

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA**

**Práticas e perfil em saúde bucal: o caso
Enawene-Nawe, MT, no período
1995-2005**

Agda Maria Detogni

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde e Sociedade

Sub-Área: Diversidade Sócio-Cultural e Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Clara Vieira Weiss

**Cuiabá
2007**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**Práticas e perfil em saúde bucal: o caso
Enawene-Nawe, MT, no período
1995-2005**

Agda Maria Detogni

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde e Sociedade

Sub-Área: Diversidade Sócio-Cultural e Saúde

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Maria Clara Vieira Weiss

**Cuiabá
2007**

D482p

Detogni, Agda Maria.

Práticas e perfil em saúde bucal: o caso Enawene-Nawe, MT, no período 1995-2005. / Agda Maria Detogni. – Cuiabá: a autora, 2007.
321 páginas

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Clara Vieira Weiss.

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Mato Grosso.
Instituto de Saúde Coletiva. Campus Cuiabá.

1. Saúde Pública. 2. Saúde bucal. 3. Cárie dentária. 4. Flúor.
5. Atenção primária de saúde. 6. Povo indígena. 7. Enawene-Nawe.
I. Título.

CDU 616.31-089

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

DEDICATÓRIA

Dedicar um trabalho a alguém é bem mais que agradecer; é reconhecer a constante presença, física ou não, de pessoas queridas nos apoiando, incentivando e fortalecendo em cada etapa percorrida.

Dedico este trabalho a algumas pessoas muito especiais, sem as quais ele não teria acontecido,

À querida amiga Regina Antunes,
Ao meu pai Benedito (em memória) e minha mãe Maria Diva,
às minhas queridas irmãs Regina e Denise,
e ao querido companheiro Eloir.

AGRADECIMENTOS

O longo caminho percorrido desde 1995 até este momento, não foi percorrido de maneira solitária. Muitas pessoas participaram desta jornada e, a todos que apoiaram ou participaram estrategicamente das atividades desenvolvidas e, posteriormente, do desenvolvimento desta análise e reflexão, meus sinceros agradecimentos.

Agradeço carinhosamente à amiga Regina Antunes, que com seu apoio profissional e amizade, tornaram possível este caminhar. Obrigada pela confiança e estímulo em todos os momentos,

A Ivar Busatto, pela confiança e amizade depositada durante todo o período,

Aos Enawene-Nawe, mais do que um "objeto" de estudo, minha comunidade e família, já parte integrante do meu ser,

À minha orientadora, Maria Clara Vieira Weiss, companheira de militância,

Ao corpo docente do Instituto de Saúde Coletiva da UFMT, em especial aos Professores João Henrique G. Scatena, Marta G. Pignatti e Sueli Pereira de Castro, que, além de mestres, se mostraram amigos nesta trajetória, e à Profa. Denise Bergamaschi, da Faculdade de Saúde Pública da USP, que em muitos momentos foi um importante referencial para a elaboração deste trabalho,

Aos companheiros e companheiras de trabalho em campo: Floriano Jr., Kátia, Andrea, Pedro, Heggy, Fabrício, Rose, Fátima, Elizabete, Conceição, Ricardo, Maristela, Regina Márcia, Grasiela, Vanessa, Ubiraí, Mariana, Rafito, os quais estiveram presentes em diferentes momentos do desenvolvimento deste trabalho,

Às equipes de saúde e de apoio da FUNASA e da OPAN, pelo apoio prestado, e ao amigo William de Moura José pela valiosa colaboração no Abstract,

À minha mãe e irmãs, pelo incentivo, Ao companheiro Eloir, pelo carinho, apoio e cumplicidade.

Detogni AM. Práticas e perfil em saúde bucal: o caso Enawene-Nawe, MT, no período 1995-2005 [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2007.

RESUMO

A saúde bucal de povos indígenas no Brasil está associada ao histórico de contato e às políticas oficiais de indigenismo e saúde dirigidas a estes povos. Este estudo descreve o perfil e as práticas em saúde bucal desenvolvidas junto ao povo Enawene-Nawe entre 1995 e 2005, analisa as tendências das doenças bucais mais prevalentes nesse grupo e apresenta alguns condicionantes dos resultados observados. As práticas de saúde bucal se basearam na estratégia de 'Atenção Primária de Saúde', e incluíram medidas individuais e coletivas de prevenção e promoção de saúde, atendimento preventivo, curativo, e reabilitador, e formação de agentes de saúde. Tais prática foram conduzidas numa proposta de "trabalho-convivência" junto ao grupo e com participação comunitária na definição de prioridades e acompanhamento das ações. Representa tanto um estudo de caso, quantitativo, como um estudo qualitativo, baseado na 'observação participante' e em análise documental. Os dados resultaram de quatro levantamentos de saúde bucal conduzidos para toda a população. Para análise da cárie dentária foram utilizados: índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD-ceod, para dentições permanente e decídua, respectivamente); o equivalente para superfícies dentárias (CPOS-ceos); índice de dentes funcionais (IDF); e índice de cuidados (IC). Outras alterações bucais descritas incluem: periodonto, oclusopatias, fluorose e uso/necessidade de próteses. Dentre os principais resultados destacam-se: redução de 47,2% na prevalência de cárie aos 12-13 anos, com o índice CPOD variando de 7,7 em 1995, para 4,1 em 2005, e aumento na proporção de livres de cárie na dentição permanente entre 6 e 16 anos, de 9,8% em 1995, para 31,2% em 2005. O principal problema de saúde bucal entre adultos foi o edentulismo, e a reabilitação dentária representou uma das principais demandas em

saúde bucal do grupo, o qual valoriza culturalmente o sorriso. A confecção de próteses totais e parciais resultou em maior perda dentária entre adultos, porém, representou estratégia de legitimação das práticas de saúde, e favoreceu mudanças de comportamento em crianças e jovens, dirigidas aos cuidados bucais. As práticas de saúde bucal desenvolvidas no período favoreceram melhorias na saúde da população, evidenciadas tanto em seu perfil de saúde bucal como na satisfação demonstrada com os resultados do trabalho, e foram condicionadas favoravelmente pela proposta de 'trabalho-convivência' e participação da comunidade.

Descritores: Atenção primária de saúde; Cárie dentária; Flúor; Populações indígenas; Prática de saúde pública; Prevenção primária.

Detogni AM. Practices and status in oral health: Enawene-Nawe case, Mato Grosso, in the period 1995-2005 [*Dissertation*]. Cuiabá: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso; 2007.

ABSTRACT

Oral health of Brazilian indigenous peoples is linked to contact background and to official policies of health and indigenismo held to those people. This study describes the status and practices in oral health developed together with the people Enawene-Nawe between 1995 and 2005, analyzes the trends of the most prevalent oral diseases among this group and portraits conditioning factors for the results obtained. The practices of oral health were based on the "Primary Health Care" strategy and included individual and collective measures for health prevention and promotion, preventive, restorative and rehabilitative care, and health agents formation. Such practices were conducted in a "work-coexistence" approach to the group with communitary participation on priorities definition and action follow-up. It represents a quantitative study-case as well as a qualitative one, based on "participative observation" and on documentary analysis. The data resulted from four oral health surveys conducted to the whole population. For dental caries analysis were used: decayed, missing and filled teeth index (DMFT-deft, for permanent and deciduous dentitions, respectively); the equivalent for dental surfaces (CPOS-defs); functioning teeth index; and care index (CI). The surveys also described: periodontal diseases, dental and occlusal anomalies, dental fluorosis and use or necessity of dental prosthesis. Among the main results some stand out: 47.2% decreasing on caries prevalence between 12-13 years old, with DMFT index varying from 7.7 in 1995 to 4.1 in 2005, and increasing proportion of caries free in permanent dentition from 9.8% in 1995 to 31.2% in 2005, for 6 to 16 years old people. The main oral health problem among adults was the high proportion of missing teeth, and the need of prosthesis rehabilitation represented one of the main demands on oral health in the

group that values the smile in their culture. The dental rehabilitation by total and partial prosthesis resulted in a larger proportion of missing teeth among adults; however, it represented a legitimation strategy of health practices, and favored changes in children and youngsters behaviour related to oral care. The oral health practices developed in the period favored improvements on the people's health, evidenced as in their oral health status as in the satisfaction shown with the work, which was favorably conditioned by the "work-coexistence" approach and the participation of the community.

Descriptors: Primary health care; Dental caries; Fluorine; Indigenous population; Public health practice; Primary prevention.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	33
OBJETIVOS	41
REFERENCIAL TEÓRICO	43
DOENÇA, TECNOLOGIA, TRABALHO E PRÁTICAS DE SAÚDE	43
CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	53
1. LEVANTAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	56
2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	63
CAPÍTULO 1	
CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL	67
1.1 O POVO INDÍGENA ENAWENE-NAWE	68
1.2 O INDIGENISMO OFICIAL E OS INDIGENISMOS ALTERNATIVOS	76
1.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL	84
CAPÍTULO 2	
ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL	94
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE	94
2.2 ODONTOLOGIA E SAÚDE BUCAL COLETIVA	103
CAPÍTULO 3	
OS ENAWENE-NAWE E A SAÚDE BUCAL	107
3.1 ANTECEDENTES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL AO POVO ENAWENE-NAWE	112
3.2 A PROPOSTA DE TRABALHO EM 1995	116
3.3 O PERÍODO 1995-2005	118
3.4 ESTRATÉGIAS E PRÁTICAS DE SAÚDE BUCAL	120
3.4.1 Higiene bucal e uso de creme dentifrício fluoretado	121
3.4.2 Aplicações tópicas de flúor-gel acidulado (1,23%) através de escovação dental supervisionada	128
3.4.3 Aplicação de verniz fluoretado	130
3.4.4 Materiais odontológicos que liberam flúor	132
3.4.5 Técnica de Restauração Atraumática e Restaurações-seladas	133

3. 4. 6	Selantes de fóssulas e fissuras	134
3. 4. 7	Atendimento individual	137
3. 4. 8	Formação de agentes indígenas de saúde (AIS) bucal	141
3. 4. 9	Reabilitação dentária por próteses totais e parciais removíveis	147
3. 4. 10	Formação de um banco de dados em saúde bucal e desenvolvimento de um sistema de registros específicos	152
CAPÍTULO 4		
PERFIL EM SAÚDE BUCAL DO POVO ENAWENE-NAWE		155
4. 1	POPULAÇÃO	155
4. 2	LEVANTAMENTO DE SAÚDE BUCAL - 1995	161
4. 3	COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS LEVANTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL DE 1995 A 2005	167
DISCUSSÃO		219
A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA POVOS INDÍGENAS NO BRASIL E NO MUNDO		228
CONSIDERAÇÕES FINAIS		253
REFERÊNCIAS		257
ANEXOS		275
Anexo 1 - Códigos e critérios adotados nos levantamentos de saúde bucal		275
Anexo 2 - Fichas individuais utilizadas nos levantamentos de saúde bucal; Povo Enawene-Nawe (1995 – 1999 – 2002 – 2005)		288
Anexo 3 - Termo de aprovação ética de projeto de pesquisa.		291
Anexo 4 - Classificação para risco de cárie e recomendações para uso de produtos fluorados		292
Anexo 5 - Ficha individual para levantamentos de saúde bucal		293
Anexo 6 - Ficha para procedimentos clínicos realizados durante atendimentos		294
Anexo 7 - Códigos e critérios para anotações em fichas individuais de acompanhamento em saúde bucal e exemplos de fichas preenchidas		295
Anexo 8 - Tabelas comparativas das condições de saúde bucal do povo Enawene-Nawe (1995-2005) e população brasileira; e referentes aos levantamentos de saúde bucal de 1999, 2002 e 2005		297

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Média de dentes decíduos e permanentes que apresentaram necessidades de tratamento no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1989.	113
Tabela 2.	Porcentagem de indivíduos com doenças periodontais no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e tipo de doença, Mato Grosso-Brasil, 1989.	114
Tabela 3.	Distribuição da população Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1975, 1985, 1995 e 2005.	159
Tabela 4.	Índice CPOD e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1995.	163
Tabela 5.	Distribuição do edentulismo no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1995.	164
Tabela 6.	Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 1995.	164
Tabela 7.	Índice ceod e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1995.	165
Tabela 8.	Índice CPOD e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1995.	166
Tabela 9.	Índice CPOD no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	168
Tabela 10.	Valores CPOD e percentual de redução na prevalência da cárie, segundo faixas etárias, povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995-2005.	168

Tabela 11.	Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe, com CPOD=0, segundo faixa etária e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	172
Tabela 12.	Distribuição absoluta e percentual do edentulismo (P=100%), na população Enawene-Nawe com 25 anos de idade ou mais, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	178
Tabela 13.	Índice ceod no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil.	184
Tabela 14.	Índice de Cuidados (IC) segundo faixas etárias e período, povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	185
Tabela 15.	Proporção de dentes permanentes cariados (C) no povo indígena Enawene-Nawe entre 6 e 11 anos de idade, Mato Grosso-Brasil, 1995, 2002 e 2005.	187
Tabela 16.	Proporção de dentes permanentes restaurados (O) e hígidos (H) no povo indígena Enawene-Nawe entre 6 e 24 anos de idade, Mato Grosso-Brasil, 1995, 2002 e 2005.	188
Tabela 17.	Valores CPOD, segundo faixas etárias, e percentual de redução na prevalência da cárie, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, entre 1995 e 2005.	189
Tabela 18.	Valores IDF em 1995 e 2005, e percentual de alteração do índice no período, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil.	190
Tabela 19.	Distribuição proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	191
Tabela 20.	Índice ceos no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1999, 2002 e 2005.	193
Tabela 21.	Distribuição percentual da população Enawene-Nawe segundo condição periodontal de maior gravidade verificada pelo IPC e faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005.	201
Tabela 22.	Distribuição absoluta e percentual dos componentes do índice periodontal comunitário - IPC, segundo sextante e faixa etária, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1999.	203

Tabela 23.	Distribuição absoluta e percentual dos componentes do índice periodontal comunitário - IPC, segundo sextante e faixa etária, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.	204
Tabela 24.	Frequência absoluta, relativa e número médio de sextantes segundo condição do índice periodontal comunitário (IPC) e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 1999.	205
Tabela 25.	Frequência absoluta, relativa e número médio de sextantes segundo condição do índice periodontal comunitário (IPC) e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 2005.	205
Tabela 26.	Prevalência de anomalias dentofaciais, segundo classificação ' <i>normal</i> ', ' <i>leve</i> ' ou ' <i>moderada/severa</i> ' e faixa etária, observadas na população Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, em 1999 e 2005.	208
Tabela 27.	Distribuição das necessidades de próteses dentárias na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e sexo, Mato Grosso-Brasil, em 1999.	209
Tabela 28.	Distribuição das necessidades de prótese dentária, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, em 1999.	209
Tabela 29.	Distribuição das próteses dentárias em uso, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.	211
Tabela 30.	Distribuição das próteses dentárias em uso, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 2005.	211
Tabela 31.	Distribuição das necessidades de prótese dentária, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.	212
Tabela 32.	Distribuição das necessidades de prótese dentária, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, em 2005, segundo tipo de prótese, arco dentário e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 2005.	212

Tabela 33.	Distribuição da cárie dentária em grupos indígenas brasileiros, segundo etnia, faixa etária, índice analisado e período em que foram coletados os dados, Mato Grosso-Brasil.	231
Tabela 34.	Distribuição percentual de ceod = 0 aos 5 anos e CPOD = 0 aos 12 anos no Brasil e na região Centro-Oeste em 2003, e para o povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil), em 1995 e 2005.	297
Tabela 35.	Índice ceod/CPOD, segundo faixas etárias, na região Centro-Oeste e no Brasil em 2003, e para o povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1995 e 2005.	297
Tabela 36.	Distribuição dos componentes do índice CPOD, segundo faixas etárias, em adolescentes e adultos, no Brasil e região Centro-Oeste em 2003, e no povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1995 e 2005.	298
Tabela 37.	Distribuição percentual da população conforme uso ou necessidade de próteses dentais, verificadas no Brasil e região Centro-Oeste em 2003, e no povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1999 e 2005, segundo faixas etárias (anos) e arcos dentários.	298
Tabela 38.	Distribuição percentual populacional do Índice Periodontal Comunitário (IPC), no Brasil e região Centro-Oeste em 2003, e no povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1999 e 2005, segundo condição periodontal de maior gravidade e faixa etária.	299
Tabela 39.	Distribuição percentual de sextantes afetados, segundo condição periodontal de maior gravidade do Índice Periodontal Comunitário (IPC) e faixa etária, no Brasil e região Centro-Oeste em 2003, e no povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1999 e 2005.	300
Tabela 40.	Prevalência de anomalias dentofaciais na população brasileira, na região Centro-Oeste e no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 2007.	301
Tabela 41.	Prevalência de fluorose na população brasileira, da região Centro-Oeste, e no povo indígena Enawene-Nawe, segundo grau de fluorose, faixa etária e período, Mato Grosso-Brasil.	301

Tabela 42.	Índice CPOD e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.	302
Tabela 43.	Índice ceod e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.	302
Tabela 44.	Índice CPOD e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1999.	303
Tabela 45.	Índice de dentes funcionais (IDF) e desvio padrão no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1999.	303
Tabela 46.	Índice de Cuidados (IC) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.	304
Tabela 47.	Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 1999.	304
Tabela 48.	Índice CPOS e componentes, superfícies hígidas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.	305
Tabela 49.	Índice ceos e componentes, superfícies hígidas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.	305
Tabela 50.	Índice CPOS/ceos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1999.	306
Tabela 51.	Índice CPOD e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.	306
Tabela 52.	Índice ceod e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.	307
Tabela 53.	Índice CPOD e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2002.	307

Tabela 54.	Índice de dentes funcionais (IDF) e desvio padrão no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2002.	308
Tabela 55.	Índice de Cuidados (IC) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.	308
Tabela 56.	Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 2002.	309
Tabela 57.	Índice CPOS e componentes, superfícies híginas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.	309
Tabela 58.	Índice ceos e componentes, superfícies híginas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.	310
Tabela 59.	Índice CPOS e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2002.	310
Tabela 60.	Índice CPOD e componentes, dentes híginos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.	311
Tabela 61.	Índice ceod e componentes, dentes híginos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.	311
Tabela 62.	Índice CPOD e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.	312
Tabela 63.	Índice de dentes funcionais (IDF) e desvio padrão no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.	312
Tabela 64.	Índice de Cuidados (IC) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.	313
Tabela 65.	Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 2005.	313

Tabela 66.	Índice CPOS e componentes, superfícies híginas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.	314
Tabela 67.	Índice ceos e componentes, superfícies híginas e desvio padrão, segundo faixas etárias, povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.	314
Tabela 68.	Índice CPOS e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.	315
Tabela 69.	Distribuição absoluta e percentual da população Enawene-Nawe entre 6 e 16 anos de idade segundo valores de CPOD, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	316
Tabela 70.	Índice de dentes funcionais (IDF) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	317
Tabela 71.	Índice de dentes funcionais (IDF) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, sexo e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	317
Tabela 72.	Índice CPOS no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1999, 2002 e 2005.	318
Tabela 73.	Índice CPOS no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, sexo e período, Mato Grosso-Brasil, 1999, 2002 e 2005.	318
Tabela 74.	Distribuição absoluta e percentual da população Enawene-Nawe segundo condição periodontal de maior gravidade verificada pelo IPC e faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.	319
Tabela 75.	Distribuição absoluta e percentual da população Enawene-Nawe segundo condição periodontal de maior gravidade verificada pelo IPC e faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.	319

Lista de Quadros

- Quadro 1.** Diretrizes, objetivos e metas do planejamento de atenção em saúde bucal para o povo Enawene-Nawe, Cuiabá- MT, 1995. 117
- Quadro 2.** Classificação de prevalência de cárie dentária da Organização Mundial de Saúde (OMS), segundo valores de CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12 anos e no grupo etário de 35 a 44 anos, 2003. 162
- Quadro 3.** Prevalência das anomalias dentofaciais na população Enawene-Nawe, segundo tipo de anomalia e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005. 206
- Quadro 4.** Alterações bucais observadas no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2002 e 2005. 215
- Quadro 5.** Metas da Federação Dentária Internacional (FDI) e Organização Mundial de Saúde (OMS) para o ano 2000 com relação à cárie dentária, resultados do levantamento de saúde bucal 'SB Brasil - 2003', e principais resultados dos levantamentos de saúde bucal junto ao povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil), segundo faixas etárias, em 1995 e 2005. 220
- Quadro 6.** Códigos e critérios para levantamento de cárie dentária, pelo índice CPOS, no povo indígena Enawene-Nawe em 1999. 278
- Quadro 7.** Códigos e critérios para levantamento das condições periodontais entre os Enawene-Nawe, pelo índice periodontal comunitário, Mato Grosso-Brasil, 2002 e 2005. 280
- Quadro 8.** Códigos e critérios para levantamento do uso/necessidade de próteses dentárias entre os Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, em 1999 e 2005. 282
- Quadro 9.** Códigos e critérios para levantamento das condições de fluorose, pelo índice de Dean, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1999-2005. 283
- Quadro 10.** Códigos e critérios para levantamento das condições de cárie dentária, pelo índice CPOD, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2002. 287

Quadro 11. Classe de risco de cárie dentária segundo situação individual.	292
Quadro 12. Critérios para inclusão nas classes de risco para cárie dentária segundo a situação individual.	292
Quadro 13. Recomendação da frequência da aplicação de produtos fluorados segundo acesso à água fluoretada.	292

Lista de Figuras

- Figura 1.** Pirâmides populacionais, grupo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1975 e 1985. 157
- Figura 2.** Pirâmides populacionais, grupo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005. 158
- Figura 3.** Composição absoluta da população Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1975, 1985, 1995 e 2005. 160
- Figura 4.** Composição percentual da população Enawene-Nawe segundo faixas etárias agrupadas, Mato Grosso-Brasil, 1975, 1985, 1995 e 2005. 160
- Figura 5.** Índice CPOD e componentes no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005. 170
- Figura 6.** Distribuição das médias CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) entre crianças e adolescentes do povo indígena Enawene-Nawe, em 1995, 1999, 2002 e 2005, segundo grupo etário, Mato Grosso-Brasil. 171
- Figura 7.** Prevalência de CPOD=0 no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995-2005. 172
- Figura 8.** Prevalência de cárie dentária no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995-2005. 173
- Figura 9.** Distribuição proporcional da população Enawene-Nawe entre 6 e 16 anos de idade, segundo índice CPOD e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005. 174
- Figura 10.** Distribuição percentual dos valores CPOD (dentes cariados, perdidos e obturados) aos 12-13 anos de idade no povo indígena Enawene-Nawe, segundo valores e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005. 176
- Figura 11.** Índice CPOD e componentes no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005. 177
- Figura 12.** Distribuição proporcional dos componentes do índice CPOD aos 12-13 anos de idade, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo tipos de dentes (homólogos), arcos dentários, sexo e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005. 180

Figura 13. Distribuição proporcional dos dentes CPOD aos 14-16 anos de idade, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo tipos de dentes (homólogos), arcos dentários, sexo e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.	181
Figura 14. Índice CPOD e componentes, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo grupos etários e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.	183
Figura 15. Distribuição dos componentes ceod aos 5 anos de idade no povo indígena Enawene-Nawe, segundo período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	184
Figura 16. Índice de Dentes Funcionais (IDF) e componentes no grupo indígena Enawene-Nawe, segundo grupos etários, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.	186
Figura 17. Distribuição das médias de dentes C+P (=doença) e O+H (=saúde) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e períodos analisados, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.	190
Figura 18. Índice de superfícies cariadas, perdidas e obturadas (CPOS) e componentes, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e período, Mato Grosso-Brasil.	192
Figura 19. Prevalência de cárie em superfícies oclusais de molares e palatinas de incisivos laterais, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e período, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005.	194
Figura 20. Prevalência de cárie em superfícies vestibulares de molares e incisivos, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005.	195
Figura 21. Distribuição proporcional da população Enawene-Nawe que apresentou pelo menos uma superfície dental com selante na dentição permanente, segundo sexo e faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.	197
Figura 22. Distribuição do número médio de superfícies dentárias que apresentaram selantes, segundo grupos etários, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.	198
Figura 23. Número médio de superfícies dentárias com selante, segundo grupos etários e sexo, povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.	199
Figura 24. Distribuição percentual de superfícies dentárias com selantes em dentes anteriores e posteriores, segundo tipo de superfície e faixa etária, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.	199

- Figura 25.** Prevalência de fluorose (Índice de Dean) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005. 200
- Figura 26.** Distribuição da população Enawene-Nawe a partir dos 14 anos de idade, segundo uso/necessidade de próteses dentárias, faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005. 210
- Figura 27.** Distribuição proporcional da população Enawene-Nawe segundo uso de próteses e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 2005. 214

Lista de Fotos

Foto 1.	Homens durante ritual de <i>Yãkwa</i>	31
Foto 2.	Pátio da aldeia Matokodakwa (<i>wytekokwa</i>)	31
Foto 3.	Troca de alimentos durante ritual de <i>Lerohi</i>	39
Foto 4.	Mulheres em ritual de <i>Kateoko</i> com adornos masculinos	39
Foto 5.	Espaço doméstico - universo feminino	51
Foto 6.	Crianças na beira do rio	51
Foto 7.	Mulher processando a mandioca	65
Foto 8.	Mulher preparando o alimento	65
Foto 9.	Mulher pilando o milho	65
Foto 10.	Jovem mãe com seu filho	65
Foto 11.	Espaço de trabalho	105
Foto 12.	Atendimento a crianças pequenas	105
Foto 13.	Crianças escovando os dentes na beira do rio (1995)	217
Foto 14.	Crianças brincando de dentista	217
Foto 15.	Atividade de evidenciação de placa bacteriana	217
Foto 16.	Homens adultos jovens sem dentes - 1	252
Foto 17.	Homens adultos jovens sem dentes - 2	252
Foto 18.	Homens adultos jovens com próteses	252
Foto 19.	Homens chegando de uma pescaria ritual de <i>Salumã</i>	321
Foto 20.	Os 'espíritos', encarnados nos pescadores, recebem alimentos dos Enawene-Nawe, anfitriões que permaneceram na aldeia	321

Lista de Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIS	Agente Indígena de Saúde
AISAN	Agente Indígena de Saneamento
APS	Atenção Primária de Saúde
ceod	Índice de cárie para a dentição decídua - dentes cariados, com extração indicada e obturados
ceos	Índice de cárie para a superfícies dentárias da dentição decídua - superfícies cariadas, com extração indicada e obturadas
CIMI	Conselho Indigenista Missionário
CIS	Comissão Intersetorial de Saúde
CNPSI	Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio
CNSI	Conferência Nacional de Saúde Indígena
CNSPI	Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas
CPI	Community Periodontal Index
CPOD	Índice de cárie para Dentes permanentes Cariados, Perdidos e Obturados
CPOS	Índice de cárie para Superfícies dentais Cariadas, Perdidas e Obturadas
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
EPM	Escola Paulista de Medicina
EVS	Equipe Volante de Saúde
EUA	Estados Unidos da América
FDI	Federação Dentária Internacional
FSP	Faculdade de Saúde Pública
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HFI	Hiperplasia Fibrosa Inflamatória
I₁	Incisivos centrais (dentes permanentes)
I₂	Incisivos laterais (dentes permanentes)
IC	Índice de Cuidados dentais

ICMS	Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Prestação de Serviços
IDF	Índice de Dentes Funcionais
IHS	Indian Health Service
IPC	Índice Periodontal Comunitário
ISA	Instituto Socioambiental
M₁	Primeiros Molares (dentes permanentes)
M₂	Segundos Molares (dentes permanentes)
MAISI	Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio
MS	Ministério da Saúde
MT	Estado de Mato Grosso
NISI	Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAN	Operação Amazônia Nativa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRODEAGRO	Projeto de Desenvolvimento Agro-ambiental
PPR	Prótese Parcial Removível
PT	Prótese Total
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SB-BRASIL 2003	Relatório do levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SPI	Serviço de Proteção ao Índio
SPILTN	Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSA	Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas
UNI	União das Nações Indígenas
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fundo das Nações Unidas para a Infância)
USMA	Unidade de Saúde e Meio Ambiente
USP	Universidade de São Paulo



Foto 1 - Homens durante ritual de *Yākwa*



Foto 2 - Pátio da aldeia Matokodakwa (*wytekokwa*)

INTRODUÇÃO

A proposta de desenvolver um trabalho de atenção à saúde bucal para o grupo indígena Enawene-Nawe surgiu em 1995, após a visita de um grupo de dirigentes do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento / Projeto de Desenvolvimento Agro-Ambiental do Estado de Mato Grosso (PNUD/PRODEAGRO) à aldeia onde vive o povo, no Mato Grosso. Sensibilizados com a grave condição de saúde bucal da população em geral, abriram financiamento para uma consultoria em saúde bucal para esse povo com os seguintes objetivos: diagnóstico de saúde, assistência clínico-cirúrgica e elaboração de uma proposta de intervenção no sentido de apontar um caminho para melhoria das condições de saúde bucal entre os Enawene-Nawe.

Tendo sido escolhida para fazer esta consultoria, permaneci durante dois meses na aldeia Matokodakwa (nome da aldeia onde vivia o povo Enawene-Nawe), para realização do diagnóstico de saúde bucal e prestação de assistência à população.

O “diagnóstico”, para usar um termo tradicionalmente conhecido por nós da área da saúde para designar as condições de saúde-doença presentes em determinada pessoa ou população, logo suscitou em mim a dúvida de qual seria, de fato, o principal problema de saúde bucal naquela população. A partir da perspectiva odontológica não havia sombra de dúvida sobre o diagnóstico: a ‘cárie dentária’ era a principal causa de morbi-mortalidade dentária naquela população e, mais do que isso, de sofrimento e deterioração da sua qualidade de vida em praticamente todas as faixas etárias. Por outro lado, a ênfase dada pela população à necessidade de ter dentes e não sofrer com dor mudava o foco do “mal” que os afligia para algo diferente daquilo a que estamos habituados a encarar como doença na nossa formação técnica habitual. O “mal”, ou a “doença” na perspectiva dos Enawene-Nawe era sofrer com dor e não ter dentes para comer bem, para sorrir e manter uma boa aparência.

Embora em 1995 ainda não existisse o amadurecimento e vivência que os dez anos de atuação proporcionaram, percebi desde logo que algo novo deveria ser considerado naquela situação para dar conta da melhoria das condições de saúde

bucal daquele povo, e que, obrigatoriamente, deveria incluir as expectativas que tinham com relação ao que referiam como necessidades em saúde.

Durante os dez anos que se seguiram a este primeiro diagnóstico, muitas ações foram desenvolvidas para promover a saúde bucal do povo Enawene-Nawe. A “promoção de saúde” é utilizada aqui tanto no sentido estrito, que está associado a ações específicas que estão dirigidas aos indivíduos para que estes possuam as condições necessárias de manutenção de sua saúde, como no sentido atualmente conferido ao tema, e que envolve a perspectiva da participação popular e de empoderamento da população para conquista de condições de saúde em um nível mais amplo, dirigido à qualidade de vida.

Tal perspectiva de atuação em saúde foi favorecida pelo contexto de indigenismo em que se desenvolveu. Como veremos adiante em item específico, o indigenismo praticado pela instituição indigenista que atua junto a esse povo, Operação Amazônia Nativa¹ (OPAN), não pactua com a tendência do indigenismo oficial brasileiro que, historicamente, sempre esteve pautado pela assimilação dos povos indígenas e, conseqüentemente, de seus territórios, à cultura e território nacionais, através da justificativa positivista que os caracterizava como 'inferiores' em uma escala evolutiva.

O indigenismo praticado pela OPAN está alinhado com o respeito aos povos indígenas em suas características socioculturais específicas que os diferencia da nossa sociedade, e sua atuação está voltada para a defesa dos interesses e direitos dessas populações, como cidadãos e como povos inseridos na sociedade nacional. As diretrizes institucionais priorizam a convivência daqueles que trabalham junto ao povo, e valorizam sua autodeterminação, indo ao encontro de práticas de saúde também diferenciadas, que valorizem os diferentes saberes e atuem na perspectiva de empoderamento das comunidades.

Considerando, entretanto, que o conhecimento técnico-científico acumulado pelas ciências da saúde constitui ferramenta importante e indispensável para instrumentalizar um projeto de melhoria das condições de saúde de indivíduos e populações, este trabalho se propôs o desafio de articular, tanto quanto possível, a

¹ A OPAN (atual Operação Amazônia Nativa) é uma organização não-governamental que executa projetos nas áreas de terra, saúde, economia e educação com diversos povos indígenas na Amazônia e tem sede em Cuiabá-MT. A OPAN atua junto aos Enawene-Nawe desde 1974, quando o povo foi contactado por missionários da, então, Operação Anchieta (nome anterior da atual OPAN).

objetividade dos conhecimentos, dados e informações produzidos no trabalho junto ao povo Enawene-Nawe durante o período de 1995 a 2005 a uma reflexão sobre as práticas de saúde bucal que foram desenvolvidas neste processo de trabalho-convivência.

Este trabalho acadêmico derivou dos dez anos de trabalho e convivência com o povo indígena Enawene-Nawe, os quais me permitiram experimentar diferentes maneiras de encarar “trabalho e convivência”, de perceber “o outro”, de pensar a prática profissional, de me perceber entre eles, na profissão, em nossa sociedade e, até mesmo, no mundo.

O campo da Saúde Coletiva é um campo multidisciplinar que, mais do que propor ações em saúde a serem desenvolvidas para o coletivo, se propõe a atuar de maneira interdisciplinar e ‘olhar’ o coletivo não de maneira linear, como a soma de muitos indivíduos, mas como coletividades, comunidades social e historicamente determinadas. Por esta razão, quaisquer ações em saúde desenvolvidas ‘para’ e ‘junto’ a qualquer comunidade têm sempre na base de seu planejamento orientações político-ideológicas² a permearem e definirem a forma como as práticas são desenvolvidas, quais os beneficiários dessas práticas, o que se define como ‘doença’ em uma dada situação e quais são as prioridades de tratamento.

Como nenhuma escolha é isenta de ideologia, este estudo apresenta também, sempre que pertinente, as idéias e referenciais que orientaram as definições das práticas de saúde a serem implementadas, bem como as circunstâncias e o contexto em que se desenvolveram.

O 'Capítulo 1' apresenta um panorama histórico geral sobre os povos "indígenas" no Brasil e no mundo, um pouco sobre o povo indígena Enawene-Nawe e, o

² Ideologia é um termo usado no senso comum com o sentido de "conjunto de idéias, pensamentos, doutrinas e visões de mundo de um indivíduo ou de um grupo, orientado para suas ações sociais e, principalmente, políticas". "Ideologia", no marxismo tradicional, recebe normalmente um sentido pejorativo. As idéias não estão separadas da vida prática, da história real, concreta feita pela ação dos homens. A "Ideologia" pode ser compreendida como um conjunto de idéias; como uma organização sistemática dos conhecimentos destinados a orientar uma prática, uma ação efetiva, e neste sentido, "ideologia" é uma arma muito poderosa dentro de uma sociedade. (GOLFE OL. Antônio Gramsci: uma alternativa para o marxismo [artigo na internet] [acesso em 13/03/2007] Disponível em <http://www.rubedo.psc.br/Artigos/gramsalt.htm>)

desenvolvimento das políticas indigenistas e de saúde para as populações indígenas no Brasil desde seus primórdios.

O 'Capítulo 2' descreve as bases conceituais em que se inserem as práticas de saúde bucal desenvolvidas junto ao povo Enawene-Nawe, apresentando, inicialmente, uma breve discussão sobre os conceitos de 'Atenção Primária de Saúde' e 'Promoção da Saúde' e, a seguir, as diferenças básicas que caracterizam os termos '*odontologia*' e '*saúde bucal coletiva*', bem como '*assistência*' e '*atenção em saúde*'.

O 'Capítulo 3' descreve aspectos culturais de interesse com relação à saúde bucal do povo Enawene-Nawe, os antecedentes de atenção à saúde bucal para o povo, a proposta de planejamento em saúde bucal que foi apresentada ao PNUD/PRODEAGRO em 1995, o contexto geral em que as práticas de saúde bucal deste estudo foram implementadas, seu desenvolvimento no período 1995-2005, e as bases científicas que orientaram as estratégias adotadas para melhoria das condições de saúde bucal da população em geral.

O 'Capítulo 4' apresenta o perfil de saúde bucal da população no período de 1995 a 2005. São analisados dados oriundos de quatro recortes de prevalência das condições de saúde bucal levantados, respectivamente, em 1995, 1999, 2002 e 2005. Os levantamentos de saúde bucal tiveram como principal objetivo orientar as práticas de prevenção e controle da cárie dentária desenvolvidas junto ao povo.

A partir do conjunto de informações disponibilizadas nos quatro capítulos são discutidos os principais resultados e as alterações observadas na saúde bucal dos Enawene-Nawe para os diferentes grupos etários, tomando-se como base para análise as idades-índice da Organização Mundial de Saúde (OMS). Os dados são comparados entre si, com as metas propostas pela Federação Dentária Internacional (FDI) e OMS para o ano 2000, e com os resultados do mais recente levantamento nacional de saúde bucal - Projeto SB-Brasil 2003. Os resultados são, também, analisados comparativamente a outros estudos nacionais e internacionais em saúde bucal de 'grupos indígenas' enfocando-se tanto os níveis de saúde bucal das populações estudadas, como aspectos condicionantes das situações observadas.

Para finalizar são feitas algumas considerações com relação aos principais aspectos que embasam as possibilidades de mudança no perfil de saúde de uma população a partir do desenvolvimento de práticas de 'atenção primária'.

A análise das práticas de saúde bucal desenvolvidas de 1995 a 2005 junto aos Enawene-Nawe, no Mato Grosso, e os perfis em saúde bucal, foram escolhidos como objeto deste estudo por vários motivos, entre os quais:

- a) este estudo pretende, mais do que definir, relativizar a definição de doença abrindo um canal de comunicação entre o saber cientificamente estabelecido, e epidemiologicamente comprovado, e diferentes percepções sobre ‘doença’, que podem surgir quando estamos abertos para flexibilizar a supremacia do saber científico. O estudo do caso Enawene-Nawe demonstra como essa flexibilização, associada a práticas de eficácia cientificamente comprovadas e socialmente compartilhadas, pode favorecer mudanças objetivas no perfil de saúde de uma população;
- b) o registro dos dados sobre saúde bucal em um programa dessa natureza não encontra similar dentro da literatura científica brasileira, tanto pelo rigor dos registros, como pelo tempo de acompanhamento e, também, por serem os dados utilizados para avaliação do impacto das práticas de saúde bucal implementadas junto ao povo. A maioria dos trabalhos publicados nesta área refere-se a recortes de prevalência de doenças bucais, em especial sobre cárie dentária que é a doença bucal mais prevalente entre os povos indígenas em geral. Mesmo em nível internacional, a bibliografia disponível em saúde bucal com povos, também genericamente designados “indígenas”, em geral não apresenta estudos sobre práticas de saúde associadas aos recortes epidemiológicos descritos;
- c) os resultados e conclusões derivados deste estudo, bem como as reflexões decorrentes desses dez anos de atuação e convivência com o povo Enawene-Nawe, embora não possam ser literalmente transpostos para trabalhos com outros povos, dadas as singularidades culturais e especificidades de cada caso, podem auxiliar na reflexão e planejamento de projetos e políticas de saúde indígena no Brasil.



Foto 3 - Troca de alimentos durante ritual de *Lerohi*



Foto 4 - Mulheres em ritual de *Kateoko* com adornos masculinos

OBJETIVOS

1 OBJETIVO GERAL

Analisar as práticas de saúde bucal desenvolvidas junto ao povo indígena Enawene-Nawe-MT entre 1995 e 2005, e o perfil em saúde bucal dessa população no período.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Relatar os fundamentos, as diretrizes e as práticas de saúde bucal desenvolvidas junto ao povo indígena Enawene-Nawe-MT, entre 1995 e 2005;
- II. Descrever o perfil de saúde bucal do povo indígena Enawene-Nawe e as tendências das alterações em saúde bucal observadas no período 1995-2005;
- III. Relacionar os principais condicionantes das transformações em saúde bucal verificadas na população Enawene-Nawe no período 1995-2002.

REFERENCIAL TEÓRICO

DOENÇA, TECNOLOGIA, TRABALHO E PRÁTICAS DE SAÚDE

"O conhecimento que está em condições de aprender dialeticamente as astúcias da evolução só é válido e eficaz quando as suas aquisições forem expedientes para a ação prática cujas experiências virão, por sua vez, enriquecer o conhecimento e lhe fornecer uma força sempre nova"
(Lukács, 1967)

O campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção. Neste sentido, ele requer como essencial uma abordagem dialética que compreende para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente (MINAYO, 1998).

Assim, o reconhecimento da construção do objeto como tarefa humana, histórica, solidária, complexa, aproximativa, descontínua e inacabada também diz respeito à construção do sujeito. O pesquisador das questões de saúde não está fora da realidade que investiga. O real que ele conhece é aquele que realiza, e sua objetividade é uma construção que se dialetiza no processo de objetivação e subjetivação. Não somente o objeto é por ele construído, mas ele próprio se constrói no labor da pesquisa. O objeto construído anuncia e denuncia o sujeito que o constrói: é a exteriorização de sua interioridade, do seu tempo, do seu meio, de suas questões, de sua inserção de classe (MINAYO, 1998).

Para Minayo (1998), a relação dialética entre o esforço lógico e os compromissos sociais desde a definição do problema de pesquisa até o produto provisório gerado no processo do conhecimento e sua adequação às práticas de saúde é o parâmetro principal da objetivação. Em nenhum momento a objetividade exclui o sujeito e sua historicidade, sua formação, seus interesses e suas questões.

Dentro da perspectiva dialética da validade da pesquisa, a prática não pode ser pensada apenas como atividade externa de transformação, mas é importante incluí-la como compromisso social, e enfatizar a dimensão interior, ontológica do ser humano

enquanto criador, e da realidade sócio-histórica como construção humana objetivada (MINAYO, 1998).

A idéia inicial deste estudo foi a de procurar captar o sentido de ‘doença bucal’ por referência à prática social na qual se coloca como questão – a prática odontológica. As questões da odontologia e de sua prática devem ser entendidas analogamente às questões médicas e da prática médica, já que ambas são herdeiras de base científica comum e suas práticas historicamente seguiram trajetórias semelhantes dentro do contexto sócio-político em que vêm se desenvolvendo.

Os diferentes componentes da prática odontológica, ou seja, a produção de recursos humanos, a prestação de serviços e a organização profissional, cumprem com uma série de funções internalizadas derivadas de suas relações com a estrutura e o trabalho sanitário, isto é, aquelas que se referem aos processos educativos e assistenciais (produção de recursos, de serviços e de conhecimentos). Mas a prática odontológica cumpre com outras funções derivadas de suas relações com a estrutura social e que podem ser resumidas da seguinte maneira: a função econômica ou aquela que está determinada pela natureza da sociedade e que consiste em que, através do ato odontológico se contribua à produtividade e à manutenção da força de trabalho. Com esta mesma função, a prática odontológica serve como consumidora e intermediária dos produtos do complexo industrial odontológico. Finalmente, a própria organização dos serviços está dominada pelo modelo econômico dominante que, assumindo a forma de um negócio, se rege pela lei da livre oferta e demanda. Nessa perspectiva, a prática odontológica avalia a ideologia do Estado e da sociedade dominante, assim como sua definição sobre o processo saúde-doença e a própria prática (PAYARES GONZÁLEZ, 1997).

Na perspectiva de Mendes-Gonçalves (1990), o conhecimento médico tem uma história na qual pode se verificar a viva rearticulação da prática da medicina em estruturas de historicidade qualitativamente distintas. Historicamente, o conceito de doença evoluiu de “entidade própria” que se agregaria ao indivíduo – conceito ontológico, para o conceito presente na medicina grega em que a enfermidade é uma perturbação do equilíbrio entre homem e natureza – conceito dinâmico, até chegar ao conceito desenvolvido a partir do século XIX e ao qual voltaremos mais adiante.

Ambas as formas de representação da doença propiciavam a constituição de um projeto terapêutico e facultavam o desenvolvimento de técnicas de intervenção

reconhecidas como capazes de atuar sobre a doença, mesmo quando dessa atuação não se esperasse necessariamente a restauração da saúde, no sentido que hoje associamos a essa expressão (CANGUILHEM, 1971³; citado por MENDES-GONÇALVES, 1990, p.42).

Segundo Mendes-Gonçalves (1990),

...supondo-se que a elaboração de representações e concepções acerca do objeto sobre o qual se atuará seja um passo necessariamente prévio à atuação propriamente dita, é natural que teorias tão opostas tenham em comum esse caráter instrumental. O que é mais importante reter nessa subordinação lógica e histórica do conhecimento médico às necessidades postas para a prática médica no plano social é menos a possibilidade de atribuir-lhe essa instrumentalidade intrínseca, do que a possibilidade de pensar essa elaboração conceitual como vinculada às variações do objeto sobre o qual atua a prática que dela se vale, na medida em que essas variações podem ser verificadas como históricas (p.43).

Concebendo a história como socialmente estruturada, e constituída pela sucessão de qualitativamente diferentes estruturas de historicidade, o objetivo geral “curar” da prática médica só adquire sentido quando qualificado pelas determinações históricas que a articulação dessa prática em distintas estruturas de historicidade faz incidir sobre ele. Enquanto finalidade geral, o “curar” não passa de abstração, e desde que a compreensão se detenha nessa abstração, não consegue senão o obscurecimento de suas significações históricas particulares (MENDES-GONÇALVES, 1990).

O conceito de doença de que se vale a prática médica contemporânea, do mesmo modo que seus equivalentes de que se valeram os médicos do passado, corresponde ao trabalho de delimitar o objeto sobre o qual essa prática, em um segundo momento, atuará. Isto tudo de forma coerente com as características de que ela se reveste, dada sua articulação na estrutura social particular, historicamente determinada, que se pode identificar como modo de produção capitalista.

Nesse âmbito histórico particular, o conceito de Doença consiste em um instrumento de trabalho apropriado para a reprodução daquela articulação, e essa característica fundamental em nada é alterada por sua maior ou menor cientificidade. Enquanto instrumento de trabalho, o saber médico opera, como qualquer outro instrumento de trabalho, pelo estabelecimento de relações particulares, historicamente determinadas, de adequação entre o agente de trabalho e seu objeto (MENDES-GONÇALVES, 1990).

³ Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Argentina Editores;1971. p. 18.

A partir do século XIX, quando a ação humana passou a se legitimar pela capacidade de modificar o curso natural das coisas, as concepções anteriores de doença, que mantinham a ação humana passiva diante das tendências naturais, passaram a ser reelaboradas. Essa reelaboração, entretanto, tomou como fulcro exatamente o modo de ser “natural” da doença, presente nas concepções anteriores. A Doença, que não é mais um Todo nem um Ser, permaneceu como uma característica do ser humano enquanto ser natural. A partir da naturalização do conceito de doença, as dimensões psicológica e social foram reduzidas à condição de “contaminantes”, no pior dos casos, ou de “moduladoras”, no melhor, do diagnóstico (MENDES-GONÇALVES, 1990).

