹², Yanomami Maiá¹⁵, Yanomami Xitei¹⁶.