As características genéricas de que se revestem as práticas médicas e odontológica no modo de produção capitalista são o biologicismo e sua contrapartida, a individualização, passando a concepção de ‘doença’ por essa mesma matriz básica, e é essa a perspectiva de doença que tem instrumentalizado as práticas de saúde.

Verifica-se, assim, que, cada vez mais é uma lógica epidemiológica que justifica diagnosticar, tratar e prevenir doenças, bem como fornecer parâmetros para delimitar, na prática, as formas concretas assumidas pelos procedimentos de tratamento e prevenção (MENDES-GONÇALVES, 1990), reforçando a descontextualização histórica e social dessas práticas e da abordagem do processo saúde-doença.

Para efeito deste estudo consideramos como doenças certos sofrimentos de homens historicamente determinados que em situações históricas particulares são legitimamente colocados para a prática médica (MENDES-GONÇALVES, 1990), e odontológica.

Do ponto de vista marxista, as questões da saúde-doença, bem como da medicina e das instituições médicas, são vistas sempre em relação a uma totalidade social e com cada uma de suas instâncias dentro da especificidade histórica de sua manifestação. *Saúde e Doença* representam um processo que se fundamenta na base material de sua produção e com características biológicas e culturais próprias. São vistas como manifestação tanto nos indivíduos como no coletivo "de formas particulares de articulação dos processos biológicos e sociais no processo de reprodução".

Para Mendes-Gonçalves (1990), a definição de uma doença é já parte do modo de organizar e legitimar o trabalho que dela se ocupa. Este fato interfere radicalmente

com qualquer reflexão a respeito da organização da assistência e prestação de serviços. Se considerarmos a doença, unilateralmente, como objeto do trabalho, o sentido prático desse trabalho fica em larga medida pré-determinado: ele fica lá, em algum lugar, pronto, só esperando o instrumental mais eficaz e as condições mais favoráveis para realizar-se. A própria concepção de doença se torna, assim, produto e produtor de certas formas e condições de aproximação às questões da saúde, e, portanto, tentar mudar quaisquer dessas formas e condições impõe não se restringir aos conceitos de doença dados *a priori*, como objetos necessários, de uma vez e sempre, do trabalho em saúde.

Contra essa concepção de doença dada *a priori* e utilizada na prática pela epidemiologia clássica, Mendes-Gonçalves (1990) opõe uma epistemologia profundamente imbricada com a questão da *práxis*, com a prática dos sujeitos necessariamente políticos, inseridos em contextos particulares. Uma epistemologia não formalista, que deve assumir às últimas conseqüências o fato de que, ao formular conceitos, teorias, formas de explicação, desenhos de estudo, estamos *criando* doenças, instrumentos, objetos, formas de organização do trabalho e, portanto, formas de socialidade. Defende, pois, a necessidade de fazer com que a teoria, o conceito, acompanhe a prática, e não ao contrário, achar que a teoria pode ir até a prática para normatizá-la totalmente, para dominá-la. É a prática que deve pedir os conceitos, e não o contrário.

É na perspectiva dialética da *práxis* que teoria e prática se relacionam, se integram. Para Marx⁴, a categoria mediadora das relações sociais é o trabalho, a atividade prática. A ação humana faz história e é determinada por ela. Com a *práxis*, a transformação de nossas idéias sobre a realidade (consciência), e a transformação da realidade andam juntas (MINAYO, 1998). Assim, não só as condições materiais se modificam no ato da reprodução (...) mas também os reprodutores mudam, pois trazem à luz novas qualidades que neles existiam, envolvem-se com a produção, transformam-se, desenvolvem novos poderes e idéias, novos modos de intercâmbio, novas necessidades e novas linguagens" (MARX, 1973a, citado por MINAYO, 1998. p.84).

⁴ Karl Marx. Manuscritos Econômico-Filosóficos. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Editora Abril;1974 (vol. 35).

A significação da ação do sujeito histórico em Marx não ignora o fato de que os homens não são árbitros totalmente livres de seus atos. Pelo contrário, a leitura de seu pensamento deixa claro que o produto da atividade prévia (os contextos sociais mesmo de valores, crenças, e atitudes) representa limitações sobre o leque de opções do presente. No entanto, embora a realidade seja determinada em termos de seus condicionantes anteriores, a ação presente não só não é determinada pela realidade como é capaz de deixar nela a sua marca transformadora (MINAYO, 1998).

É também na perspectiva da práxis que o conceito de tecnologia é reelaborado por Mendes-Gonçalves (1992). A definição de *tecnologia* que predomina acriticamente no senso comum sanitário, e que precisa ser superada, a define como *coisas em si, com potência produtiva, descoberta e liberada pela Ciência, e cujo melhor uso é uma questão de racionalidade administrativa e organizacional (gerencial)*.

Recusando essa definição, fundada num saber objetivo e universal, e cujo sucesso ou fracasso dependeria apenas de uma boa ou má economia de meios e fins, Mendes-Gonçalves (1992) propõe a concepção de tecnologia como trabalho já em operação, e, como tal, efetiva construção de socialidade. A técnica não está para a política, propõe, a técnica é, imediatamente, política.

Compreender as práticas de saúde por sua dimensão de trabalho permite-nos entender suas ações como processos de intervenção técnica e social na realidade da saúde. As ações em saúde, neste caso, são vistas como processo de trabalho (NEMES, 2000).

O trabalho é sempre ação transformadora, intencionalmente realizada, que combina, com base nessa intenção, seus elementos internos constituintes, que são o *objeto, os instrumentos materiais e os conhecimentos que permitem operar esses instrumentos*. Portanto, o trabalho é sempre técnica que opera no objeto uma transformação. Esta é exercida pelo agente do trabalho que para tal, possui um saber competente, que organiza e preside a ação, o *saber operatório do trabalho*. Mas, se o agente consegue articular o objeto a ser manipulado com os meios (instrumentos e conhecimentos) para a intervenção, é porque detém em si, potencialmente, a transformação pretendida. Em outros termos, o agente antevê o produto do trabalho, que não é um produto qualquer, mas sim o que melhor corresponde às *necessidades que justificam o trabalho* (MENDES-GONÇALVES, 1992).

As necessidades que geram trabalho humano não são apenas de um sujeito, mas de sujeitos em relação com outros sujeitos, porque, é claro, os homens somente vivem e trabalham em sociedade. Assim, as finalidades de todos os processos de trabalho correspondem às necessidades geradas na dinâmica de uma dada sociedade; por isso, é possível qualificar todas as necessidades que sustentam os trabalhos como necessidades sociais (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O saber operatório projeta o modo de organizar o trabalho: realiza relações entre o agente, seus instrumentos e seu objeto, na atividade do trabalho, relações que são de natureza técnica e que, por meio dessa técnica, realizam simultaneamente a natureza ético-política da vida social (MENDES-GONÇALVES, 1994).

As tecnologias em saúde são geradas na articulação entre os processos de trabalho e a dinâmica da reprodução social; e essa articulação é política, ao ser técnica (NEMES, 2000).

É a partir do momento em que se pensa a tecnologia como organização, como forma socialmente validada de articulação das intervenções em saúde no conjunto das práticas de produção e reprodução das comunidades humanas, que o conceito de doença também se vê ressignificado. Assim, a doença não é mais, tão somente objeto do trabalho em saúde, mas, igualmente, instrumento desse trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Existem, assim, duas premissas para o trabalho em saúde: a da socialidade da ação, que está completamente amarrada na utilidade social e, ao mesmo tempo, uma certa technicalidade, isto é, a capacidade que tem a ação de repetir-se como operação manual concreta. Este último aspecto constitui-se na específica contribuição da ciência a socialidade, indicando, criando, para a ação social, o modo de ser técnico (SCHRAIBER, 1996).

Assim sendo, se o trabalho em saúde tem um compromisso com a infra-estrutura produtiva da sociedade, também tem um compromisso com o conhecimento científico. Por isso fundamenta-se na ciência, embora não seja a ciência em ato (SCHRAIBER, 1996).

A categoria proposta por Mendes-Gonçalves (1994) de '*saber operante em ação*' – categoria própria da teoria do trabalho da qual se apropria para pensar a saúde, faz a mediação entre a ciência e o que vai ser feito diante dos problemas sociais. Na teoria do trabalho, a pessoa humana se torna um agente, como se fosse um instrumento da

ação do trabalho. Mas de fato o agente só se torna alguém que domine sua ação se detiver seu *saber operante*. Este representa o projeto de trabalho, o modo como se fará a ação, a arte do ofício (SCHRAIBER, 1996).

Ao introduzir esta categoria ‘saber operante’ para o trabalho em saúde, Mendes-Gonçalves, de um lado, permite pensar os projetos de trabalho em saúde, e o projeto é a dimensão em que todas as exigências, os constrangimentos e determinantes do trabalho são colocados para a ação. De outro lado, permite explorar nessa categoria a situação oposta ao trabalho industrial, quer dizer, o trabalhador em saúde como detentor desse saber, não um aplicador mecânico direto do saber, ou a serviço imediato da máquina, como instrumento ‘coisificado’ da própria ciência, mas como seu mediador, no trabalho! Cria-se, assim, uma abertura se pensar recursos humanos como componentes do trabalho, como agentes ativos que reinterpretem a ciência, para o caso, e articulam o social concreto nas possibilidades científicas (SCHRAIBER, 1996).



Foto 5 - Espaço doméstico - universo feminino



Foto 6 - Crianças na beira do rio

CONSIDERAÇÕES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

"A práxis do homem não é a atividade prática contraposta à teoria: é a determinação da existência humana como elaboração da realidade".

(Kosic, 1969)⁵

Este estudo partiu de uma proposta de prática de saúde bucal junto ao grupo indígena Enawene-Nawe, na perspectiva de transformação das condições de saúde bucal do referido grupo e, para seu desenvolvimento, algumas peculiaridades relacionadas à definição do objeto da pesquisa, e da inserção da autora com o mesmo devem ser consideradas.

A autora foi, também, sujeito diretamente implicado nesta prática, dada sua participação como planejadora, executora e responsável pelas ações de saúde desenvolvidas no período 1995-2005. Além disso, esta prática não está isenta das contradições decorrentes de sua formação tecnicista, em Odontologia, e das vivências em sua trajetória como profissional de saúde junto a diversos grupos indígenas. Foi no processo de transformação do objeto 'a saúde bucal do povo Enawene-Nawe' que a autora e sujeito das práticas foi transformando as condições de saúde da população e sendo transformada pela relação dialética estabelecida com a sociedade considerada.

Sendo assim, a configuração de um quadro metodológico para delimitar as ferramentas que serão utilizadas neste estudo passa, necessariamente por um questionamento sobre a abordagem do mesmo.

Do ponto de vista metodológico, segundo Minayo e Sanches (1993), não há contradição nem continuidade entre pesquisas com abordagem quantitativa e qualitativa no campo da saúde. A relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, nem pode ser pensada como oposição contraditória. Ambas são de natureza diferente. A primeira trabalha em níveis da realidade em que os dados se apresentam aos sentidos; a segunda

⁵ Kosic K. Dialética do concreto. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1969.

trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Do ponto de vista epistemológico nenhuma das abordagens é mais científica do que a outra. Entre o quantitativo e o qualitativo não deve existir oposição, mas complementaridade.

Segundo as leis da dialética a relação da quantidade representa uma das qualidades dos fatos e dos fenômenos. A quantidade busca encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo, e a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos. Compreende, assim, uma relação intrínseca de oposição e complementaridade entre o mundo natural e social, entre o pensamento e a base material. A dialética advoga, ainda, a necessidade de se trabalhar com a complexidade, com a especificidade e com as diferenciações que os problemas e/ou "objetos sociais" apresentam (MINAYO, 1993).

Do ponto de vista qualitativo, a abordagem dialética atua em nível de significados e estruturas, entendendo estas últimas como ações humanas objetivadas e, logo, portadoras de significado. Ao mesmo tempo, tenta conceber todas as etapas da investigação e da análise como partes do processo social analisado e como sua consciência crítica possível. Assim, considera os instrumentos, os dados e a análise numa relação interior com o pesquisador, e as contradições como a própria essência dos problemas reais (MINAYO e SANCHES, 1993).

Para efeito deste estudo, utilizou-se a metodologia da Observação Participante para o enfoque qualitativo.

O texto considerado clássico sobre observação-participante - *Trabalho de Campo* - dentro da antropologia, foi escrito em 1922 por B. Malinowsky⁶, a propósito de sua inserção entre os nativos das Ilhas Trobriand no Pacífico. Embora considerado-se que o estudo reflete as concepções funcionalistas de seu autor, a rica experiência transmitida e as bases metodológicas por ele lançadas para a 'Observação Participante' continuam atuais (MINAYO, 1998).

Com relação à inserção do pesquisador em campo, Raymond Gold (1958)⁷, citado por MINAYO (1998; p. 141), propõe quatro situações teoricamente possíveis que vão

⁶ Malinovsky B. [1922]. Argonautas do Pacífico Ocidental. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural; 1998.

⁷ Gold R. Roles in Sociological field observations. Social Forces, Mar. 1958; 36: 217-23.

do extremo "participante total", em que o pesquisador se envolve por inteiro em todas as dimensões da vida do grupo a ser estudado, a outro extremo, o de "observador total", em que ele prioriza a observação. Entre esses extremos encontramos duas variações: a que o pesquisador se insere como participante observador - onde o pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como sendo restrita ao momento da pesquisa de campo, entretanto, participa no cotidiano de vida do grupo estudado através da observação cotidiana; e outra variação, que se refere ao pesquisador enquanto observador participante - estratégia complementar a entrevistas, sendo esse tipo de observação rápida e superficial.

Esses quatro tipos de papéis descritos por Gold, só podem ser assim entendidos para fins analíticos. Na verdade, nenhum deles se realiza puramente, a não ser em condições especiais (MINAYO, 1998).

A condição de sujeito implicado na ação/transformação em saúde junto aos Enawene-Nawe, na perspectiva de indigenismo de convivência proposto pela OPAN, favoreceu um contato próximo da autora do estudo com a população, que pode ser caracterizado como de participante-observadora. Porém, como essa inserção era na qualidade de dentista, ou "*aikyulitalo*", no dizer dos Enawene-Nawe - "aquela que conhece os dentes", não foi feito um 'diário de campo', como originalmente proposto por Malinowsky (1922), com os registros das observações diárias. Parte das observações encontram-se parcialmente descritas nos relatórios periódicos que descrevem as atividades desenvolvidas de 1995 a 2005, principalmente no que se refere às questões ligadas à saúde bucal do povo. Boa parte, no entanto, faz, hoje, parte do jeito de ser e de pensar desta autora, jeitos estes que, no processo dialético do viver estão, também, na base da definição e encaminhamento deste projeto de pesquisa.

Este estudo envolveu pois, tanto um conteúdo qualitativo, decorrente da característica de 'trabalho-convivência' junto ao grupo, como dados quantitativos, referentes às condições de saúde bucal observadas no povo Enawene-Nawe, que descritos e analisados conjuntamente, favoreceram o entendimento das condições de saúde observadas e das transformações obtidas no processo do desenvolvimento das práticas de saúde, a partir de sua inserção no rico contexto sócio-histórico e cultural analisado.

1. LEVANTAMENTO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Do ponto de vista quantitativo, este é um estudo de caso, descritivo, que se propõe a apresentar o perfil de saúde bucal dos Enawene-Nawe de 1995 a 2005, e analisar as tendências de comportamento das doenças bucais mais prevalentes no povo durante esse período.

Pode, ainda, ser caracterizado como um "estudo de *panel*" (ANTUNES e PERES, 2006; TRAEBERT e col., 2001), ou "estudo em painel", pois caracteriza-se em estudo de quatro recortes transversais sucessivos, aspecto que foi considerado na discussão dos resultados observados, já que séries temporais auxiliam na análise das tendências de comportamento das doenças observadas.

O presente estudo descreveu e analisou dados secundários, colhidos entre 1995 e 2005, considerando tanto os dados dos levantamentos de saúde bucal, e das atividades coletivas desenvolvidas que se encontram registrados em relatórios de atividades de campo e em banco de dados específico.

Durante o período analisado, o serviço de atenção à saúde bucal contou com quatro levantamentos de saúde bucal, nos quais foram registrados os dados de prevalência das principais doenças bucais e outras alterações menos prevalentes, além de dados sobre oclusão, necessidades de reabilitação bucal, fluorose, etc.

Em cada um dos levantamentos, toda a população foi procurada para exame clínico e orientada sobre a necessidade do mesmo para nortear as atividades em saúde bucal a serem desenvolvidas em serviço. As pessoas que se recusaram a participar em um dos levantamentos, sempre foram convidadas a participar nos exames subseqüentes. Independentemente da participação de uma pessoa no levantamento de saúde, a busca para as atividades individuais e coletivas, preventivas e assistenciais, sempre foi dirigida a toda a população.

A maioria da população participou com interesse dos quatro levantamentos, bem como das atividades implementadas para mudança do dramático quadro de cárie existente. Embora dirigidos para toda a população, os exames priorizaram o diagnóstico das condições de saúde bucal da população acima de 4 anos, dada a dificuldade de examinar crianças pequenas que demonstravam muito medo.

Os levantamentos foram realizados por apenas um examinador, sob luz natural, utilizando espelhos clínicos planos e sonda exploradora do tipo que originalmente é utilizada para exames periodontais, com uma extremidade esférica de 0,5 mm, conhecida como 'sonda CPI' (sigla referente ao Índice Periodontal Comunitário, do original, em inglês). Os dados foram registrados por anotadores previamente treinados para tal tarefa. Foram observadas as condições de biossegurança durante os exames clínicos, para todos os envolvidos.

Calibração intra-examinador foi realizada nos levantamentos de 1995 e 2005, através de re-exame de aproximadamente 10% dos que participaram do levantamento, tendo sido verificada variabilidade intra-examinador de 4,2% em 1995, e de 2,8% em 2005.

Sempre que possível, o uso da sonda sobre a estrutura dental foi evitado e a orientação de nunca pressioná-la sobre as lesões de cárie foi observada. A sonda foi especialmente utilizada para a remoção de placa bacteriana e com o objetivo de melhorar a visualização do campo examinado. Em situações de dúvida visual sobre a presença de cárie, a sonda era suavemente passada sobre a estrutura dental a fim de checar se havia quebra na integridade do esmalte, caracterizando uma lesão cavitada de cárie. Para os levantamentos realizados a partir de 1999, a maioria dos exames foi realizada após escovação dental pelo próprio examinado.

Os levantamentos de saúde bucal consideraram como orientação básica o 'Caderno de Instruções para Levantamento das Condições de Saúde Bucal', da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP, 1998). Os índices utilizados seguem os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), exceto para os índices ceod e ceos, os quais seguiram as orientações de Gruebbel (1944), que codificava como "e" apenas dentes com extração indicada, não incluindo os dentes decíduos ausentes, em função da dificuldade de definição da condição determinante da perda dentária - esfoliação natural ou perda por cárie nessa dentição. Além destas alterações nos códigos propostos pela OMS, também foram suprimidos outros códigos relativos a condições radiculares a fim de melhor adequação à realidade local.

Os códigos e critérios estão apresentados no anexo 1. As fichas utilizadas para registro de dados, no anexo 2.

Adota-se para notação dentária o sistema de dois dígitos da Federação Dentária Internacional (FDI), onde o primeiro dígito corresponde ao quadrante da boca e o segundo ao dente, como se vê no esquema a seguir:

Quadrante Superior Direito	55 54 53 52 51		61 62 63 64 65	Quadrante Superior Esquerdo
18 17 16 15 14 13 12 11			21 22 23 24 25 26 27 28	
48 47 46 45 44 43 42 41			31 32 33 34 35 36 37 38	
Quadrante Inferior Direito	85 84 83 82 81		71 72 73 74 75	Quadrante Inferior Esquerdo

A dentição permanente está numerada de 11 a 48, enquanto que a dentição temporária (decídua), começa em 51 e termina em 85.

Foram registrados os dados de prevalência e severidade de cárie dentária através dos índices de 'dentes cariados, perdidos e obturados' - CPOD (KLEIN e PALMER, 1937) e de 'superfícies dentais cariadas, perdidas e obturadas' - CPOS (KLEIN e col., 1938), para a dentição permanente e, para a dentição decídua (ou 'de leite'), os índices para 'dentes cariados perdidos e obturados' - ceod (GRUEBBEL, 1944), e o de 'superfícies dentais cariadas perdidas e obturadas' - ceos.

No levantamento de 1995 só foram coletados dados de CPOD/ ceod.

O índice de ataque de cárie originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937, conhecido pelas iniciais CPO permanece sendo o mais utilizado em todo o mundo, mantendo-se como o ponto básico de referência para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal. Quando a unidade de medida é o dente temos o índice CPOD, ou seja, Dentes Cariados, Perdidos e Obturados. Considerando que o CPOD codifica com pesos idênticos dentes em condições clínicas bastante diversas, desde uma pequena cavidade até uma extração, desenvolveu-se como uma alternativa mais refinada e precisa o índice CPOS (KLEIN e col., 1938), cuja unidade de medida é a Superfície (S), e para o qual os 32 dentes permanentes são divididos em 148 superfícies. O

CPOS é mais utilizado para pesquisas em populações com baixas prevalências de cárie, pois se mostra mais sensível para essas condições (PINTO, 2000).

O índice ceod de Gruebbel (1944) refere-se ao índice de dentes temporários cariados (c), com extração indicada (e), e obturados (o) (dentição decídua).

O índice ceos, é uma variação do índice ceod para análise da prevalência e severidade da cárie nas superfícies dos dentes decíduos.

Nos levantamentos realizados com a população Enawene-Nawe optou-se inicialmente, em 1995, pela utilização do índice CPOD por ser a referência universal para diagnóstico de prevalência de cárie e por apresentar, como consequência, a possibilidade de comparação com dados coletados em diferentes populações.

A partir da análise dos dados de 1995, optou-se pela utilização do índice CPOS para os demais levantamentos, em função de sua maior sensibilidade para detectar determinadas características de ataque da cárie.

A partir do levantamento de 1999, quando já estavam sendo implementadas ações mais sistemáticas para atenção à saúde bucal dos Enawene-Nawe, os dados passaram a ser registrados tanto pelos índices CPOD/ceod, como pelos CPOS/ceos.

Os índices CPOD/CPOS são internacionalmente utilizados para avaliar a prevalência de cárie em diferentes populações, porém, como medem a história da cárie (prevalência) em uma dada população, dentes cariados, perdidos e obturados (ou melhor, 'restaurados'), contribuem com pesos idênticos para a obtenção da média final. Assim, a transformação de um dente cariado em dente restaurado não tem influência sobre o índice, que permanece inalterado. O índice CPO superestima as condições negativas que acompanham a dentição ao longo da vida, pelo fato de que enfatiza a ocorrência da doença (PINTO, 2000).

Por essa razão, os dados coletados nos diferentes levantamentos também foram apresentados através do Índice de Dentes Funcionais (IDF), proposto originalmente por Sheiham e col. (1987), que consideram a agregação de dentes hígidos (sem cárie) e dentes restaurados, considerando estes também como saudáveis. Estes dois elementos recebem pesos iguais com base no raciocínio de que, na prática, exercem funções equivalentes. Com isso, valoriza-se a atenção restauradora, tida como prevenção em nível secundário (PINTO, 2000).

$$\text{IDF} = \frac{\text{O} + \text{H}}{\text{n}}$$

$$\left\{ \begin{array}{l} \text{O} = \text{dentes restaurados (ou)} \\ \text{H} = \text{dentes hígidos (sem)} \\ \text{n} = \text{número de pessoas} \end{array} \right.$$

O Índice de Cuidados (IC), proposto por Walsh em 1970, também foi descrito e analisado tendo em vista a situação específica do povo Enawene-Nawe, que passou da total desassistência em saúde bucal a uma programação preventivo-restauradora, cujas medidas foram implementadas em caráter universal para a população.

Embora esse índice tenha sido originalmente proposto considerando situações onde ainda não era possível a implementação de medidas preventivas de amplo alcance para a população, consideramos importante sua análise para efeito das reflexões deste estudo.

O IC é expresso pela razão entre o número de dentes restaurados ("O") e o CPOD total, multiplicado por 100, e pode ser utilizado para indicar a extensão da cobertura do tratamento restaurador, entendida como acesso a serviços.

$$\text{IC} = \frac{\text{O}}{\text{CPO}} \times 100$$

Dados sobre periodonto, oclusopatias⁸, fluorose e uso/necessidade de próteses foram incluídos nos levantamentos a partir de 1999.

Os dados referentes às condições de periodonto foram registrados a partir do Índice Periodontal Comunitário (emprega-se a sigla "CPI", das iniciais do índice em inglês, pela facilidade fonética e pela sonoridade próxima ao consagrado CPO). O Índice CPI permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento, e presença de cálculo ou bolsa periodontal (FSP-USP, 1998).

Para realização do exame utilizou-se sonda CPI. Os critérios adotados para o exame estão referidos no anexo 1.

⁸ Oclusopatias são alterações verificadas no padrão de oclusão (mordida) que podem estar associadas a problemas de crescimento e desenvolvimento. As oclusopatias são influenciadas por fatores do meio ambiente e comportamentais, como alimentação menos consistente, infecções respiratórias, perda precoce de dentes decíduos, fatores genéticos, dentre outras condições. Podem comprometer a estética e as funções de mastigação e a fala, interferindo diretamente na qualidade de vida e convivência social dos indivíduos.

As anomalias dento-faciais foram analisadas nas idades de 12, 13, 18 e 19 anos, com base em informações relativas a três grupos de condições: dentição, espaço e oclusão. Além da inspeção visual, a sonda CPI também foi utilizada nos exames.

Os critérios adotados para o exame das oclusopatias estão referidos no anexo 1.

O índice utilizado para avaliação da presença e gravidade de fluorose é o recomendado pela OMS – o índice de Dean (1934), citado por Fejerskov e col. (1994). Para os levantamentos, foram consideradas as idades de 6 a 20 anos. Os critérios adotados para o exame de fluorose estão referidos no anexo 1.

Os critérios para uso/necessidade de prótese dentária foram simplificados dos propostos pela FSP-USP (1998), para melhor adequação à realidade local, pois, dada a gravidade da cárie na população, a confecção de próteses se fazia necessária tanto para reposição de grandes perdas dentárias na população jovem, como para total reabilitação, em boa parte da população acima de 40 anos de idade. Inicialmente foi realizada reabilitação por próteses totais e parciais temporárias e, posteriormente, a partir do levantamento de 2002, foram confeccionadas próteses parciais removíveis com armações metálicas fundidas.

As anomalias dentofaciais observadas no povo Enawene-Nawe são descritas segundo tipo de anomalia e faixa etária, e agrupadas em três categorias, conforme critérios preconizados pela OMS (OMS, 1991): 'normal', 'leve' - quando houver um ou mais dentes com giroversão ou ligeiro apinhamento ou espaçamento prejudicando o alinhamento regular - e 'moderada/severa' - quando houver um efeito inaceitável sobre a aparência facial, ou uma significativa redução da função mastigatória, ou problemas fonéticos observados pela presença de uma ou mais das seguintes condições nos quatro incisivos anteriores:

- a) Transpasse horizontal (protrusão) maxilar com 5 mm ou mais;
- b) Transpasse horizontal mandibular, mordida cruzada anterior igual ou maior que 5 mm;
- c) Mordida aberta;
- d) Apinhamento ou espaçamento estimado em 4 mm ou mais.

Os códigos e critérios adotados para o exame das anomalias dentofaciais estão apresentados no anexo 1.

Os dados originados nos quatro levantamentos de saúde bucal foram apresentados separadamente e comparados entre si. Os dados relativos à prevalência e severidade

de cárie dentária também foram comparados às metas da OMS para o ano 2000 (FDI/OMS, 1982), aos do mais recente levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira realizado entre 2002 e 2003 (BRASIL, 2004) e aos de outros grupos indígenas do Brasil e de outros países.

O banco de dados foi constituído utilizando-se o programa Epi-Info 2000 e os dados analisados estatisticamente através do mesmo programa, por idades (em anos completos), faixas etárias agrupadas e, no caso da cárie dentária, também por sexo.

A partir das análises foram descritos os resultados, e discutidas as tendências de comportamento das doenças mais prevalentes na população no período analisado, e as principais alterações em saúde bucal observadas. As práticas de saúde bucal foram analisadas com base na Declaração de Alma-Ata (OMS, 1979).

A população alvo deste estudo é o grupo indígena Enawene-Nawe que vive em uma única aldeia, no noroeste do Mato Grosso, tendo sido considerada toda a população, já que o projeto foi desenvolvido na perspectiva de universalidade e integralidade de cobertura das ações. Os Enawene-Nawe possuem um território que abrange, aproximadamente, 750.000 hectares e está compreendido entre as latitudes 11°41' e 12°40' Sul e longitudes 59°55' e 58°24' Oeste.

Os dados populacionais foram obtidos a partir do cadastro populacional da Operação Amazônia Nativa (OPAN), sendo que, em 2005 verificou-se um incremento de aproximadamente 70% na população total, com relação à encontrada em 1995 (426 pessoas em 2005, e 250 em 1995).

Embora trabalhando na perspectiva de universalidade de cobertura para as ações de saúde bucal, na prática, por questões que envolveram aspectos culturais e epidemiológicos, tanto os levantamentos de saúde bucal, quanto às práticas de saúde propriamente ditas, estiveram mais voltados para crianças e jovens, principalmente a partir de 6 anos de idade. Como veremos adiante, a população até 5 anos de idade corresponde a aproximadamente 25% do total. Assim, a cobertura dos levantamentos foi representativa das condições de saúde bucal da população total acima dessa faixa etária.

2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller, Cuiabá-MT, tendo recebido parecer favorável em 10 de maio de 2006 (Registro CEP-HUJM nº 256 - Processo nº 25000.065724/2006-23), conforme cópia apresentada no anexo 3, e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), do Conselho Nacional de Saúde (CNS) - Registro CONEP nº 12957, com parecer favorável em 22 de junho de 2006.

Por tratar-se de população indígena, foi seguido todo o protocolo de pesquisa da Resolução CNS 196/96⁹ e da Resolução CNS nº 304¹⁰.

O estudo foi realizado apenas pela pesquisadora responsável, não envolvendo outros recursos humanos e os custos da pesquisa correram por conta da própria pesquisadora, que é bolsista do CNPq (Processo nº 133162/2005-2).

Para submissão do projeto de estudo à população Enawene-Nawe, os 'termos de esclarecimentos sobre a pesquisa' e de 'consentimento livre e esclarecido' que foram encaminhados ao Comitê de Ética em Pesquisa, foram inicialmente traduzidos para a língua própria do povo e discutidos com representantes da população em reuniões na aldeia, da qual participou boa parte da população. Os textos, escritos em língua própria da fala dos Enawene-Nawe, foram apresentados para Marikeroseene, uma das 'lideranças de contato' que melhor conhece o português para adequações e correções a fim de torná-lo de maior entendimento para a população. Feitas as devidas alterações, os textos foram também submetidos à apreciação do diretor executivo da Operação Amazônia Nativa (OPAN).

⁹ Disponível em: <http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>

¹⁰ Disponível em www.ufrgs.br/bioetica/res304.htm

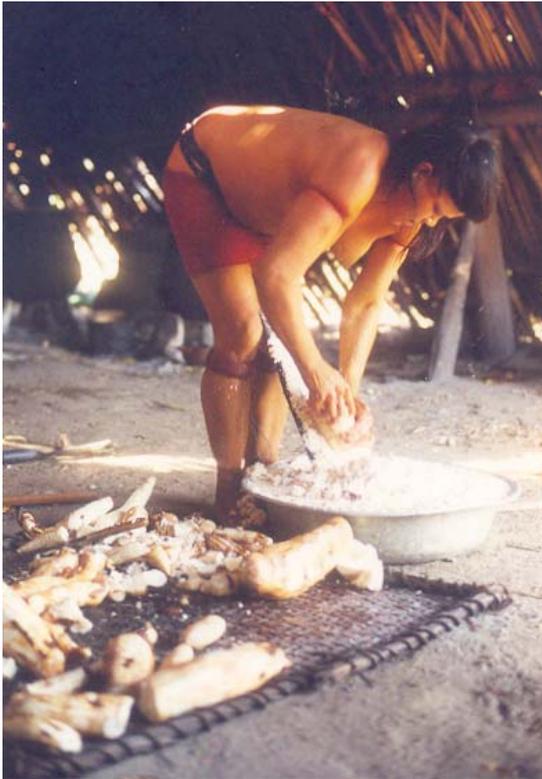


Foto 7 - Mulher processando a mandioca



Foto 8 - Mulher preparando o alimento

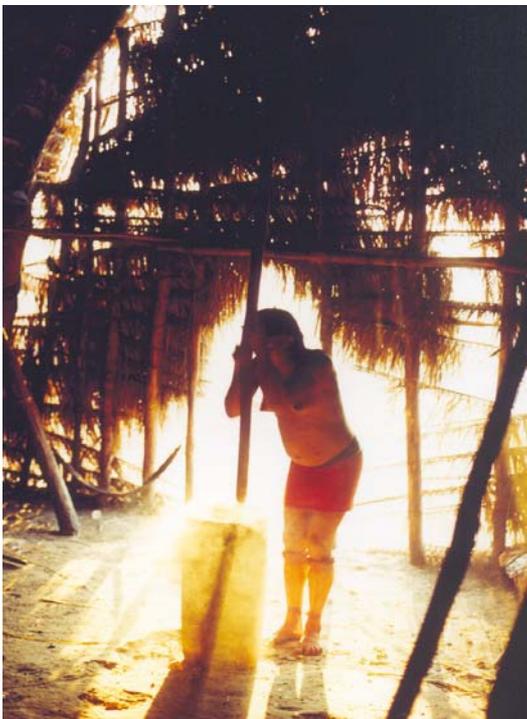


Foto 9 - Mulher pilando o milho



Foto 10 - Jovem mãe com seu filho

CAPÍTULO 1

CONTEXTO HISTÓRICO E SOCIAL

*"Temos direito de ser iguais quando a diferença nos inferioriza e direito de ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza".
Boaventura de Souza Santos¹¹.*

O Brasil completou 500 anos em 2.000 e ainda ignora a imensa diversidade de povos indígenas que vivem no país. Estima-se que na época da chegada dos europeus fossem mais de 1.000 povos, somando entre 2 e 4 milhões de pessoas. Hoje, são cerca de 220 povos, que falam mais de 180 línguas diferentes e totalizam aproximadamente 370 mil indivíduos, o correspondente aproximado a 0,2% da população total do país. A maior parte dessa população distribui-se por milhares de aldeias, situadas no interior de 582 Terras Indígenas, de norte a sul do território nacional (ISA, 2005a).

É apenas o uso corrente da linguagem que faz com que, em nosso e em outros países, fale-se em povos *indígenas*, ao passo que, na Austrália, por exemplo, a forma genérica para designá-los seja *aborígenes*. Indígena ou aborígine, como ensina o dicionário, quer dizer "originário de determinado país, região ou localidade; nativo". Aliás, *nativos* e *autóctones* são outras expressões usadas, ao redor do mundo, para denominar esses povos (ISA, 2005a).

Embora essa definição de "índio genérico" homogeneíze as diferenças, ela vem sendo historicamente apropriada pelos ditos "povos indígenas" como ferramenta de seu empoderamento político, frente às forças sociais e os interesses políticos e econômicos dominantes. Essas populações, ditas 'indígenas', sempre se pensaram e se definiram como grupos específicos como: Metuktire, Juruna, Kuikuro etc., e não como índios. Aprenderam que eram índios no contato com a sociedade nacional. A categoria "índio", passou a ser incorporada pelos grupos tribais como instrumento no processo de definição de sua posição em relação aos brancos, e em relação ao Estado. Definir-se como índio significa distinguir-se do civilizado. Por outro lado,

¹¹ Disponível em: http://www.dhnet.org.br/direitos/militantes/boaventura/boaventura_e.html

significa admitir semelhanças que aproximam os diferentes grupos tribais. Contemporâneos e cúmplices de um processo histórico, constituem uma nova identidade agora coletiva, o índio, emergindo como um ator político coletivo. Se de um lado a criação de uma identidade única, “índio”, pode apagar suas diferenças e suas especificidades como nações distintas, por outro lado, fortalece o argumento político no cenário nacional (MENDONÇA 1994).

No Brasil, até meados da década de 1970, acreditava-se no desaparecimento dos povos indígenas como algo inevitável. Nos anos de 1980, verificou-se uma tendência de reversão da curva demográfica e, desde então, a população indígena no país tem crescido de forma constante, indicando uma retomada demográfica por parte da maioria desses povos (ISA, 2005a).

1.1 O POVO INDÍGENA ENAWENE-NAWE

O povo indígena Enawene-Nawe vive em suas terras tradicionais localizadas no noroeste do Mato Grosso, abrangendo aproximadamente 742.088 hectares (homologada e registrada), localizada em uma região de transição entre o cerrado e a floresta amazônica, próximo aos municípios de Juína, Comodoro, Campo Novo dos Pareí, Sapezal e Brasnorte.

Inseridos na Amazônia Meridional, na divisão do estado de Mato Grosso com Rondônia, os Enawene-Nawe estão cercados pelas mais diversas modalidades de exploração econômica de grandes transformações do ambiente natural tanto do Cerrado quanto da Amazônia (SANTOS, 2001). Monocultura da soja, exploração de madeira, pecuária, garimpo e assentamentos rurais são as atividades econômicas dominantes no entorno do território Enawene-Nawe.

Os Enawene-Nawe são agricultores, coletores, pescadores e fazem artesanatos em algodão, palha, coco e cerâmica. Na agricultura, a mandioca e o milho constituem as duas espécies vegetais mais significativas para esta sociedade. A coleta vegetal está principalmente relacionada à castanha-do-brasil, ao buriti, à bacaba, ao pequi e ao pequiá, com base na frequência e volume dos frutos coletados e consumidos pela

população. Outras coletas realizadas são de insetos (larvas de lagartas e vespas, brocas, corós, formigas, cupins), mel, fungos e girinos (SANTOS, 1995; 2001).

As práticas de pesca na sociedade Enawene-Nawe possuem grande importância econômica; sendo sua principal fonte de proteína animal e estão fortemente ligadas ao calendário ritual (SANTOS, 1995; 2001).

O povo está disperso socialmente em dez clãs, sendo um, extinto por depopulação. Segundo os Enawene-Nawe estes grupos são compostos pelos descendentes de tribos míticas que viviam espalhadas por todo o vale do rio Juruena e regiões adjacentes, até que uma série de catástrofes (ataques de tribos inimigas, de espíritos e de onças, dilúvios, doenças, etc.) as dizimou quase que totalmente. Os sobreviventes dessas catástrofes teriam se reunido em torno (de conjuntos) de *Yakairiti*, "seres sobrenaturais que habitam o interior da terra", sob os acidentes geográficos. Os clãs, ou como preferem os Enawene-Nawe, os *Yākwa*, são compostos de "restos de uma ou de mais de uma tribo mítica" (SILVA MF, 1995).

Constituem-se em grupos patrilineares e exogâmicos, que se organizam em cinco grupos cerimoniais, geralmente liderados por um clã principal, denominado *aõre*, seguido por um ou mais clãs adventícios, chamados de *kahene*. Além de regularem as trocas matrimoniais esses clãs desempenham importante papel na vida econômica (SILVA MF, 1995; SANTOS, 2001).

Os Enawene-Nawe sempre se valeram dos cursos d'água para mobilização em expedições de coleta e pesca. É a água, ainda, a responsável pela sua histórica "situação de isolamento": de um modo geral as aldeias sempre foram construídas próximas aos médios cursos d'água, que permitem contato com os grandes rios, mas quase nunca às margens destes, o que torna difícil a chegada do estranho, do intruso, do inimigo. As vias terrestres, por sua vez, foram, até o momento, canais secundários de comunicação para fora da aldeia (SANTOS, 2001).

Os Enawene-Nawe contam que no princípio só havia noite, que vivemos um segundo sol, posto que o primeiro era tão intenso e ardente que impedia a reprodução da vida, tudo ficava esturricado, virava cinzas. Foi após a conquista do fogo que emergiu o segundo sol, mais benevolente, e então veio o sono, e com ele os riscos e incômodos de sonhar, segundo o alerta da "gente-cobra". As cobras são as guardiãs dos sonhos e os pássaros os guardiões do despertar (JAKUBASZKO, 2003).

No dia-a-dia dos Enawene-Nawe a criançada é a primeira a despertar logo nos primeiros sinais da aurora. As moças retornam do banho ainda antes do raiar do sol. Trazem água e reanimam o fogo, auxiliando o dia a iluminar o ambiente e a preenchê-lo com sons, cores, cheiros, movimentos e muitos afazeres (JAKUBASZKO, 2003).

Quando o sol já passou do meio dia, proporcionando uma intensa luminosidade no interior das casas, as mulheres já estão de volta das roças e toda a mandioca, base da alimentação Enawene-Nawe e cultivo predominante ao lado do milho (SANTOS, 2001), já foi processada e está no fogo em enormes panelas de barro (ou alumínio, mais recentemente), caldeirões de onde saem inúmeras bebidas diferentes e saborosas, além de sopas e mingaus. Cada grupo doméstico faz seus horários de alimentação, cada qual com sua dinâmica própria de abastecimento e rotina de atividades. Há entre as mulheres um revezamento de quem vai à roça, quem deve processar os alimentos, mascar a massa da mandioca assada - *xixi* - para fazer o mingau fermentado de nome *oloity*, ou até quem vai se ocupar de outras atividades como tecer, fiar o algodão, fazer cerâmica (todas atividades femininas), ou até não fazer nada (JAKUBASZKO, 2003).

Do roçado, além da mandioca de consumo diário, as mulheres podem trazer em seus *xiris* (cestos) outros tubérculos como batata doce, cará, inhame ou, eventualmente, pimenta, cogumelos, feijão, amendoim etc. Além da colheita, fazem também a limpeza e manutenção dos roçados, sendo a mandioca replantada simultaneamente ao ato da colheita (SANTOS, 2001).

Os Enawene comem sentados, bem devagar, várias vezes ao dia, em pequenas quantidades. Em casa podem servir-se à vontade nas grandes panelas, mas é comum as mulheres servirem o alimento aos homens, sobretudo as mais velhas (donas do jirau) a seu marido e filhos casados em visita. As bebidas ou sopas são servidas em cuias bem grandes que depois de consumidas são devolvidas vazias e podem ser repassadas a outras pessoas - as mulheres menstruadas não repassam suas cuias (JAKUBASZKO, 2003).

Paralelamente às atividades femininas, os homens também saem para seus afazeres antes do nascer do sol, indo às roças, pescarias, coletas e atividades ligadas

aos compromissos rituais e podem ficar ausentes por todo o dia, chegando no final da tarde às casas quando, então, se banham e vão se alimentar.

Se durante o dia o vai-vem de pessoas na aldeia e seus arredores é bastante intenso, no final da tarde todos já estão retornando às casas, os papagaios e araras domésticos são recolhidos, a lenha cortada pelos homens é levada para o interior das casas pelas mulheres. O movimento no pátio da aldeia em torno das casas é grande. Grupos de conversas se espalham em frente, dentro e nos fundos das casas, onde sentados em pequenos bancos de madeira os Enawene bebem mingaus quentinhos e conversam sobre os mais variados assuntos (JAKUBASZKO, 2003).

Quando já é noite, por volta das 21 horas, os bancos e cuias já foram retirados do pátio e os Enawene-Nawe se recolhem aos seus *waxalaks* (divisórias dentro das casas comunais e que são destinadas aos grupos familiares - pai, mãe e filhos solteiros). Por algum tempo ouvem-se ainda algumas conversas ou choros de crianças e, devagar, a aldeia adormece sob o céu estrelado do vale do (rio) Juruena (JAKUBASZKO, 2003).

Enquanto todos dormem e o silêncio predomina na aldeia (*hotaikiti*), a mata (*kaira*) que a circunda, em contraste à ordem que prevalece no espaço aldeão revela o escuro, os sons hostis, o perigo - habitada por sombras dos mortos (*dakoti*) e por seres horrendos e maléficos, pairam em torno do cotidiano dos Enawene-Nawe os entes sobrenaturais - categorias de seres genéricos que recebem o nome de *Yakairiti* (habitantes das profundezas da terra) e *Enore(lo) Nawe* (habitantes do alto, da esfera celeste) (JAKUBASZKO, 2003).

Segundo o modelo nativo os Enawene-Nawe habitam o patamar intermediário do universo, entre as esferas dos espíritos celestes e a dos espíritos subterrâneos. Os espíritos celestes são imortais, belos, generosos, alvos, brincalhões, bondosos e saudáveis, vivem num mundo de plenitude sexual, repleção alimentar e perfeição sociológica. A perfeição sociológica do mundo celeste se traduz no impecável acabamento arquitetônico da aldeia dos "ancestrais" assim como na pródiga natureza circundante, fonte inesgotável de todos os prazeres gastronômicos, onde tudo cresce e floresce sem precisar ser cultivado (SILVA MF, 1998a).

Os espíritos celestes são os donos do mel, algodão, batata doce, algumas aves, ervas e insetos voadores, das bordunas, arcos e flechas, e possuem o poder da cura.

Acompanham os Enawene-Nawe em suas expedições de pesca ou coleta, protegendo-os dos perigos do mundo exterior à aldeia, e são os únicos capazes de se contrapor e enfrentar a fúria e violência dos *Yakairiti*, responsáveis pelas doenças e senhores da morte (SILVA MF, 1998a; JAKUBASZKO, 2003).

Contraopondo-se aos *Enore-Nawe* encontram-se os espíritos *Yakairiti* - subterrâneos, que são feios, implacáveis, sovinas, preguiçosos, perversos, insaciáveis, representando uma constante ameaça aos Enawene-Nawe. Se os espíritos celestes guardam entre si uma razoável homogeneidade física, os espíritos subterrâneos podem assumir formas extremamente variadas, todas elas "dantescas". São os donos ou, pelo menos, intermediários, da quase totalidade dos recursos naturais como peixe, madeira, frutos e ainda os principais produtos cultivados. Uma vez que os *Yakairiti* são donos dos recursos da natureza, os Enawene-Nawe deles dependem inexoravelmente para a produção dos alimentos e, portanto, para a reprodução da vida social (SILVA MF, 1998a).

Os espíritos subterrâneos são preguiçosos a tal ponto que os Enawene-Nawe têm que produzir alimentos não só para si, mas também para eles. Durante as cerimônias os Enawene-Nawe, periodicamente, vertem no chão grandes quantidades de mingau, que é absorvido pela terra e corre diretamente para as panelas desses espíritos que só têm o trabalho de ingerí-lo. Caso os Enawene-Nawe não os abasteçam, esses espíritos se voltam furiosos contra os humanos, que ficam doentes e podem morrer (SILVA MF, 1998a).

As roças, pescarias, coletas, passeios, referências de conduta, saberes, padrões estéticos, manufatura e utilização de objetos, enfim, o dia-a-dia dos Enawene-Nawe está intimamente permeado pelo convívio intenso com essas entidades que habitam outras esferas e patamares da ordem cosmológica e social (JAKUBASZKO, 2003).

As práticas de pesca e agricultura, por exemplo, são as atividades que colocam em ação os grupos, unidades familiares, domésticas, e clãs. Para além de uma necessidade alimentar, tais grupos agem em função e em combinação com as legiões de espíritos, sem os quais ser-lhes-ia impossível auferir bons resultados nas atividades, manter a vida e livrar-se de suas investidas. Milho, mandioca e peixe constituem a base de alimentação dos Enawene-Nawe e se combinam nos principais

alimentos servidos durante os grandes banquetes, nos quais os espíritos *Yakairiti* são os mais importantes convivas

A respeito dos padrões estéticos, esta íntima relação se torna visível considerando que enquanto os *Enore-Nawe* encarnam a perfeição e o belo, os *Yakairiti* são horrendos, disformes, defeituosos e fedorentos - são repulsivos e repugnantes.

Os Enawene-Nawe consideram que quando morrem têm as pulsações vitais - olhos, pulso e coração - orientados para o alto, enquanto que os membros e as pulsações inferiores se orientam para baixo, para o subterrâneo, e a sombra dos corpos vagueia errante pela terra - por antigas aldeias, nas matas e rios. O traçado das tatuagens femininas¹² composto por meias luas localizadas nos ventres, ao redor do umbigo, e ligadas a pequenos traços verticais paralelos (também traçados sobre e abaixo dos seios), indicam tanto a fertilidade como, também, o caminho das pulsações para o céu. Os traços estão associados ao arco-íris que devem atravessar, como uma ponte, para aportar no céu. Dessa maneira, as insígnias operam como guias/passaportes e ligam o cosmo ao corpo, o corpo ao social, numa interação contígua, na qual a corporalidade Enawene revela-se difusa e integrada cosmicamente (...) pela complexa articulação parte/todo (JAKUBASZKO, 2003).

O calendário ritual dos Enawene-Nawe é complexo e se distribui durante todo o ano, com períodos destinados prioritariamente aos espíritos *Yakairiti* (períodos mais longos, correspondendo à maior parte do ano) e outros, destinados aos espíritos *Enore-Nawe*. Como a reprodução física e social está totalmente ligada à relação do povo com as diferentes legiões de espíritos, todas as atividades cotidianas que envolvem a população possuem em sua base estas relações.

¹² As tatuagens, como insígnias de inserção no universo dotado de sexualidade, são realizadas pela mãe, irmã ou irmã da mãe (uma parente consanguínea), no ventre e nos seios da jovem após a primeira lua da primeira menstruação. No período que antecede a tatuagem a moça permanece reclusa num pequeno espaço reservado dentro da casa, próximo ao *waxalako* dos pais, observando prescrições alimentares e recebendo cuidados dos sopradores sobre seus alimentos, rede e pertences, sobre os caminhos, a casa e toda a aldeia. Em sua reclusão recebe ainda cuias, pilão e cerâmicas para a confecção de seus próprios alimentos (SANTOS, 2001). A jovem ingere beberagens feitas pelos pais e oferecida por um jovem recém iniciado do sexo oposto (não consanguíneo), e traz para fora de si (vomita) todos os alimentos ingeridos no passado, assim como, após a tatuagem substitui todos seus adornos antigos por novos. O corpo, agora tatuado, revela o potencial fértil da menina transformada em mulher, através de um conjunto de ações que são eminentemente sociais (SILVA MF, 1998b).

Os Enawene-Nawe foram oficialmente contactados por pessoas não-indígenas em 28 de julho de 1974, num trabalho coordenado pelo Pe. Thomas de Aquino Lisboa e Vicente Cañas (conhecido na aldeia pelo nome de “Kiwxi”).

Em 1974, viviam na aldeia 97 pessoas morando em 7 casas comunais (BUSATTO, 1995) e em setembro de 2005, contavam com 426 habitantes. A população é composta principalmente por crianças e jovens, que vivem em apenas uma aldeia às margens do rio Iquê, na região do rio Juruena (MT).

A partir de 1987, com a morte de Vicente Cañas, que por muitos anos viveu entre os Enawene-Nawe, a Operação Anchieta (OPAN) intensificou sua atuação junto ao grupo, procurando manter a assistência à saúde e imunização da população, conhecer melhor sua cultura e língua, incentivar a medicina autóctone, apoiar a estabilidade econômica do povo e colaborar para a regularização do seu território. Para isso a OPAN buscou parcerias com técnicos e instituições que pudessem colaborar na viabilização dessas metas. A política de atuação estabelecida para este povo desde 1974 contribuiu para que fossem evitadas grandes epidemias como as que ocorreram entre os Tapayuna e Kreen-Akarore, com redução significativa de suas populações (BUSATTO, 1995).

Durante muitos anos os Enawene-Nawe se mantiveram relativamente isolados de convívio com a sociedade envolvente e com fazendeiros, com quem, no entanto, tiveram alguns conflitos na época que precedeu a demarcação de suas terras. A intensificação do contato com não-índios ocorreu, principalmente, a partir de 1998, quando a construção de uma estrada que pretendia interligar os municípios de Sapezal e Juína, no Mato Grosso, invadia suas terras em 80 Km. O trecho de 50 Km já existente foi construído por fazendeiros da região, com apoio de políticos dos municípios vizinhos. Os responsáveis e principais interessados utilizaram como recurso para viabilizar seu projeto a doação aos índios de grandes quantidades de “presentes” como: barcos, motores de popa, gasolina, roupas e comida.

Dentre os presentes oferecidos, os barcos de alumínio e os motores de popa foram especialmente valorizados pelos Enawene-Nawe, pois a partir desses recursos, não mais precisaram despender tanto esforço físico para seus deslocamentos, os quais também se tornaram mais ágeis. A partir de então, os Enawene-Nawe foram aos poucos aumentando sua frota de barcos e motores e, como decorrência,

aumentaram também a frequência de seus deslocamentos para as cidades próximas a fim de obter combustíveis e manutenção para os mesmos. Os recursos necessários para garantir a frota e as viagens eram obtidos, até 2005, prioritariamente a partir das aposentadorias recebidas pelos velhos, do auxílio natalidade pago aos pais de crianças até quatro meses de idade, de participação no imposto sobre circulação de mercadorias (ICMS) ecológico (recurso garantido pelo governo aos municípios que possuem grandes áreas naturais preservadas), com o comércio de artesanatos e, eventualmente, de excedentes da produção de mel ou de pescarias.

Apesar do impacto resultante da introdução dos barcos e motores de popa, os Enawene-Nawe mantêm praticamente intacta sua organização social tradicional, mantendo, inclusive, várias práticas tradicionais de cura.

Falam, principalmente, a língua própria do grupo, cuja filiação lingüística é do tronco Aruak. Quem trabalha com o povo Enawene precisa aprender a se comunicar na língua própria do grupo, pois, mesmo aqueles que possuem algum conhecimento da língua portuguesa falam exclusivamente na própria língua com os indigenistas ou com o pessoal da saúde. Mesmo quando participando de reuniões fora da aldeia, na presença de indigenistas da OPAN ou pessoal da 'saúde', solicitam sempre um tradutor para suas falas. Alguns homens, entretanto, já fazem uso da língua portuguesa para se comunicar, porém, apenas quando se deslocam sozinhos para cidades da região.

Com o aumento da frequência de deslocamentos da população (principalmente adultos jovens do sexo masculino) para as cidades próximas, e com o conhecimento e uso do dinheiro diferentes alimentos vêm sendo introduzidos no cotidiano dos Enawene-Nawe. O consumo desses produtos pela população ainda é relativamente restrito, porém vem crescendo nos últimos anos.

Segundo Jakubaszko (2003) os Enawene-Nawe afirmam não pretender consumir alimentos externos à sua cultura em grande escala, pois já possuem os seus próprios; dizem que o dinheiro que recebem é para aquisição de bens duráveis como: máscaras de mergulho/pesca, linhaças, anzóis, gravadores, fitas K-7, pilhas, lanternas, roupas, panelas, tesouras, espelhos, motores, peças, e, sobretudo, combustível. As roupas são especialmente utilizadas pelos Enawene-Nawe quando em trânsito fora da aldeia. As

mulheres, em especial, riem muito quando vestidas de maneira diferente de sua indumentária tradicional, a qual predomina no cenário da aldeia¹³.

A convivência com os Enawene-Nawe representa um privilégio para os que podem tomar contato com sua organização social, seu universo cosmológico e seu jeito alegre e dinâmico de viver.

O sub-ítem a seguir apresenta um pouco do contexto histórico em que foi se constituindo a política indigenista no Brasil, bem como as organizações dos movimentos "indigenista" e "indígena" no cenário nacional.

1.2 O INDIGENISMO OFICIAL E OS INDIGENISMOS ALTERNATIVOS

A expressão “política indigenista” foi utilizada por muito tempo como sinônimo de qualquer ação política, governamental ou não, que tivesse as populações indígenas como objeto. As diversas mudanças assistidas no campo do indigenismo, no entanto, exigiram que fosse estabelecida uma definição mais precisa e menos ambígua do que seria 'política indigenista'. De modo geral, há um entendimento de que a política indigenista refere-se especificamente àquelas ações voltadas para os povos indígenas, com implicações profundas em seu modo de vida e cotidiano, mas cuja proposição e autoria parte de outros agentes sociais (ISA, 2005b).

No Brasil do século XVI os jesuítas representavam a maior força em promover políticas indigenistas. Atuavam, porém, no sentido de transformar os índios em cristãos, incorporando-os à ordem do mundo europeu e confinando-os sob a rígida disciplina das missões (RAMOS, 2004).

Os esforços legislativos dedicados aos povos indígenas desde o Brasil Colônia até o período republicano, embora tenham sido consideráveis em número, demonstram que as planificações oficiais mostravam-se apenas como tentativas de conquistas de territórios e gentes, denunciando os anseios de grandeza dos seus

¹³ Dados adicionais sobre etnografia do povo Enawene-Nawe podem ser obtidos junto à OPAN, em Cuiabá, sendo sugeridos para consulta os estudos de Silva MF (1995, 1998), Sá (1996), Santos (1995, 2001, 2006), Jakubaszko (2003), Rezende (2003), e Zorthêa (2006).

dirigentes políticos, e suas angústias frente à ameaça que os povos indígenas lhes representavam, por serem os legítimos donos dos territórios ocupados (RAMOS, 1999).

Na virada para o século XX, com a instalação da República brasileira, a facção da elite política que chegou ao poder trouxe consigo um projeto claro para incorporação dos territórios e integração dos indígenas à sociedade brasileira.

No Mato Grosso, na segunda metade do século XIX, ocorreram várias transformações resultantes do processo de desenvolvimento do capitalismo no mundo. O Brasil, a partir da Guerra do Paraguai (1870), viu sua economia estimulada pela redução dos custos no transporte e pelo fluxo de mercadorias e capitais. Nutrido por esse desenvolvimento, ampliou-se a exploração de produtos extrativos na região que, concomitantemente, passou a incorporar maquinarias procedentes da Europa em seus processos produtivos, transformando antigos engenhos em modernas usinas de açúcar (BIGIO, 1996).

Por ser um espaço de fronteira, o processo de ocupação de Mato Grosso teve um caráter bastante específico. Desde o período colonial, Portugal manteve ali um padrão de povoamento diferente, em função da extensa fronteira com a colônia espanhola e pela descoberta e exploração de ricos veios auríferos. Estas características influenciaram o incremento de uma estrutura político-militar de defesa nessa região. O projeto de instalação de linhas telegráficas, gestado nos primeiros momentos republicanos, foi um prolongamento desse pensamento político e inseriu-se como parte das estratégias do novo regime, que procurava imprimir uma política de ocupação e de defesa das fronteiras do Brasil. Nesse pensamento também se imbricava a questão indígena. No caso de Mato Grosso isso ficou facilmente visível, ao lado de projetos modernizadores, no início do século, ainda havia uma robusta população indígena, pouco conhecida. Para os republicanos, os índios, enquanto "brasileiros", deveriam representar um papel singular na implantação das Linhas Telegráficas, seriam eles que formariam o contingente de mão-de-obra para garantir o desenvolvimento e a defesa da região (p.3).

Os relatórios que Cândido Mariano da Silva Rondon, militar responsável pela implantação dessas linhas, encaminhou ao Ministério da Guerra, oferecem pistas significativas dos objetivos que norteavam esses projetos em Mato Grosso. Neles

ficam evidentes: o caráter estratégico que tinham essas linhas telegráficas, a importância que era dada para o desenvolvimento econômico do Estado, o papel desempenhado pelos militares na implantação do telégrafo e o uso do índio como mão-de-obra. As linhas telegráficas como elemento de segurança e ocupação para as fronteiras estava enfatizada em todos esses relatórios (BIGIO, 1996).

Além disso, no período subsequente à abolição da escravidão (1888), com as crescentes levas de imigrantes italianos chegando ao Brasil para suprir a necessidade de mão-de-obra nos cafezais do sudeste, começaram a surgir inúmeros conflitos entre imigrantes que ocupavam terras indígenas, e índios que resistiam à perda de seus territórios, alimentando polêmicas acirradas na política e na academia dos grandes centros urbanos (GAGLIARDI, 1989¹⁴; citado por RAMOS, 1999: p.9).

No bojo do desenvolvimento desses acontecimentos foram estabelecidas as novas bases da ação indigenista brasileira. A criação, em 1910, do Serviço de Proteção ao Índio e Localização de Trabalhadores Nacionais SPILTAN (a partir de 1918, SPI) teve como um de seus objetivos centrais racionalizar o processo de incorporação dos territórios e das populações indígenas à sociedade brasileira na Primeira República.

O principal articulador desse projeto foi Cândido Mariano da Silva Rondon. Positivista convicto e defensor das idéias de Augusto Comte, Rondon acreditava que a sociedade humana estivesse dividida em três estados evolutivos: o estado teológico ou fetichista, o estado metafísico ou abstrato e o científico ou positivo. Os povos indígenas segundo essa classificação estariam no estágio teológico-fetichista e poderiam tornar-se, de maneira mais efetiva, o novo homem positivo, através da educação e da introdução de novas formas de produção. Assim, tanto Rondon como os demais seguidores de Comte no Brasil, baseados no evolucionismo humanista, propugnavam pela integração dos índios, transformados em brasileiros, em trabalhadores, através de sua incorporação ao projeto das linhas telegráficas (BIGIO, 1996).

Através do estabelecimento de uma relação amistosa com os povos indígenas, conseguida principalmente pelo uso da tradicional prática de doação de "brindes", Rondon assegurou para si e seus principais colaboradores o papel de especialistas em

¹⁴ Gagliardi JM. O Índigena e a República. São Paulo: Hucitec; 1989.

assuntos indígenas, o que fez deles os gestores legítimos da política indigenista do SPILTN (BIGIO 1996).

Segundo Garnelo e cols. (2003) a idéia de proteção das populações indígenas em contato com os não-índios pressupunha uma atuação que visava minimizar os inevitáveis conflitos gerados pela ocupação de seus territórios pelos diversos agentes econômicos em expansão. Apesar dos propósitos explícitos, a política indigenista atuou mais em favor dos interesses da população não indígena, acarretando graves perdas de território e de condições de vida dos povos indígenas.

Na década de 1960 o SPI já havia falido. Denúncias internacionais contra funcionários, corrupção, utilização de trabalho indígena, introdução de doenças venéreas, etc, fizeram com que o governo extinguisse o SPI e criasse em 1967 a Fundação Nacional do Índio – FUNAI (ESPÍNOLA, 1995).

A orientação básica da FUNAI era definida por um Conselho Indigenista, integrado por representantes governamentais e por membros da comunidade científica. Contudo, passados alguns meses de sua criação, as propostas autoritárias dominaram o órgão e, com o regime militar, a postura de integração dos grupos indígenas foi retomada. A euforia do “milagre econômico” retomou com ênfase a visão do índio como obstáculo ao desenvolvimento, especialmente na Amazônia. A construção da rodovia Transamazônica foi, a partir de então, a expressão maior da nova política de extermínio aos grupos indígenas (ESPÍNOLA, 1995).

A atuação da FUNAI como órgão indigenista, desde sua criação, tem se caracterizado mais por amenizar crises e problemas emergenciais, do que pela construção de um planejamento seqüencial com metas a curto, médio e longo prazos (EVANGELISTA, 2004).

Foi na gestão de Oscar Jerônimo Bandeira de Melo, general da reserva, (1970-1974) que foi encaminhado ao Congresso Nacional o Projeto do Estatuto do Índio (lei nº 6.001, promulgada em 19 de dezembro de 1973). O Estatuto foi parte de uma estratégia de reverter a imagem do país internacionalmente, mostrando preocupação com os indígenas e cumprimento das convenções de que era signatário. O Estatuto nasceu num período do autoritarismo que excluía quase todos os setores da sociedade de participação na elaboração e execução de políticas sociais. Apesar disto, a sociedade civil se manifestou contra a política indigenista realizada pela FUNAI, e

também contra a proposta do Estatuto do Índio. Nesse período o Movimento Indígena ainda não estava estruturado, nem encontrava formas possíveis de pressão (EVANGELISTA, 2004).

O ativismo indigenista civil teve início em 1978, com a ameaça do governo do Presidente Geisel de emancipar os índios, isto é, de declará-los não índios perante a lei e, desse modo, eximir-se do encargo de protegê-los, juntamente com suas tradições, costumes e, o mais importante, suas terras. O decreto de emancipação esboçado pelo presidente Geisel, por intermédio de seu Ministro do Interior, Rangel Reis, teve o efeito catalisador de reunir na mesma plataforma, profissionais de várias áreas (jornalistas, advogados, antropólogos, religiosos e artistas), e lideranças, que "tomaram de assalto" os meios de comunicação (RAMOS, 1995).

Esse indigenismo organizado pela sociedade civil e que se autodenominou "indigenismo alternativo" é, nas palavras de Schroeder (1995), entendido como "o indigenismo que é praticado de forma desvinculada e, muitas vezes, em oposição à política indigenista oficial e das Missões tradicionais, estando organizado sob a administração de organizações não-governamentais (ONG)".

O ativismo indigenista atual, entretanto, muito pouco tem do movimento de 1978. A partir do sucesso que se evidenciou no engavetamento do projeto de emancipação em 1978, os índios criaram a União das Nações Indígenas (UNI) e os brancos se organizaram em uma proliferação de entidades de apoio ao índio. Porém, em pouco tempo, desavenças internas e a necessidade que se evidenciava de maior estruturação, fez com que a maioria dessas ONG desaparecesse. Em 1982 já eram perceptíveis os sinais de divergências inclusive entre brancos e índios dentro do movimento que, a esta altura já se tornava pan-indígena, alcançando todas as regiões e a maioria dos povos indígenas do Brasil (RAMOS, 1995).

Até a Nova República, no entanto, o movimento indigenista¹⁵ foi mantendo uma aparência de unidade, pois, a unir os militantes estava o eterno inimigo comum, os militares. Com a morte de Tancredo Neves e o deslocamento do poder para a equipe de Sarney, a esperança dos militantes de fazer parte do governo e, assim, participar da construção de uma política indigenista oficial diferenciada se viu frustrada, ficando clara a continuidade do projeto dos militares.

¹⁵ Não confundir com 'movimento indígena', que se refere ao movimento dos próprios povos indígenas em defesa de questões de seu interesse.

O período da desilusão com a Nova República foi, entretanto, também a época de consolidação das organizações indigenistas, sob a forma de aparatos burocráticos. Instalou-se o profissionalismo das relações de trabalho e criaram-se compromissos com agências financiadoras que, por sua vez, produziram estruturas próprias para gerir os recursos daí decorrentes. Chegou-se, assim, à década de 1990, com um panorama indigenista que pouco lembrava os dias de agitação política e arrebatamento cívico de 1978, com a institucionalização daquilo que, por sua natureza, era oposição ao oficialmente estabelecido (RAMOS, 1995).

Segundo Ramos (1995)

... a passagem do tempo parcial de antropólogos, artistas, advogados, jornalistas etc., militantes da causa indígena nos interstícios de seu tempo profissional, ao tempo integral dos profissionais do ativismo indigenista, correspondeu uma metamorfose em termos de tempo, espaço, recursos materiais, disponibilidade e ética. Com a burocratização das ONG pode ter havido um aumento da eficiência, mas ao custo de um distanciamento com relação ao mundo social e à visão de mundo dos índios, que põe em xeque o papel e o futuro dessas entidades. Definidas por seu engajamento com índios reais, a máquina indigenista privada, para se sustentar, precisa se alimentar do índio de carne e osso, matéria prima de suas atividades e razão de sua existência (p. 9-10)

Com o crescente processo de burocratização das ONG indigenistas e, atualmente, sua ampla participação na execução de políticas de Estado através de convênios firmados com as instâncias públicas, como é o caso da saúde indígena no Brasil, essas organizações tenderam a se distanciar do índio real, humano, permeado por conflitos e interesses como em toda sociedade humana, e acabaram criando um 'modelo de índio-ideal', para garantir os recursos de agências financiadoras, dos quais não só a causa indígena depende para sobreviver, mas também os defensores dessa causa, conduzindo a um processo de conflito de interesses que, se não envolve todas as ONG, atinge grande parte das envolvidas com a causa indígena na atualidade (RAMOS, 1995).

Ramos (1995) salienta entretanto, que a necessidade de ONG de apoio à causa indígena junto aos índios e ao movimento indígena continua a ser uma realidade em muitos aspectos como, encaminhar documentos, promover *lobbies* com parlamentares, captar recursos para projetos comunitários, denunciar injustiças ou deslanchar campanhas de informação no exterior, dentre outras. Porém, para que este movimento continue a ser desenvolvido dentro da perspectiva em que foi criado, na

defesa dos interesses e direitos dos povos indígenas, é preciso uma reaproximação dessas entidades com o índio 'real', como na relação existente entre esses povos e os antropólogos que atuam junto a eles.

A cumplicidade que comumente se cria entre os índios e seus antropólogos, muitas vezes pouco entendida pelos profissionais de defesa dos índios, advém dessa experiência comum de se desvendarem ontologicamente uns aos outros. É sobre o "real", gerado por essa experiência que nós construímos nossa ética, e não sobre uma imagem idealizada pelo distanciamento asséptico e formal (RAMOS, 1995).

A partir de 1988, com a nova Constituição Brasileira, o movimento indígena recebeu um grande impulso. Ocorreu, também, um grande avanço nas relações entre Estado e povos indígenas, pois, na nova Constituição os índios conquistaram o direito à auto-representação na defesa de seus interesses, promovendo, em termos práticos, a superação da tutela como figura jurídica orientadora da relação entre os índios e a sociedade nacional (GARNELO e col., 2003). Com o reconhecimento e o respeito às organizações sociais e culturais indígenas e garantias de plena cidadania, retirou-se da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) a exclusividade da competência para entrar em juízo em defesa dos índios (BAINES, 1997).

Com isso, a Constituição de 1988 promoveu a possibilidade de estabelecimento de parcerias respeitadas entre poder de Estado e povos indígenas, atribuindo, ao primeiro, o papel de suprir necessidades básicas como saúde e educação, e de prover apoio e fomento à implantação de políticas setoriais para a geração de renda, gestão territorial e ambiental das áreas demarcadas e preservação das culturas tradicionais. Aos povos indígenas foi reconhecido o protagonismo político na garantia e efetivação de seus direitos e a co-responsabilização no desenvolvimento de políticas públicas de seu interesse (GARNELO e col., 2003).

Desde então diversas medidas foram conduzidas para propor uma lei complementar de regulação da política indigenista, mais congruente com os novos direitos garantidos. Apesar dos esforços, a proposta de lei para um novo Estatuto para os Povos Indígenas tramita desde 1991 no Congresso Nacional, sem ainda ter logrado aprovação.

O Movimento Indígena teve início na década de 1980, quando surgiram as primeiras associações e organizações indígenas, em várias regiões do Brasil, sendo,

no entanto, somente depois da promulgação da Constituição Federal de 1988, que elas se multiplicaram, devido à possibilidade dessas associações se constituírem como pessoas jurídicas (ISA, 2005c).

Organizações Indígenas são entidades que lutam por direitos civis, mas que, simultaneamente, buscam a garantia de direitos decorrentes da diferença étnica. Elas adotaram estratégias administrativas e gerenciais similares às de instituições não-indígenas, mas as formas próprias de legitimidade e de exercício dos direitos políticos são fortemente influenciadas pelas relações de parentesco, típicas das culturas tradicionais que lhes deram origem. A sua direção costuma ser exercida por pessoas jovens, com vários anos de escolaridade, cujo foco principal de atuação é dirigido ao espaço das relações interétnicas, buscando garantir a aplicabilidade de políticas públicas de interesse dos grupos que representam. Tais formas modernas de exercício político interagem com os modelos tradicionais de chefia política indígena, e, em sua busca por atender simultaneamente as demandas internas de seus povos e aquelas geradas no mundo não-indígena, vêm desenvolvendo uma criativa articulação entre tradição e modernidade política (GARNELO e col., 2003).

As ONG de apoio aos direitos indígenas têm contribuído com o movimento indígena facilitando a organização de assembleias indígenas em várias regiões tanto no Brasil como internacionalmente (BAINES, 1997), garantindo assessoria jurídica e assessoria para obtenção de recursos para seus projetos, entre outras formas de apoio ao movimento. Esse apoio tem favorecido, ainda, o amadurecimento político das Organizações Indígenas, que se traduz em sua participação crescente nas políticas públicas que lhe interessam (GARNELO e col., 2003).

Como complemento ao indigenismo brasileiro convém assinalar ainda, o suporte dado pelas Convenções Internacionais em determinados momentos. O Brasil é signatário de diversas Convenções que resguardam os direitos e interesses dos povos indígenas de forma específica, como as de números 107 e 169 (de 1957 e 1989, respectivamente) da OIT (Organização Internacional do Trabalho) ou de forma mais genérica, como a Declaração dos Direitos do Homem da Assembleia Geral das Nações Unidas (de 1948), que foram de fundamental importância para a organização e o reconhecimento dos direitos das sociedades indígenas e muito têm influenciado o pensamento indigenista (EVANGELISTA, 2004).

Embora a política indigenista tenha sido apresentada de maneira dissociada das políticas de saúde para os povos indígenas no Brasil, ambas estão intimamente relacionadas e compartilham de períodos de ganhos e perdas para os povos indígenas no seu desenvolvimento histórico, como pode ser verificado no sub-ítem a seguir.

1.3 AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA POPULAÇÕES INDÍGENAS NO BRASIL

A questão da saúde das populações indígenas no Brasil faz parte de um quadro que não está restrito ao cenário nacional. É um tema que se insere nas relações sócio-históricas entre os povos autóctones e os colonizadores que chegaram às Américas ao longo dos últimos 500 anos.

Até a década de 70 do século XX, no Brasil, ainda não se notava qualquer movimento no sentido de garantir acesso à saúde para os povos indígenas. Além de não existir respaldo legal e interesse das elites políticas e econômicas em garantir o direito à saúde para essas populações, persistia até então, a forte crença na ideologia assimilacionista dominante, que afirmava a extinção de tais povos em poucas décadas, e sua integração aos padrões "nacionais" de cultura.

Dados demográficos das duas últimas décadas, no entanto, foram demonstrando que as populações indígenas no Brasil estão crescendo, e também aumenta o nível organizativo dessas sociedades, no sentido da autodeterminação e da universalização dos direitos, com luta pela garantia do respeito às suas especificidades étnico-culturais.

As ações em saúde para as populações indígenas no Brasil não têm se dado isoladamente, mas articuladas às políticas indigenistas integracionistas adotando estratégias de contato como as alterações dos hábitos culturais, a intervenção na vida econômica com introdução de técnicas agrícolas, utilização de mão-de-obra indígena no desenvolvimento econômico regional, ensino formal e religioso associados à assistência à saúde (WEISS, 1998).

Se analisarmos brevemente a forma como a sociedade brasileira vem lidando com a assistência à saúde de suas minorias nativas, através das políticas de Estado, veremos que, até o início do século XX, não havia instituições públicas para este fim. Os efeitos devastadores das “pestes” trazidas da Europa e África, sobre as comunidades indígenas, foram registrados desde o século XVI. Apesar disto, antes do advento das ações indigenistas oficiais mais organizadas com o SPI, os cuidados médico-sanitários mais permanentes foram dispensados aos índios praticamente apenas pelas missões religiosas (CONFALONIERI, 1993).

Por outro lado, mesmo o Serviço de Proteção aos Índios, criado em 1910 para intermediar o contato das frentes de expansão econômica com as tribos 'arredias', não possuía um corpo médico próprio e nem desenvolvia programas e ações de saúde sistematizados. As intervenções sanitárias eram eventuais e se realizavam principalmente por ocasião dos freqüentes surtos a que estavam sujeitos os grupos indígenas no início de seu convívio com a sociedade circundante (CONFALONIERI, 1993).

O primeiro programa sistemático de atendimento aos índios oriundo do governo, surgiu no início dos anos cinquenta, no âmbito do Ministério da Saúde. Foi o “Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas – SUSA”, de responsabilidade do médico Noel Nutels, que deveria atuar junto às comunidades rurais e indígenas, principalmente do Centro-Oeste e Norte do país. Este sistema, originalmente criado para o controle da tuberculose, através de ações junto a comunidades de difícil acesso, terminou por ampliar o espectro de ações que deveria desenvolver. Para Noel Nutels, o trabalho deveria centrar-se nas doenças trazidas através do contato para as quais os índios não tinham adquirido resistência. Por outro lado, colocava que, sem um programa simultâneo de proteção das populações próximas aos índios, não seria possível assisti-los satisfatoriamente (COSTA, 1987). As ações básicas prestadas por estas unidades consistiam em atividades de vacinação, atendimento odontológico, controle de tuberculose e outras doenças transmissíveis (MS/FUNASA, 2000).

Durante o período em que o SPI se manteve à frente da assistência aos povos indígenas, os índios continuaram a morrer por doenças evitáveis, suas terras continuaram a ser invadidas e a violência cresceu. A escassez de recursos

financeiros, a insuficiência de pessoal capacitado e o reduzido apoio jurídico não permitiram garantir a assistência preconizada (MARQUES, 2003).

Com golpe de Estado de 1964 e a instauração da ditadura militar no país agravaram-se os problemas dos povos indígenas, ocorrendo intensificação da expropriação de suas terras e aumento na frequência de surtos epidêmicos e massacres de aldeias inteiras de sul a norte do país (CIMI, 1999; citado por MARQUES, 2003, p.24).

A FUNAI, que foi criada em 1967 em substituição ao extinto SPI, e subordinada ao Ministério da Justiça, além de ter como finalidade estabelecer as diretrizes e garantir o cumprimento da política indigenista, teve incluída entre suas atribuições, a promoção e a prestação da assistência médico-sanitária aos índios (MARQUES, 2003).

Baseando-se no modelo de atenção das Unidades Sanitárias Aéreas (SUSA), a FUNAI criou as Equipes Volantes de Saúde (EVS), que realizavam atendimentos esporádicos às comunidades indígenas de sua área de atuação, prestando assistência médica, aplicando vacinas e supervisionando o trabalho do pessoal de saúde do local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem (MS/FUNASA, 2000).

Com o passar do tempo, os profissionais das EVS foram se fixando nos centros urbanos, nas sedes das administrações regionais, e sua presença nas aldeias foi se tornando cada vez mais esporádica, até não mais ocorrer. Alguns desses profissionais, em geral pouco qualificados, ficavam lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais sem qualquer acompanhamento. As iniciativas de atenção à saúde indígena geralmente ignoravam os sistemas de representações, valores e práticas relativas ao adoecer e buscar tratamento dos povos indígenas, bem como seus próprios especialistas (MS/FUNASA, 2000).

Na década de 1980, a FUNAI, e com ela o modelo assistencial das EVS, sofreu um processo de estrangulamento financeiro progressivo, que resultou no desmonte de suas atividades-fim (VERANI, 1999).

Nessa época, no âmbito da política nacional de saúde, o Programa de Ações Integradas de Saúde buscava organizar as ações desintegradas das múltiplas instituições governamentais e privadas que assistiam a população brasileira

(VERANI, 1999). Tal programa, expressão institucional do Movimento da Reforma Sanitária, serviu de sustentação social para a organização e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios do modelo internacional da Política de Cuidados Primários de Saúde descritos na Declaração de Alma-Ata (OMS/Unicef, 1979): universalidade, equidade e integralidade (princípios doutrinários), e regionalização, descentralização e participação dos cidadãos (princípios organizativos) (BRASIL, 1990).

Com a democratização do país, o problema da assistência à saúde dos povos indígenas entrou na agenda de reforma. A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco para a política de saúde no país e também para a saúde indígena. A Conferência aprovou a realização da I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio - I CNPSI (BRASIL, 1986). Este encontro, realizado em Brasília, de 26 a 29 de novembro de 1986, estabeleceu as bases para o que foi chamado de subsistema específico para atenção à saúde do índio, sob a responsabilidade da agência governamental, vinculada ao Ministério da Saúde (MARQUES, 2003).

O Relatório Final da I CNPSI apresentou como principais recomendações para a formulação de uma política nacional de saúde para os povos indígenas:

1. a saúde indígena deve se caracterizar como um subsistema de saúde integrado ao sistema nacional, subordinado a uma coordenação única nacional;
2. necessidade de participação de representantes indígenas na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações e dos serviços de saúde, em todos os níveis;
3. assegurar o respeito e o reconhecimento das formas diferenciadas das nações indígenas no cuidado com a saúde;
4. ao nível local, os serviços devem fundamentar-se na estratégia da Atenção Primária de Saúde - APS (OMS/UNICEF, 1979), respeitando-se as especificidades etno-culturais das nações envolvidas;
5. universalização da cobertura para as populações indígenas;
6. descentralização do atendimento primário;
7. hierarquização dos serviços conforme a complexidade, garantidos por um sistema de referência e contra-referência (BRASIL, 1986).

A Constituição Federal de 1988, que estipulou o respeito e reconhecimento das organizações sócio-culturais dos povos indígenas e a competência privativa da União para legislar sobre a questão indígena definiu também, os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei 8.080/90, com direção e responsabilidade da gestão federal a cargo do Ministério da Saúde (MS/FUNASA, 2000).

Desde a promulgação das Leis nº 8.080 e nº 8.142 de 1990, que regulamentaram o texto constitucional e a criação do SUS, vários decretos e portarias foram emitidos se constituindo em instrumentos legais e estruturas administrativas que conformariam o subsistema de atenção à saúde indígena (MARQUES, 2003).

A primeira formulação mais geral para o atual subsistema de saúde indígena ocorreu na IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, quando foi defendida a atenção integral à saúde do índio, considerando seus sistemas tradicionais de cura, por meio de Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), diretamente ligados ao Ministério da Saúde, administrados pelos Conselhos Indígenas de Saúde. Esta Conferência solicitou a convocação da II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas - II CNSPI (MARQUES, 2003), a qual referendou a criação dos DSEI como modelo de atenção à saúde para os povos indígenas.

Realizada em Luziânia-GO, de 25 a 27 de outubro de 1993, após ampla mobilização e discussão de propostas com os povos indígenas, a II CNSPI contou pela primeira vez com a participação paritária de delegados indígenas e não-indígenas que definiram as diretrizes e princípios que deveriam nortear a política indigenista de saúde. A Conferência formulou também o modelo de atenção à saúde indígena pautado em abordagem diferenciada e global, contemplando assistência à saúde, saneamento básico, nutrição, habitação e meio ambiente, demarcação de terras e integração institucional. As diretrizes operacionais apontavam o Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), como modelo de atenção, formado com base em projetos elaborados junto com as comunidades, sob a supervisão dos Núcleos Interinstitucionais de Saúde Indígena¹ (NISI) e com a participação de consultores técnicos, se necessário (BRASIL, 1993).

Somente em 1993, o Ministério da Saúde passou a ser o único responsável pela atenção à saúde do índio. A assistência à saúde indígena passou, assim, a ser subsistema do SUS, devendo estar subordinado administrativa e operacionalmente ao Ministério da Saúde (MARQUES, 2003).

Em 1995, o Decreto Presidencial 1.141, de 19/05/95, além de devolver à FUNAI o papel de órgão gestor da saúde indígena no país, criou a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), presidida pela FUNAI e com participação de outros ministérios, entre eles o Ministério da Saúde (USMA/EPM, 1995).

Para viabilizar uma proposta de política de saúde para as populações indígenas, no contexto do decreto 1.141, foi criada a Subcomissão de Saúde da CIS, que elaborou a proposta Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio (MAISI). Dentro deste modelo, foi proposta a criação de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), com respeito às características étnicas, epidemiológicas e geográficas de cada região. Os SILOS seriam embriões dos futuros Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) (USMA/EPM, 1995), já previstos na proposta.

O processo de construção da política de atenção à saúde indígena, no âmbito do SUS, continuou, entretanto, entre avanços e retrocessos até 1999. Durante esse período, FUNASA e FUNAI dividiram as responsabilidades da atenção à saúde indígena, executando, cada uma, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. Ambas já haviam estabelecido parcerias com municípios, organizações indígenas e não-governamentais, universidades, instituições de pesquisa e missões religiosas. Os convênios celebrados, no entanto, tinham pouca definição de objetivos e metas a serem alcançados, e de indicadores de impacto sobre a saúde das populações indígenas (MS/FUNASA, 2000).

Em julho de 1999, por meio de Medida Provisória¹⁶, foi decidida a transferência dos recursos e bens destinados às atividades de assistência à saúde indígena da FUNAI para a FUNASA. Em agosto¹⁷ foram definidas as diretrizes para a prestação de assistência à saúde aos povos indígenas, no âmbito do SUS, pelo Ministério da Saúde. Por meio desse Decreto, o governo assumiu ser a atenção à saúde indígena dever da União, a ser prestada de acordo com a Constituição e com a Lei nº 8.080,

¹⁶ Medida Provisória nº 1.911-8, aprovada em 29 de julho de 1999 e publicada em DOU em 30 de julho de 1999.

¹⁷ Decreto Presidencial nº 3.156, de 27 de agosto de 1999.

objetivando a universalidade, a integralidade e a equidade na prestação de serviços de saúde aos povos indígenas (MARQUES, 2003).

A Lei que definiu a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena foi sancionada em 23 de setembro de 1999 e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, tendo como base os Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI). A partir desta Lei, foram criados 34 DSEI, que estão espalhados em quase todo o território brasileiro, exceto no Piauí e Rio Grande do Norte, com o objetivo de atender cerca de 400 mil índios (2006), pertencentes a 210 povos. O processo de criação dos DSEI foi intenso e conflituoso (MARQUES, 2003).

Após a implantação dos DSEI foi convocada a III Conferência Nacional de Saúde Indígena (III CNSI), que ocorreu de 14 a 18 de maio de 2001, em Luziânia-GO, com o tema “Construindo e Avaliando o Sistema Único de Saúde”. Os principais temas discutidos foram: avaliação da implantação dos DSEI, respeito às especificidades culturais indígenas na atenção à saúde, formação de recursos humanos indígenas, controle social e questões relativas à segurança alimentar e auto-sustentabilidade (MARQUES, 2003).

Finalmente em 31 de janeiro de 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena foi aprovada pelo Ministério da Saúde reafirmando os DSEI já implantados, como responsáveis pela sua execução.

A atual Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena tem como propósito “garantir o acesso à atenção integral em saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política, de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura” (BRASIL, 2002).

A responsabilidade institucional da saúde indígena é federal, do Ministério da Saúde, por meio da FUNASA, e é desconcentrada para os Estados, por meio das Coordenações regionais. A FUNASA financia os DSEI. A Secretaria de Assistência à Saúde (SAS/MS), participa no financiamento de alguns programas e paga

incentivos para os hospitais que assumem a responsabilidade de receber a população indígena, respeitando suas especificidades culturais (MARQUES, 2003).

Os Distritos Sanitários Especiais Indígenas estão ordenados em bases territoriais definidas segundo critérios étnicos, demográficos e de ocupação ancestral das terras indígenas.

Segundo a Portaria Nº 70/GM (de 20 de janeiro de 2004), que aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena, a implantação da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena adota modelo de organização dos serviços voltado para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que deve garantir aos povos indígenas o exercício da cidadania; os Distritos Sanitários Especiais Indígenas devem contar com uma rede interiorizada de serviços de atenção básica organizada de forma hierarquizada e articulada com a rede de serviços do Sistema Único de Saúde para garantir a assistência de média e alta complexidade; a estrutura do Distrito Sanitário Especial Indígena fica composta pelos Postos de Saúde situados dentro das aldeias indígenas, que contam com o trabalho do agente indígena de saúde (AIS) e do agente indígena de saneamento (Aisan); pelos Pólos - Base com equipes multidisciplinares de saúde indígena e pela Casa do Índio (CASAI) que apoia as atividades de referência para o atendimento de média e alta complexidade; o processo de estruturação da atenção à saúde dos povos indígenas deve contar com a participação dos próprios índios, representados por suas lideranças e organizações nos Conselhos de Saúde locais e distritais; na execução das ações de saúde dos povos indígenas deverão ser estabelecidos indicadores de desempenho e sistemas de informações que permitam o controle e a avaliação das referidas ações.

O modelo de distritalização da Política de Atenção à Saúde para os Povos Indígenas adotou a proposta de terceirização das ações a serem desenvolvidas para aquelas populações. Para tanto, a FUNASA celebra convênios com ONG, universidades, municípios e organizações indígenas, o que tem possibilitado maior participação destas últimas na gestão da política de saúde indígena (GARNELO e col., 2003).

Fernandes (1994)¹⁸, citado por GARNELO (2003), caracteriza o terceiro setor como “um conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam a produção de bens e serviços públicos”, e salienta que, no campo da saúde, a recente política neoliberal vem investindo progressivamente na utilização dessas políticas públicas, reproduzindo num espaço setorial o processo mais amplo de terceirização de funções do Estado (p. 46).

Um breve balanço do processo de implantação da atual política de saúde para os povos indígenas no Brasil foi elaborado por Garnelo e col., em 2003, e segundo os autores,

... o subsistema de saúde indígena vem contribuindo de modo significativo para a melhoria das condições de vida e saúde dos grupos étnicos que vivem no território nacional. Os posicionamentos públicos das lideranças indígenas e os documentos de suas organizações demonstram um clima geral de apoio às estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, particularmente aquelas que resultaram em empoderamento do movimento etno-político, um feito inédito no país. As divergências situam-se principalmente em planos e espaços mais restritos do sistema, tal como ocorre nas críticas - unânimes - aos repasses de recursos para as prefeituras em todo o país e a definição inadequada das áreas de abrangência dos DSEI, na insatisfação com os tetos orçamentários de cada distrito e com a gestão centralizadora praticada (p. 86-7).

Outros problemas verificados por Garnelo e col. (2003), referem-se, primeiro, à insuficiente articulação entre DSEI e sistemas municipais de saúde, já que não existe uma clara definição do fluxo de informações sócio-sanitárias entre os diversos planos de assistência e nem referências à programação pactuada integrada firmada entre DSEI e prefeituras, capaz de viabilizar protocolos de atuação e informação conjunta, bem como estratégias de racionalização de esforços e recursos; e, segundo, a ausência de uma política de ação sanitária a ser desenvolvida junto aos grupos indígenas de pouco contato com a sociedade nacional (isolados) que, mesmo quando comparados com outros grupos indígenas de contato mais antigo e intenso com a sociedade nacional brasileira, devem enfrentar condições de maior vulnerabilidade. Segundo os autores, "tais lacunas levam à suspeição de que a equidade não está suficientemente contemplada, mesmo no plano distrital".

Embora a Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena não se baseie especificamente na proposta da 'Atenção Primária de Saúde', as diretrizes e propostas

¹⁸ Fernandes, RC. Privado porém público: o terceiro setor na América Latina. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1994

de organização do modelo de atenção à saúde indígena vão ao encontro das propostas da Declaração de Alma-Ata e das idéias atuais sobre promoção de saúde, como veremos a seguir.

CAPÍTULO 2

ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL

2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE

A assistência médica curativa historicamente se desenvolveu a partir do paradigma biologicista, apoiada na epidemiologia e com foco predominantemente nas doenças. Com o desenvolvimento do sistema capitalista e dos recursos tecnológicos e farmacêuticos para diagnósticos e tratamentos, o mercado da 'saúde-doença' foi se tornando fatia representativa do desenvolvimento financeiro dos países centrais no século XX. Mais e mais o conceito de saúde passou a aparecer ligado ao consumo de produtos e procedimentos tecnológicos de alto custo, aos quais, pequena parcela da população mundial tem, de fato, acesso.

As origens da 'promoção da saúde', mundialmente, remontam a Sigerist (1946), citado por BUSS (2003), que usou o termo quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação. Sigerist afirmava: "A saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso" (p. 17).

Também Leavell e Clark (1965)¹⁹, citados por BUSS (2003) referem-se ao conceito de promoção da saúde em seu modelo da história natural da doença, onde ela representa (...) aumento da saúde e do bem-estar gerais dos indivíduos (p. 17-8).

Entre outros intentos registrados na busca de uma nova abordagem para a saúde pública mundialmente, merecem destaque especial a abertura da China (...) ao mundo exterior - com a realização das duas primeiras missões de observação de especialistas ocidentais promovidas pela Organização Mundial de Saúde (1973-1974), e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde - *Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadianes* (1974) (FERREIRA e BUSS, 2001).

¹⁹ Leavell H, Clark EG. Preventive Medicine for the doctor in his community. Nova Iorque: McGraw-Hill, Inc., 1965.

Estes dois acontecimentos estabeleceram as bases para importantes movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma formalizado na Conferência de Alma-Ata - URSS 1978, com a proposta de *Saúde para Todos no Ano 2000* e a estratégia de Atenção Primária de Saúde (OMS/UNICEF, 1979), que alcançou destaque especial na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), com a promulgação da Carta de Ottawa, e que vem se enriquecendo com a série de declarações internacionais periodicamente formuladas sobre o tema.

Quatro Conferências Internacionais foram realizadas após a Carta de Ottawa, respectivamente em Adelaide (1988), Sudswall (1991), Jakarta (1997) e México (1999). Cada uma delas vem desempenhando um importante papel na manutenção da motivação e interesse sobre promoção da saúde, ao mesmo tempo em que promove avanços significativos com a contínua ampliação dos campos de ação e abordagens mais efetivas para o real alcance dos objetivos traçados (FERREIRA e BUSS, 2001).

A Declaração de Alma-Ata define como ponto crucial para a Atenção Primária de Saúde a transferência de poder para a população local pois, diante da abertura do mercado e da crise econômica e ideológica dos últimos tempos, é necessário empoderar a população local para que seja neste nível que as decisões sejam tomadas, que se gerem alternativas e sejam realizadas ações pertinentes, de acordo com suas crenças e costumes. Por essa razão, tornou-se de fundamental importância estimular a participação comunitária e garantir a formação de agentes de saúde locais nas programações de saúde (AVILA CURIEL, 1995).

Segundo Ferreira e Buss (2001), as missões da OMS na China, evidenciaram uma abordagem de 'cuidado à saúde' que extrapolava o tradicional enfoque da assistência médica ocidental. Segundo o relatório, as várias atividades para melhoria da saúde que eram realizadas predominantemente em ambiente rural e desenvolvidas pelos chineses desde 1965, incluíam, dentre outras:

- a) organização da comunidade local;
- b) atenção aos idosos, mais além da assistência do Estado;
- c) promoção do desenvolvimento de indústrias caseiras;
- d) organização do povo para cuidar da saúde ambiental;
- e) realização de cuidados preventivos e tratamentos, incluindo o uso de ervas medicinais;

f) promoção de campanhas de saúde em todos os níveis visando substituir velhos costumes e mobilizar a comunidade para orientação e manutenção de hábitos higiênicos pessoais e locais, manutenção e uso de água potável, construção de unidades rurais de saúde, preparação de insumos simples (pílulas, poções, utensílios), e controle da limpeza de locais públicos.

Essas atividades eram desenvolvidas na China pelos Comitês Comunais, envolvendo em um clima de autoconfiança os mais distintos segmentos da população, sob a orientação dos responsáveis pela saúde - os chamados "médicos descalços" (*barefoot doctors*) (FERREIRA e BUSS, 2001).

A OMS tinha o propósito de publicar um livro com esses relatórios para expor esse tipo de abordagem não-convencional e, aparentemente, bem-sucedida. Segundo a OMS, quando as autoridades chinesas foram consultadas para a obtenção da necessária autorização, "consideraram a experiência não suficientemente madura para poder ser divulgada" (FERREIRA e BUSS, 2001).

O contexto político mundial do período em que essas missões ocorreram, no entanto, nos remete também a uma outra possível interpretação para o fato: vivíamos o período da 'Guerra Fria', e talvez, não interessasse aos países centrais do ocidente que experiências bem sucedidas em contextos não capitalistas fossem divulgadas.

Obviamente a não publicação integral dos relatos não impediu o aproveitamento das idéias na conformação da proposta da atenção primária de saúde, adotada quatro anos mais tarde por todos os países (embora a adoção do discurso não tenha alcançado, até hoje, a ampla orientação proposta) (FERREIRA e BUSS, 2001).

A Declaração de Alma-Ata foi também, bastante influenciada pelos movimentos sociais das décadas de 1960 e 70²⁰, quando a consciência mundial repentinamente foi

²⁰ A emergência, ao final dos anos de 1960, de movimentos sociais expressivos, na Europa e nos Estados Unidos - como os movimentos estudantis que explodiram ao redor do mundo; o movimento dos direitos civis dos negros, nos Estados Unidos; o movimento de mulheres e, especialmente, o de maio de 1968, na França, fez emergir no pensamento social questionamentos sobre os pressupostos holistas, estruturalistas e deterministas que detinham a hegemonia na explicação do social. A crise da teoria coincidiu com a crise de valores do período anterior: de *valores econômicos*, pelo esgotamento do modelo de crescimento do pós-guerra baseado na regulação estatal e que deu origem à chamada sociedade do bem-estar; de *valores políticos*, expressa na crise da democracia representativa e na busca de novos e mais amplos espaços de cidadania, dando lugar à democracia participativa e redistributiva; de *valores sociais*, manifesta pela eclosão dos movimentos e lutas sociais, e de *valores culturais*, expressa pela afirmação dos princípios libertários e de reconhecimento de direitos de minorias, tão bem expressos pela "revolução sexual" dos anos 1960-1970. Significativamente, rompeu-se com a idéia de revolução, de evolução e de existência de um centro irradiador de poder, e, também, com a idéia de um único sujeito transformador. Tais eventos marcariam a "morte" daqueles

chamada para os problemas das minorias raciais, os movimentos de liberação, os feministas, ecológicos, as guerrilhas e o ressurgimento das questões comunitárias.

Os Cuidados Primários de Saúde (ou Atenção Primária de Saúde) são definidos na Declaração de Alma-Ata como os "cuidados especiais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde" (OMS/UNICEF, 1979).

Os cuidados primários de saúde têm em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de proteção, cura e reabilitação, conforme as necessidades. Devem ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados; envolvem todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário; requerem a máxima autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados prestados; baseiam-se, nos níveis locais e de encaminhamento, nos trabalhadores do campo da saúde, inclusive os agentes comunitários e os praticantes tradicionais, que devem ser treinados para trabalhar social e tecnicamente ao lado da equipe de saúde e responder às necessidades expressas da saúde da comunidade. Incluem: educação, no tocante a problemas prevaletentes de saúde e aos métodos para sua prevenção e controle, promoção da distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de

pressupostos, o que é, também, interpretado como a "morte" da modernidade. (LARANJEIRA, SG. 2000)

doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (OMS/UNICEF, 1979).

Alguns aspectos da Declaração de Alma Ata merecem destaque especial pois dizem respeito à organização das práticas de saúde em atenção primária e, às vezes, não são considerados quando de sua implementação. Assim, em seus 'Aspectos operacionais dos Cuidados Primários de Saúde', a Declaração salienta:

A meta dos cuidados primários de saúde é proporcionar serviços essenciais a toda a população. Tem-se expressado freqüentemente a **cobertura** da população na forma de coeficientes entre a prestação de serviços de saúde e a população servida. Tais coeficientes prestam-se muitas vezes a interpretações errôneas. Esses coeficientes só expressam a existência ou a disponibilidade de serviços sem mostrar, em absoluto, o grau de sua utilização, para não falar da adequação desse uso. A utilização desses serviços depende de sua adequada acessibilidade

A **acessibilidade** implica a prestação contínua e organizada de serviços a que toda a comunidade tenha fácil acesso geográfico, financeiro, cultural e funcional. Esses serviços, além de qualitativa e quantitativamente apropriados, e adequados para satisfazer as necessidades essenciais de saúde da população, devem ser prestados com o emprego de métodos que esta considere aceitáveis.

Por **acessibilidade geográfica** entende-se uma distância, o tempo necessário para cobri-la e meios de transporte aceitáveis para a população. Por **acessibilidade financeira** entende-se que sejam quais forem as formas de pagamento adotadas, o custo dos serviços está ao alcance da comunidade e do país. Por **acessibilidade cultural** entende-se que os métodos técnicos e administrativos utilizados estão em consonância com os padrões culturais da comunidade. Por **acessibilidade funcional** entende-se a disponibilidade contínua de serviços apropriados a quem deles necessitar, sempre que necessitar, e proporcionados pela equipe de saúde indicada para a sua adequada prestação.

A acessibilidade aos cuidados primários de saúde deve ser mensurada não só pelo seu aproveitamento ao nível comunitário como também pela medida em que podem ser resolvidos problemas mais complexos e pelo número de pessoas que requerem tratamento mais especializado por parte de outros níveis do sistema de saúde. Portanto, quando proporcionam acesso integral e universal, os cuidados primários de saúde contribuem para assegurar a utilização racional de todo o sistema de saúde.

Por **tecnologia** entende-se uma associação de métodos, técnicas e equipamentos que, tomada em conjunto com aqueles que os aplicam e operam, pode contribuir significativamente para a solução de um problema de saúde. Por "apropriada" entende-se que, além de ser cientificamente bem fundamentada, a tecnologia é também aceitável para os que a empregam e para seus beneficiários. Isso implica no ajuste da tecnologia à cultura local. A tecnologia deve ser adaptável e, se necessário, adicionalmente aperfeiçoada. Ademais, é preferível que seja facilmente entendida e aplicada por **agentes comunitários de saúde** e, em certos casos, até mesmo por membros da comunidade; embora seja apropriado utilizar diferentes formas de tecnologia em diferentes etapas de desenvolvimento, é sempre desejável que elas primem pela simplicidade. Para assegurar a disponibilidade de tecnologia apropriada, o critério que produz os melhores resultados consiste em partir do problema e então buscar ou, se necessário, aperfeiçoar, uma tecnologia relevante às condições e aos recursos locais (OMS/UNICEF, 1979, p.48-9).

Os cuidados primários de saúde refletem, e a partir delas evoluem, as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades, e se baseiam na aplicação dos resultados relevantes da pesquisa social, biomédica e de serviços de saúde, e da experiência em saúde pública (OMS/UNICEF, 1979).

Com relação ao Relatório Lalonde - *Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses (1974)*, sua motivação central parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica ao mesmo tempo em que se apoiava no questionamento da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, devido aos resultados pouco significativos que aquela apresentava. O Informe Lalonde evidenciou que o componente assistencial do campo da saúde era o que menos efeito produzia para a melhoria da saúde, e passou a enfatizar mais os componentes biológicos, ambientais e de hábitos de vida (BUSS, 2003).

As proposições emergentes para a nova saúde pública, incluíam, pois, mudanças nas estratégias de regulação estatal, de caráter neoliberal, objetivando a redução do papel do Estado no financiamento das ações de saúde, enfatizando a lógica do mercado. Assim, o reforço de perspectivas de individualização, mediante discursos que conclamam à autonomia, estaria encobrindo o objetivo de delegar cada vez mais aos sujeitos e grupos sociais específicos a tarefa de cuidarem de si mesmos (CZERESNIA e FREITAS, 2003).

A partir de 1980 o Ministério da Saúde do Canadá e o Escritório da OMS da Europa passaram a desenvolver uma produtiva cooperação no desenvolvimento de conceitos e práticas em promoção da saúde, que culminou com a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em novembro de 1986, em Ottawa-Canadá, sob os auspícios da OMS e do Ministério da Saúde e do Bem-Estar do Canadá (BUSS, 2003). O principal produto dessa Conferência é conhecido como Carta de Ottawa (BRASIL, 2001) e tornou-se um termo de referência básico e fundamental para o desenvolvimento das idéias da promoção da saúde em todo o mundo.

A Carta de Ottawa definiu promoção da saúde como "o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo

uma maior participação no controle deste processo", e propõe cinco campos centrais para a ação (BRASIL, 2001):

- 1) elaboração e implementação de 'políticas públicas saudáveis';
- 2) criação de 'ambientes favoráveis à saúde';
- 3) 'reforço da ação comunitária';
- 4) desenvolvimento de 'habilidades individuais'; e,
- 5) reorientação do sistema de saúde.

Assumi, ainda, que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado da saúde da população e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável. O documento aponta para os determinantes múltiplos da saúde e para a intersetorialidade, já que os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados apenas por este setor (BRASIL, 2001).

O discurso da promoção da saúde não é homogêneo e apresenta contradições que correspondem a interesses divergentes. Há uma extensa produção de trabalhos sobre o tema que torna evidente o quanto as estratégias de promoção da saúde contemplam perspectivas das mais conservadoras às mais progressistas (CZERESNIA e FREITAS, 2003).

Segundo Sutherland & Fulton (1992)²¹, citados por BUSS (2003), as diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos: 1) atividades dirigidas à transformação dos comportamentos individuais, cujos programas tendem a se concentrar em atividades educativas, primariamente relacionadas aos riscos comportamentais cambiáveis, de responsabilidade, pelo menos em parte, dos próprios indivíduos; 2) saúde como produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, em cujos programas as atividades encontram-se voltadas para o coletivo de indivíduos e ao ambiente, através de políticas públicas e ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde e do empoderamento dos indivíduos e das comunidades (p. 18).

Um ponto crítico em todo o debate sobre a promoção da saúde é a linha divisória entre esta e a prevenção de doenças. Com frequência o conteúdo teórico entre estes

²¹ Sutherland RW, Fulton MJ. Health Promotion. In: Sutherland W, Fulton MJ, editors. Health Care in Canada. Ottawa; CPHA, 1992.

dois enfoques se diferencia com mais precisão do que as respectivas práticas (BUSS, 2003).

A prevenção tem como referência o modelo biomédico, centrado na doença. Para a prevenção, a ausência de doenças é um objetivo em si. Assim, as principais questões da clínica e da medicina preventiva sobre seu objeto, as doenças, são: como evitá-las, curá-las e mitigá-las. Neste sentido, a saúde tem sido entendida como ausência de doenças (BUSS, 2003).

Em contrapartida, a promoção da saúde tem seu foco na 'saúde propriamente dita', propondo abordagens intersetoriais e de participação comunitária na formulação e implementação das propostas que visam manter e melhorar os níveis de saúde existentes. O enfoque da promoção da saúde busca modificar condições de vida para que sejam dignas e adequadas; aponta para a transformação de processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde; orienta-se ao conjunto de ações e decisões coletivas que possam favorecer a saúde e a melhoria das condições de bem-estar (BUSS, 2003).

O caminho entre a saúde e a doença pode se realizar distanciando-se da doença, mas mantendo-a como foco (estratégia preventiva), ou aproximando-se da saúde como referência (estratégia da promoção da saúde) (FERNANDEZ e RÉGULES, 1994²²; citados por Buss, 2003; p. 36).

Ao se comparar a Declaração de Alma-Ata sobre cuidados primários de saúde e a Carta de Ottawa sobre promoção da saúde, observa-se que em ambas estão presentes a abordagem intersetorial, a participação comunitária e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e à melhor qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e equidade (FERREIRA e BUSS, 2001).

A proposta de reorientação dos serviços de saúde também aparece nos dois relatórios, porém, num segundo plano, como a indicar que embora importante, não chega a ser considerada prioridade. O 'reforço dos serviços', no entanto, é o que mais comumente se pratica no contexto da reforma do setor saúde, embora a ênfase predominante ainda corresponda à atenção terciária, e pouco tenha avançado a idéia da real integração dos componentes promocionais, preventivos e curativos dos serviços de saúde em apoio à atenção primária de saúde (FERREIRA e BUSS, 2001).

²² Fernandez LAL, Regules JMA. Promoción de salud: un enfoque en salud pública. Andalucía: Junta de Andalucía/Escuela Andaluza de Salud Pública, 1994.

As abordagens metodológicas em promoção da saúde, por ser este um campo de conhecimento e prática mais recente, estão menos desenvolvidas do que os métodos epidemiológicos de planejamento, implementação e avaliação de programas de prevenção de doenças (BUSS, 2003).

As duas abordagens, entretanto, são complementares e não excludentes no planejamento de programas de saúde, e a população beneficia-se das medidas adequada e equilibradamente propostas em ambos os campos (BUSS, 2003).

A atenção primária e a promoção de saúde são referências a serem adotadas em práticas de saúde em geral. Assim, para melhor compreensão do trabalho desenvolvido junto aos Enawene-Nawe, o sub-ítem a seguir traz a definição de alguns termos da área de saúde bucal que são utilizados neste estudo, e que estão diretamente relacionados à abordagem adotada para as práticas de saúde.

2.2 ODONTOLOGIA E SAÚDE BUCAL COLETIVA

A Odontologia, como é conhecida no senso comum e na prática hegemônica, é uma profissão autônoma da área da saúde e cujo objeto é o componente bucal humano.

Neste estudo, concordamos com Yida (1998), para quem, a forma de conhecimento decorrente desse modelo de ciência exclui da Odontologia (produção, organização e formas de trabalho) o que há nela de essencial, sua humanidade (o trabalho e suas relações sociais) e sua historicidade. Não é a boca ou, mais estritamente, a arcada dentária que constitui o objeto da Odontologia senão o homem, seu produto e produtor.

O enfoque biologicista na definição das doenças bucais e o caráter prioritariamente individualista da prática profissional conferem à odontologia um caráter de prática socialmente descontextualizada.

A abordagem de 'saúde bucal coletiva' surgiu no Brasil durante os anos de 1980. Segundo Narvai (1994),

À expressão "saúde bucal" acrescentou-se, durante os anos oitenta, no Brasil, o termo coletiva. Passou-se a falar, sobretudo no Estado de São Paulo, sob evidente influência do movimento de Reforma Sanitária, em 'saúde bucal coletiva' e não numa possível "odontologia coletiva". Isso não ocorreu por acaso, nem por razões fonéticas. Falar em "odontologia" coletiva significaria continuar preso à noção de 'odontologia', (individual e curativista). Mesmo reconhecendo o significado e a importância da assistência odontológica, buscava-se construir uma referência teórica para as ações a serem desenvolvidas que, mantendo o vínculo com a 'saúde bucal' extrapolasse os estreitos limites do meramente assistencial, vale dizer daquilo que normalmente é tido como 'odontológico'. Assim, foi sendo afirmada gradativamente a expressão 'saúde bucal coletiva' para afirmar uma prática sanitária que reivindicava origem distinta das 'odontologias', bem como outras articulações e compromissos (p.70).

Reconhecendo que odontologia e saúde bucal são significantes distintos, o movimento da saúde bucal coletiva tomou a saúde bucal coletiva como determinante para a implantação e desenvolvimento de práticas de saúde capazes de operar a ruptura com o modelo hegemônico de prática odontológica (NARVAI, 1994).

Segundo Narvai (1994),

A saúde bucal coletiva tem procurado constituir-se em referência de uma *práxis* capaz de recuperar para o trabalho em odontologia suas dimensões política, social, comunitária, preventiva e integral indispensáveis às práticas no campo da

saúde que tenham como horizonte sociedades democráticas e solidárias, nas quais as questões de saúde-doença tenham, efetivamente, relevância pública e, assim consideradas pelo Estado e pelo conjunto da sociedade (NARVAI, 1994).

Assistência e atenção em saúde também possuem conceitos distintos. A *assistência* limita-se ao campo odontológico, enquanto que a *atenção à saúde bucal* implica atuar *concomitantemente* sobre *todos* os determinantes do processo saúde-doença bucal. Isto exige da *atenção* uma abrangência que transcende não apenas o âmbito da *odontologia*, mas do próprio setor saúde, uma vez que requer a articulação e coordenação de ações multissetoriais, isto é, ações desenvolvidas no conjunto da sociedade (saneamento, educação, emprego etc.) (NARVAI, 1994).

Tendo definidas algumas das bases conceituais sobre as quais foram edificadas as práticas de saúde bucal desenvolvidas junto aos Enawene-Nawe no período 1995-2005, o Capítulo 3 apresenta aspectos culturais relevantes desse povo com relação à sua saúde bucal; a proposta apresentada em 1995 para um programa de saúde bucal junto ao povo; as estratégias adotadas para prevenção e controle das cárie dentária e as bases científicas que nortearam estas escolhas.

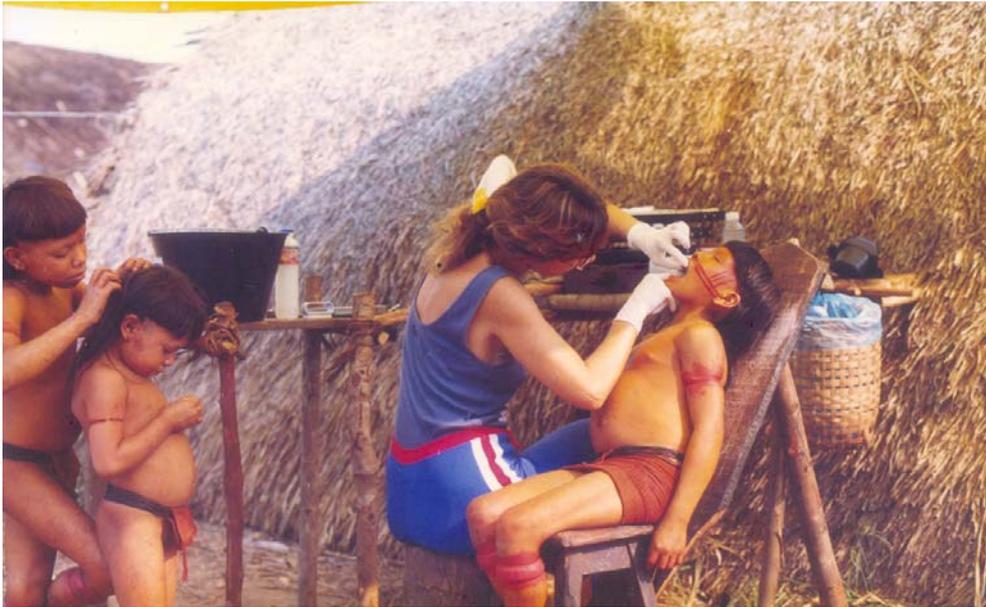


Foto 11 - Espaço de trabalho



Foto 12 - Atendimento a crianças pequenas

CAPÍTULO 3

OS ENAWENE-NAWE E A SAÚDE BUCAL

Com relação à saúde bucal, essa população refere situação bastante precária desde antes do contato em 1974.

Como práticas tradicionais relacionadas à solução da grave situação dental existente, referem exodontias realizadas com golpes fortes no dente afetado através do uso de dois pedaços de pau: um apoiado no dente e outro que era batido fortemente sobre o primeiro. O dente quando luxado (amolecido pelo golpe) era extraído sem o uso de qualquer erva ou medicamento.

Após o contato, e mais especificamente com a presença de Vicente Cañas vivendo entre os Enawene-Nawe, a população tomou contato com próteses dentárias (dentaduras), quando da visita de índios de outros grupos à aldeia, e passaram a solicitar insistentemente que ele lhes fizesse próteses.

A partir de 1982, após aprender técnicas de extração dentária e confecção de próteses com jesuítas e também com "práticos de odontologia", Kiwxi passou a realizar exodontias na aldeia correspondendo aos constantes pedidos da população, derivados da gravidade do quadro de saúde bucal desde há muito tempo observado.

A presença de vários índios desdentados totais na faixa etária acima de 30 anos, bem como o depoimento de algumas dessas pessoas sugerem que, em alguns casos, as extrações envolviam também alguns dentes sem essa indicação precisa, a fim de permitir a confecção da prótese total (dentadura). Somente foi encontrada uma prótese parcial (tipo "perereca"²³) em um homem que referiu não querer remover todos os seus dentes porque "sentiria saudades". Outro fator que parece ter servido de estímulo a exodontias nessa época consiste na referência que Kiwxi fazia aos

²³ O termo "perereca" designa, em prótese dentária, um tipo de prótese parcial removível confeccionada em resina acrílica para reposição de alguns dentes ausentes. Este tipo de aparelho, de uso provisório, recobre parcialmente o rebordo desdentado e o palato duro, no caso do arco dentário superior, a fim de garantir maior retenção, resistência e estabilidade à peça. São aparelhos muito simples e de baixo custo e, por possuírem pouca estabilidade nos rebordos, receberam esta designação. Embora indicados para uso temporário, nem sempre isto ocorre, com muitos aparelhos permanecendo na cavidade bucal por longos períodos de tempo.

dentes artificiais como “dentes que nunca doem”, segundo relato de alguns homens do grupo.

Todas estas circunstâncias associadas facilitaram, na ocasião, uma inversão de valores onde os dentes artificiais passaram a ser supervalorizados, e as próteses desejadas por muitos Enawene-Nawe jovens, os quais, em 1995, na faixa etária de 30 a 40 anos já necessitavam de próteses totais ou parciais.

Na época da morte de Kiwxi (1987) várias pessoas aguardavam a confecção de suas dentaduras, sofrendo com as conseqüências da ausência de seus dentes naturais, pela perda das condições mínimas de mastigação de alimentos mais sólidos ou fibrosos (milho, peixe, frutas), com sérios prejuízos funcionais, fonéticos e estéticos, igualmente importantes principalmente para o convívio social.

O tempo decorrido desde as primeiras dentaduras colocadas nos Enawene-Nawe, possibilitou a essa população reavaliar por experiência vivenciada, o quão insatisfatórios são esses dentes artificiais para a mastigação dos alimentos. Alguns até mesmo tiram suas próteses para se alimentar.

Através do contato com outras pessoas não-índias, a partir de 1974, os Enawene-Nawe puderam constatar uma perspectiva diferente para a evolução da dentição natural no tempo. Até então, a evolução dos dentes para sua deterioração e perda era tida como normal e inevitável. Através de contatos mais freqüentes com não-índios, principalmente após a morte de Kiwxi, os Enawene-Nawe começaram a observar que os dentes podiam ser tratados com um material parecido com metal²⁴ e que, assim, não eram perdidos.

Os Enawene-Nawe valorizam muito o sorriso e comparam a aparência de pessoas com falta dos dentes anteriores (muito comum inclusive entre adolescentes pela alta incidência e severidade das lesões de cárie nesses dentes, principalmente na arcada superior), com a aparência de macacos.

²⁴ Este material é conhecido como 'amálgama de prata' e possui, em sua composição, conforme a liga, prata e outros metais (liga na forma de limalha), que são misturados com mercúrio (líquido). Durante muitas décadas o 'amálgama' se constituiu em material de eleição para restauração de dentes posteriores em função de suas ótimas características de resistência e durabilidade, embora, esteticamente mostre-se enegrecido com o tempo. Nas últimas décadas, no entanto, com o surgimento de materiais resinosos estéticos de maior resistência, e também em função de estudos que apontavam a possibilidade de contaminação de indivíduos e do meio ambiente pelo uso de mercúrio líquido, o uso do amálgama de prata como material restaurador dental diminuiu muito.

Os Enawene-Nawe não possuíam hábitos sistemáticos de higiene bucal até 1995. O hábito mais observado entre alguns era o de usar os cabelos como fio dental. Referem os mais velhos que esse costume já existia há muito tempo. Algumas pessoas diziam passar o dedo indicador sobre os dentes para limpá-los. Também o uso de “palitos” (lascas de paus) para limpar entre os dentes e bochecho com água pela manhã foram mencionados por alguns como formas de limpeza da boca.

A dieta dos Enawene-Nawe se constitui basicamente da mandioca de diferentes variedades e do milho (produtos da agricultura), da pesca (principalmente em algumas épocas do ano, associadas aos rituais), e de alguns produtos de coleta como fungos, frutos, insetos e mel. Alguns hábitos alimentares também contribuem muito para a alta prevalência de cárie nessa população.

A mandioca, conforme a variedade, é consumida na forma de uma massa assada, ou é cozida em sopas e mingaus bastante apreciados por toda a população.

Os Enawene-Nawe não bebem água pura, o que aumenta grandemente o consumo dos mingaus diariamente, em função das características do clima quente, típico desta região.

Uma bebida que pode estar associada ao aumento do risco para cárie é o *oloyti*, um mingau fermentado preparado a partir da massa de mandioca assada. Para o seu preparo as mulheres de todas as idades, inclusive crianças a partir de 9-10 anos, mascam a massa de mandioca até que se torne uma pasta bastante umedecida pela saliva que depois é fervida. Para essa atividade as mulheres mantêm a mandioca em contato com os dentes (principalmente os anteriores superiores) por períodos prolongados, todos os dias, aumentando o tempo em que os dentes ficam expostos ao incremento de placa bacteriana e aos ácidos derivados de tal interação.

Além disso, há grande consumo de mel puro, com água ou adoçando outros mingaus, em especial de outubro a dezembro, no início do período das chuvas, e associado ao ritual do *Kateoku*. Quando os homens saem para pescarias, o consumo de mel é aumentado, representando importante fonte de sua alimentação.

Outro hábito que aumenta o risco para cárie na população está ligado à forma como levam alimentos sólidos à boca. A massa da mandioca que contém fibras e poderia auxiliar na limpeza natural dos dentes é sempre partida em pedaços para ser levada à boca. Age assim promovendo alguma limpeza nos dentes posteriores (faces

occlusais), porém, as fibras não atingem os dentes anteriores que somente mantêm contato com o amido. Isso também ocorre com o bolo de milho ou o milho cozido que é debulhado para ser levado à boca. Dessa forma os dentes anteriores não recebem higiene habitual por recursos externos, nem natural (limpeza promovida por alimentos sólidos, fibrosos e detergentes), e estão diária e constantemente expostos a alimentos adocicados e à base de amido (líquidos e pastosos).

Como os Enawene-Nawe se alimentam sem horário certo, ou seja, a qualquer hora e a toda hora, e consomem líquidos em grande quantidade (mas não água pura), seus dentes ficam sujeitos a grandes períodos de desmineralização em ambiente ácido não permanecendo, em contrapartida, tempo suficiente em descanso (sem alimentação cariogênica) para possibilitar a elevação do pH do meio bucal, e permitir a compensação das perdas minerais num processo de remineralização a partir da saliva (capacidade tampão). Além disso, a placa bacteriana (colonização de bactérias sobre as estruturas bucais, na presença de resíduos alimentares derivados de açúcar e amido) mantém o pH ácido na interface dente/placa mesmo nos curtos períodos entre a ingestão de alimentos, já que a placa não é removida por nenhum tipo de higiene bucal.

O povo Enawene-Nawe tem intensificado seu contato com a cultura ocidental desde 1998. Recentemente, com o aumento do número de barcos e motores de popa na aldeia e do acesso a recursos financeiros, os Enawene-Nawe têm circulado com maior frequência em cidades como Juína e Brasnorte, próximas às suas terras. Além de comprarem gasolina para uso em seus motores, também começam a comprar alguns alimentos, sendo que os mais procurados têm sido o milho em grãos, macarrão, arroz, feijão, óleo, açúcar, biscoitos, balas e sucos artificiais em pó, que misturam à água para não beberem água pura. Embora ainda não se constitua em hábito generalizado, a cada ano podemos observar mais famílias adotando o uso desses alimentos, além do aumento da quantidade comprada. Atualmente já se encontra bastante disseminado, também, o uso do sal.

Na aldeia e quando saem para pescarias ou vão trabalhar nas roças e coletas, os Enawene-Nawe, habitualmente, bebem o *oloity* ou água com mel. Quando estão fora da aldeia, e não dispõem nem do *oloity*, nem do mel, já acostumaram a misturar açúcar à água para sua ingestão. Quando vão às cidades próximas também fazem uso

de chás adoçados, refrigerantes, e "refrescos" artificiais em pó, que são muito apreciados por todos.

As mulheres referem que são poucas as que bebem água com açúcar, sendo um hábito preferencial de crianças. Dizem que não devem consumir açúcar, pois o associam ao aumento de sangramento durante o período menstrual. Segundo elas, todas as mulheres a partir da menarca já sabem disso e evitam até mesmo a cana-de-açúcar para não terem alteração em seu fluxo menstrual.

Se, por um lado, a intensificação do contato dos Enawene-Nawe com a população das cidades e seus hábitos de consumo começa a trazer alterações preocupantes do ponto de vista da saúde bucal para essa população, a resistência das mulheres ao consumo do açúcar se soma aos nossos esforços para diminuir a incidência da cárie em geral e, prevenir e controlar as lesões de cárie em superfícies dentais lisas, que surgem com maior agressividade justamente na população feminina a partir dos 10 anos de idade.

A partir desta idade as meninas começam a ajudar no preparo do mingau *oloity*, e para que essa atividade não impeça as mulheres de continuarem conversando, a massa é colocada entre os dentes e o lábio superiores, favorecendo contato prolongado da massa com esses dentes. O preparo do *oloyti* é diário e feito durante longos períodos (horas, às vezes), o que faz aumentar muito a suscetibilidade dos dentes anteriores superiores à cárie na população feminina.

Anteriormente ao trabalho que foi desenvolvido entre 1995 e 2005, a atenção à saúde bucal dos Enawene-Nawe era feita de maneira esporádica por profissionais que procuravam levar sua contribuição ao povo na forma de atendimentos e aconselhamentos aos indigenistas, no sentido de auxiliar na mudança da situação observada. Alguns desses atendimentos, registrados em relatórios de atividades, foram disponibilizados pela OPAN e estão descritos a seguir.

3.1 ANTECEDENTES DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL AO POVO ENAWENE-NAWE

A condição de saúde bucal do povo Enawene-Nawe já era precária em 1974, quando se deu, oficialmente, o primeiro contato deste povo com não-índios.

Após a morte de Vicente Cañas e, mais precisamente, a partir de 1988, a OPAN passou a assistir os Enawene-Nawe de maneira mais abrangente, com uma equipe de indigenistas atuando junto ao grupo através de uma estratégia de "mínimo impacto" possível na cultura local, procurando, no entanto, atender as necessidades subseqüentes ao contato e que não podiam deixar de ser atendidas, como é o caso das questões do território Enawene-Nawe e da saúde da população. Nesse período, as demandas por atendimento odontológico e reabilitador continuavam altas.

Na área específica de saúde bucal, antes de 1995, a OPAN contou com a colaboração de alguns profissionais que, através de participações pontuais, contribuíram para aliviar as conseqüências da alta prevalência de cárie naquela população, dentre os quais os cirurgiões-dentistas Arthur Miranda Keunecke (1988), a estudante de odontologia, Vanessa (OPAN, 1989) e Luiz Felipe Freire Cozzolino (1995), da FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

Durante os atendimentos que realizou na aldeia, em 1988, Keunecke pôde constatar que existiam muitas pessoas com a dentição perfeita entre os Enawene-Nawe, tanto na dentição decídua como na permanente, embora também refira casos críticos em todas as idades, levando-o a considerar a dentição da população relativamente boa e a associar este fato à alimentação saudável do povo. Constatou, porém, que mesmo fazendo uso da alimentação tradicional, existiam fatores que favoreciam o aparecimento da cárie, como a predominância de alimentos pastosos na dieta local, os quais não favoreciam a auto-limpeza dos dentes durante a mastigação. Vários idosos totalmente desdentados e dois casos de lábio leporino também encontram-se descritos, não tendo observado, no entanto, casos graves de oclusão que demandassem tratamento ortodôntico (KEUNECKE, 1988).

Vanessa esteve na aldeia dos Enawene-Nawe como estudante de odontologia, em 1989, e apenas fez o levantamento das condições de saúde bucal do grupo. Segundo refere em seu relatório, a expectativa dos Enawene-Nawe era grande quando chegou e houve muita frustração por parte da população quando souberam que ela não cuidaria de seus dentes (OPAN, 1989).

Vanessa examinou as pessoas nas próprias casas, com luz natural e sem qualquer tipo de instrumento. Utilizou como critério diagnóstico para cárie apenas lesões cavitadas visíveis a olho nu. Não foi realizada higiene bucal antes dos exames e o cálculo das idades considerou a fase de erupção dentária para crianças e adolescentes, ou foi apenas aproximada para os adultos, segundo sua aparência. Para diagnóstico de gengivite considerou sinais de rubor e edema gengivais e, para periodontite, presença de recessão gengival. Observou presença de grande quantidade de placa bacteriana em todos os examinados, denotando que a população não possuía qualquer hábito de higiene dental, e alta prevalência de cárie dentária. Como fatores de risco para essa condição referiu a característica pastosa da alimentação tradicional e a falta de higiene bucal (OPAN, 1989).

Os resultados de seu levantamento das condições de saúde bucal do povo Enawene-Nawe estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1. Média de dentes decíduos e permanentes que apresentaram necessidades de tratamento no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1989.

Faixa etária (anos)	Média de dentes cariados e com extração indicada
0 - 2	0,94
3 - 5	8,29
6 - 12	11,36
13 - 18	9,11
19 - 25	18,64
26 - 40	11,84
41 e mais	4,98

Fonte: Relatório de atividades em saúde bucal (OPAN/1989)

Somente foram registrados os dados de dentes com necessidades de tratamento, ou seja, cariados ou com extração indicada, não havendo informações com relação aos dentes perdidos. Não foi feita distinção entre as dentições decídua, mista e permanente para análise dos dados.

Os dados referentes às doenças periodontais (gingivite e periodontite) estão apresentados na tabela 2.

Tabela 2. Porcentagem de indivíduos com doenças periodontais no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e tipo de doença, Mato Grosso-Brasil, 1989.

Faixa etária (anos)	Gingivite	Periodontite
3 - 5	10,71	-
6 - 12	15,38	-
13 - 18	55,56	5,56
19 - 25	27,27	27,27
26 - 40	12,50	53,13
41 e mais	-	51,58

Fonte: Relatório de atividades em saúde bucal (OPAN/1989)

Apesar das limitações metodológicas deste levantamento, verifica-se que a partir dos 25 anos a média de dentes com necessidades de tratamento diminuiu, caracterizando, muito provavelmente, uma condição de maior perda dentária a partir dessa idade e não, como seria ideal, de menor prevalência de cárie.

Outras observações feitas por Vanessa (OPAN, 1989) incluem: presença de língua saburrosa²⁵ em 40% da população, palato hiperemiado nas pessoas que usavam próteses totais superiores, e dois casos de lábio leporino.

Em 1995, antes de meu primeiro contato com o povo Enawene-Nawe, estive na aldeia o cirurgião-dentista Felipe Cozzolino, da FIOCRUZ-RJ (COZZOLINO, 1995). Embora Cozzolino tenha feito um levantamento das condições de saúde bucal do grupo, apenas foram registrados neste estudo os resultados parciais que

²⁵ A língua saburrosa caracteriza-se pelo depósito entre as papilas linguais de células descamadas, microrganismos (fungos e bactérias) e resíduos alimentares, dando à língua uma coloração esbranquiçada. Esta 'saburra' pode aparecer mesmo em indivíduos considerados normais quando em jejum prolongado ou em alimentação exclusivamente líquida ou pastosa. Nestes casos, ela desaparece com a volta à alimentação sólida que funciona como uma escova proporcionando limpeza mecânica.

apresentou em seu relatório à OPAN quando retornou da viagem. Cozzolino observou um "altíssimo" (sic) índice de lesões de cárie nas superfícies lisas dos dentes, que caracterizou como lesões de cárie evitáveis por higienização. Também admitiu a associação das características da dieta tradicional - pastosa e acidogênica - com a alta prevalência de cárie observada.

Cozzolino realizou os exames com luz natural, utilizando espelho clínico e sonda exploradora, porém não referiu os critérios adotados para os diagnósticos de cárie e doença periodontal. Os resultados do levantamento de prevalência de cárie foram apresentados pelo índice CPOD/ceod porém, sem idades agrupadas, tendo considerado para o total da população examinada uma média de 13,52 dentes cariados, perdidos e obturados por pessoa para a dentição permanente. A média ceod por criança foi de 5,92 (dentição decídua ou "de leite"). Encontrou duas pessoas livres de cárie; dois casos de lábio leporino, sendo um unilateral e o outro, bilateral com fenda palatina; um caso de crescimento tecidual palatino (sic), e cinco pessoas com anodontia dos incisivos centrais inferiores sendo que, em um destes casos, a pessoa apresentava também anodontia dos incisivos laterais superiores. Com relação às doenças periodontais, observou "altíssima" (sic) prevalência de gengivite, que associou à presença de placa bacteriana. Não observou, entretanto, presença de periodontite, nem de halitose, embora reconheça que não foram utilizados exames específicos para essas condições.

Logo após o período em que Cozzolino levantou estes dados junto aos Enawene-Nawe em 1995, o primeiro levantamento de saúde bucal referido neste estudo junto a esse povo também foi realizado, em outubro do mesmo ano. Na época, ainda não estavam disponíveis os dados de Cozzolino e, como a proposta da consultoria contratada pelo PNUD/PRODEAGRO indicava a necessidade de um levantamento da situação de saúde-doenças bucais no povo Enawene-Nawe, objetivando orientar um planejamento de ações em saúde a serem desenvolvidas para melhoria de sua saúde bucal, um novo levantamento, agora com critérios melhor definidos, foi realizado. O contexto político-institucional em que este trabalho se desenvolveu, bem como o planejamento apresentado ao PNUD/PRODEAGRO e OPAN para ações em saúde bucal a serem desenvolvidas junto aos Enawene-Nawe encontram-se descritos a seguir.

3.2 A PROPOSTA DE TRABALHO EM 1995

A parceria estabelecida com a organização não-governamental OPAN, desde 1995, em muito favoreceu o desenvolvimento do projeto de atenção à saúde bucal para os Erawene-Nawe pois, praticando um indigenismo contra-hegemônico, alinhado com o respeito às diferenças étnicas e à auto-determinação dos povos indígenas, a instituição abriu espaço para que uma proposta também não alinhada com as práticas odontológicas historicamente verificadas para os povos indígenas se desenvolvesse.

Apesar de representar uma contradição para a proposta, o projeto só se viabilizou a partir do financiamento integral das ações em saúde bucal pela empresa Colgate-Palmolive do Brasil cujos diretores, sensíveis ao problema e percebendo a possibilidade do marketing de cunho social que poderia resultar desse financiamento, apoiaram o projeto de 1999 a 2003. A partir de 2004 as ações sofreram descontinuidade pela falta de recursos, que ficaram na dependência de repasses da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) para os DSEI.

Quando esta proposta foi apresentada, ampliava-se a discussão das questões ligadas à saúde do índio, a partir de algumas experiências bem sucedidas com estratégias voltadas para a prevenção de doenças, a promoção de saúde, a capacitação de agentes indígenas de saúde e a assistência descentralizada, relacionadas à proposta de Atenção Primária em Saúde (OMS/UNICEF, 1979).

A necessidade de se focar a prevenção e promoção de saúde como alicerces para as ações em saúde tornava-se indiscutível. A formação de agentes indígenas de saúde para atuarem nestes níveis junto às comunidades, com a participação destas na discussão, execução e avaliação de seus programas de saúde e a efetivação da articulação interinstitucional, com a otimização de recursos humanos e financeiros, embasavam as propostas para melhoria das condições de saúde dos povos indígenas.

O 'projeto de atenção à saúde bucal para o povo Erawene-Nawe', como foi apresentado no documento ao PNUD/PRODEAGRO em 1995 (DETOGNI 1995), representou um processo que foi gradualmente implantado de acordo com as características sócio-culturais da população, sua dinâmica de contato com outras

etnias, seus conceitos de saúde e sua forma de interpretação dos “saberes” diferentes à sua cultura, conforme as diretrizes, objetivos e metas apresentados no quadro 1.

Quadro 1. Diretrizes, objetivos e metas do planejamento de atenção em saúde bucal para o povo Enawene-Nawe, apresentados à OPAN e ao PNUD/PRODEAGRO, Cuiabá- MT, 1995.

Planejamento em Saúde Bucal - Povo Enawene-Nawe - 1995
Diretrizes
<ul style="list-style-type: none"> a) respeito às características sócio-culturais da população; b) planejamento das ações e avaliações do programa de forma participativa com a comunidade; c) simplificação das ações; d) superação da dicotomia entre atividades preventivas e curativas; e) desenvolvimento das ações a nível local; f) atuação integrada às instituições que prestam assistência à comunidade; g) universalização da cobertura para atenção à saúde bucal.
Objetivo Geral
<p>Propiciar a melhoria das condições de saúde bucal da população Enawene-Nawe através de ações de prevenção, promoção de saúde e assistência odontológica primária de forma continuada, e capacitando membros da própria comunidade para exercerem a função de agentes indígenas de saúde bucal.</p>
Objetivos Específicos
<ul style="list-style-type: none"> 1. Reduzir a incidência da cárie dentária através da implantação de ações de promoção de saúde e da generalização de medidas preventivas de reconhecida eficácia; 2. Controlar as necessidades odontológicas da população com assistência curativa básica (cirúrgico-restauradora); 3. Capacitar agentes indígenas de saúde para atuarem junto à comunidade nas ações de prevenção, promoção de saúde e assistência odontológica primária.
Metas
<ul style="list-style-type: none"> 1. Redução de 35% a 40% na incidência de cárie dental na população no período de 5 anos; 2. Cobertura assistencial de 80% a 85% da população; 3. Cobertura de 80% da faixa etária entre 3 e 5 anos e, de 100% da população entre 6 e 20 anos, para as ações de prevenção, promoção de saúde e assistência odontológica preventiva-curativa básica; 4. Capacitar agentes indígenas de saúde para atuarem junto à comunidade, já a partir do segundo ano de desenvolvimento das atividades.

O planejamento apresentado em 1995 para atuar nas questões da saúde bucal do povo Enawene-Nawe definia que a proposta deveria estar baseada no respeito às diferenças étnicas e na participação comunitária durante as fases de planejamento, execução e avaliação das ações, e no conhecimento de suas necessidades conforme percebidas pela população, já que a ausência de planejamento com esta orientação, mesmo que definido com bases científicas comprovadas, poderia comprometer os resultados, do ponto de vista da durabilidade das transformações pretendidas (DETOGNI 1995).

A partir desta proposição, as ações passaram a ser implementadas processualmente, segundo de uma racionalidade de base científica que buscava minimizar o quadro da doença naquela população, mas que não perdia de vista a necessidade de superação dos muitos desafios que foram se apresentando durante o trabalho-convivência com todas as pessoas e situações envolvidas em um trabalho desta natureza.

O item seguinte apresenta um pouco deste processo e dos desafios que se apresentaram ao trabalho.

3.3 O PERÍODO 1995-2005

O trabalho em saúde bucal desenvolvido junto ao povo Enawene-Nawe no período de 1995 a 2005, se constituiu como proposta de práxis transformadora das condições de saúde bucal verificadas para este povo.

A proposta de atuação inicialmente apresentada ao PNUD/PRODEAGRO, em 1995, estava alinhada ideologicamente com as propostas da Reforma Sanitária e acompanhava o enfoque da Atenção Primária em Saúde propostos na Declaração de Alma-Ata (OMS/Unicef, 1979).

A situação precária em que se encontrava a saúde bucal do grupo indígena Enawene-Nawe, conforme demonstrado pelos resultados do levantamento epidemiológico de cárie dentária realizado na área entre outubro e novembro de 1995 (DETOGNI 1995), devia-se não só aos fatores biológicos e culturais desse povo, mas refletia de uma maneira geral as desigualdades de atenção à saúde a que estão

historicamente sujeitos diversos grupos populacionais da sociedade nacional. Associados à falta de equidade na atenção à saúde, os próprios modelos de saúde relegaram aos povos indígenas, políticas de mínimos de assistência que, no caso da saúde bucal se caracterizaram como, além de insuficientes, exclusivamente mutiladoras.

O primeiro período de atuação junto ao povo Enawene-Nawe ocorreu em outubro de 1995. Até aquele momento a proposta a ser desenvolvida incluía um levantamento das necessidades de saúde bucal, um planejamento de intervenção preventiva e curativa, e o atendimento clínico à população.

Como os Enawene-Nawe são monolíngües, a comunicação neste primeiro período, e em alguns subseqüentes, só foi possível graças ao contínuo apoio da equipe de indigenistas da Operação Amazônia Nativa (OPAN) e, em especial, de Floriano Júnior, indigenista, que além de não medir esforços naquele momento para que o trabalho pudesse corresponder às necessidades e expectativas de todos, ainda se colocou como voluntário para dar continuidade às ações de prevenção.

Inicialmente foi realizada uma reunião com a equipe de indigenistas da OPAN, com o objetivo de traçar um plano para o desenvolvimento do trabalho. Em um segundo momento foi realizada outra reunião, agora com líderes e representantes do grupo Enawene-Nawe, com o objetivo de oficializar a apresentação desta proposta de trabalho e melhor levantar as expectativas do povo sobre o trabalho e suas prioridades em saúde bucal. Durante esta reunião, um pouco da “história bucal” do grupo ficou conhecida, bem como suas principais expectativas com relação ao que deveria ser feito para melhorar as condições existentes. As principais reivindicações apontavam para a diminuição das ocorrências de dores de dentes e a reposição dentária através de próteses para a maioria da população de adultos, jovens e idosos, cujas dentições já se encontravam bastante comprometidas pelas perdas dentárias precoces.

Após este encontro, ficou evidente que a legitimação do trabalho em saúde bucal junto ao povo passava pela atenção às suas necessidades, não apenas as que objetivamente podiam ser comprovadas epidemiologicamente, mas conforme percebidas pela população. Afinal, a dor gera sérias restrições à vida e a falta de

dentes compromete a aparência e, portanto, o convívio social, a fala e a adequada nutrição.

Em função da grande demanda de atendimento emergencial e também por essa comunidade ter se submetido a um levantamento epidemiológico de igual natureza há apenas 2 meses, ficou decidido que o diagnóstico de saúde bucal seria realizado aos poucos, primeiramente nas pessoas que apresentavam demanda para atendimento, até que esta diminuísse e o levantamento pudesse ser, assim, concluído para os demais. Essa proposta foi ao encontro das expectativas da população cuja necessidade principal naquele momento era, evidentemente, diminuir o quadro de dor que acometia toda a aldeia.

O atendimento foi sendo realizado paralelamente a conversas com os envolvidos, e reflexões, a fim de que a definição das práticas de saúde a serem adotadas junto ao grupo seguissem uma lógica de ação que se traduzisse em melhorias de sua saúde e qualidade de vida.

As bases científicas das estratégias em saúde bucal adotadas em minha atuação junto aos Enawene-Nawe, bem como o seu desenvolvimento no período entre 1995 e 2005, estão apresentadas a seguir.

3.4 ESTRATÉGIAS E PRÁTICAS EM SAÚDE BUCAL

As práticas de saúde bucal desenvolvidas junto aos Enawene-Nawe envolveram ações preventivas, curativas e de promoção de saúde, bem como reabilitação bucal e formação de agentes de saúde. Embora sejam apresentadas separadamente, representam ações complementares, tendo sido planejadas e desenvolvidas na perspectiva da saúde integral da população como objetivo maior.

3. 4. 1 Higiene bucal e uso de creme dentifrício fluoretado

A proposta de introdução de materiais de higiene bucal para a população foi, inicialmente, discutida em reunião com integrantes da OPAN e, a seguir, apresentada aos Enawene-Nawe, que se mostraram bastante receptivos, pois já os conheciam do contato com não-índios. O material a ser distribuído foi gentilmente cedido pela empresa Colgate-Palmolive Ltda. e tinha, neste momento, o objetivo principal de verificar a receptividade do grupo para algo externo à própria cultura, e que poderia ser utilizado como recurso adicional para minimizar os problemas de saúde em questão.

Segundo a equipe de indigenistas, alguns integrantes da OPAN já haviam iniciado anteriormente a introdução de escovas e cremes dentais para higiene bucal nessa população, pois o alto risco para cárie dentária entre os Enawene-Nawe sempre foi perceptível, mesmo para pessoas sem formação específica na área de odontologia. Apesar do empenho da equipe a iniciativa se viu frustrada por fatores como: dificuldades para aquisição e manutenção do fornecimento dos materiais de higiene, falta de recursos humanos para conduzir essa atividade, falta de orientação e sistematização do trabalho, ausência de um profissional da área odontológica.

O fornecimento de materiais de higiene bucal para o povo Enawene-Nawe de 1999 a 2003 foi garantido pela empresa Colgate-Palmolive Ltda. A partir de 2004, com a interrupção do financiamento das ações pela Colgate, a OPAN, através do convênio OPAN/FUNASA, do DSEI Cuiabá, assumiu esta responsabilidade.

A tentativa de introdução de um novo hábito em um contexto cultural diferente, geralmente, nem é tarefa simples, nem traz resultados a curto prazo, mesmo que seja um hábito para melhoria das condições de saúde da população. Mesmo cientes disto, a opção pelo uso dos materiais de higiene bucal para os Enawene-Nawe se baseou, também, na perspectiva do uso da escova dental como veículo para uso do flúor na população, seja durante higiene dental, pelo uso associado de dentifrícios fluoretados, seja como veículo para aplicações tópicas de flúor-gel por escovação supervisionada.

Segundo Sheiham (1998) e Nadanovsky (2000), existe amplo consenso na literatura científica de que o dramático declínio observado na prevalência da cárie

dentária nos últimos 30 anos, se deve à disseminação do uso do flúor, seja através de cremes dentais fluorados, seja pela água de abastecimento público. Este fato ocorreu inicialmente nos países desenvolvidos, a partir da década de 1970, tendo sido observada uma redução da doença de 40% em 10 anos.

Pesquisas sobre os efeitos do flúor sobre a saúde bucal começaram há aproximadamente 100 anos atrás. Nos primeiros 50 anos, o foco desses estudos esteve na associação entre água naturalmente fluoretada, cárie dentária e fluorose. Na segunda metade do século XX este foco foi sendo paulatinamente direcionado para o desenvolvimento e avaliação de cremes dentifrícios fluoretados e enxaguatórios bucais e, em menor extensão, para alternativas à água fluoretada, em saúde pública (JONES e col., 2005). Mais recentemente, esforços vêm sendo conduzidos no sentido de sistematizar e resumir as principais contribuições dessas pesquisas, tais como as que vêm sendo realizadas pelo Cochrane Collaboration Oral Health Group (MARINHO e col., 2006a, b, c, d, e, f).

O mecanismo pelo qual o flúor atua na prevenção da cárie ficou melhor conhecido há pouco mais de uma década. Não é o flúor incorporado na estrutura do esmalte dentário que exerce o principal efeito preventivo, mas os íons presentes no meio bucal. Assim, o mais importante para a prevenção da cárie dentária é manter o fluoreto constantemente na cavidade bucal e, independentemente de sua utilização ser sistêmica ou tópica, o mecanismo de ação é sempre local (TENUTA e CURY, 2005).

Segundo Narvai (2000b), a descoberta de que o mecanismo de ação do flúor é tópico conferiu enorme importância a veículos capazes de disponibilizá-lo por essa via. Os dentifrícios, que até os anos de 1960 tinham papel meramente cosmético, foram elevados, então, à condição de agentes preventivos. Em todo o mundo ocidental foi crescente a incorporação do flúor aos dentifrícios no terço final do século XX, aceitando-se que seu "poder preventivo" está em torno de 20% a 40%, sendo compatível com a fluoretação da água e podendo, portanto, ser utilizado concomitantemente.

Dentifrício fluoretado é considerado, atualmente, o melhor método de prevenção da cárie, mesmo em países ou regiões que não possuem água fluoretada (TENUTA e

CURY, 2005; GUSHI e col., 2005; MARTINS e col., 2006)²⁶, pois alia a remoção do biofilme dental, que se forma com a alimentação, à exposição constante ao fluoreto. Após qualquer ingestão de alimentos fermentáveis, principalmente açúcares e outros carboidratos refinados, ocorre a formação de uma película que se adere à superfície do esmalte e que é constituída, basicamente, por saliva, resíduos fermentáveis e bactérias – o *biofilme* ou *placa bacteriana*. Esse biofilme serve de substrato para as bactérias produzirem ácidos que agirão na superfície dentária promovendo a desmineralização superficial da estrutura do esmalte. Com o tempo, o biofilme vai se adensando e aumentam as variedades de bactérias que o colonizam.

As informações contidas na literatura científica acima descrita foram de grande importância para a proposição das atividades de escovação dental e aplicação de gel fluoretado no planejamento em saúde bucal para os Enawene-Nawe.

Para efeito de orientação sobre aspectos de higiene bucal foi realizada, em voluntários adultos e crianças, a evidenciação de placa bacteriana²⁷ através de pastilhas de um corante artificial. A atividade foi acompanhada com grande interesse e curiosidade por parte de todos que, em meio a muitas brincadeiras, identificavam a placa bacteriana, uns nos outros, e em si mesmos - através de espelhos individuais. Após a distribuição de escovas e cremes dentais, e uma breve orientação sobre escovação, os interessados passaram à limpeza dos seus dentes. Algumas crianças foram auxiliadas pelos pais.

²⁶ Segundo Marinho e col. (2006c), crianças e adolescentes que escovam seus dentes pelo menos uma vez ao dia com creme dentifrício fluoretado, terão menos cárie após três anos, independente de terem acesso a água fluoretada. A eficácia preventiva aumenta com o aumento na frequência de uso, bem como com o aumento da concentração de flúor presente no creme dentifrício. No Brasil, o papel dos dentifrícios fluoretados na redução dos índices de cárie também tem sido marcante. Em setembro de 1988, o dentifrício responsável por 50% das vendas no mercado nacional foi fluoretado, seguindo-se posteriormente a agregação de fluoreto na grande maioria das marcas, até 1990, quando praticamente todos os dentifrícios brasileiros passaram a conter fluoreto. O ano de 1989 é considerado, para fins epidemiológicos, como o ano no qual grande parte dos brasileiros passou a ter acesso a dentifrícios fluoretados (TENUTA e CURY, 2005).

²⁷ A evidenciação de placa bacteriana é uma técnica utilizada para colorir com pigmentos artificiais o biofilme dental, ou seja, os resíduos da alimentação que junto com a saliva ficam aderidos às regiões mais retentivas dos dentes e que não são facilmente visíveis sem coloração, a não ser quando já estão muito densos. Para a evidenciação de placa é utilizado um corante (líquido ou em pastilhas) que tem afinidade por material orgânico: o pigmento se adere à placa bacteriana mas não ao dente (mineral). Após enxaguar a boca com água em abundância, observa-se pigmentação apenas onde existe placa bacteriana depositada sobre os dentes e, também, nos tecidos moles bucais, adjacentes aos dentes. A visualização da placa bacteriana favorece a compreensão da necessidade de higienização dental.

A princípio foram especialmente os homens jovens, adolescentes e crianças que se mostraram motivados. Aos poucos, no entanto, a população foi aderindo à prática de escovação dental, mesmo que com frequência não muito regular.

À parte essas orientações específicas, conversas sobre manutenção da saúde bucal, cuidados com a limpeza dos dentes etc. sempre se constituíram em temas recorrentes de conversas que permeavam o dia-a-dia mesmo fora do contexto de trabalho. Durante a convivência diária, na hora da comida, do banho de rio, ou nas visitas às casas, sempre ocorriam oportunidades para trazer o assunto à tona, de maneira informal e, muitas vezes, em meio a muitas risadas, de modo que falar sobre saúde fosse algo agradável.

Durante o período subsequente à elaboração do diagnóstico, em final de 1995, e até meados de 1998, as ações em saúde bucal para os Enawene-Nawe ficaram sob a responsabilidade da equipe de indigenismo da Operação Amazônia Nativa (OPAN).

Em 1996 e início de 1997, foi dada ênfase à higiene bucal com fornecimento periódico de materiais específicos, e aplicações tópicas de flúor-gel acidulado por auto-escovação dental, principalmente para crianças e adolescentes, sob orientação e supervisão de um indigenista. A assistência continuou a ser prestada de maneira pontual por um cirurgião dentista da Fundação Osvaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública, do Rio de Janeiro.

Do início de 1997, até o início de 1999, a aplicação tópica de flúor-gel deixou de ser feita pela equipe de indigenistas. A distribuição de materiais de higiene bucal também foi prejudicada nesse período em função de problemas para sua aquisição.

Em meados de 1998 foi retomado o contato com a direção da OPAN, após solicitação dos Enawene-Nawe para prosseguimento das atividades em saúde bucal. Para que as ações de prevenção e promoção de saúde propostas em 1995 pudessem ser implementadas, entretanto, era necessário realizar mais uma atuação assistencial de urgência, já que, novamente, a demanda no período era representativa da falta de ações continuadas de cuidados bucais à população. A partir de então, e juntamente com a direção da OPAN, passamos a procurar recursos para financiamento da proposta elaborada em 1995.

A partir de 1999 a empresa Kolynos do Brasil, Divisão Colgate passou a financiar integralmente as ações em saúde bucal para o projeto, tendo este financiamento continuado até o final de 2003.

As ações de atenção à saúde bucal, propostas em 1995 para o povo Enawene-Nawe, passaram a ser implementadas em 1999 priorizando, de início, as ações assistenciais. Em junho desse ano foi realizado um novo levantamento de saúde bucal, objetivando a atualização dos dados sobre as condições de saúde e necessidades de tratamento da população, e como parâmetro para avaliações futuras das ações de prevenção e controle da cárie que começavam a ser implementadas.

Nessa época parte da população adolescente e adulta, do sexo masculino, já escovava seus dentes pelo menos uma vez ao dia. As mulheres, no entanto, ainda se mostravam um pouco resistentes ao uso desses materiais. Apenas um pequeno grupo de adolescentes do sexo feminino demonstrava interesse pela escovação e pela manutenção dos dentes, principalmente por motivação estética (DETOGNI, 2002).

Atividades coletivas, como palestras sobre higiene bucal, nunca foram realizadas para o povo Enawene-Nawe pois, com exceção das reuniões masculinas no pátio da aldeia para decisões pertinentes aos interesses do grupo, o acesso irrestrito de toda a população a um mesmo local não é habitual para este povo. Além disso, não estão habituados a explanações de qualquer natureza; a interação e a participação são as maneiras que normalmente utilizam para a apropriação de novos conhecimentos.

Durante os atendimentos, o recurso de evidenciação de placa bacteriana e orientação de higiene bucal individualizada mostrou-se efetivo para despertar o interesse do grupo para questões de higiene bucal.

Em 2001, alguns materiais de desenho foram levados para a aldeia a fim de serem utilizados por crianças e adolescentes para produção de materiais didático sobre os dentes, porém, não despertou interesse. A idéia inicial era aproveitar o material produzido localmente para desenvolver cartazes e uma cartilha sobre aspectos de saúde bucal na perspectiva dos próprios Enawene-Nawe. Ao contrário, porém, do que se observa com alguns povos com os quais já havia trabalhado, no Parque Indígena do Xingu, por exemplo (Juruna, Suiá, Kayabi), os Enawene-Nawe não costumam ilustrar seu cotidiano ou seus costumes através de desenhos. Assim, essa estratégia não se mostrou boa neste caso.

O uso de um macro-modelo em acrílico com dentes em tamanho natural também foi utilizado por algum tempo para orientações em higiene bucal, porém, sem sucesso.

Durante 1999, foi feita a distribuição dos materiais de higiene bucal apenas para pessoas ou grupos familiares que demonstraram interesse. A partir de 2000, a distribuição passou a ser feita concomitantemente à aplicação de flúor-gel, em cada casa, como primeira atividade de cada período de permanência na aldeia, favorecendo a higiene bucal prévia aos atendimentos e facilitando o acesso das mulheres aos materiais.

Existem várias restrições culturais para circulação das mulheres em determinados nos espaços da aldeia e a convivência em espaços onde os homens estão reunidos. Elas dizem sentir vergonha de sair de casa para procurar escovas e cremes dentais na "casa dos dentes", principalmente quando os homens estão presentes. De fato, os caminhos de circulação feminina são prioritariamente as áreas próximas às suas próprias casas e os caminhos que levam às roças e à água. Geralmente elas não cruzam a aldeia pelo pátio central, local preferencialmente masculino e infantil, e também não permanecem onde há agrupamentos masculinos. Estas características explicam, pelo menos parcialmente, sua menor permanência no local destinado ao atendimento em saúde bucal e, também, a menor procura por materiais de higiene bucal.

Esta característica cultural acabou se tornando, também, um condicionante da escolha dos períodos de permanência na aldeia para a atenção em saúde bucal. Em finais de fevereiro, associado ao calendário ritual do povo Enawene-Nawe, quase toda a população masculina se retira da aldeia por um prazo de aproximadamente dois meses, para as pescarias de barragem associadas ao ritual *Yānkwa*, dedicado aos espíritos subterrâneos - os *Yakairiti*. Nesse período, permanecem na aldeia apenas o grupo dos anfitriões, as mulheres e crianças pequenas, inclusive os meninos que ainda não têm idade para acompanharem os pais.

Com a redução da presença masculina, ficam reduzidas, também, as atividades domésticas, favorecendo muito o atendimento às mulheres. Dessa forma, a partir do ano 2000, um em cada três períodos de atividades em saúde bucal na aldeia, coincidia com a ida dos homens para as barragens.

A responsabilidade da distribuição dos materiais de higiene bucal e aplicação concomitante de flúor-gel para a população Enawene-Nawe foi dividida com a equipe de auxiliares de enfermagem que permaneciam periodicamente na aldeia, para que não faltassem materiais a quem solicitasse nos períodos em que não havia profissional de saúde bucal no local. Na prática, no entanto, alguns fatores dificultaram tanto a distribuição dos materiais como as aplicações de flúo-gel.

Segundo alguns integrantes das equipes de saúde que atendem periodicamente na aldeia, as demandas em saúde de uma maneira geral são grandes, principalmente em períodos de gripes ou outras doenças de caráter epidêmico, indisponibilizando a equipe para outras atividades. Além disso, referiram considerar que as ações em saúde bucal deveriam ser de responsabilidade apenas de um profissional da área odontológica, pois segundo relatos das equipes, os Enawene-Nawe não os consideravam 'conhecedores de dentes'. É comum entre os Enawene-Nawe a existência de especialistas para várias atividades, inclusive algumas relacionadas à cultura ocidental. Assim, há os que se especializam como *conhecedores de remédios*, os motoristas, os *conhecedores dos dentes*, além dos pagés, sopradores, cantores, conhecedores de ervas etc., culturalmente definidos.

Apesar dessas dificuldades, houve empenho das equipes em colaborar com as ações para manutenção da saúde bucal dos Enawene-Nawe, e os materiais continuaram a ser distribuídos, havendo prejuízo, apenas para as aplicações de flúor-gel.

As perdas de materiais de higiene bucal nos primeiros anos de trabalho foram significativas, principalmente associadas a fatores culturais: escovas representavam brinquedos oferecidos pelas mães às crianças pequenas para que elas não chorassem, e cremes dentifrícios eram usados para pintura corporal, por exemplo. Além disso, a maioria da população adulta guardava a escova dental entre as palhas da casa, dentro do seu *waxalako* (espaço reservado ao pequeno grupo familiar dentro de uma casa), sendo muito comum sua perda por esquecimento de onde foram deixados. A ocupação constante, as grandes ausências da aldeia e a alimentação durante todo o dia, representaram outros fatores que dificultavam a maior periodicidade da higiene bucal entre a população, favorecendo a perda dos materiais.

Em 2004 e 2005, o número de pessoas que já havia adotado o hábito da higiene bucal, associado à percepção de sua importância para manutenção da saúde, era crescente. Em várias ocasiões observava-se adultos comprando escovas ou cremes dentífricos na cidade, ou procurando por substituição dos seus que haviam ficado na aldeia.

Com a interrupção do financiamento, do trabalho em saúde bucal, em 2003, as atividades sofreram períodos de descontinuidade. Em 2004 e 2005 a atenção à saúde bucal foi desenvolvida na forma de assessoria à OPAN, como parte das ações em saúde do convênio OPAN/FUNASA, DSEI Cuiabá.

De forma complementar à higiene bucal e para ampliar o acesso da população ao flúor foram propostas e implementadas ações de uso tópico de flúor-gel acidulado através de escovação dental supervisionada. O embasamento científico e o desenvolvimento dessa prática junto aos Enawene-Nawe, no período 1995-2005, encontram-se descritos a seguir.

3. 4. 2 Aplicações tópicas de flúor-gel acidulado (1,23%) através de escovação dental supervisionada

A técnica de aplicação de flúor-gel acidulado (a 1,23%), através de escovação dental supervisionada foi inicialmente proposta por Horowitz e col. (1974). Segundo o autor, a quantidade de flúor-gel utilizada, geralmente, não deve exceder o tamanho de uma 'ervilha', e é necessária a supervisão da escovação para diminuir o risco de ingestão do flúor, principalmente no caso de crianças pequenas.

Marinho e col. (2006a) estimam que a redução de cárie através do uso de flúor-gel acidulado a 1,23%, algumas vezes ao ano, está em torno de 20% a 30% (CPOS).

Com relação à técnica de aplicação, o flúor fosfato acidulado pode ser levado aos dentes através de moldeiras descartáveis, cotonetes ou da escova dental (NARVAI e col., 2002a). Para efeito de prevenção da desmineralização do esmalte, um minuto de contato das superfícies dentais com o gel parece ser suficiente (TENUTA e CURY, 2005). Não há, cientificamente, nada que justifique a recomendação de 'não comer ou beber nada' até trinta minutos após a aplicação. Segundo Tenuta e Cury (2005), essa medida não interfere na quantidade de fluoreto que fica depositada no esmalte, bem

como no efeito preventivo mediante desafio cariogênico. Não há necessidade de higienização dental prévia à aplicação do produto.

As aplicações tópicas de flúor-gel acidulado geralmente são medidas de uso profissional e estão dirigidas a pessoas de alto risco para cárie dentária (TENUTA e CURY, 2005).

Embora o uso concomitante de cremes dentais fluoretados e flúor-gel acidulado não tragam benefícios adicionais significativos para a prevenção da cárie quando as pessoas têm acesso regular ao flúor através de, por exemplo, água fluoretada ou cremes dentifrícios fluoretados (MARINHO e col., 2006f), a associação dos métodos se justifica, especialmente em programas de prevenção à cárie, na medida em que a prevalência da cárie na população é alta, e o acesso aos fluoretos está prejudicado seja pela não disponibilidade dos recursos, ou por sua utilização de forma descontínua. Conforme ressaltam Tenuta e Cury (2005), o alvo das medidas preventivas é aquela pessoa que deixa a desejar na higiene e que nem sempre utiliza dentifrício todos os dias.

Em 1986, Ando e col. publicaram os resultados da avaliação de um programa de prevenção à cárie que foi desenvolvido no Parque Indígena do Xingu-MT através da aplicação de flúor-gel. Os resultados obtidos após 5 anos de aplicações tópicas de flúor-gel confirmaram os efeitos benéficos desta medida preventiva para cárie dentária, mesmo naquele contexto de grandes dificuldades de trabalho de campo. Ando e col. observaram que, com apenas duas aplicações anuais houve uma redução na prevalência de cárie tanto em dentes decíduos como em permanentes, sendo que, especificamente nestes, a redução foi da ordem de 16,49%.

No caso específico do povo Enawene-Nawe, essa medida preventiva foi pensada como estratégia complementar para acesso da população aos benefícios do flúor, independente do uso regular de cremes dentifrícios e da participação periódica da pessoa nos atendimentos clínicos.

No período que se seguiu ao diagnóstico de 1995, um indigenista da OPAN se responsabilizou pelas aplicações de flúor-gel para a população infantil e adolescente, principalmente. Naquele período, os adultos procuravam apenas por atendimento cirúrgico e curativo, não demonstrando interesse em participar de atividades de prevenção, pois associavam essas atividades com atividades dirigidas apenas às

crianças, já que estas eram mais estimuladas a atividades lúdicas ligadas à limpeza dos dentes (escovação durante os banhos de rio, ou no pátio da aldeia, sempre em grupos) e, também, porque eram as faixas etárias de crianças e adolescentes as que eram mais procuradas para as aplicações de gel fluoretado. As crianças a partir de 5 anos, adolescentes e adultos jovens que aderiram à atividade, na época, correspondiam a 46% do total da população. No início ocorreu certa rejeição pelo gosto ácido do produto.

Durante o ano de 1996 as aplicações foram mensais e eram registradas em um caderno onde constava o nome de cada criança que participava, de modo que, caso não fosse feita a aplicação em um dia, a criança era procurada em outro momento para não ficar sem o flúor. A partir de 1997 e até meados de 1999, a aplicação de flúor-gel ficou suspensa, quando então foi retomada de maneira mais regular. A partir de então, as aplicações eram feitas logo após a distribuição dos materiais de higiene bucal e com a frequência média de 3 vezes ao ano.

Os Enawene-Nawe, em geral, não têm afinidade por sabores ácidos, os quais associam com produtos estragados, além de ser um sabor relacionado aos espíritos subterrâneos, os *Yakairiti*. Ao perceberem, no entanto, que o uso do flúor-gel estava associado à possibilidade de prevenção da cárie e, identificando no flúor um "remédio" para deixar os dentes mais fortes, passaram a relevar o sabor ácido e toda a população, incluindo adultos, aderiu à atividade.

Outra forma de veiculação de flúor que foi utilizada entre os Enawene-Nawe foi o verniz dental. Suas indicações e a justificativa para seu uso encontram-se descritos no próximo item.

3. 4. 3 Aplicação de verniz fluoretado

O verniz fluoretado é uma suspensão de fluoreto de sódio em solução alcoólica de resinas naturais. É usualmente utilizado alternativamente à aplicação de fluoreto em gel, podendo ser aplicado localmente em áreas com atividade de cárie, por exemplo (TENUTA e CURY, 2005).

Os vernizes fluoretados foram introduzidos no mercado nos anos de 1960 e 70 (VILLENA e CORRÊA, 1998²⁸; citados por NARVAI e col., 2002). São produtos com alta concentração de flúor (7.000 ou 22.600 ppm de flúor, dependendo do produto), desenvolvidos com a finalidade de prolongar o contato entre o flúor e o esmalte dentário. Os vernizes ficam aderidos à superfície dentária por várias horas após a aplicação (p. 5). Em crianças com baixa ou moderada atividade de cárie²⁹, têm sido observados efeitos significativos na redução da incidência de cárie se a frequência de aplicação for semestral. Em crianças com alto risco de cárie, aplicações trimestrais têm-se mostrado efetivas. É insignificante, contudo, o efeito em crianças com baixo risco para cárie (NARVAI e col., 2002).

Para Marinho e col. (2006b), a frequência de aplicações de vernizes fluoretados deve ser de duas a quatro vezes ao ano. Segundo os autores, o efeito preventivo dos vernizes fluoretados parece estar em torno de 40% para dentes permanentes e 30% para dentes decíduos. Normalmente sua aplicação está indicada para regiões de risco de cárie, como manchas brancas ou superfícies oclusais de dentes em erupção (TENUTA e CURY, 2005).

As manchas brancas representam lesões iniciais de cárie, não cavitadas, que se formam a partir da desmineralização superficial do esmalte dentário, pela ação dos ácidos produzidos após a ingestão de alimentos fermentáveis. Essas lesões são passíveis de remineralização desde que em condições favoráveis: com a presença de íons de flúor no meio bucal; quando a saliva mantém contato com o esmalte - através da desorganização da 'placa bacteriana' ou biofilme dental; quando ocorrem intervalos de 3 a 4 horas entre o consumo de alimentos fermentáveis.

A comparação deste veículo de flúor ao dentifrício fluoretado realizada em um estudo laboratorial (MAIA e col., 2003) evidenciou que, mesmo para acelerar a remineralização do esmalte, o dentifrício fluoretado utilizado diariamente apresenta um maior efeito do que uma única aplicação do verniz, sem efeito aditivo quando verniz e dentifrício fluoretado são utilizados em conjunto.

²⁸ Villena RS, Corrêa MSNP. Flúor - aplicação tópica na primeira infância. In: Corrêa MSN. Odontopediatria na primeira infância. Rev APCD. jul./ago. 1998; 52 (4): 307-16.

²⁹ Quadros com informações sistematizadas sobre classes de risco para cárie dentária/critérios para inclusão segundo a situação e sobre recomendações de exposição individual a produtos fluoretados segundo o grupo de risco e o acesso à água fluoretada (NARVAI e col. 2002), estão apresentados no anexo 4.

Dessa maneira, acredita-se que o verniz fluoretado deva ser usado também como complemento aos dentifrícios fluoretados, quando estes não são utilizados com a frequência ideal de três vezes ao dia e, principalmente, para pessoas com pouca higiene e alta atividade de cárie.

Nas práticas de saúde bucal desenvolvidas junto aos Enawene-Nawe, a utilização do verniz fluoretado Duraphat (Colgate-Palmolive Ltda.®) nas superfícies dentais foi dirigida principalmente para a remineralização de manchas brancas, frequentes, especialmente, nas faces lisas (vestibulares) dos dentes anteriores superiores, de maneira complementar ao uso de dentifrícios fluoretados que foram sendo lentamente incorporados pela população junto com o hábito de escovação dental, e em crianças com menos de 5 anos, durante atendimentos individuais, pois estas não participavam da atividade de escovação com flúor-gel acidulado.

Além destes recursos para veiculação do flúor, foram utilizados, ainda, alguns materiais odontológicos destinados a restauração dental que também possuem flúor em sua composição e que auxiliam na prevenção da cárie dentária através de sua liberação no meio bucal, sem prejuízos para as características restauradoras do material. O sub-ítem seguinte descreve esses materiais, fundamenta sua utilização e apresenta seu uso entre os Enawene-Nawe.

3. 4. 4 Materiais odontológicos que liberam flúor

A utilização de materiais odontológicos que liberam flúor representa uma medida muito apropriada a certos contextos, pois associa propriedades intrínsecas do material ao efeito local do fluoreto na cavidade bucal, em especial em pacientes com atividade de cárie. Os principais materiais desse grupo são os cimentos de ionômero de vidro, que apresentam a capacidade tanto de liberar fluoretos, quanto de absorvê-los do meio bucal (TENUTA e CURY, 2005).

Os cimentos de ionômero de vidro, sejam eles convencionais ou modificados por resina, apresentam uma alta liberação de fluoretos nas primeiras horas ou dias após sua inserção, que posteriormente diminui gradativamente. Entretanto, estando em contato com os diversos produtos fluoretados aos quais a cavidade bucal está

exposta, mantêm níveis consideráveis de liberação de íons durante um grande período de tempo (TENUTA e CURY, 2005).

Estes materiais podem ser utilizados em restaurações, selamentos de fósulas e fissuras dentais, cimentação de próteses ou de bandas e braquetes ortodônticos.

Na atenção à saúde bucal dos Enawene-Nawe, a partir de 1999, foi introduzido o uso do ionômero de vidro Fuji IX (CG®), tanto para restaurações como para selamentos dos dentes em geral. Embora inicialmente tenha sido utilizado o amálgama de prata para restaurações de dentes posteriores, a falta de infra-estrutura que garantisse o uso de um equipamento elétrico para preparo de cavidades, fez com que este material fosse substituído pelo ionômero de vidro.

O ionômero de vidro Fuji IX (CG®) foi escolhido, dentre as marcas comerciais disponíveis no mercado, em função de haver uma literatura consistente acerca das propriedades e qualidades do material, o qual já havia sido usado com grande sucesso em programas de saúde bucal no Zimbabwe e Tailândia (FRENCKEN e col., 1996, 1998; PHANTUMVANIT e col., 1996, 1998).

A técnica utilizada para selamento e restauração dental com o uso do cimento de ionômero de vidro é a Técnica de restauração atraumática, descrita a seguir.

3. 4. 5 Técnica de Restauração Atraumática e Restaurações-seladas

A "Técnica de Restauração Atraumática", mais comumente conhecida como "ART" (do seu significado em inglês), foi proposta por Jo E. Frencken, em 1985³⁰. O tratamento restaurador atraumático é uma técnica de mínima intervenção baseada na remoção do tecido dentário cariado através de instrumentos manuais e a restauração das cavidades com materiais adesivos, preferencialmente, ionômero de vidro (HOLMGREN e PILOT, 1996; ISMAIL, 1996; FRENCKEN e HOLMGREN, 1999).

A escolha desse material como de eleição para a técnica se baseia nas suas características de bio-compatibilidade, adesividade e poder preventivo contra a cárie dentária (SOUTO e DONLY, 1994; CREANOR e col., 1994).

³⁰ Frencken JE. Report on the execution of the Morogoro rotation in primary oral health care in the academic year 1984-1985. University of Dar es Saalam, Division of Dentistry, 1985.

Um aspecto interessante da ART é o termo '*atraumática*', afinal, muito do medo e da ansiedade que envolvem os tratamentos dentários estão relacionados com os procedimentos invasivos, como uso de motores e injeção de anestésicos (SCHRIKS e AMEROGEN, 2003). Para efeito de tratamento restaurador pela ART, apenas o tecido dental cariado e amolecido deve ser removido, e isso é melhor obtido por meio do uso de instrumentos manuais. Por não precisar de instrumentos rotatórios, esta técnica dispensa, em geral, a anestesia antes do procedimento (FRENCKEN e HOLMGREN, 2001), desde que a cavidade não seja muito profunda. Sempre que necessário, porém, a anestesia deve ser utilizada.

Após a remoção do tecido cariado, o material restaurador (ionômero de vidro) deve ser colocado na cavidade e sobre as fóssulas e fissuras adjacentes a elas, quando então é aplicada pressão digital sobre o material até que esteja endurecido. Esta *restauração-selante* paralisa a atividade de cárie presente no esmalte e na dentina desde que a adesão do material ao tecido dentário seja bem estabelecida (FRENCKEN e HOLMGREN, 2001).

Segundo Frencken e Holmgren (2001), se apoiada por uma boa higiene bucal e outras medidas preventivas, a *restauração-selante* tem o potencial de controlar a doença cárie, aumentar a vida das restaurações e preservar os tecidos dentários aumentando, assim, a longevidade dos dentes de forma favorável ao dente e à pessoa.

Com isto a ART supera a dicotomia entre tratamento preventivo e restaurador associando não só os procedimentos de selamento e restauração num mesmo procedimento, mas adotando o uso de um material restaurador que, além de restaurar a cavidade deixada pelo processo da cárie, favorece a prevenção continuada, já que é um material que absorve e libera flúor - o cimento de ionômero de vidro.

Para melhor entendimento do uso do ionômero de vidro como material de prevenção e controle da cárie na ausência de lesões, o item a seguir descreve sua fundamentação científica e uso entre os Enawene-Nawe.

3. 4. 6 Selantes de fóssulas e fissuras

Selantes são materiais fluidos que, aplicados nas fóssulas e fissuras existentes nas faces oclusais (faces de mastigação) dos dentes posteriores, penetram nesses espaços

e se aderem ao esmalte condicionado, onde ficam fixados. Os selantes têm a finalidade de isolar fisicamente a superfície oclusal desses dentes, preservando a saúde dentária das superfícies mais expostas à incidência de cárie.

Os materiais mais utilizados como selantes são à base de resinas ou de cimentos de ionômero de vidro. Embora os selantes resinosos sejam considerados melhores quanto à retenção e durabilidade (VONO e col., 1996; VILLELA e col., 1998), os que possuem como base o ionômero de vidro devem ser considerados materiais de eleição para esse fim, em função de suas características preventivas, que incluem: troca de flúor com o meio bucal (liberação e recarga), adesividade ao dente e inibição de microorganismos cariogênicos (CONRADO e col., 1997; WALTER e col., 1999; ALMEIDA e OLIVEIRA, 2002; LINS e col., 2005). Esta característica de inibição de microorganismos cariogênicos qualifica os selantes de ionômero de vidro como os melhores materiais para a abordagem de selamento de lesões incipientes de cárie em superfícies oclusais (FELDENS, 1998; HARA e col., 1999; HAAS e col., 2001).

Outra vantagem do cimento de ionômero de vidro é a possível manutenção de parte do material no fundo das fôssulas e fissuras, já demonstrado em alguns estudos, o que promove o vedamento e liberação de fluoretos, mesmo que clinicamente não mais seja evidenciada sua presença (TENUTA e CURY, 2005).

Os estudos clínicos iniciais com selantes, realizados na década de 1970, mostraram um percentual de redução de cárie, após os primeiros anos de sua aplicação, entre 36% e 100%, dependendo da retenção dos selantes (MEURMAN, 1977).

A partir da década de 1980, a aplicação de selantes de fôssulas e fissuras em dentes permanentes posteriores, recém erupcionados, passou a ser indicado para programas de saúde bucal em muitos países como estratégia para prevenção e controle da cárie dentária (TITLEY e BEDARD, 1986; HARRISON e DAVIS, 1993).

De um modo geral, há consenso entre os autores quanto à eficácia preventiva dos selantes em geral para prevenção e controle da cárie dentária nas superfícies oclusais de molares e pré-molares, tanto para a dentição decídua como para a permanente. Para que os resultados preventivos sejam adequadamente alcançados, no entanto, é necessário um rigor quanto à técnica de aplicação (SILVA CO e col., 1997;

SUNDFELD e col., 2002). Com relação à técnica, Rodrigues e col. (2000) recomendam a correta remoção da placa bacteriana anteriormente à aplicação dos selantes.

A água fluoretada e os cremes dentifrícios fluoretados são as medidas preventivas reconhecidamente mais eficazes na prevenção da cárie dentária por sua maior abrangência, seu alto efeito preventivo comprovado e por dispensar ações clínicas. Existem, no entanto, situações em que, por vários motivos, esses recursos de acesso ao flúor não estão disponíveis para a população.

Os selantes, embora de uso clínico, são de baixo custo e podem ser aplicados por pessoal de nível técnico, através de técnicas simples que, no caso dos selantes de ionômero de vidro dispensam até mesmo a energia elétrica. Nestes casos, segundo Bastos e col. (2003), a utilização de selantes não deve ser subestimada para programas preventivos em saúde pública. Embora possuam certo custo, sua aplicação evita que tratamentos mais onerosos sejam necessários e evita que, pela evolução da cárie não tratada, grupos que têm menos condições de acesso a tratamentos acabem por optar pela solução mutiladora a longo prazo. Sugere, ainda, que, no caso de populações com alto risco para cárie, também sejam realizadas atividades de escovação supervisionada com flúor-gel a cada três meses dentre as atividades do programa.

Para o povo Enawene-Nawe, foi adotado como selante o cimento de ionômero de vidro - Fuji IX (CG®), mesmo material utilizado para as restaurações dentais em geral. Os selantes eram aplicados em dentes hígidos recém-erupcionados ou não, em pessoas entre 5 e 25 anos, sempre que a situação de risco para cárie se mostrava moderada ou alta. Nos casos individuais de baixo risco para cárie, apenas eram aplicados em dentes recém-erupcionados. Para as lesões de cárie que envolviam faces oclusais dos dentes posteriores, as restaurações também eram seladas durante o procedimento restaurador.

Embora o uso de selantes seja prioritariamente indicado para as faces oclusais de dentes posteriores, sua utilização sempre se justifica em quaisquer superfícies que se apresentem com características anatômicas que facilitem a deposição de placa bacteriana. No caso dos Enawene-Nawe, os selantes foram utilizados nas faces palatinas dos incisivos laterais superiores, por serem estas faces altamente suscetíveis

à carie naquela população, e também, em sulcos vestibulares dos primeiros molares permanentes, sempre que estes se mostravam profundos.

Apresentados os materiais e técnicas utilizados para a atenção preventivo-restauradora, o sub-ítem a seguir descreve como foi organizado o atendimento individual ao povo Enawene-Nawe durante o período analisado.

3. 4. 7 Atendimento individual

De 1995 a 2005 a demanda por atendimento clínico sempre foi grande, mas o foco inicial, prioritariamente cirúrgico passou, a partir do ano 2000, a estar representado pela prevenção e controle da cárie para crianças, adolescentes e jovens, e pela reabilitação por próteses, para adultos e idosos. As ações de prevenção e controle da cárie durante os atendimentos clínicos individuais incluíam ações de revisão da prática de escovação, uso de restaurações seladas com ionômero de vidro (quando em superfícies oclusais de dentes posteriores), aplicação de verniz fluoretado em faces vestibulares dos dentes superiores e uso de ionômero de vidro como selante de fósulas e fissuras em dentes mais suscetíveis ao acúmulo de placa bacteriana.

O uso do ionômero de vidro e da técnica de restauração atraumática para os Enawene-Nawe, se mostraram bastante adequados ao contexto cultural e histórico do povo, com relação às doenças bucais e ao enfoque da atenção primária de saúde. A falta de equipamentos elétricos, a possibilidade de desenvolver o atendimento individual em ambiente externo, e de acordo com as condições existentes, muito facilitou a aceitação das práticas de saúde preventivas e curativas de cunho individual desenvolvidas em campo.

Para o atendimento preventivo-restaurador e cirúrgico individual foi escolhido um local próximo ao pátio da aldeia e à 'casa dos remédios', que permitisse o acesso de qualquer pessoa da comunidade dentro dos princípios de sua organização sociocultural. A cada período de atendimentos, alguns rapazes auxiliavam na montagem de uma infra-estrutura mínima no local para garantir a continuidade das ações.

O contato social satisfatório para os Enawene-Nawe se baseia na alegria e na simpatia. Com essa postura altamente favorável, quase toda a população se mostrou estimulada e disposta a participar das ações de prevenção e tratamento em saúde bucal, contribuindo, inclusive, com muitas estórias engraçadas sobre acontecimentos marcantes em atendimentos anteriores

O atendimento individual sempre procurou ser o mais resolutivo possível para as necessidades apresentadas, fossem restaurações ou extrações dentárias. Levantadas as necessidades percebidas pela pessoa para o atendimento, ela era questionada sobre a possibilidade de ser realizado um tratamento mais amplo com relação às necessidades observadas. Em pouquíssimos casos o atendimento se restringia à queixa inicial, tendo havido grande receptividade por parte da população em geral para a estratégia de máxima resolutividade das necessidades no menor número possível de atendimentos, preferencialmente em apenas uma seção.

Com relação às extrações dentais, procurou-se manter o cuidado de respeitar a negativa de quem se manifestasse contra o procedimento cirúrgico, independentemente do motivo alegado. Assim, sempre que alguém procurava por atendimento, sem queixa de dor, e dizia não querer extrair o dente, o tratamento preventivo-restaurador era concluído e a extração deixada para quando a pessoa desejasse retirar o dente. Essa postura favoreceu a aproximação das crianças, de maneira mais confiante na busca por atendimento individual, já que percebiam respeitadas suas decisões, como é usual na cultura dos Enawene-Nawe.

Nas situações mais críticas, onde existia grande número de dentes com necessidades restauradoras e cirúrgicas, a estratégia adotada foi o tratamento de um lado da boca em uma seção, e do outro lado alguns dias depois.

Embora, em casos mais complicados, o tratamento em apenas uma seção possa ser desgastante tanto para a pessoa que está sendo tratada como para quem está realizando o atendimento, mostra-se bastante adequado a situações como as existentes entre os Enawene-Nawe pois, a disponibilidade das pessoas para o atendimento dentário em uma aldeia não é tão fácil como se poderia imaginar.

Os Enawene-Nawe possuem uma forma de organização social que exige deles o cumprimento de diversas atividades, inclusive rituais, para verem asseguradas sua reprodução física e social.

O calendário nativo distingue duas estações rituais básicas, uma relacionada com os espíritos subterrâneos e outra voltada para os espíritos celestes. A primeira, além de muito mais extensa, é marcada por um grau de formalismo bem maior que a segunda. Cada uma das estações rituais, por sua vez, divide-se em dois momentos: um voltado para os espíritos subterrâneos, quando realizam o *yākwa* e o *lerohi*, e outro, para os espíritos celestes, quando realizam *salumã* e *kateoko* (SANTOS, 2001).

Conforme afirma Jakubaszko (2003), os rituais se constituem como deveres e compromissos inadiáveis. Não há como escapar ou furtar-se a estes deveres. Da execução destes compromissos depende a própria vida e a ordem social. Deixar de cumprí-los torna os Enawene vulneráveis à calamidade, ao infortúnio, à tragédia, à desordem fatal.

Sendo assim, homens e mulheres possuem muitos afazeres e podem permanecer ocupados o dia todo. Os homens, por exemplo, se ausentam da aldeia constantemente para pescarias ou para o trabalho nas roças. As mulheres, dos 7 aos 11 anos de idade, intensificam seu aprendizado com relação às tarefas femininas junto às mulheres da família (SÁ, 1996) e participam ativamente dos trabalhos domésticos. São as mulheres as responsáveis por trazer os alimentos das roças, processá-los e prepará-los, cuidar do fogo e das crianças pequenas, que são sempre muitas. Mulheres com filhos pequenos, de poucos dias ou meses, dificilmente procuram por atendimento, até mesmo em casos de dor, para não ficarem longe de suas crianças. Elas não gostam de ver seus filhos chorando.

Talvez essas características ajudem a explicar a boa aceitação da estratégia de máxima resolutividade, tendo sido várias as ocasiões em que pessoas me procuraram para dizer que estavam muito contentes por não mais sentirem dor ou desconforto para se alimentar.

A partir de 1999 foi priorizada a faixa etária de crianças, adolescentes e adultos jovens, com relação ao atendimento preventivo-restaurador através de busca ativa das pessoas em suas casas. Esta atitude favoreceu a valorização da saúde bucal por parte da população como um todo. Pouco a pouco a percepção dos próprios Enawene-Nawe foi se mostrando diferente para as possibilidades de trabalho em saúde bucal e, em 2005, as principais demandas para atendimento clínico passaram a

ser para revisão do estado geral de saúde bucal, uso do flúor e selantes, ou, simplesmente, para controle de higiene, pois os quadros de dor já não eram freqüentes naquela população, que mostrava maior consciência da possibilidade de manutenção de seus dentes através de um acompanhamento periódico com uso de ações preventivas à cárie.

Em populações sob alto risco para cárie dentária, como é o caso dos Enawene-Nawe, é importante a concentração de esforços preventivos e curativos em idades jovens, já que a erupção da dentição permanente ocorre, aproximadamente, entre 6 e 21 anos, e há maior suscetibilidade dos dentes permanentes para a cárie no período pós-eruptivo, quando o esmalte ainda não se apresenta totalmente mineralizado, justificando a escolha destas idades para concentração desses esforços. Idades jovens favorecem, ainda, a aquisição de novos conhecimentos e hábitos, como o da escovação dental (DETOGNI, 1995).

Em 1995 a procura de crianças para atendimento foi muito pequena. Os Enawene-Nawe não possuem o costume de mandar nas crianças, nem interferem nas decisões uns dos outros - cada pessoa resolve por si o que quer ou não fazer e assume, assim, suas próprias escolhas, inclusive as crianças pequenas. Algumas vezes era sugerido ao pai ou à mãe que falassem com seus filhos para irem à "casa dos dentes" (*aikiulity hakolo*), mas os Enawene-Nawe sempre respondiam: "ele é quem sabe" (*ere kadenê*).

Em 1995, as representações que os Enawene-Nawe pareciam ter sobre dentes e boca eram altamente negativas, estando, normalmente, associadas a sofrimentos, perdas dentárias e as conseqüentes perdas de função e do sorriso. Essa condição pode também estar associada diretamente à postura arredia das crianças pequenas para o atendimento individual, já que percebiam e vivenciavam o grave quadro de dor de dentes existente na aldeia até aquele momento. Outro fator que favorecia o medo dessas crianças era o fato de algumas mães ameaçarem seus filhos, quando choravam, dizendo que iriam levá-los para arrancar os dentes.

Em 2005, contrariamente aos costumes estabelecidos culturalmente, alguns pais procuravam saber se seus filhos já haviam sido examinados e, quando não, voltavam à casa para buscar toda a família, permanecendo na 'casa dos dentes' até que todas as crianças fossem atendidas. No período de 1999 a 2005, os poucos, mais e mais

crianças pequenas passaram a procurar sozinhas por atendimento dentário, demonstrando que o medo foi sendo substituído por uma nova atitude com relação às suas percepções sobre os dentes.

O ideal para os Enawene-Nawe se aproxima do plano celeste e, não é por acaso que a imagem de uma pessoa sem dentes lhes traz desconforto e vergonha dentro do convívio social, tanto internamente como com relação ao contato com outros grupos indígenas e não-indígenas. Os Enawene-Nawe ficam orgulhosos quando encontram outros grupos indígenas e são elogiados quanto aos seus bonitos dentes, mesmo que sejam próteses.

Embora o uso de substâncias cariostáticas³¹, à base de diamino fluoreto de prata, tenha sido proposto entre as estratégias para controle da cárie, principalmente para dentes decíduos, não houve boa aceitação pelos Enawene-Nawe que associam a cor enegrecida deixada pela prata na superfície cariada, com algo que está 'estragado'.

O impacto das práticas de saúde bucal adotadas, principalmente de 1999 a 2005, pode ser analisado a partir dos resultados observados, por exemplo, com relação à prevalência e severidade de cárie em crianças e adolescentes, a partir dos dados do levantamento de saúde bucal de 2002 e 2005.

O trabalho em saúde bucal desenvolvido junto aos Enawene-Nawe contou também com a proposta de formação de agentes de saúde da própria comunidade. Aspectos da formação desses colegas de trabalho e de sua inserção nas práticas de saúde bucal ao longo desses anos encontram-se descritos a seguir.

3. 4. 8 Formação de agentes indígenas de saúde (AIS) bucal

Segundo a Declaração de Alma-Ata os cuidados primários de saúde devem ser proporcionados pelos agentes comunitários de saúde (ACS), cujas qualificações e treinamento podem variar amplamente, de acordo com as diferentes regiões do

³¹ Os cariostáticos são materiais utilizados para interromper o desenvolvimento da cárie. O material mais utilizado como cariostático é o 'diamino fluoreto de prata' que associa os benefícios de remineralização do flúor à ação antimicrobiana da prata, favorecendo a interrupção do processo cariioso. Está indicado normalmente apenas para a dentição 'de leite' e para crianças pequenas, pois, após seu uso a estrutura dental se pigmenta, ficando enegrecida. O comprometimento estético das estruturas dentais contra-indica seu uso na dentição permanente em culturas que valorizam a estética dental.

mundo, dependendo da forma específica dos cuidados de saúde proporcionados. Os ACS podem ser treinados a curto prazo para o desempenho de tarefas específicas que correspondam às necessidades expressas pela própria comunidade, e esse treinamento pode ser ampliado, de modo a abranger tarefas adicionais, na medida do necessário. Convém que esses agentes sejam naturais das próprias comunidades e que, também, sejam por ela escolhidos, de modo a contar com apoio comunitário (OMS/UNICEF, 1979).

No Brasil e, especificamente na saúde indígena, a inclusão dos AIS na atenção primária iniciou via universidades e organizações não governamentais (ONG) a partir da década de 1980. A grande maioria dessas experiências envolveu formação e capacitação de índios em atividades de atenção básica, freqüentemente em situações em que não havia outros profissionais de saúde, ou para atender a surtos de doenças epidêmicas (LANGDON e col., 2006).

A oficialização dos AIS e sua relação com a Fundação Nacional de Saúde foi marcada por um documento que propunha as diretrizes para atuação dos agentes indígenas de saúde, em 1996³². Em 1999, outro documento pretendeu normatizar a implantação do Programa de Agentes Indígenas de Saúde como parte do processo de construção dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI)³³.

O documento recomenda que a capacitação dos AIS deve ocorrer preferencialmente em serviço e de forma continuada, sob a responsabilidade de um instrutor-supervisor, lotado na equipe de saúde dos Distritos, com a participação e colaboração de outros profissionais do serviço. Entre outros aspectos, menciona que o reconhecimento de sua profissão deve ser garantido, citando a *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional* (LANGDON e col., 2006).

O reconhecimento dos agentes comunitários de saúde (ACS) como profissionais de saúde, no Brasil, foi garantido por meio da Lei n. 10.507/2002³⁴. Segundo essa Lei, a profissão de ACS caracteriza-se pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção de saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias,

³² Fundação Nacional de Saúde. Formação de agentes indígenas de Saúde: proposta de diretrizes. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 1996.

³³ Fundação Nacional de Saúde. Formação de agentes indígenas de Saúde. Brasília: Departamento de Operações, Coordenação de Saúde do Índio, Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde; 1999.

³⁴ Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Disponível em http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/Leis/10507_02.html.

individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e sob supervisão de um gestor local.

A partir da criação dos DSEI em 1999 e um aumento significativo no orçamento designado para a saúde indígena, o número de ACS indígenas contratados começou a crescer, sendo que em 2004 contavam 4.751 AIS contratados, distribuídos entre todos os DSEI (LANGDON e col., 2006). Ainda em 2004 foram definidas as "Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos DSEI", porém não existem referências à inclusão de AIS como parte da equipe multidisciplinar, nem para ações em saúde bucal a serem desenvolvidas junto aos povos indígenas (MS/FUNASA, 2004).

Com relação à saúde bucal, importantes experiências de formação de técnicos em saúde bucal encontram-se descritas pela OMS (1987) e por Mautsch e Sheiham (1995a) a partir de diferentes países, após encontro promovido pela *The Oral Health Alliance*, em Berlim - 1992. Deste encontro resultou a *Declaração de Berlim* (The Oral Health Alliance, 1995) que apresenta diretrizes para um modelo de desenvolvimento social em saúde bucal, com base na proposta de Atenção Primária de Saúde.

Dentre as principais diretrizes desta declaração destacam-se: passar de um modelo biomédico de atenção à saúde para outro de desenvolvimento social; incluir membros da comunidade na determinação das necessidades e no desenvolvimento de projetos e programas, com o objetivo de diminuir a dependência e fortalecer a autonomia das comunidades, possibilitando a melhoria de sua saúde bucal; capacitar os trabalhadores da saúde para que desenvolvam suas atividades junto com a população local, em favor da saúde e igualdade em odontologia, e desenvolver iniciativas de avaliação e monitoramento progressivos que se baseiem nos princípios de investigação de ações com base na comunidade.

Essas experiências de formação de agentes comunitários de saúde bucal, com base na estratégia de 'Atenção Primária de Saúde' foram desenvolvidas, a partir da década de 1980, em países como Tailândia (SIRIPHANT e SONGPAISAN, 1995; OMS, 1987), Tanzânia (MUYA, 1995), Nicarágua (KAMILIOT, 1995), México e Guatemala - "artesãos dentais" (YASCHINE, 1995), e nelas os ACS atuavam tanto em educação em saúde, como prevenção, atenção curativa básica e, às vezes, emergencial. Em todas esses casos observava-se na base das proposições a

necessidade de melhoria das condições de saúde bucal das populações que se encontravam quase que totalmente desassistidas ou, quando possuíam algum serviço de assistência em odontologia, eram representados por atenção mutiladora exclusivamente. Um aspecto importante apontado por esses autores é que a formação de ACS favoreceu a ampliação do acesso das populações a serviços preventivos e educativos em saúde bucal. Nessas experiências, os ACS bucal se mostraram, a médio e longo prazo, muito mais eficientes para promover a saúde bucal das populações do que para realizar ações de recuperação dental.

Titley e Bedard (1986), avaliando um programa de assistência em saúde bucal para crianças indígenas americanas Sioux da comunidade de Sandy Lake (EUA), verificaram que o modelo de programa, baseado em profissionais de odontologia que atuavam principalmente em recuperação dental, em tempo integral, mostrava-se paliativo às necessidades em saúde bucal apresentadas pela comunidade, além de, favorecer a descontinuidade das ações programadas. Para superar as dificuldades de manutenção de dentistas na área, favorecer a continuidade das ações em saúde, e garantir ações de prevenção e promoção de saúde bucal, sugeriram a formação de pessoas das próprias comunidades, o que, acreditavam, poderia ampliar a conscientização da população para os cuidados em saúde bucal e o desenvolvimento das ações de prevenção específicas.

No Brasil, algumas experiências em formação de agentes indígenas de saúde bucal têm sido descritas³⁵, associadas, em geral, a contextos mais amplos de atenção à saúde de alguns grupos indígenas, como é o caso dos Ticuna, no Alto Rio Solimões (GUERRA, 1988), do Parque Indígena do Xingu (RIGONATTO, 1993; DETOGNI, 1994), dos Kaxinawá e Shanenawá, no Acre (BITTENCOURT e col., 2005; TOLEDO, 2005), dentre outras.

Embora existam muitos AIS bucal atuando em suas comunidades, tanto em ações preventivas e educativas em saúde bucal quanto em ações curativas básicas, o

³⁵ Embora inicialmente houvesse a proposta de aproveitamento dos AIS para ações em saúde bucal, tanto no trabalho de formação em saúde desenvolvido no Parque Indígena do Xingu como no Acre, na prática, a tendência do modelo de especializações, com distintos saberes e competências em saúde, e profissionais de saúde geral e saúde bucal, acabou sendo reproduzido na formação desses AIS. Isso se deveu, em parte, por solicitação dos próprios AIS, que dedicavam a maior parte do seu tempo de trabalho às atividades curativas de saúde junto à população (DETOGNI, 1994), dada a falta de profissionais de saúde nas várias aldeias e, em parte por solicitação da própria população (BITTENCOURT e col., 2005).

reconhecimento desses AIS ainda não se efetivou, de forma que atuam, geralmente, sem remuneração, o que tem interferido na continuidade das ações em saúde bucal. Com exceção de iniciativas não oficiais de formação de AIS bucal no Brasil (DETOGNI, 1994; RIGONATTO e col., 2001; BITTENCOURT e col., 2005), a formação desses profissionais na perspectiva dos DSEI não tem sido registrada.

No caso dos Enawene-Nawe, ao final do período de trabalho em 1995, a possibilidade de formação de agentes indígenas de saúde bucal, para atuarem em ações preventivas inicialmente, e curativas básicas num segundo momento, foi discutida com a equipe de indigenistas que viram com certa reserva a proposta, dada a recente introdução de idéias e materiais relacionados à saúde bucal. Um fator considerado no caso de formação de AIS bucal foi a estrutura social clânica da cultura local, com espaços de circulação e organização interna bastante complexos. Por essas razões, a princípio a equipe assumiu a continuidade das ações de prevenção à cárie dentária e se comprometeu a observar pessoas da comunidade que poderiam demonstrar interesse e aptidão para atuar futuramente como AIS bucal.

Em 1999, quando a proposta de formação de agentes indígenas de saúde bucal foi apresentada aos Enawene-Nawe, logo surgiram dois candidatos interessados em conhecimentos sobre extrações dentárias. Justificavam seu interesse pela grande demanda de extrações que existia na aldeia e pelo fato de não haver um dentista continuamente no local para os atendimentos de emergência.

Para minimizar as conseqüências de procedimentos cirúrgicos realizados de maneira incorreta até aquele momento, decidiu-se pela formação dos candidatos, incluindo, além de aspectos preventivos e restauradores mais simples, orientações para extrações dentárias. Assim, os dois candidatos, com apoio da comunidade, passaram a receber noções de esterilização de instrumentos através de água fervente; identificação de instrumentos e seus respectivos usos; informações sobre anatomia bucal e anestesia - através de um macro modelo bucal que reproduzia a inervação dos dentes; técnicas para exodontias; identificação de diferentes sintomatologias dolorosas e respectivos diagnósticos; noções de biossegurança no trabalho. Os conhecimentos eram colocados através de conversas, desenhos, manipulação de materiais e instrumentos, de maneira gradual e o mais simples possível e, durante atendimentos.

Nos períodos que se seguiram os AIS foram procurados para dar continuidade à formação, priorizando as práticas preventivas, e para supervisão dos conhecimentos, na prática. Durante um ano aproximadamente, não foram deixados instrumentos cirúrgicos na aldeia para evitar as extrações, até que a formação dos AIS fosse mais abrangente e houvesse maior prática com supervisão. Os AIS, entretanto, não se mostravam interessados em acompanhar os atendimentos quando o trabalho estava sendo desenvolvido e diziam que já sabiam extrair dentes de maneira correta. O importante, segundo eles, era poderem fazer as extrações quando não houvesse nenhum dentista na aldeia. Os AIS em formação possuíam alguns instrumentos deixados pelo Kiwxi e, quando alguém solicitava sua atuação para extração dentária eles os utilizavam.

A partir do momento que os AIS perceberam que havia intenção de deixar materiais adequados para que as exodontias eventuais pudessem ser feitas, trouxeram os instrumentos que já possuíam e, juntamente com outros materiais e instrumentos foi montada uma caixa que ficou sob sua responsabilidade. Esta postura favoreceu maior interesse por parte de um dos AIS que passou a se dedicar mais a permanecer durante os atendimentos e aceitou, inclusive, receber orientações sobre aplicação de selantes, remoção de tecido cariado e restauração de cavidades de cárie.

Dos dois candidatos apenas um continuou mostrando interesse em se especializar como "conhecedor de dentes" (*aikiulitare*), seu nome é *Lalokwareseene*, e a partir do ano 2000, passou a fazer também pequenas restaurações com ionômero de vidro, com boa aceitação por parte da população.

A formação de agentes indígenas de saúde é condicionada por diferentes fatores que interferem nas práticas a serem desenvolvidas. Aspectos culturais, histórico de doenças bucais na população, logística existente, disponibilidade de recursos de diversas naturezas, apoio das instituições envolvidas com a saúde da população, relações de poder culturalmente definidas, dentre outros, são importantes fatores que condicionam esta estratégia para ampliar o acesso de populações a melhores níveis de saúde em um determinado contexto histórico e cultural.

Em 2005, com a diminuição da periodicidade dos retornos à aldeia, em função da quebra de financiamento, a supervisão dos AIS ficou bastante comprometida. A manutenção dos materiais não estava sendo adequada, e os cuidados de

biossegurança haviam sido esquecidos. A partir de então os instrumentos foram recolhidos para evitar problemas maiores, até que a presença de profissionais na área pudesse ser regularizada.

Nesse período surgiu um novo candidato, da geração mais jovem, com interesse em atuar apenas para procedimentos preventivos e restauradores. Uma nova possibilidade surgiu para a formação de AIS bucal dentre os Enawene-Nawe. Porém, sem recursos para dar continuidade a qualquer tipo de atenção bucal, o povo permaneceu por mais de um ano sem qualquer atividade relacionada.

A prática de saúde bucal que mais favoreceu a população adulta no período 1995-2005 foi a reabilitação dental por próteses. Detalhes sobre esta importante atividade desenvolvida junto ao povo Enawene-Nawe estão descritos a seguir.

3. 4. 9 Reabilitação dentária por próteses totais e parciais removíveis

A reabilitação é um tipo de procedimento que, em saúde, corresponde ao nível terciário de atenção, estando, dessa maneira, associada a níveis de referência dentro do sistema de saúde. A profunda ligação entre reabilitação e qualidade de vida, no entanto, não costuma ser considerada quando da definição de prioridades em saúde bucal. A questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente (VARGAS e PAIXÃO, 2005).

Se considerarmos que aspectos culturais relacionados à aparência e desempenho físicos estão, muitas vezes, fortemente relacionados à socialidade dos indivíduos numa dada comunidade, a questão da reabilitação passa, então, a ganhar relevância entre as necessidades de saúde às quais todos os indivíduos devem ter acesso garantido. Segundo Wolf (1998) a boca, os dentes, o sorriso e a mordida são referências para experiências de cunho psíquico e cultural específicas, e se constituem em critérios de aceitação social. Em organizações socioculturais em que a aparência é muito valorizada, se as pessoas não alcançam o padrão desejado pela sociedade, elas se tornam vulneráveis a sentimentos de inferioridade, insegurança e vergonha.

Historicamente, a prática odontológica tem realizado a extração dentária para eliminar um sintoma da cárie, restaurando a condição de normalidade (não sentir dor), mas instaurando a anormalidade (não ter dentes). Essa anormalidade, no entanto, pode ser reconduzida à normalidade por meio de uma prótese dentária e, assim, o que é anormal passa a ser aceito como normal socialmente, até mesmo pelos próprios profissionais (IYDA, 1998).

A Declaração de Alma-Ata (OMS/UNICEF, 1979) em seu item VII-2, propõe que os cuidados primários de saúde tenham em vista os principais problemas de saúde da comunidade, proporcionando serviços de promoção, prevenção, cura e reabilitação, conforme as necessidades, e que estas, representam as necessidades expressas da comunidade (item VII-7).

'Necessidades expressas' podem ser tanto problemas de saúde diagnosticados com base epidemiológica por profissionais da área, como necessidades percebidas pela população dentro de seu contexto cultural. Segundo Sheiham e col. (1982), medidas de necessidade deveriam incluir o impacto da má saúde sobre os indivíduos, os graus de disfunção e as percepções e atitudes dos pacientes.

Um estudo qualitativo realizado por Edward (1992) com o povo Maori (Austrália), evidenciou que a população não sente suas reivindicações em saúde e sua organização cultural contempladas na forma como estão organizados os serviços de atenção à saúde dental aos quais têm acesso. Os 'Maori' propõem que os serviços sejam organizados com sua efetiva participação na definição de estratégias que possam efetivamente atuar no sentido da promoção da saúde da população.

Segundo Dickson (1995) o maior desafio para se promover a saúde encontra-se exatamente, em aprender a escutar o que as outras pessoas definem como suas necessidades e estar disposto a colaborar com elas para satisfazê-las, evitando oferecer soluções prontas.

A integralidade da atenção à saúde, proposta pelo SUS, aponta no sentido da ampliação daquilo que é definido como necessidade em saúde pelos profissionais e para maior abertura aos valores das populações envolvidas com as práticas de saúde.

No Brasil, como em outros países que possuem grupos étnicos vivendo sob organização sociocultural própria, as condições de saúde bucal de adultos e idosos são bastante precárias. Na maioria das vezes são populações mais vulneráveis às

doenças bucais seja pelas mudanças observadas em sua dieta tradicional, seja pela quase total ausência de serviços preventivos, de manutenção e recuperação da saúde bucal (PRESSON e col., 2000; WALL, 1984; PHIPS e col., 1991; SCREPCINSKI e col. 2002; DETOGNI, 1995).

Considerando os aspectos socioculturais e de qualidade de vida envolvidos com a perda dentária precoce, e a possibilidade de recuperação funcional e estética que as próteses dentárias favorecem, a proposta de inserir a reabilitação dentária entre as estratégias para a atenção à saúde junto aos Enawene-Nawe foi fortemente influenciada pela verificação de que esse povo percebe na estética facial um importante valor de referência cultural. Além disso, a recuperação do sorriso e da mastigação representou uma das principais reivindicações da população adulta entre suas necessidades em saúde bucal (DETOGNI, 1995).

A confecção de próteses não foi prevista para a fase inicial do programa. Em função da necessidade inicial de ampliar a cobertura de atendimento cirúrgico e restaurador para toda a população, mas ficou articulada à conclusão desta primeira etapa e a alguns pré-requisitos: pessoas com perdas totais ou parciais, acompanhadas de perda de função e/ou comprometimento estético, interesse manifestado pela própria pessoa, e estado de cuidado dos dentes remanescentes após o tratamento ter sido realizado para todas as necessidades referidas e observadas.

A primeira etapa de confecção de próteses priorizou as necessidades de todos os totalmente edêntulos (sem dentes), e dos parcialmente desdentados que contemplassem os pré-requisitos. Entre setembro e outubro de 1999 foram realizadas 62 próteses totais (36 superiores e 26 inferiores) e 48 próteses parciais removíveis temporárias (conhecidas como "pererecas"), beneficiando 74 pessoas da população (29 receberam próteses totais e, 35 próteses parciais, principalmente superiores). O grupo dos desdentados totais incluía homens e mulheres mas, o de desdentados parciais, era composto quase exclusivamente por homens jovens (DETOGNI, 2002).

A opção de se fazer a princípio próteses temporárias para os parcialmente desdentados foi tanto em função de maior facilidade de confecção e menor custo desse tipo de aparelho, como pela necessidade de testar a aceitação da população ao seu uso.

Numa primeira avaliação meses após a entrega e adaptação das próteses totais, muitos dos desdentados totais não estavam usando os aparelhos: alguns os colocavam somente para comer, outros os tiravam justamente para essa função. As razões apresentadas para justificar o pouco uso podem ser incluídas em dois grupos: problemas de adaptação dos aparelhos às características anatômicas bucais, e problemas de adaptação dos usuários com o novo objeto.

Alguns idosos que já usavam próteses, trocaram suas peças com muita facilidade; algumas mulheres que nunca haviam usado também se mostraram muito felizes com as novas aquisições. Os maiores problemas estavam relacionados a pessoas que, por terem ficado muitos anos sem dentes, já não possuíam estrutura óssea suficiente para sustentar os aparelhos e, por isso, os tiravam para comer ou nem os usavam.

As peças com adaptação deficiente foram refeitas em um segundo momento mas, apesar da repetição, algumas pessoas não se adaptaram ao seu uso e deixaram de procurar por reabilitação dental. Alguns idosos preferiram manter as antigas próteses, enquanto as novas ficavam apenas guardadas.

No ano 2000 um incêndio queimou rapidamente todas as casas da aldeia e, com o fogo muitas próteses totais também foram perdidas pois, muitas que não estavam em uso habitual estavam guardadas entre as palhas de cobertura das casas pelos seus donos. Quando o fogo começou, não houve tempo para salvar nem as redes ou painéis, tudo se perdeu. Após esse período, a demanda por novas próteses aumentou novamente e, pouco a pouco, foram sendo refeitas, juntamente com as próteses parciais que estavam sendo confeccionadas para outros grupos de jovens, homens e mulheres, que passaram a reivindicar por reabilitação dentária.

A princípio os Enawene-Nawe não acreditavam muito na possibilidade de colocação de próteses por muitas pessoas ao mesmo tempo. Kiwxi demorava muito tempo para confeccionar uma prótese, pois possuía apenas um motor com pedal mecânico para fazer todas as adaptações nas peças e, seus conhecimentos também eram rudimentares. As mulheres, em especial, a princípio, viam com desconfiança os cuidados dentais e não se mostravam absolutamente interessadas nem por materiais de higiene dental, nem por tratamento, a não ser em casos de dor. Aos poucos, quando começaram a perceber os resultados dos cuidados dentais em seus

companheiros, pais e irmãos, e viram as primeiras próteses parciais colocadas, com o retorno do sorriso aos rostos de seus familiares, sua atitude mudou.

Dessa forma, a colocação das próteses representou um importante fator condicionante para a mudança de atitude das mulheres com relação ao hábito de higiene bucal e aos cuidados bucais. Na base dessa nova postura estava a possibilidade de recuperação da estética e do sorriso. Sem os dentes anteriores, mulheres e homens sentem muita vergonha ao falar e sorrir socialmente.

Em pouco tempo, até mesmo as pessoas que inicialmente se mostravam mais resistentes ao tratamento, foram se aproximando e passaram a buscar por cuidados bucais e materiais de higiene, sendo, entretanto, a prótese, seu objetivo principal. Paralelamente, adolescentes e um grupo crescente de crianças, talvez por "imitação" dos adultos, passaram também a procurar por materiais de higiene dental e por cuidados preventivos e restauradores.

As próteses parciais temporárias foram, em geral, bem aceitas. Alguns se queixavam de que não ficavam bem fixas ou que os grampos (feitos com fio de aço flexível) quebravam com facilidade. Outros, retiravam os grampos, pois preferiam as próteses mais estéticas, mesmo percebendo que ficavam menos firmes nos dentes. De uma maneira geral, as pessoas que foram beneficiadas com as próteses parciais se tornaram mais estimuladas a procurar por cuidados dentais e materiais de higiene bucal.

A partir de março de 2001 as próteses temporárias passaram a ser substituídas por próteses parciais removíveis com armação metálica fundida, melhor adaptadas à anatomia dental e bucal (DETOGNI, 2002).

Os principais problemas relacionados à confecção das próteses estão relacionados à falta de condições de infra-estrutura local, à grande distância da aldeia à cidade mais próxima e ao clima quente da região que muitas vezes provocou alterações nos materiais utilizados nas fases de moldagem e confecção dos modelos bucodentais.

Na primeira etapa de confecção de próteses, todas as peças foram confeccionadas no município mais próximo da aldeia, no prazo de menos de um mês. A partir de 2000 as novas próteses, totais e parciais foram parcialmente montadas na própria aldeia e, posteriormente, enviadas a laboratórios de prótese de outras cidades para serem terminadas. A falta de possibilidade de 'prova' das peças um pouco antes de seu

término, em função das dificuldades apresentadas, favoreceu perda de peças por problemas de adaptação. Problemas técnicos com uso de equipamentos geradores na aldeia acabaram por inviabilizar a continuidade de seu uso, aumentando as dificuldades para adaptação das próteses confeccionadas.

Perdas de próteses, entretanto, também ocorriam por outros motivos, dentre os quais: esquecimento da peça próxima ao fogo, ou em diferentes locais - dentro da casa, na roça, beira do rio etc.; uso das peças como brinquedo por crianças pequenas; perdas durante pescarias com timbó, quando o pescador mergulha em uma água barrenta e, às vezes, perde o controle do aparelho que fica no fundo da lagoa; durante um banho de rio, entre outras. Inúmeras são as histórias que são contadas em meio a muitos risos e um sorriso envergonhado de quem se viu novamente sem dentes.

Em circunstâncias como as observadas para o caso da população Enawene-Nawe, uma proporção de perdas de próteses deve ser sempre considerada no planejamento de reabilitação bucal, para garantir a reposição de peças em pessoas que se vêm prejudicadas pelas condições existentes no contexto em que vivem.

A confecção de próteses para a população se evidenciou como um dos principais fatores de legitimação do trabalho em saúde bucal que foi desenvolvido junto aos Enawene-Nawe entre 1999 e 2005.

Todas as condições de saúde-doença observadas na população Enawene-Nawe, bem como as atividades clínicas individuais foram sempre registradas em detalhes para favorecer o acompanhamento e avaliação das atividades desenvolvidas. Para tanto foi organizado um sistema de registro de dados em saúde bucal que passa agora a ser apresentado.

3. 4. 10 Formação de um banco de dados em saúde bucal e desenvolvimento de um sistema de registros específicos

A implementação de estratégias de prevenção e promoção da saúde bucal junto a uma população pode favorecer mudanças no seu perfil epidemiológico, os quais podem ser observados a médio/longo prazo. Para que tais informações sejam apuradas e descritas, no entanto, é preciso que dados sobre as condições de saúde da população sejam periodicamente levantados e 'alimentem' um banco de dados para posterior comparação.

Desde os primeiros contatos com os Enawene-Nawe, em 1995, tornou-se evidente a necessidade de um sistema de informações em saúde bucal, com o desenvolvimento de uma ficha de registros de atendimentos, que facilitasse o acesso às informações em saúde de maneira rápida, bem como a formação de um banco de dados consistente que pudesse ser utilizado para acompanhamento das ações, e avaliação das condições de saúde da população periodicamente.

Para que esses dados pudessem ser acessados em campo de maneira rápida, foi desenvolvida uma ficha em que todas as anotações derivadas dos levantamentos de saúde bucal e dos atendimentos individuais eram registradas através do uso de diferentes cores, utilizadas em locais específicos do 'odontograma', conforme o estado de saúde-doença observado ou o procedimento realizado. Tanto os dados relativos aos levantamentos de cada pessoa como os dos atendimentos realizados em diferentes períodos compunham a ficha individual de acompanhamento das ações em campo (anexos 5 e 6).

Os dados relativos às condições de saúde bucal foram, rotineiramente, registrados em fichas específicas para cada levantamento realizado e, os relativos aos atendimentos, em um diário de campo, que era utilizado, também, para registrar outras informações importantes do período em questão. Quando do retorno da aldeia, todos os dados eram transpostos tanto para um banco de dados sobre a saúde bucal dos Enawene-Nawe, composto no programa Microsoft Access, como para as fichas individuais de acompanhamento de campo através do uso de cores específicas.

O planejamento das ações de cada período, especialmente o acompanhamento da população infantil e adolescente para aplicação de selantes em dentes recém-erupcionados, se baseava nas informações disponíveis nas fichas individuais que, de maneira mais rápida do que através do banco de dados informatizado, trazia um panorama bastante completo de quais as pessoas deveriam ser procuradas para atendimento clínico preventivo-restaurador no próximo período, quem necessitava prótese, e do comportamento de cada um com relação à frequência de atendimentos nos últimos períodos.

As pessoas que procuravam se esquivar do atendimento individual eram freqüentemente procuradas na tentativa de resolução dos problemas que as impediam de se cuidar. Os obstáculos mais freqüentemente observados entre os Enawene-Nawe

para a busca por atendimento incluem: medo de dor, vergonha de mostrar dentes muito ruins perto de outras pessoas, falta de tempo (especialmente mulheres com crianças pequenas), descaso para com a própria aparência (em geral, pessoas acima de 35 anos).

O Capítulo 4 apresenta detalhadamente o perfil em saúde bucal do povo Enawene-Nawe no período 1995-2005, incluindo dados populacionais e dos quatro levantamentos de saúde bucal realizados no período.

CAPÍTULO 4

PERFIL EM SAÚDE BUCAL DO POVO ENAWENE-NAWE

4.1 POPULAÇÃO

O histórico de fugas dos Enawene-Nawe está bastante associado à ocupação de seu território. A área em que hoje está a única aldeia onde vivem foi escolhida depois de muito percorrerem a região em busca de um lugar seguro para viverem em paz com suas famílias.

Em 1974, quando o povo Enawene-Nawe foi oficialmente contactado por não-índios, eles já mantinham contatos periódicos com outros grupos indígenas da região, mas evitavam qualquer encontro com os Cinta-Larga e os Rikbatsa, seus inimigos históricos. A população Enawene-Nawe foi por várias vezes atacada por esses grupos, tendo ocorrido muitas mortes nessas ocasiões. Há entre os mais idosos sobreviventes destes episódios que ainda mostram cicatrizes de flechas com as quais foram feridos, e que contam as tristezas e saudades deixadas pelos parentes que foram mortos ou roubados pelos inimigos.

Segundo Jakubaszko (2003),

... a história dos Enawene-Nawe está fortemente marcada por catástrofes, guerras, ataques e fugas, que geraram inúmeros deslocamentos e um fluxo intenso, marcado por encontros, perdas, diásporas que resultaram numa depopulação considerável e na formação de uma única aldeia - a partir de aspectos culturais inicialmente diferenciados, constituindo o modo como vivem hoje os Enawene-Nawe (p. 70).

Segundo a autora, a população outrora era densa e possuía outro padrão de organização e ocupação do território, de maneira mais dispersa.

Conforme depoimentos dos próprios Enawene-Nawe a Vicente Cañas, registrados em seu diário, primeiro foram os Rikbatsa que atacavam os Enawene-Nawe e, posteriormente, também os Cinta-Larga (JAKUBASZKO, 2003).

Segundo Santos (2001) esses ataques remontam a mais de cem anos, durante os quais os Enawene-Nawe construíram 19 aldeias e vários acampamentos provisórios.

Marcas desses períodos podem ser percebidas através da análise das pirâmides populacionais do povo Enawene-Nawe referentes a 1975 e 1985, que foram construídas a partir dos registros populacionais do banco de dados da OPAN.

Os primeiros registros existentes sobre a população foram feitos por aproximação pela equipe da OPAN, sendo que dados mais precisos sobre idade somente passaram a ser registrados a partir de 1986. As idades anteriores a 1986 foram calculadas por associação aos grupos etários a que pertencem as pessoas dentro da cultura Enawene-Nawe e, em parte, pelas características físicas gerais: aparência, número de filhos, lugares que ocupam nos rituais etc.

Embora as idades não sejam precisas, acentuadas irregularidades na distribuição da população por sexo e faixas etárias, podem ser observadas nas duas pirâmides. A base larga indica alta natalidade e as significativas 'entradas' verificadas para as faixas etárias de adultos entre de 15 a 35 anos (Figura 1) podem estar associadas, em parte, aos ataques dos Cinta-Larga nas décadas de 1950 e 60, bem como a mortes produzidas por doenças contraídas através das primeiras aproximações dos Enawene-Nawe com grupos não-indígenas vizinhos, conforme análise de Sá e Silva (1995).

As pirâmides de todos os períodos apresentam base larga, onde o grupo de crianças com até 5 anos representa aproximadamente 25% da população total (Figura 1 e Figura 2).

Em 2005 a pirâmide populacional já se mostrava mais homogênea do que as anteriores com relação à composição proporcional dos diferentes grupos etários, o que pode estar refletindo as mudanças históricas recentes já que, nas últimas três décadas a população não mais sofreu depopulações por ataques de inimigos e vem sendo continuamente assistida com relação à imunização e cuidados primários de saúde.

Há tendência de envelhecimento da população Enawene-Nawe, o que é importante para efeito da organização das práticas de saúde bucal que, para idosos deve contemplar aspectos de reabilitação bucal, com o objetivo de manutenção da qualidade de vida deste segmento populacional (Figura 2).

Figura 1. Pirâmides populacionais, grupo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1975 e 1985.

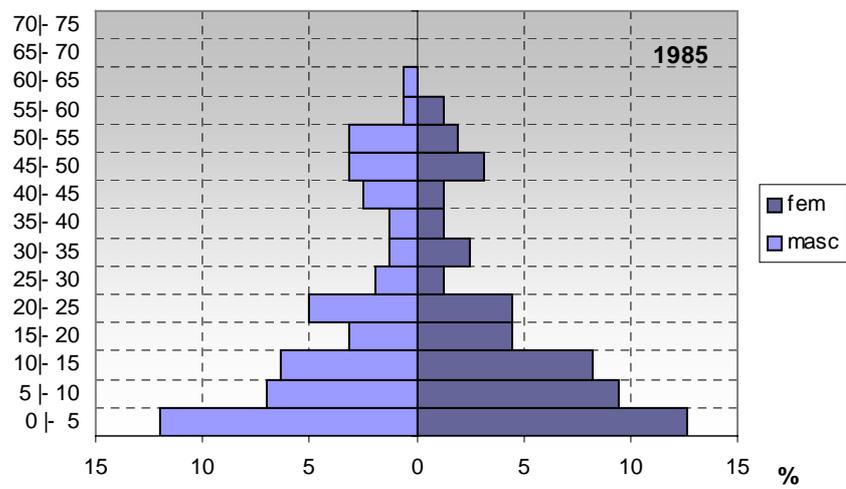
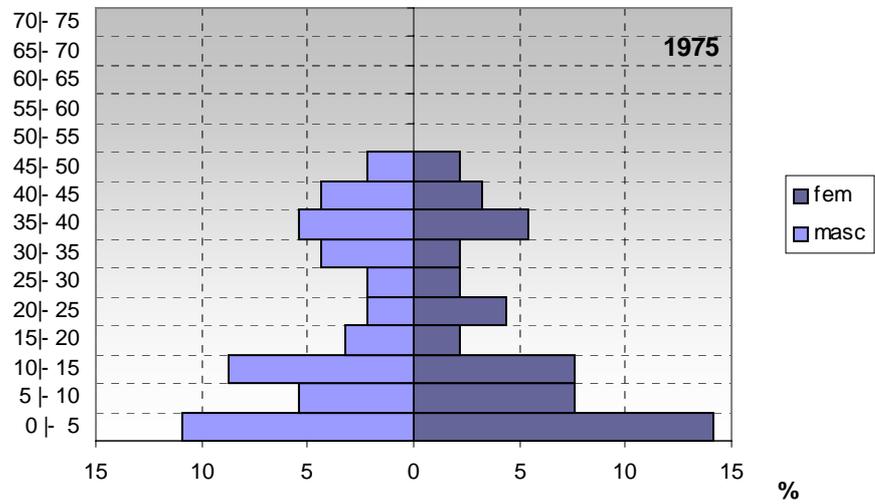
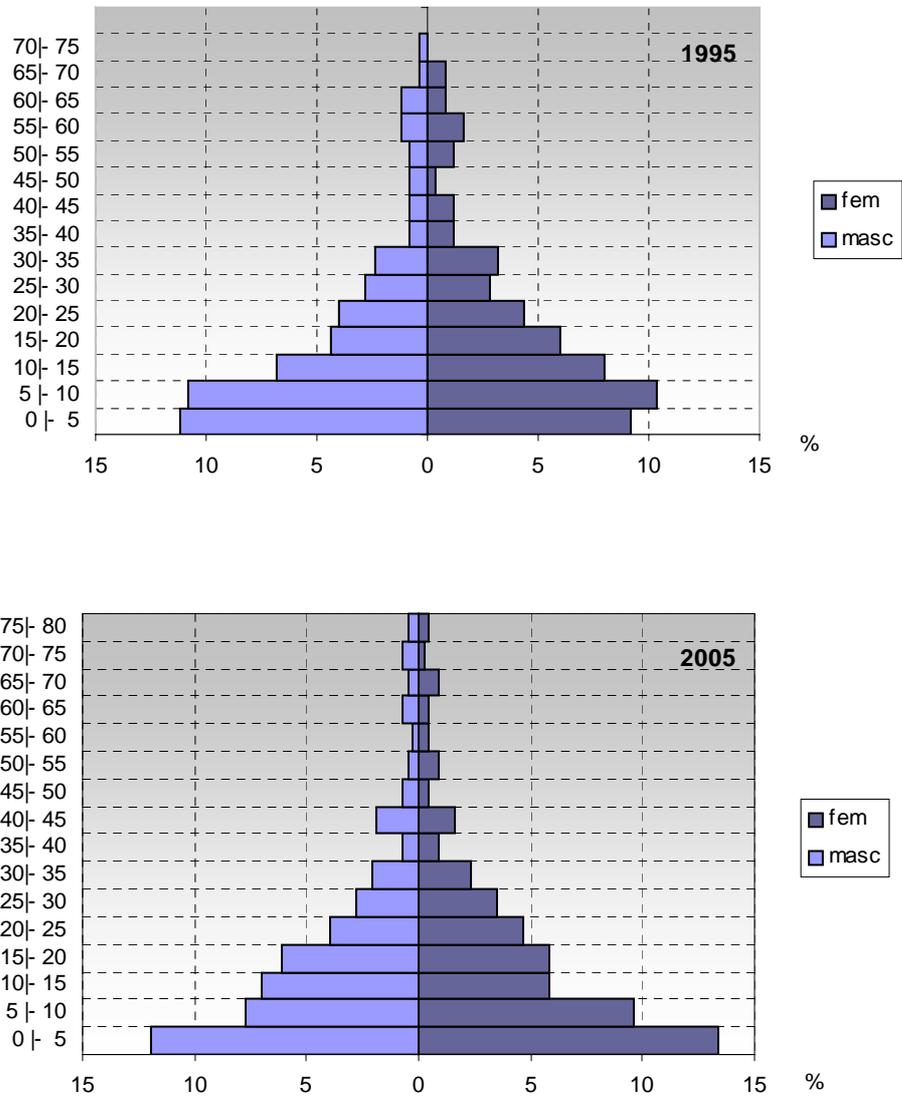


Figura 2. Pirâmides populacionais, grupo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.



A tabela 3 apresenta os dados absolutos e percentuais da população Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, em 1975, 1985, 1995 e 2005.

Tabela 3. Distribuição da população Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1975, 1985, 1995 e 2005.

Faixas etárias (anos)	1975		1985		1995		2005	
	N	%	N	%	N	%	N	%
0 |-- 5	23	25,01	39	24,68	51	20,40	108	25,36
5 |-- 10	12	13,04	26	16,46	53	21,20	74	17,38
10 |-- 15	15	16,30	23	14,56	37	14,80	55	12,91
15 |-- 20	5	5,43	12	7,59	26	10,40	51	11,97
20 |-- 25	6	6,52	15	9,49	21	8,40	37	8,69
25 |--30	4	4,35	5	3,16	14	5,60	27	6,33
30 |-- 35	6	6,52	6	3,80	14	5,60	19	4,46
35 |-- 40	10	10,87	4	2,53	5	2,00	7	1,64
40 |-- 45	7	7,61	6	3,80	5	2,00	15	3,52
45 |-- 50	4	4,35	10	6,33	3	1,20	5	1,17
50 |-- 55	-	-	8	5,06	5	2,00	6	1,41
55 |-- 60	-	-	3	1,90	7	2,80	3	0,70
60 |-- 65	-	-	1	0,64	5	2,00	5	1,17
65 |-- 70	-	-	-	-	3	1,20	6	1,41
70 |-- 75	-	-	-	-	1	0,40	4	0,94
75 |-- 80	-	-	-	-	-	-	4	0,94
Total	92	100,00	158	100,00	250	100,00	426	100,00

A taxa bruta de natalidade verificada em 1985 foi de 5,1 nascimentos (por 100 hab.), em 1995 foram registrados 6,8 nascimentos (por 100 hab.), e em 2005, 7,3 (por 100 hab.).

Segundo Sá e Silva (1995), o povo Enawene-Nawe duplica sua população a cada 15 anos. Em 2005 observamos que a população é 4,6 vezes maior do que em 1975 confirmando a tendência de crescimento populacional.

As figuras 3 e 4 apresentam a composição absoluta e percentual da população Enawene-Nawe em 1975, 1985, 1995 e 2005

Figura 3. Composição absoluta da população Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1975, 1985, 1995 e 2005.

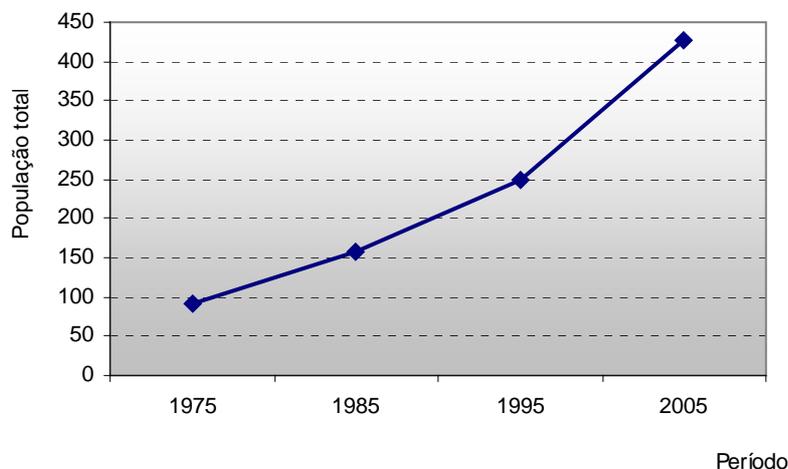
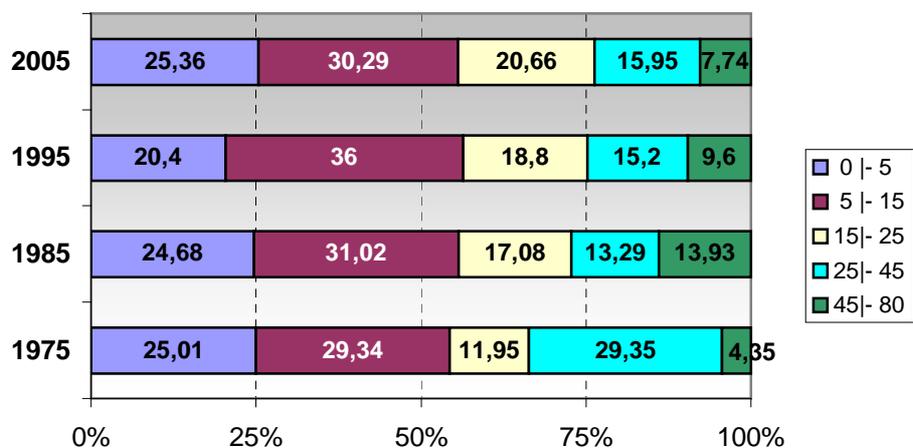


Figura 4. Composição percentual da população Enawene-Nawe segundo faixas etárias agrupadas, Mato Grosso-Brasil, 1975, 1985, 1995 e 2005.



A população Enawene-Nawe é bastante jovem. Observamos que aproximadamente 25% encontram-se com menos de 5 anos de idade e 30% na faixa etária entre 5 e 15 anos. Há tendência de crescimento do grupo de jovens adultos entre 15 e 25 anos de idade. Embora o grupo etário de 45 a 80 anos não apresente aumento, proporcionalmente, vários indivíduos estão chegando a idades mais avançadas atualmente - indicando aumento na esperança de vida para o povo (Figura 4).

As idades utilizadas neste estudo correspondem às que a OPAN possuía em seus registros e foram mantidas para evitar duplicação de cadastros e favorecer a alimentação do banco de dados da instituição com informações sobre saúde bucal. Para o levantamento realizado em 1995, as idades até 12-13 anos podem ser consideradas exatas e, a partir desta faixa etária, as demais são idades aproximadas. Já para o levantamento de 2005, podemos considerar exatas idades até 23 anos.

Os dados referentes ao levantamento de saúde bucal realizado em 1995 representam um marco inicial para as análises comparativas com os realizados nos demais períodos e estão apresentados na íntegra a seguir.

4.2 LEVANTAMENTO DE SAÚDE BUCAL - 1995

Embora a metodologia utilizada para os levantamentos de saúde bucal já tenha sido descrita no item específico, algumas referências utilizadas pela OMS para análise da prevalência de cárie devem ainda ser consideradas pois a padronização proposta para os levantamentos de saúde bucal visa aumentar as possibilidades de comparação de estudos dessa natureza em todo o mundo.

A OMS recomenda como idades-índice e grupos etários para análise da prevalência de cárie: idade de **5 anos** - referência para análise da prevalência de cárie na dentição decídua; **12 anos** - considerada como referência mais importante para qualificação da prevalência de cárie na dentição permanente; **15 anos** - propicia avaliação das condições da dentição permanente após alguns anos em que ficou exposta ao meio bucal, além de ser também, referência para avaliação de indicadores de doença periodontal na adolescência; o grupo etário de **35 a 44 anos** - utilizado para monitorização das condições de saúde bucal em adultos e, os dados referentes ao grupo etário de **65 aos 74 anos** - para avaliação da saúde bucal dos idosos e, monitorização dos efeitos gerais dos serviços de cuidado bucal em uma população (OMS, 1999).

Segundo o relatório da OMS de 2003 (PETERSEN, 2003), a cárie na idade de 12 anos e no grupo etário de 35 a 44 anos pode ser classificada em diferentes níveis, de

muito baixa a alta, conforme a prevalência média observada para a população, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Classificação de prevalência de cárie dentária da OMS, segundo valores de CPOD aos 12 anos e no grupo etário de 35 a 44 anos, 2003.

Prevalência de cárie dentária	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta
CPOD aos 12 anos	< 1,2	1,2 a 2,6	2,7 a 4,4	> 4,4
CPOD de 35 a 44 anos	< 5,0	5,0 a 8,9	9,0 a 13,9	> 13,9

Fonte: The World Oral Health Report 2003 (PETERSEN, 2003)

Os resultados observados no levantamento de saúde bucal de 1995 descrevem, predominantemente, o perfil da população para cárie dentária e, embora sejam apresentados para todas as idades, foram agrupados de acordo com a padronização da OMS para facilitar sua comparação com outros estudos nacionais e internacionais. Dessa forma, foram priorizadas para análise da prevalência de cárie no povo Enawene-Nawe, principalmente as idades e grupos etários propostos pela OMS.

Em todos os levantamentos realizados entre 1995 e 2005 o objetivo foi o exame de toda a população. Como o trabalho em saúde bucal tinha como objetivo a universalização de cobertura populacional e os levantamentos de saúde subsidiavam, inclusive, as práticas diárias de atendimento, não é feita inferência a partir dos resultados encontrados.

Embora a população seja pequena, a proporção de pessoas examinadas dentro de cada faixa etária é alta e, dentre os não examinados, a maioria encontra-se na faixa etária menor de 5 anos.

As idades de 6 a 13 anos foram agrupadas a cada dois anos por dois motivos: a população é muito pequena dentro de cada idade e, nos Enawene-Nawe a erupção dentária se mostra mais tardia do que geralmente é aceito dentro do padrão de erupção da dentição permanente. Assim, ao apresentar as médias CPOD para duas idades próximas agrupadas, o padrão para comparação dos dados tornou-se mais preciso. As idades/faixas etárias que aparecem em negrito são as de referência para comparação de dados com as idades-índice da OMS (1999).

Os principais resultados observados no levantamento de saúde bucal realizado em 1995 no povo Enawene-Nawe são apresentados a seguir.

A tabela 4 apresenta a condição da cárie entre os Enawene-Nawe em setembro/1995, para a dentição permanente, através do índice de dentes (D) cariados (C), perdidos (P) e obturados (O) - CPOD (KLEIN e PALMER, 1937).

Tabela 4. Índice CPOD e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1995.

Faixas etárias (anos)	N	n	C	dp	P	dp	O	dp	CPOD	dp	H	dp
6 - 7	14	14	2,00	1,47	-	-	-	-	2,00	2,15	5,21	1,63
8 - 9	20	20	2,79	2,32	-	-	-	-	2,79	2,32	10,26	3,86
10 - 11	12	12	6,25	3,65	0,33	0,49	-	-	6,50	3,80	15,92	5,35
12 - 13	17	17	7,65	4,62	0,12	0,33	-	-	7,77	4,63	19,24	5,15
14 - 16	22	19	10,68	6,00	2,53	3,84	-	-	13,21	7,36	14,63	6,78
17 - 19	12	12	11,83	4,20	3,75	3,57	-	-	15,58	4,76	13,25	4,20
20 - 24	21	20	9,75	5,56	7,95	4,89	-	-	17,70	7,12	13,20	6,58
25 - 29	11	10	8,40	7,69	14,30	9,15	0,10	0,32	22,80	5,63	9,10	5,65
30 - 34	15	14	7,50	5,69	18,71	7,88	-	-	26,21	6,51	5,79	6,51
35 - 44	11	9	9,89	6,45	18,00	6,36	-	-	27,89	6,31	4,11	6,31
45 - 64	21	20	2,95	4,19	28,15	5,23	-	-	31,10	1,65	0,90	1,65
65 e mais	4	4	1,25	2,50	30,75	2,50	-	-	32,00	0,00	-	-
Total	194	185	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: em **negrito** - idades índice da OMS

A severidade da cárie no povo Enawene-Nawe aos 12-13 anos de idade, em 1995, pode ser considerada como alta (PETERSEN, 2003), sendo representada por um CPOD médio de 7,7 dentes com história de cárie. Para o grupo etário de 35 a 44 anos o CPOD médio foi de 27,89 sendo que a cárie comprometia quase 90% dos dentes permanentes, dos quais, em média 65%, já haviam sido extraídos (Tabela 4).

Para a população a partir de 45 anos o edentulismo mostrou-se generalizado, tendo sido observado CPOD médio de 31,10 de 45 a 64 anos e, 32,00 para os idosos (65 anos ou mais). A maioria dessas pessoas não usava próteses totais e, os poucos que usavam possuíam próteses bastante desgastadas (Tabela 5).

Tabela 5. Distribuição do edentulismo no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1995.

Faixas etárias (anos)	N	n	Sexo		Total	
			Masc.	Fem.	Freq.	%
25 - 29	11	10	1	-	1	1,75
30 - 34	15	14	2	2	4	7,02
35 - 44	11	9	-	4	4	7,02
45 - 64	21	20	5	8	13	22,80
65 e mais	4	4	2	2	4	7,02
Total	62	57	10	16	26	46,61

O levantamento de saúde bucal de 1995 foi realizado anteriormente ao atendimento emergencial e, de acordo com a padronização internacional (OMS, 1999), dentes com necessidade de extração foram diagnosticados como cariados, sendo incluídos no componente "C" (dentes cariados) do índice CPOD. Dessa forma, para todas as faixas etárias, especialmente a partir de 14-16 anos, a proporção de dentes, de fato, perdidos - por falta de condições de recuperação, aparece subestimada neste primeiro levantamento.

A tabela 6 apresenta a distribuição absoluta e percentual da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou perdas dentárias nos primeiros molares e incisivos superiores da dentição permanente.

Tabela 6. Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 1995.

Faixas etárias (anos)	N	n	1 ^{os} molares permanentes (M1)		Incisivos centrais e laterais superiores permanentes (IC/IL)	
			Freq.	%	Freq.	%
8 - 9	20	20	-	-	-	-
10 - 11	12	12	3	3,75	-	-
12 - 13	17	17	1	1,25	1	1,25
14 - 16	22	19	10	12,50	8	10,00
17 - 19	12	12	11	13,75	6	7,50
Total	83	80	25	31,25	15	18,75

Nota:

- em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Observa-se que entre 14 e 16 anos de idade já são verificadas perdas dentárias dos dentes que erupcionam entre 6 e 7 anos de idade: primeiros molares e incisivos centrais. As perdas dentárias de molares se devem à rápida progressão de lesões de

cárie em superfícies oclusais e, as observadas para incisivos, principalmente por lesões em face lisa (vestibular de incisivos centrais) e em cingulo (face palatina) de incisivos laterais (Tabela 6).

Em 1995 apenas oito pessoas apresentaram CPOD=0 em toda a população, sendo três do sexo feminino e quatro do masculino, de 6 a 9 anos, e um rapaz de 15 anos.

A tabela 7 apresenta a condição de cárie entre os Enawene-Nawe em setembro/1995, para a dentição decídua, através do índice ceod (GRUEBBEL, 1944).

Tabela 7. Índice ceod e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1995.

Faixas etárias (anos)	N	n	c	dp	e	dp	o	dp	ceod	dp	h	dp
2 - 4	30	22	4,68	3,90	0,27	0,88	-	-	4,96	4,52	14,55	4,43
5	19	19	6,89	3,31	1,47	2,14	-	-	8,37	3,93	11,26	4,04
6 - 7	14	14	7,00	2,63	3,36	2,76	-	-	10,36	3,59	6,21	4,49
8 - 9	20	20	4,10	2,55	2,45	1,91	-	-	6,55	3,80	4,55	4,35
10 - 11	12	12	2,50	3,02	0,33	0,52	-	-	2,83	3,37	2,33	1,63
Total	95	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota: em **negrito** - idade índice da OMS

A severidade da cárie dentária na dentição decídua em 1995 se mostrou alta. Das 95 crianças examinadas entre 2 e 11 anos apenas nove apresentaram ceod=0, sendo cinco do sexo feminino e 4 do sexo masculino (Tabela 7).

Apesar da alta prevalência de cárie na população infantil, a dentição decídua não se constituiu como prioridade durante as atividades em saúde bucal de 1995 a 2005, embora todas as crianças pequenas que com o tempo foram se aproximando, tenham recebido o mesmo tipo de atenção preconizada para a dentição permanente, sendo evitadas entretanto, sempre que possível, extrações de dentes decíduos.

A distribuição da prevalência de cárie pelo índice CPOD, segundo sexo e idade, em 1995, é apresentada a seguir.

Tabela 8. Índice CPOD e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1995.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino			
	N	n	CPOD	dp	N	n	CPOD	dp
6 - 7	7	7	1,43	1,27	7	7	2,57	1,51
8 - 9	12	12	2,75	2,38	8	8	3,00	2,27
10 - 11	6	6	6,83	5,19	6	6	6,17	2,14
12 - 13	7	7	8,86	4,88	10	10	7,00	4,55
14 - 16	12	11	11,09	7,84	10	8	16,13	5,89
17 - 19	3	3	13,00	1,00	9	9	16,44	5,25
20 - 24	10	9	16,78	5,09	11	11	18,46	8,61
25 - 29	4	4	23,00	6,16	7	6	22,67	5,85
30 - 34	8	7	25,14	6,96	7	7	27,29	6,37
35 - 44	5	3	23,33	8,96	6	6	30,17	3,60
45 - 64	9	9	31,00	1,50	12	11	31,18	1,83
65 e mais	2	2	32,00	0,00	2	2	32,00	0,00
Total	85	80	-	-	95	91	-	-

Nota:

- em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

As maiores diferenças na manifestação da cárie conforme o sexo foram observadas para as idades entre 14 e 19 anos, sendo mais severa entre mulheres (Tabela 8). A partir dessa faixa etária o índice CPOD se mostrou alto para ambos os sexos.

Para este levantamento não foi calculado o Índice de Dentes Funcionais (IDF) (SHEIHAM e col., 1987), nem o Índice de Cuidados (IC) (WALSH, 1970). O primeiro se caracteriza pela soma de dentes hígidos e restaurados dentro de uma determinada faixa etária, dividido pelo número de pessoas examinadas e, o segundo, pela divisão das médias de dentes restaurados pelos índices CPOD em cada faixa etária. Assim, como neste período foi encontrado apenas um dente restaurado para toda a população e estes índices são utilizados para avaliar o acesso a cuidados restauradores, somente serão analisados a partir do levantamento de 1999.

Este levantamento foi prioritariamente dirigido ao diagnóstico da cárie dentária, doença bucal de maior prevalência nessa população. Embora não tenham sido registrados dados sobre doenças periodontais, não foram observados casos graves de periodontites, o que pode estar associado à alta prevalência e severidade da cárie na população, com rápida evolução para perdas dentárias. Entre os Enawene-Nawe, na faixa etária de 35 a 44 anos, idades em que normalmente podem ser observados

sinais de doenças periodontais com perda óssea, a maioria da população já se apresentava com alta proporção de perdas dentárias.

Outras alterações que foram verificadas durante os exames clínicos incluem:

- a) um caso de língua geográfica;
- b) 2 casos de lábio leporino, sendo um unilateral, já reabilitado e, outro, bilateral com fenda palatina;
- c) um caso com várias hiperplasias fibrosas inflamatórias (HFI) em rebordos alveolares posteriores, de maxila e mandíbula, relacionadas a restos dentais.

Os dados de 1995 foram apresentados na íntegra e, a partir do próximo item estão descritos os principais dados dos levantamentos de saúde bucal de 1999, 2002 e 2005 comparativamente aos de 1995³⁶.

4.3 COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS DOS LEVANTAMENTOS DE SAÚDE BUCAL DE 1995 A 2005

As tabelas 9 e 10 apresentam a distribuição das médias de dentes cariados, perdidos e obturados na dentição permanente, pelo índice CPOD, segundo faixas etárias e sexos combinados, nos levantamentos realizados em 1995, 1999, 2002 e 2005, e os percentuais de redução de cárie na dentição permanente, observados entre 1995 e 2005, para as faixas etárias entre 6 e 19 anos, respectivamente.

³⁶ Tabelas detalhadas com os dados dos levantamentos de 1999, 2002 e 2005 encontram-se disponíveis no anexo 8.

Tabela 9. Índice CPOD no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	CPOD			
	1995	1999	2002	2005
6 - 7	2,00	1,73	0,14	0,21
8 - 9	2,85	2,64	0,86	1,03
10 - 11	6,50	7,85	3,00	2,37
12 - 13	7,77	7,47	5,83	4,10
14 - 16	13,21	12,64	8,33	7,87
17 - 19	15,58	17,53	13,54	11,76
20 - 24	17,70	21,00	18,78	17,54
25 - 29	22,80	21,43	20,52	22,36
30 - 34	26,21	25,08	26,09	22,82
35 - 44	27,89	28,72	27,80	28,65
45 - 64	31,10	30,44	29,72	30,19
65 e mais	32,00	31,63	31,67	31,83

Nota: em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 10. Valores CPOD e percentual de redução de cárie, segundo faixas etárias, povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995-2005.

Faixas etárias (anos)	Anos		% Redução
	1995 CPOD	2005 CPOD	
6-7	2,00	0,21	89,5
8-9	2,85	1,03	63,9
10-11	6,50	2,37	63,5
12-13	7,77	4,10	47,2
14-16	13,21	7,87	40,4
17-19	15,58	11,76	24,5

Nota: em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Aos 12-13 anos embora tenha sido verificada uma importante redução no índice CPOD, de 7,7 (1995) para 4,10 (2005), representada por 47,2%, o valor médio de 4,10 dentes cariados, perdidos e/ou obturados, permanece alto, considerando a meta da OMS para o ano 2000, que recomendava um máximo de 3 dentes cariados aos 12 anos de idade.

Aos 14-16 anos de idade o percentual de redução foi de 40,4%, porém, as médias CPOD que variaram de 13,21 (1995) para 7,87 (2005), ainda representam valores

altos do índice dentro dessa faixa etária. Aos 35-44 anos quase todos os dentes se mostraram afetados pela cárie e, a partir da idade de 65 anos, o índice CPOD atingiu os maiores valores, mostrando comprometimento total da dentição permanente (Tabelas 9 e 10).

Quando o primeiro levantamento de saúde bucal foi realizado, em 1995, a desassistência era muito grande. Os atendimentos em saúde bucal entre 1995 e 1998 foram prioritariamente de caráter 'emergencial', priorizando a demanda espontânea por tratamento, em função da gravidade da situação verificada. A partir de 1999, ações sistemáticas de atenção em saúde bucal de caráter universal passaram a ser implementadas.

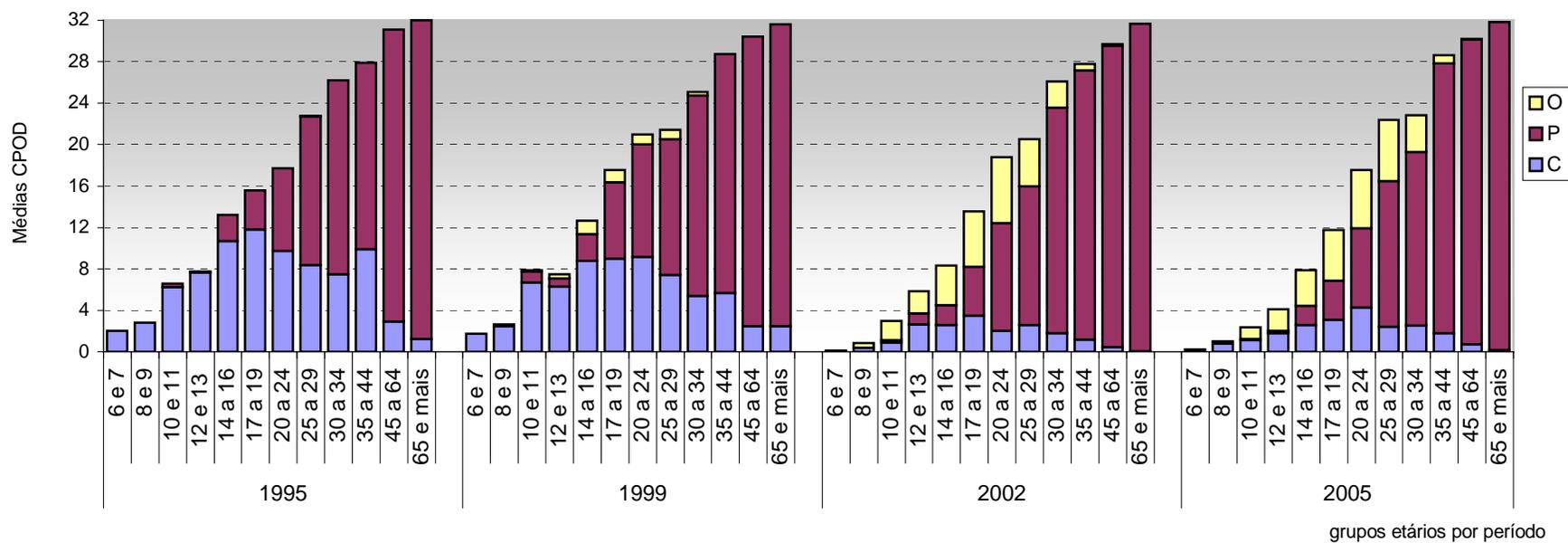
Informações sobre a composição proporcional do índice CPOD por faixa etária estão apresentadas na figura 5.

Em 1995, o nível de cárie mostrou-se alto, proporcionalmente, para todas as idades e, a partir dos 14-16 anos, já se observavam perdas dentárias na população. A partir dessa faixa etária, o componente "P" (dentes perdidos) aumentou rapidamente, até atingir praticamente toda a dentição, a partir dos 65 anos de idade (Tabela 4).

Em 1999, a diminuição do componente "C" (dentes cariados), se deve, principalmente, ao atendimento da demanda por extrações dentárias, sendo que o componente "O" (dentes obturados), permaneceu baixo, favorecendo, minimamente, as faixas etárias de adolescentes e jovens. O levantamento deste ano foi realizado com o objetivo principal de nortear a implementação das práticas de saúde preventivas e restauradoras que passaram a ser desenvolvidas junto ao povo Enawene-Nawe a partir de então (Figura 5).

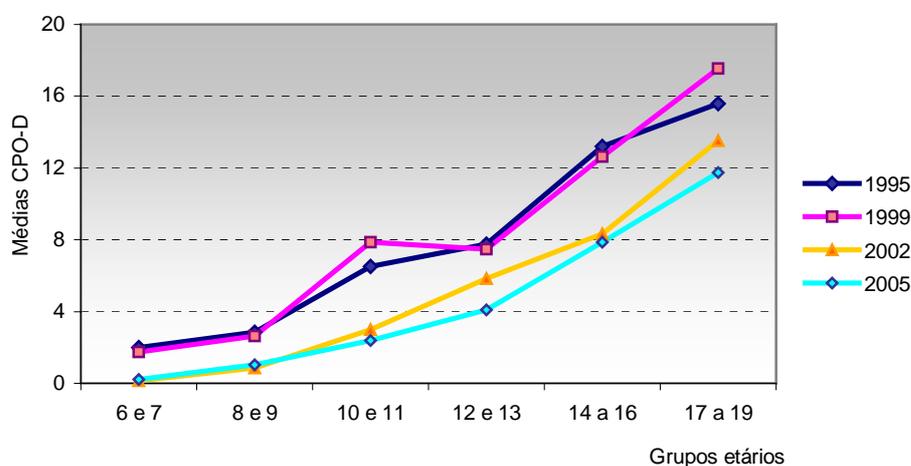
Em 2002, a redução do componente "C" foi evidente, refletindo-se no aumento da proporção de dentes obturados, principalmente nas faixas etárias mais jovens, e no aumento do componente "P" (dentes perdidos) entre os adultos e idosos. Entre 2002 e 2005 observou-se um aumento do componente "O", refletindo maior controle da cárie entre crianças e adolescentes, através das ações em saúde bucal desenvolvidas para essa população (Figura 5).

Figura 5. Índice CPOD e componentes no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.



Aos 35 e 44 anos, a proporção do componente "P" do índice CPOD já se mostrava alta em 1995, apresentando, em média, 18,0 dentes perdidos por pessoa. Em 2002, quando já havia sido controlada a maior parte das necessidades acumuladas para tratamento cirúrgico, essa média aumentou para 26,0 dentes/pessoa sendo mantida nesse nível até 2005. Em idades acima de 45 anos a situação se agravou, tendendo para o edentulismo generalizado.

Figura 6. Distribuição das médias CPOD entre crianças e adolescentes do povo indígena Enawene-Nawe, em 1995, 1999, 2002 e 2005, segundo grupo etário, Mato Grosso-Brasil, 2007.



A prevalência de cárie dentária mostrou tendência de diminuição no período de 1995 a 2005. Na faixa de idades entre 6 e 16 anos, na qual o impacto das ações em saúde bucal foi maior, a tendência de redução está mais evidente (Figura 6). É neste grupo etário que foram observados os indivíduos livres de cárie na dentição permanente, conforme pode-se observar na tabela 11 e figura 7, que apresentam a distribuição da população Enawene-Nawe com CPOD=0 em 1995, 1999, 2002 e 2005, e a prevalência de CPOD igual a zero para os mesmos períodos, respectivamente.

A distribuição de indivíduos livres de cárie na dentição permanente concentra-se na infância, sendo ainda incipiente a frequência de CPOD=0 entre 12 e 13 anos. A partir de 2002, entretanto, observou-se tendência de inclusão de indivíduos de outras

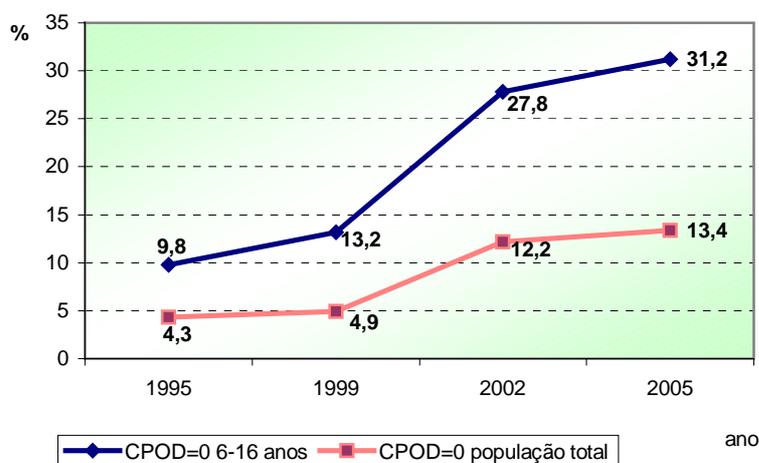
faixas etárias entre os livres de cárie (Tabela 11). O aumento na proporção de pessoas com CPOD=0 entre 6 e 16 anos de idade, reflete os efeitos das ações de prevenção e controle da cárie dentária implementadas entre 1999 e 2005, especialmente o uso de flúor e de selantes de fósulas e fissuras (Figura 7).

Tabela 11. Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe, com CPOD=0, segundo faixa etária e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	CPOD = 0											
	1995			1999			2002			2005		
	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%
6 - 7	14	3	21,4	15	7	46,7	22	12	54,5	16	11	68,8
8 - 9	20	4	20,0	22	3	13,6	21	13	61,9	30	16	53,3
10 - 11	12	-	-	13	-	-	17	4	23,5	19	6	31,6
12 - 13	17	-	-	19	-	-	24	1	4,2	21	1	4,8
14 - 16	19	1	5,3	25	-	-	24	-	-	23	-	-
17 - 19	12	-	-	19	-	-	26	-	-	25	-	-
20 - 24	20	-	-	20	-	-	27	-	-	35	-	-
25 - 29	10	-	-	14	-	-	23	-	-	22	-	-
30 - 34	14	-	-	12	-	-	11	-	-	17	-	-
35 - 44	9	-	-	17	-	-	20	-	-	17	-	-
45 - 64	20	-	-	19	-	-	18	-	-	16	-	-
65 e mais	4	-	-	8	-	-	12	-	-	12	-	-
Total	185	8	4,3	203	10	4,9	245	30	12,2	253	34	13,4

Nota: Em **negrito**, faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Figura 7. Prevalência de CPOD=0 no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995-2005.

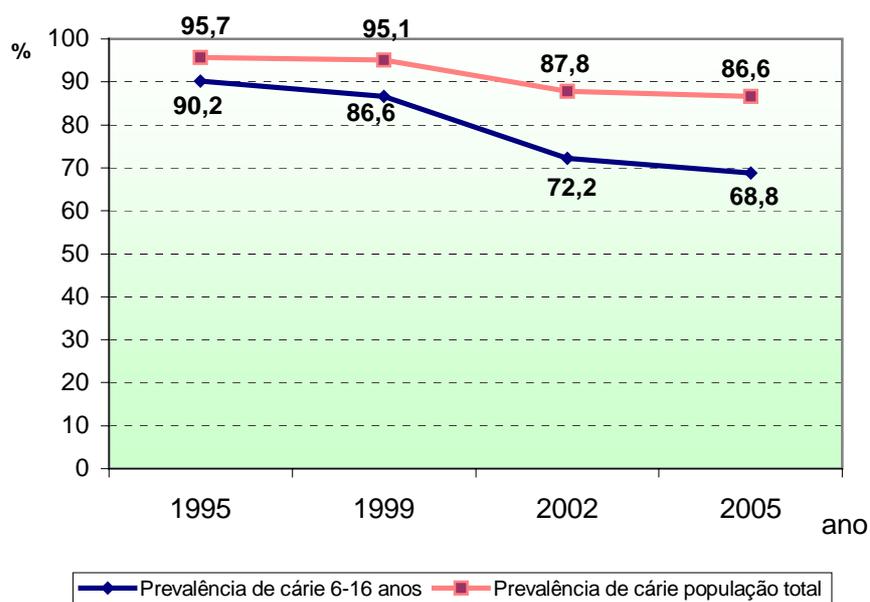


Apesar da tendência de aumento na proporção de indivíduos livres de cárie na dentição permanente, os efeitos das práticas de saúde bucal não devem ser analisados apenas focando a ausência da doença, mas também sua diminuição proporcional na população, principalmente dentro dos grupos etários mais favorecidos pelas ações preventivo-restauradoras.

A figura 8 apresenta a prevalência de cárie na população total e entre 6 e 16 anos de idades, no grupo indígena Enawene-Nawe, entre 1995 e 2005.

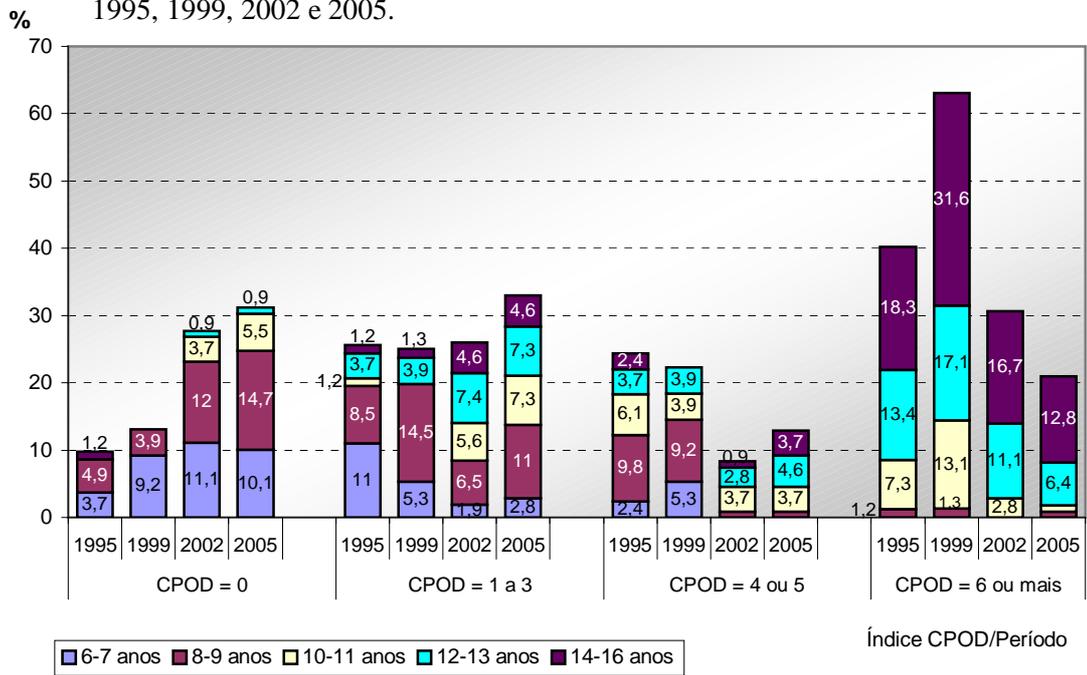
A prevalência de cárie na população total reduziu de 95,7% em 1995 para 86,6% em 2005 (redução de 9,5%), enquanto que para o grupo etário de 6 a 16 anos, as prevalências foram de 90,2% em 1995 e 68,8% em 2005, representando uma redução de 23,7% (Figura 8).

Figura 8. Prevalência de cárie dentária no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995-2005.



A figura 9 apresenta a distribuição da população Enawene-Nawe, entre 6 e 16 anos de idade, segundo níveis de severidade da cárie e período analisado.

Figura 9. Distribuição proporcional da população Enawene-Nawe entre 6 e 16 anos de idade, segundo índice CPOD e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.



Para o nível de CPOD considerado baixo (CPOD menor ou igual a 3), de 1999 a 2002, foi observada uma tendência de aumento da proporção de pessoas de faixas etárias de 12 anos e mais, com deslocamento de maior proporção de crianças menores que passaram à classificação de 'livres de cárie' na dentição permanente. Entre 2002 e 2005 ocorreu um aumento na proporção de indivíduos das faixas etárias de 8 a 11 anos de idade com valores CPOD até 3, evidenciando o impacto das medidas de prevenção e controle da cárie dentária, desenvolvidas desde 1999, pois concomitantemente ocorre o aumento nas proporções de livres de cárie (CPOD=0) para essas idades (Figura 9).

Para o nível 'moderado' de CPOD (CPOD entre 4 e 5), entre 1999 e 2002, há tendência de diminuição na participação da população entre 6 e 13 anos de idade, e aumento da proporção da faixa etária de 14 a 16 anos (Figura 9).

De uma maneira geral, ocorreu aumento na proporção de pessoas entre 14 e 16 anos de idade, nos níveis baixo e moderado de CPOD a partir de 2002. A faixa etária de 6 a 16 anos diminuiu significativamente sua participação no CPOD alto (CPOD=6 ou maior) a partir de 1999, principalmente a partir dos 10 anos, tendo sido

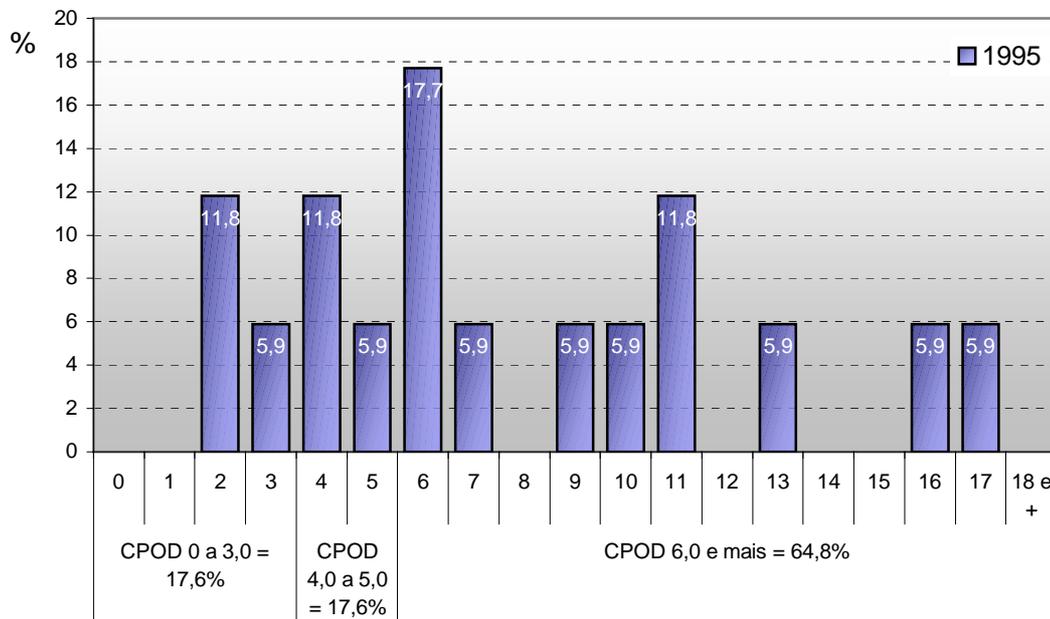
verificada uma redução total de 33,3% desse grupo etário no nível alto do CPOD, entre 1999 e 2005 (Figura 9).

Houve tendência de concentração da população Enawene-Nawe entre 6 e 16 anos de idade, em valores cada vez menores de CPOD. Em 1995 a proporção total de crianças e adolescentes nessas faixas etárias, com CPOD variando de zero a 3 foi de 35,4%, enquanto que para níveis CPOD entre 4 e 5, e CPOD de 6 para mais, observaram-se proporções de 24,4 % e 40,2%, respectivamente. Em 2005, 64,2% da população entre 6 e 16 anos de idade apresentaram CPOD entre zero e 3,0; 12,9% apresentaram CPOD entre 4 e 5, e 21,0% CPOD com valor 6 ou superiores (Figura 9)³⁷.

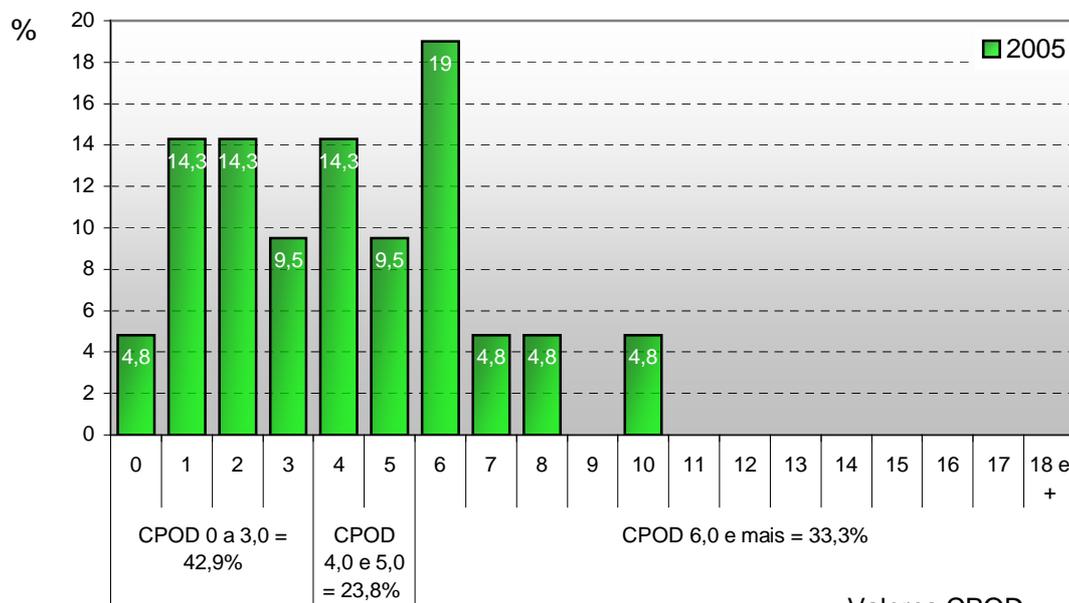
Essa tendência também foi verificada aos 12-13 anos de idade, e pode ser melhor observada na figura 10, que apresenta a distribuição percentual dos valores CPOD para estas idades, na população Enawene-Nawe, em 1995 e 2005 respectivamente.

³⁷ Dados adicionais sobre a distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 6 e 16 anos, segundo níveis CPOD podem ser encontrados no anexo 8.

Figura 10. Distribuição percentual dos valores CPOD aos 12-13 anos de idade no povo indígena Enawene-Nawe, segundo valores e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.



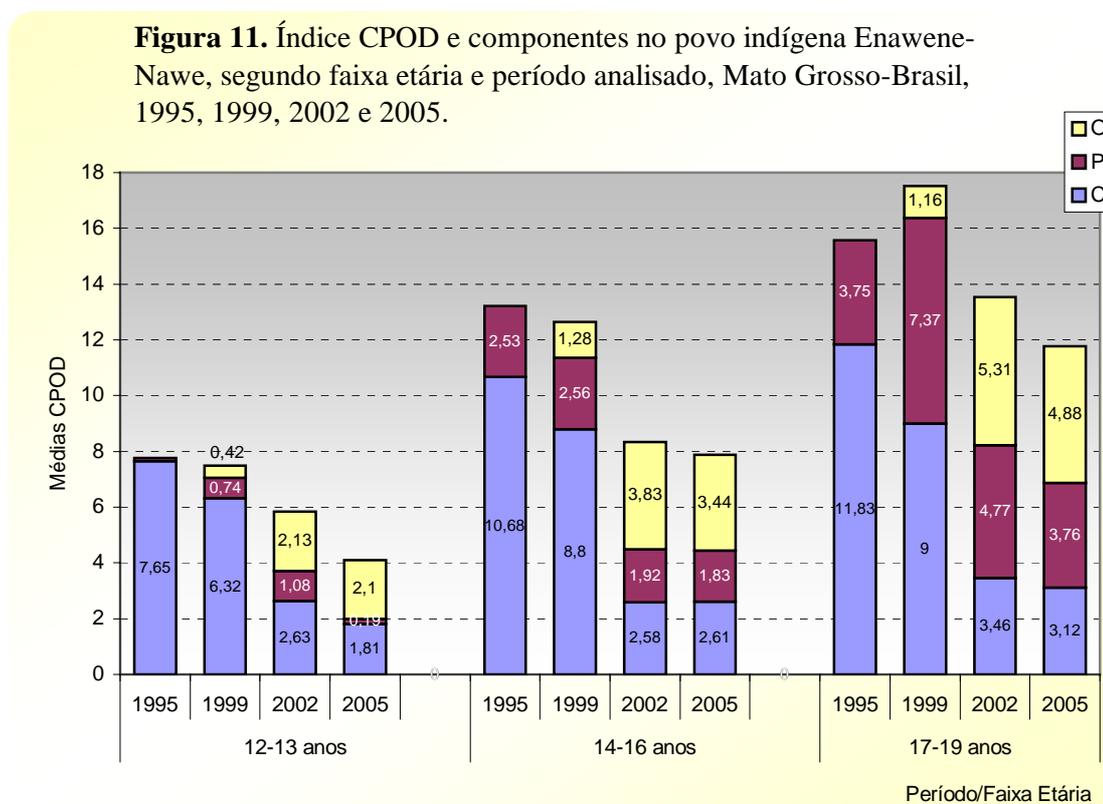
Valores CPOD



Valores CPOD

Embora a proporção de crianças Enawene-Nawe aos 12 e 13 anos de idade, com CPOD=0 seja pequena em 2005, a concentração de aproximadamente um terço dessas crianças nos valores mais altos do índice (Figura 10), acompanha a mesma tendência de 'polarização' da cárie, que vem sendo descrita em recentes publicações em saúde bucal, relacionadas a estudos com diferentes populações em todo o mundo. Segundo Narvai e col. (2006) ocorre polarização quando num polo há ausência da doença e, no outro, há um grande número de casos concentrados num pequeno grupo de indivíduos. Também para o grupo que compreende as idades de 6 a 16 anos esta tendência foi observada. A polarização é um fenômeno que pode estar refletindo medidas de prevenção e controle da enfermidade embasadas em estratégia populacional (ROSE, 1985; citado por NARVAI, 2006, p.11).

A figura 11 apresenta o CPOD e componentes para as faixas etárias entre 12 e 19 anos no povo Enawene-Nawe, em 1995, 1999, 2002 e 2005.



A tabela 12 apresenta a distribuição absoluta e percentual do edentulismo na população Enawene-Nawe, em 1995, 1999, 2002 e 2005, segundo faixas etárias.

Tabela 12. Distribuição absoluta e percentual do edentulismo (P=100%), na população Enawene-Nawe com 25 anos de idade ou mais, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	1995			1999			2002			2005		
	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%
25-29	10	1	1,8	14	-	-	23	1	1,2	22	-	-
30-34	14	2	3,5	12	2	2,9	11	1	1,2	17	1	1,2
35-44	9	-	-	17	2	2,9	20	7	8,3	17	6	7,1
45-64	20	10	17,5	19	8	11,4	18	11	13,1	16	10	11,9
65 e mais	4	3	5,3	8	5	7,1	12	10	11,9	12	11	13,1
Total	57	16	28,1	70	17	24,3	84	30	35,7	84	28	33,3

Nota: em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Observa-se que o edentulismo em 1995 já estava presente na faixa etária de 25 a 29 anos no povo Enawene-Nawe. Em 2005, o primeiro caso foi observado na faixa etária de 30 a 34 anos, havendo maior concentração de pessoas desdentadas acima dos 44 anos de idade.

A dieta do povo Enawene-Nawe e outros fatores culturais, conforme já apontado, têm favorecido um padrão de ataque de cárie que difere dos padrões aceitos internacionalmente desde o estudo de Carlos e Gittelsohn (1965), até o estudo recente de Macek e col. (2003) com relação à suscetibilidade dental para cárie dentária. Há consenso entre estes autores quanto à maior suscetibilidade dos segundos molares (M2) inferiores, seguidos pelos primeiros (M1), segundos molares superiores; e, a seguir, pelos segundos pré-molares superiores e inferiores. A partir deste ponto, para Carlos e Gittelsohn (1965) os dentes mais suscetíveis são os incisivos superiores, seguidos pelos primeiros pré-molares inferiores e, finalmente, pelos incisivos e caninos inferiores. Para Macek e col. (2003), a suscetibilidade continua com os primeiros pré-molares superiores e inferiores; incisivos superiores; caninos superiores e inferiores e incisivos inferiores.

A figura 12 apresenta a distribuição proporcional do CPOD e componentes aos 12-13 anos de idade, segundo grupos de dentes homólogos, arcos dentários e sexo, em 1995 e 2005.

Aos 12-13 anos o padrão de incidência de cárie dos segundos molares ainda não pode ser definido pois a erupção desse grupo de dentes ocorre por volta dos 12 anos de idade. Observou-se, no entanto, que tanto os primeiros molares superiores como os inferiores apresentaram proporções iguais ou inferiores à prevalência de cárie para os incisivos superiores (centrais e laterais), em 1995. Para o sexo feminino houve pequenas diferenças no padrão de ataque de cárie em primeiros pré-molares superiores e primeiros molares inferiores. Em 2005, foram observadas mudanças significativas na composição do CPOD e também no padrão de prevalência de cárie em ambos os sexos, com diminuição em incisivos centrais e laterais, e primeiros pré-molares. Tais mudanças refletem o impacto das estratégias preventivas adotadas no serviço em saúde bucal desenvolvido junto à população (Figura 12).

Na figura 13 observamos a composição CPOD para a faixa etária de 14 a 16 anos, também segundo grupos de dentes homólogos. A alta suscetibilidade de segundos molares inferiores, primeiros molares superiores e inferiores ficou confirmada para estas idades, e a tendência de alta prevalência de cárie em incisivos centrais e laterais, principalmente no sexo feminino, que superaram as prevalências de cárie em molares, em 1995, apontaram para a necessidade de implantação de medidas de prevenção e controle da cárie orientadas para resolução de problemas que se originam em aspectos culturais desse povo.

O perfil de prevalência de cárie entre 14 e 16 anos de idade, segundo grupos de dentes, em 2005, demonstrou que medidas efetivas para controle da situação observada em 1995 foram desenvolvidas junto ao grupo, favorecendo a diminuição no perfil de prevalência de cárie em incisivos centrais superiores, primeiros pré-molares superiores e molares inferiores, especialmente no sexo feminino (Figura 13).

Figura 12. Distribuição proporcional dos componentes do índice CPO-D aos 12-13 anos de idade, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo tipos de dentes (homólogos), arcos dentários, sexo e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.

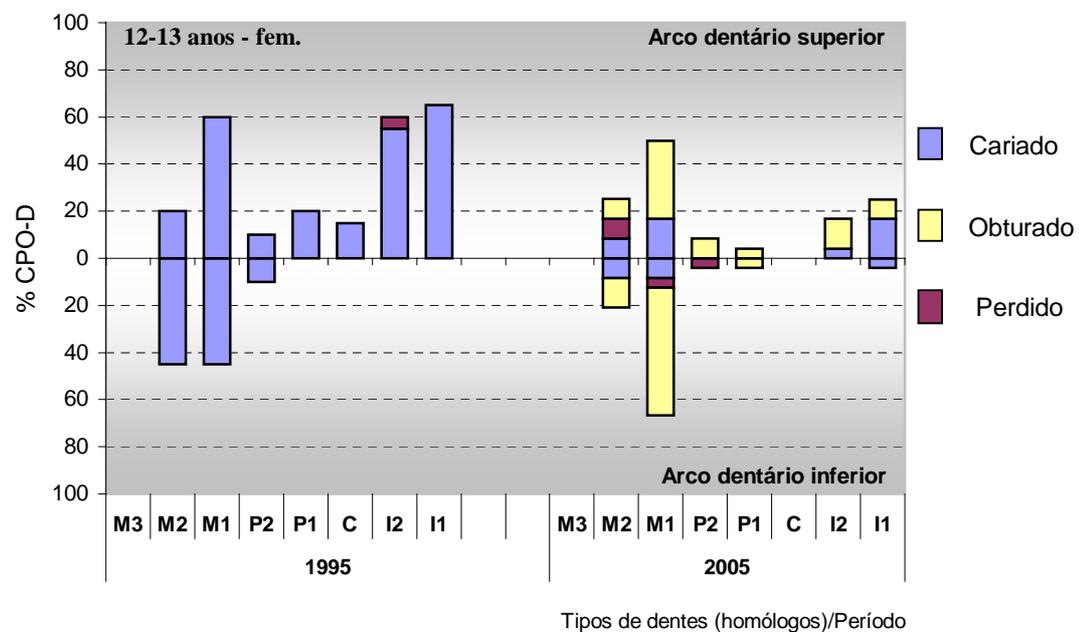
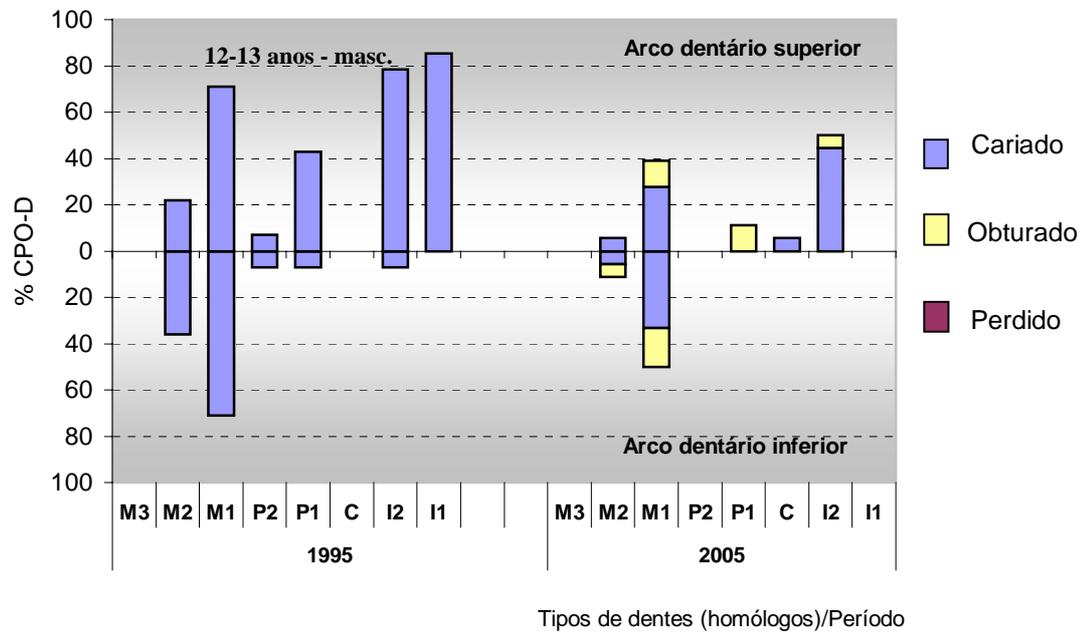
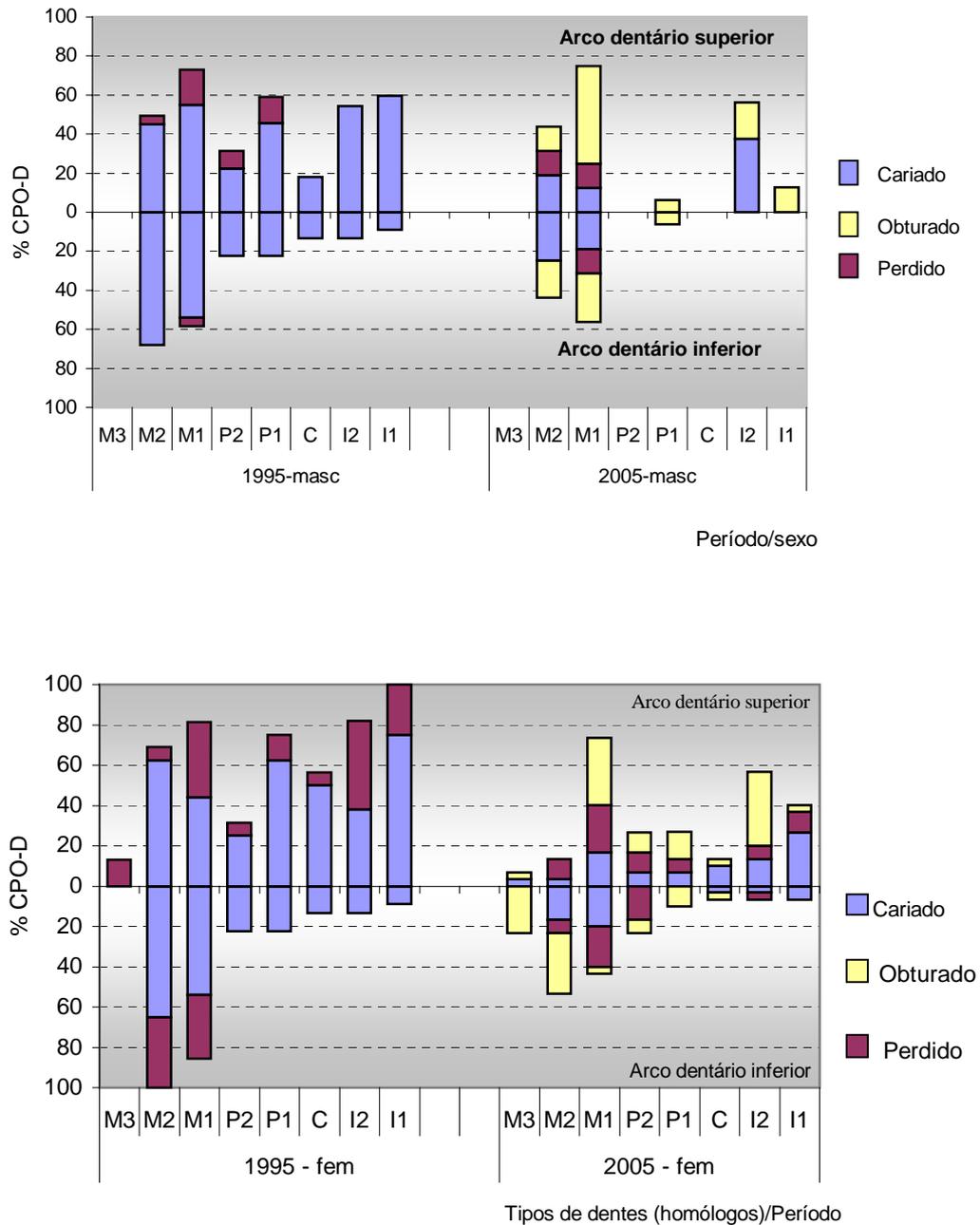


Figura 13. Distribuição proporcional dos dentes CPO aos 14-16 anos de idade, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo tipos de dentes (homólogos), arcos dentários, sexo e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.

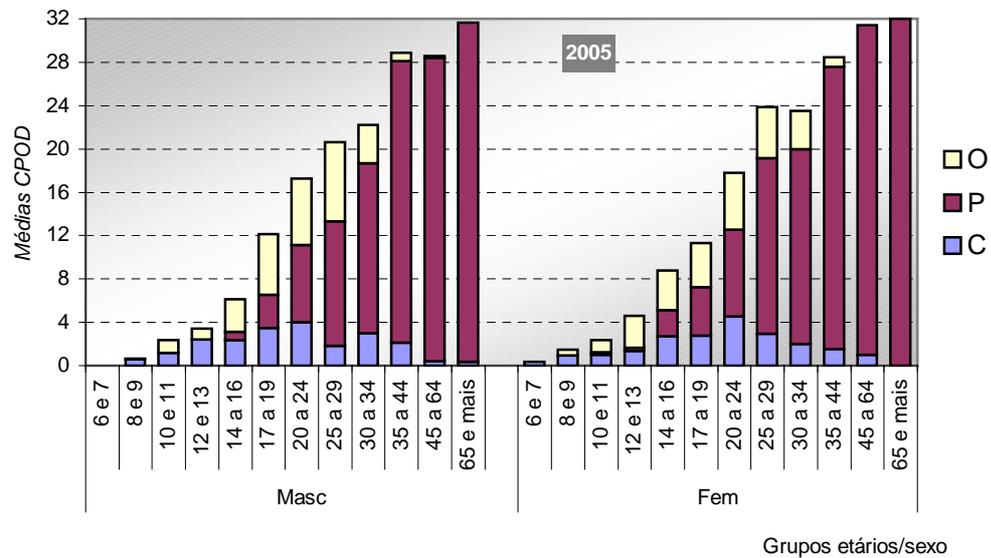
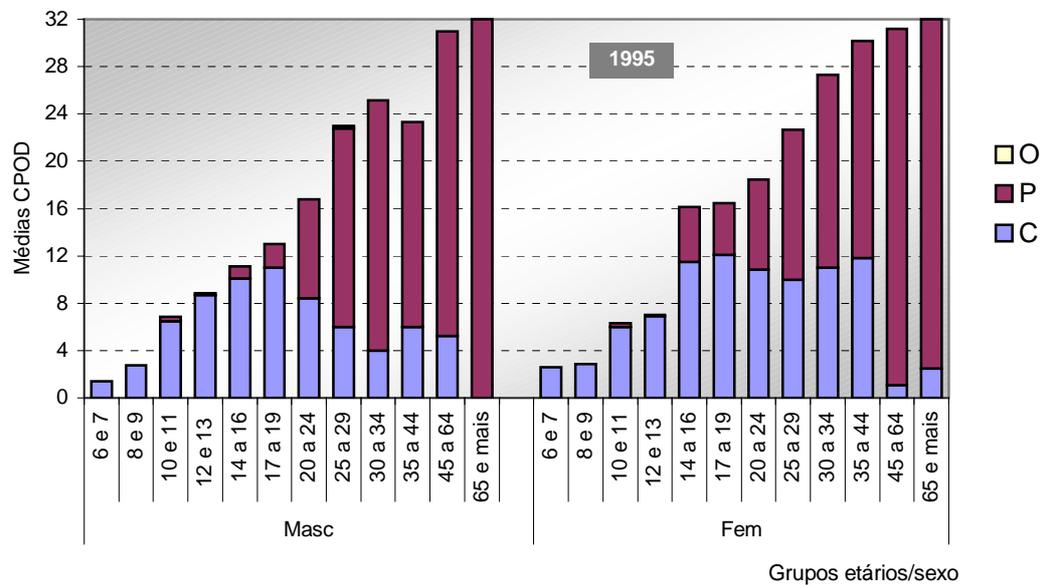


O perfil de prevalência de cárie dentária na dentição permanente, segundo sexo e faixa etária, está apresentada na figura 14.

Embora possam ser observadas alterações na composição CPOD para ambos os sexos entre 1995 e 2005, não foram observadas muitas diferenças no perfil de prevalência da cárie dentária entre sexos para o povo Enawene-Nawe, ao menos com relação à prevalência total da cárie (Figura 14).

Em 1995, mulheres jovens e adultas, de 16 a 44 anos, pareciam ter menor acesso a cuidados dentais e solução às suas necessidades em saúde bucal do que os homens, embora essa assistência tenha apresentado caráter exclusivamente mutilador, mesmo para o sexo masculino. Mesmo em 2005, o menor acesso das mulheres adultas, entre 25 e 34 anos parece se repetir (Figura 14). As razões para esta evidência não foram definidas, mas é possível que estejam relacionadas, pelo menos parcialmente, à vergonha de serem atendidas em local aberto (no pátio da aldeia), à menor importância que dão aos dentes naturais, e a fatores relacionados à falta de tempo para procurar por cuidados bucais, já que, desempenham muitas atividades durante todo o dia, especialmente quando possuem vários filhos e crianças de colo sob seus cuidados. Em muitas situações, mesmo quando procuradas para atendimento em saúde bucal, muitas vezes elas se recusavam a ir.

Figura 14. Índice CPOD e componentes, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo grupos etários e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.



A tabela 13 apresenta o índice ceod, para a dentição decídua, em 1995, 1999, 2002 e 2005, para idades entre 2 e 11 anos, no povo Enawene-Nawe.

Tabela 13. Índice ceod no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.

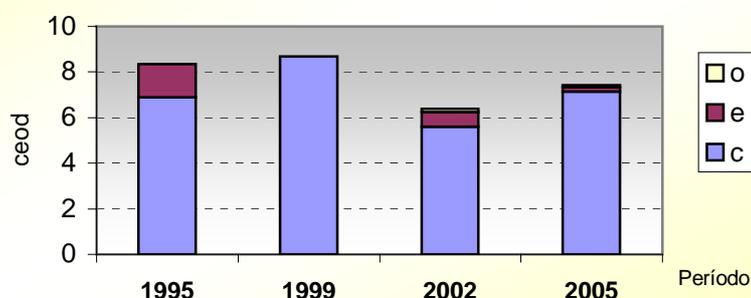
Faixas etárias (anos)	ceod			
	1995	1999	2002	2005
2 - 4	4,96	-	4,22	6,81
5	8,37	8,67	6,40	7,43
6 - 7	10,36	10,40	9,36	8,56
8 - 9	6,55	6,95	6,10	5,43
10 - 11	2,83	2,89	3,69	3,33

Notas:

- em **negrito**: faixa etária para comparação com a idade índice da OMS

O índice ceod³⁸ aos 5 anos de idade se mostrou alto em todos os anos examinados. O acesso a cuidados para a dentição decídua (ou 'de leite') não foi priorizado devido a fatores culturais e contextuais, e principalmente pela alta demanda da população com dentição mista (crianças que possuem dentes de leite e permanentes - em idades entre 7 e 12 anos) e permanente em todos os períodos de trabalho na aldeia. Isto se refletiu na baixa proporção de dentes restaurados para a idade de 5 anos, como se observa na figura 15, que apresenta a composição do índice ceod para os levantamentos realizados entre 1995 e 2005.

Figura 15. Distribuição dos componentes ceod aos 5 anos de idade no povo indígena Enawene-Nawe, segundo período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.



³⁸ Índice de prevalência de cárie para dentes 'de leite' (d) cariados (c), com extração indicada (e) e obturados (o).

Dois índices têm sido utilizados para medir o acesso a cuidados restauradores e o impacto deste tipo de tratamento sobre as médias finais de CPOD: o índice de cuidados - IC (WALSH, 1970), e o índice de dentes funcionais - IDF (SHEIHAM, MAIZELS e MAIZELS, 1986).

O índice de cuidados (IC) interpreta como 'acesso' a cuidados apenas o acesso ao tratamento restaurador e, portanto, analisa a proporção de dentes restaurados (componente "O"), com relação ao valor total do CPOD. O índice de dentes funcionais (IDF) procura relativizar o valor final do CPOD enfocando o componente "O" (dentes "obturados") associado ao conjunto dos dentes hígidos (sem cárie), valorizando a recuperação da saúde dental apesar do histórico anterior de lesões de cárie nos dentes afetados.

O índice de cuidados (IC), no povo indígena Enawene-Nawe, foi analisado durante o período de 1995 a 2005 e os resultados encontrados estão apresentados na tabela 14.

Tabela 14. Índice de Cuidados (IC) segundo faixas etárias e período, povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.

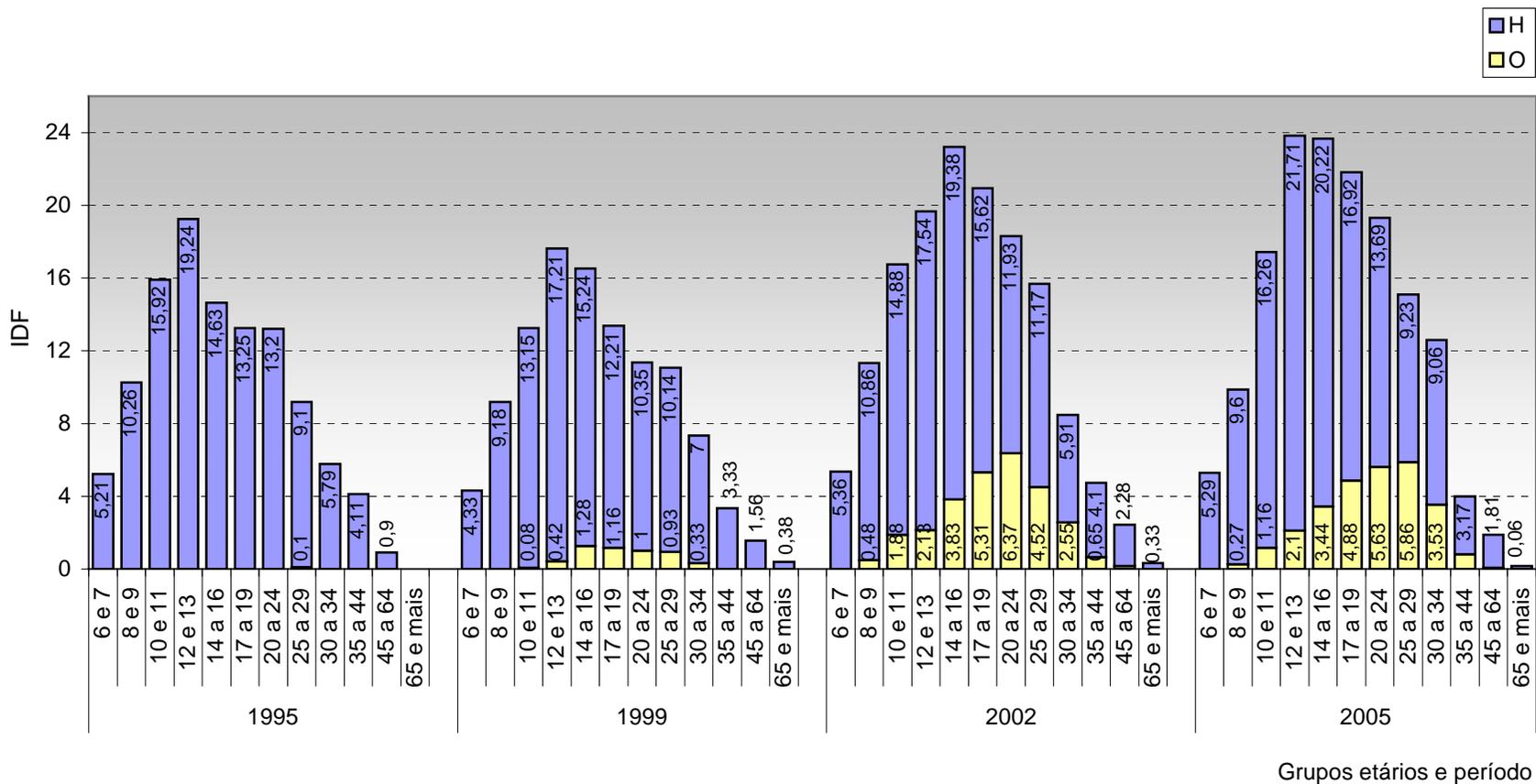
Faixas etárias (anos)	IC (%)			
	1995	1999	2002	2005
6 - 7	-	0,0	0,0	0,0
8 - 9	-	0,0	55,8	26,2
10 - 11	-	1,0	62,7	48,9
12 - 13	-	5,6	36,5	51,2
14 - 16	-	10,1	46,0	43,7
17 - 19	-	6,6	39,2	41,5
20 - 24	-	4,8	33,9	32,1
25 - 29	0,0	4,3	22,0	26,2
30 - 34	-	1,3	9,8	15,5
35 - 44	-	0,0	2,3	2,9
45 - 64	-	0,0	1,0	0,0
65 e mais	-	0,0	0,0	0,0

Nota:

- em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

O índice de dentes funcionais (IDF) para os quatro levantamentos de saúde bucal está apresentado na figura 16, e dados mais detalhados podem ser encontrados no anexo 8.

Figura 16. Índice de Dentes Funcionais (IDF) e componentes no grupo indígena Enawene-Nawe, segundo grupos etários, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.



O índice de cuidados obtido neste estudo em 2005, para a idade-índice de 12 anos foi superior ao encontrado no Reino Unido³⁹ em 2002, correspondendo a 48,0% (GOMES e col., 2004). Os níveis do IC para os grupos etários de adolescentes e jovens até 24 anos também se mostraram bons: 43,7% para 14-16 anos; 41,5% para 17-19 anos; e 32,1% para 20-24 anos de idade. A partir dessa faixa etária, a proporção de dentes extraídos, no entanto, aumentou consideravelmente, explicando, em parte, os menores valores encontrados para o IC (Tabela 14).

A menor proporção do índice de cuidados odontológicos verificada para as idades entre 8 e 11 anos, e 14 a 16 anos, entre 2002 e 2005 (Tabela 14), deve-se, principalmente, à interrupção do financiamento das ações de saúde bucal, que resultou na imediata diminuição da frequência de retornos à aldeia, levando à necessidade de priorização do atendimento por demanda espontânea nos subseqüentes períodos de trabalho em campo. Crianças e adolescentes que normalmente eram atendidos por busca ativa, acabaram prejudicados tanto no acesso aos cuidados reparadores, como no atendimento preventivo individual para aplicação de selantes de fósulas e fissuras e verniz fluoretado. O impacto da interrupção no financiamento das ações pode ser verificado, ainda que de maneira incipiente, no aumento da proporção de dentes permanentes cariados nas idades entre 6 e 11 anos entre 2002 e 2005, conforme apresentado na tabela 15.

Tabela 15. Proporção de dentes permanentes cariados (C) no povo indígena Enawene-Nawe entre 6 e 11 anos de idade, Mato Grosso-Brasil, 1995, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	C		
	1995	2002	2005
6-7	2,00	0,14	0,21
8-9	2,79	0,38	0,77
10-11	6,25	0,88	1,11

Outra evidência dos prejuízos causados pela diminuição da frequência de atendimentos às crianças a partir de 2004 pode ser observada na proporção de dentes

³⁹ Pitts NB, Evans DJ, Nugent ZJ, Pine CM. The dental caries experience of the 12-year-old children in England and Wales. Surveys coordinated by the British Association for the Study of Community Dentistry in 2000/2001. *Community Dent Health*. 2002/ 19: 46-53.

hígidos para as idades entre 6 e 8 anos, apresentado na tabela 16, pois, ao não receberem atenção preventiva individual, mostraram aumento na proporção do componente "C" e diminuição do componente "H". Para estas faixas etárias o IDF diminuiu em função tanto da diminuição dos dentes restaurados (de 8 a 9 anos), como dos hígidos (6 a 9 anos).

Tabela 16. Proporção de dentes permanentes restaurados (O) e hígidos (H) no povo indígena Enawene-Nawe entre 6 e 24 anos de idade, Mato Grosso-Brasil, 1995, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	O			H		
	1995	2002	2005	1995	2002	2005
6-7	0,00	0,00	0,00	5,21	5,36	5,29
8-9	0,00	0,48	0,27	10,26	10,86	9,60
10-11	0,00	1,88	1,16	15,92	14,88	16,26
12-13	0,00	2,13	2,10	19,24	17,54	21,71
14-16	0,00	3,83	3,44	14,63	19,38	20,22
17-19	0,00	5,31	4,88	13,25	15,62	16,92
20-24	0,00	6,37	5,63	13,20	11,93	13,69

Nota:

- em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Apesar da diminuição na proporção do componente "O" nas faixas etárias de crianças e jovens, entre 2002 e 2005, o IDF aumentou para todas as idades entre 10 e 24 anos, em função do aumento na proporção de dentes hígidos, refletindo a efetividade das medidas preventivas adotadas para essas faixas etárias, destaque sendo dado às aplicações de selantes de fósulas e fissuras durante o período 1999-2005 (Tabela 16).

Dados adicionais sobre a distribuição dos componentes 'C', 'P', 'O' e IDF para os quatro levantamentos, em todas as faixas etárias estão disponíveis no anexo 8.

A tabela 17 apresenta o percentual de redução na prevalência de cárie verificado entre 1995 e 2005, pelo índice CPOD, para as faixas etárias entre 6 e 19 anos, e a tabela 18, o percentual de alterações verificadas no IDF, no mesmo período, para as faixas etárias entre 6 e 34 anos.

Tabela 17. Valores CPOD, segundo faixas etárias, e percentual de redução na prevalência da cárie, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, entre 1995 e 2005.

Faixas etárias (anos)	Anos		% Redução
	1995 CPOD	2005 CPOD	
6-7	2,00	0,21	89,5
8-9	2,85	1,03	63,9
10-11	6,50	2,37	63,5
12-13	7,77	4,10	47,2
14-16	13,21	7,87	40,4
17-19	15,58	11,76	24,5

Nota:

- em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

A redução na prevalência de cárie observada na dentição permanente nas faixas etárias até 16 anos reflete o impacto das medidas preventivas adotadas, evidenciando a efetividade do uso do flúor através de diferentes recursos para este povo no período estudado.

Ao pensarmos a prevalência de cárie, não na perspectiva de doença, medida pelo índice CPOD (C+P+O), e cuja marca jamais deixa de existir, mas na perspectiva da saúde, medida através do IDF (O+H), considerando que os dentes restaurados passam a representar novamente elementos dentais que contribuem para a saúde em todos os seus aspectos, a redução da doença entre 1995 e 2005 para as faixas etárias de 12-13, 14-16 e 17-19 anos, passa a ser de 74,3%, 66,4% e 55,8% respectivamente, enquanto que a melhoria nas condições de saúde fica representada pelas proporções de 23,8%, 61,7% e 64,5% para as mesmas faixas etárias (Tabela 18 e Figura 17).

Tabela 18. Valores IDF em 1995 e 2005, e percentual de alteração do índice no período, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil.

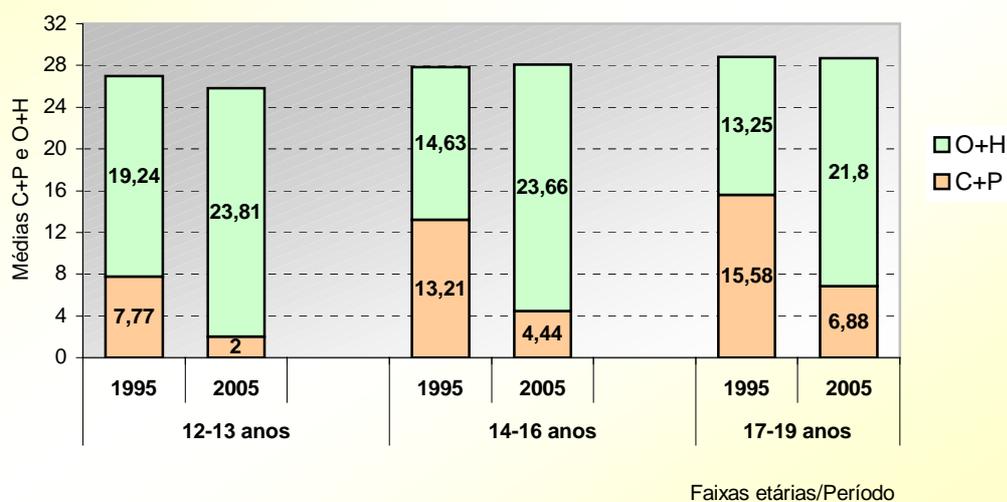
Faixas etárias (anos)	Anos		% Aumento/Redução
	1995 IDF	2005 IDF	
6-7	5,21	5,29	+1,5
8-9	10,20	9,87	- 3,2
10-11	15,92	17,42	+ 9,4
12-13	19,24	23,81	+ 23,8
14-16	14,63	23,65	+ 61,7
17-19	13,25	21,80	+ 64,5
20-24	13,20	19,31	+ 46,3
25-29	9,20	15,09	+ 64,0
30-34	5,79	12,59	+ 117,4

Nota:

- em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

A figura 17 apresenta as prevalências de 'doença' (C+P) e de 'saúde' (O+H) para as faixas etárias de 12-13, 14-16 e 17-19 anos, considerando os anos de 1995 e 2005.

Figura 17. Distribuição das médias de dentes C+P (=doença) e O+H (=saúde) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e períodos analisados, Mato Grosso-Brasil, 1995 e 2005.



O impacto das medidas de prevenção e controle à cárie dentária também foi analisado com relação aos grupos de dentes mais afetados. A prevalência de perdas dentárias de primeiros molares (superiores e inferiores) e incisivos centrais e laterais superiores no período de 1995 a 2005, demonstrou uma significativa diminuição na proporção de pessoas com perdas de incisivos centrais e laterais superiores (dentes anteriores), principalmente para as faixas etárias entre 8 e 19 anos, conforme se observa na tabela 19.

Tabela 19. Distribuição proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	% de pessoas com dentes perdidos							
	1 ^{os} molares permanentes (M1)				Incisivos centrais e laterais superiores permanentes (IC/IL)			
	1995	1999	2002	2005	1995	1999	2002	2005
8 - 9	-	3,06	-	-	-	1,02	-	-
10 - 11	3,75	7,14	2,68	0,85	-	2,04	-	-
12 - 13	1,25	5,10	8,04	1,69	1,25	3,06	1,78	-
14 - 16	12,50	12,24	11,61	7,63	10,00	13,27	5,36	1,69
17 - 19	13,75	15,32	13,38	14,41	7,50	12,24	16,07	11,02
8 - 19	31,25	42,86	35,71	24,58	18,75	31,63	23,21	12,71

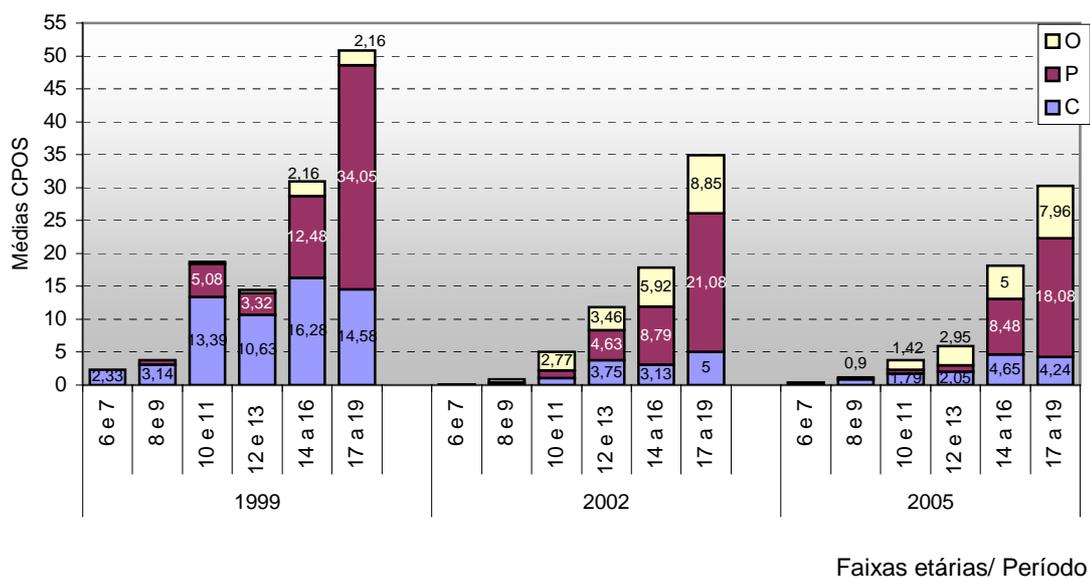
Nota:

- em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Neste estudo, em função da alta prevalência e severidade da cárie dentária observada para a maioria das faixas etárias na população Enawene-Nawe, foi dada prioridade para a análise dos dados pelo índice CPOD. Porém, como para os anos de 1999, 2002 e 2005 foram registrados dados primários de prevalência de cárie pelo índice CPOS, algumas alterações verificadas no padrão de cárie na dentição permanente foram analisados por este índice, que é usualmente utilizado para evidenciar alterações na severidade da cárie dentária em populações com menor prevalência da doença. Em faixas etárias onde o componente "P" (dentes perdidos) é alto, o CPOS perde seu poder de discernimento da severidade da cárie, em função da grande quantidade de superfícies dentárias perdidas que estão envolvidas nas perdas de elementos dentais, sendo que nem todas estão afetadas pela doença.

A figura 18 apresenta a composição CPOS (superfícies cariadas + perdidas + obturadas) no povo indígena Enawene-Nawe de 1999 a 2005, para as faixas etárias de 6 a 19 anos, nas quais melhor se evidencia o impacto das ações em saúde bucal desenvolvidas no período.

Figura 18. Índice CPOS e componentes, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e período, Mato Grosso-Brasil, 2007.



Aos 12-13 anos de idade, entre 1999 e 2005, foi observada uma redução de 14,4 para 5,95 superfícies dentais afetadas pela cárie (redução de 58,7%), e, entre 14 e 16 anos o percentual de redução foi de 41,4%, representadas por 30,92 superfícies afetadas pela cárie em 1999, para 18,13 em 2005. Para as faixas etárias de 6-7, 8-9, e 10-11 anos, as reduções no índice CPOS representaram 84,5% (de 2,33 para 0,36), 67,9% (de 3,77 para 1,21) e 80% (de 18,69 para 3,74), respectivamente (Figura 18).

Os resultados do ceos, correspondente do índice CPOS para a dentição decídua, no mesmo período estão apresentados na tabela 20.

Tabela 20. Índice ceos no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	ceos		
	1999	2002	2005
2 - 4	-	6,78	10,31
5	13,00	14,30	13,48
6 - 7	22,33	19,73	15,00
8 - 9	18,73	15,00	12,37
10 - 11	7,00	7,64	8,56

Nota:
em **negrito**- faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Não foi observada mudança no perfil do ceos aos 5 anos de idade entre 1999 e 2005, tendo sido verificadas alterações apenas para as idades entre 6 e 9 anos, nas quais as crianças já participavam da aplicação de flúor-gel, através de escovação dentária supervisionada (Tabela 20).

Na figura 19 estão apresentados os perfis de prevalência de cárie dentária aos 12-13 e 14-16 anos de idade no povo indígena Enawene-Nawe, segundo grupos de dentes.

Foi observada alta prevalência de cárie em incisivos centrais e laterais superiores, e primeiros molares permanentes nos dois grupos etários, em 1995, para ambos os sexos (Figura 19).

A figura 20 apresenta as prevalências de cárie nas mesmas faixas etárias, para os dois grupos grupos de dentes mais afetados pela doença, segundo superfícies dentais, em 1999 e 2005.

Aos 12-13 anos, em 1999, observou-se alta prevalência de cárie nas faces oclusais de primeiros molares inferiores e superiores - M1 (65,9%), seguidas pelas faces palatinas dos incisivos laterais superiores - I2 (24,5%). Em 2005, houve redução de 93,1% e 47,3% na prevalência de cárie de superfícies oclusais em M1 inferiores e superiores respectivamente, e de 65,8% nas faces palatinas de incisivos laterais superiores. A prevalência de cárie em faces oclusais de segundos molares - M2 inferiores e superiores aumentou, entre 1999 e 2005, em 53,5% e 100% respectivamente. Este aumento pode estar relacionado à diminuição da periodicidade das ações de saúde bucal junto aos Enawene-Nawe, a partir de 2004, como já comentado (Figura 20).

Figura 19. Prevalência de cárie em superfícies oclusais de molares e palatinas de incisivos laterais, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e período, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005.

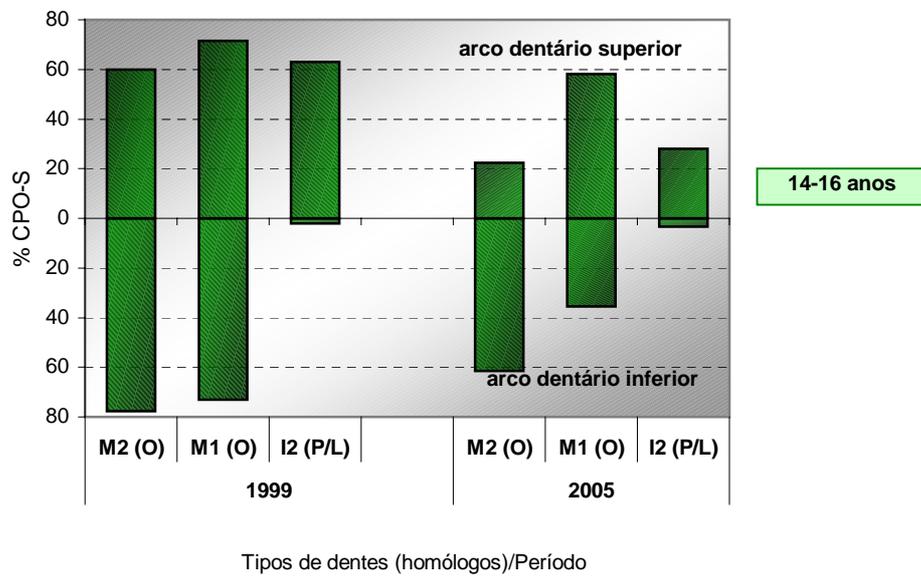
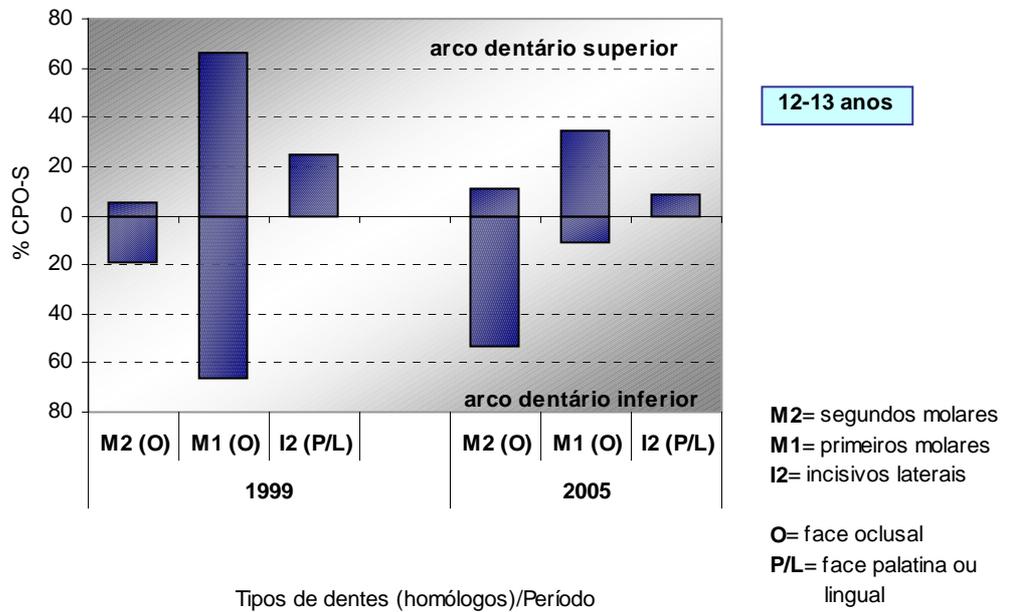
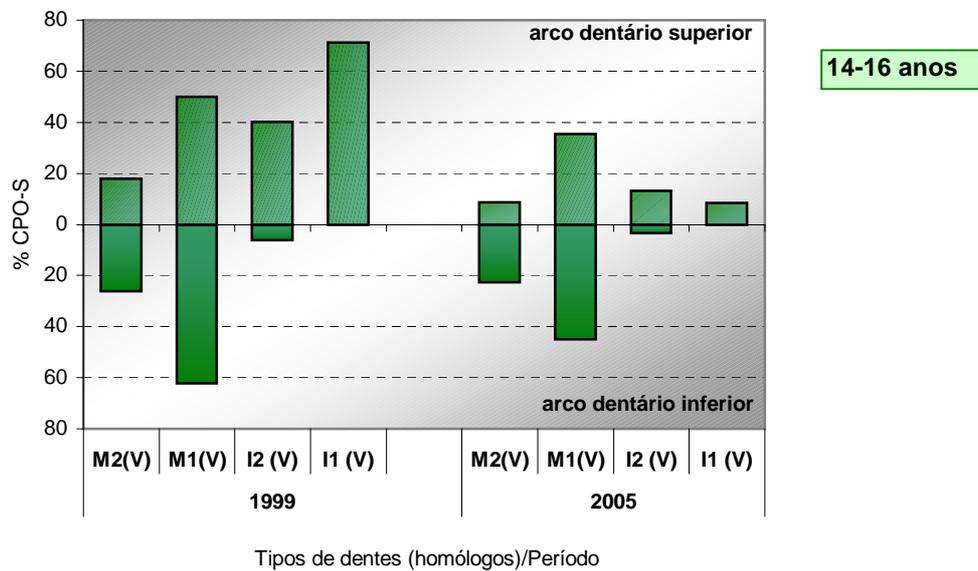
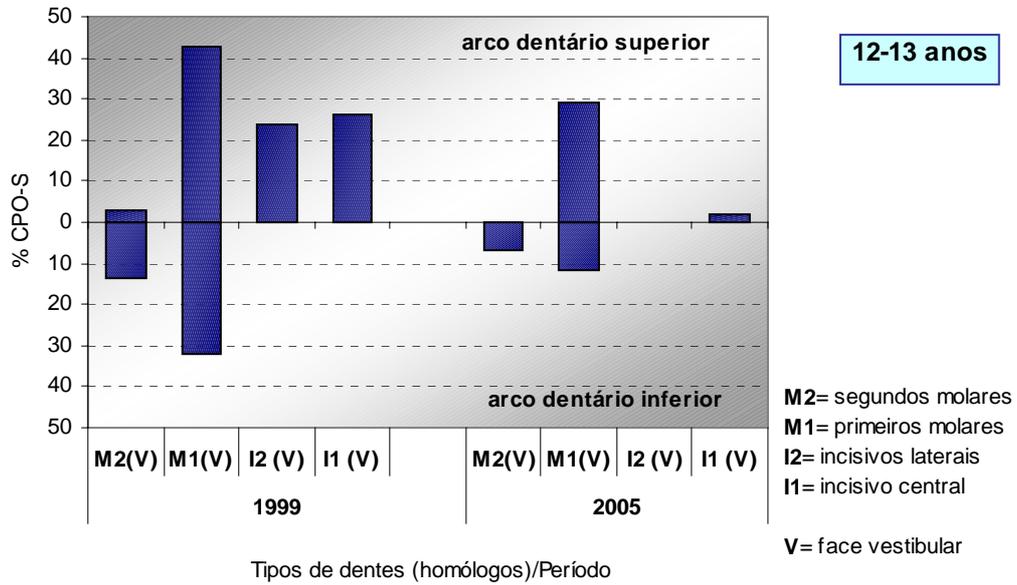


Figura 20. Prevalência de cárie em superfícies vestibulares de molares e incisivos, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e período analisado, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005.



Aos 14-16 anos de idade, em 1999, a alta prevalência de cárie em faces oclusais foi observada tanto em M1 (73% em inferiores e superiores), como em M2 (77,7% para inferiores e 59,9% para superiores), e em faces palatinas de I2 superiores (63,0%). As maiores reduções nas prevalências de cárie, em 2005, foram observadas para os M1 inferiores (51,4%) e M2 superiores (62,6%). As faces palatinas dos I2 superiores apresentaram redução de 55,6% na prevalência de cárie para o período estudado (Figura 20).

Aos 14-16 anos, ocorreu inversão no perfil de cárie para as superfícies vestibulares, havendo maior prevalência para I1 (71,3%), seguida pelos M1 inferiores (62,1%), M1 superiores (50%), e I2 superiores (40,3%). As maiores reduções de prevalências de cárie em superfícies vestibulares para esta faixa etária, também foram observadas para os I1 superiores (88,2%) e I2 superiores (67,2%) (Figura 20).

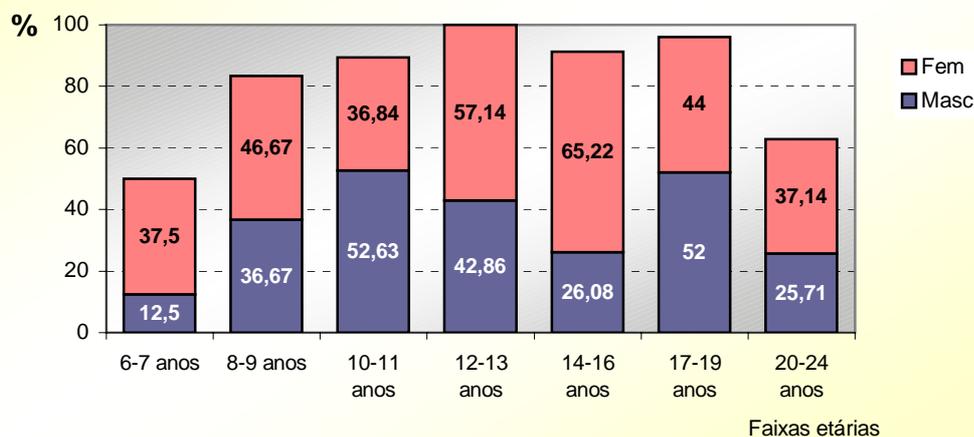
A prevalência de cárie em faces vestibulares aos 12-13 anos, em 1999, foi maior nos M1 (32,3% em inferiores e 42,8% em superiores), seguida pelos incisivos centrais (I1) e laterais (I2) superiores (26,4% e 24,0%, respectivamente). Em 2005, a redução de cárie observada para os M1 foi de 65,3% para os inferiores e 31,5% para os superiores. Os I1 e I2 apresentaram reduções de 92,0% e 100,0% respectivamente, demonstrando que as superfícies vestibulares destes dentes apresentaram maior sensibilidade às medidas adotadas para prevenção e proteção contra cárie, do que as superfícies vestibulares de molares, as quais não são totalmente lisas, como as dos incisivos (Figura 20).

Estes resultados confirmaram os achados de Hopcraft (2006), para quem as superfícies lisas são as menos suscetíveis à cárie, porém, as que apresentam melhores resultados preventivos em presença de flúor.

A aplicação de selantes de fóssulas e fissuras representou uma importante medida de proteção à cárie para as faces oclusais, sulcos vestibulares e linguais (ou palatinos) de molares, faces oclusais de pré-molares, e palatinas de incisivos laterais superiores (em região de cingulo).

A figura 21 apresenta a distribuição percentual da população Enawene-Nawe que apresentou pelo menos uma superfície dental com selante no levantamento de saúde bucal de 2005, segundo faixas etárias e sexo.

Figura 21. Distribuição proporcional da população Enawene-Nawe que apresentou pelo menos uma superfície dental com selante na dentição permanente, segundo sexo e faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.

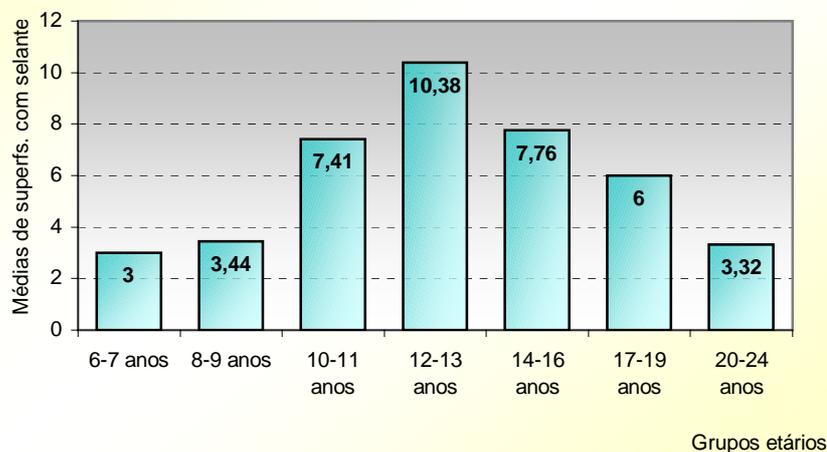


A partir de 1999 o uso de selante de fósulas e fissuras a base de ionômero de vidro foi amplamente adotado para a dentição permanente, inclusive para adultos com alto risco para cárie dentária. Aos 12-13 anos a cobertura para aplicação de selantes foi observada para 100% dos examinados. As proporções foram também altas para as demais faixas etárias, principalmente, entre 8 e 19 anos, evidenciando acesso regular e universal a este recurso preventivo (Figura 21).

A figura 22 apresenta a proporção média de superfícies seladas segundo faixas etárias, encontradas no levantamento de 2005.

A maior proporção de superfícies com selantes em torno dos 12-13 anos se justifica por ser nesta época que a dentição permanente já se encontra quase totalmente erupcionada. No caso deste estudo, o período que se passou entre 1999 e 2005 correspondeu ao tempo necessário para que uma criança que tinha 6 anos em 1999, concluísse a erupção de sua dentição permanente até os segundos molares, em 2005 (Figura 22).

Figura 22. Distribuição do número médio de superfícies dentárias que apresentaram selantes, segundo grupos etários, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.

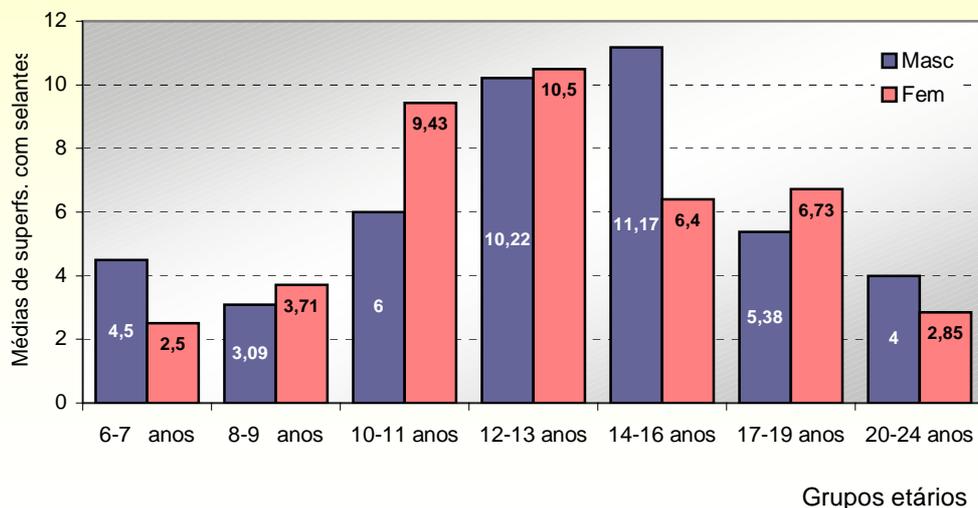


Durante os exames dos levantamentos de saúde bucal realizados em 2005, quando restavam dúvidas quanto à presença de selante em alguma superfície dental, era registrada a presença de selante, porém, posteriormente, as fichas clínicas individuais de atendimento na aldeia eram checadas para confirmação da aplicação prévia do material no dente correspondente. Somente foram consideradas seladas as superfícies em que se podia perceber, visualmente ou através da sonda CPI, a existência do material, e nos casos em que foram confirmadas as dúvidas.

A figura 23 apresenta a distribuição das superfícies com selantes em 2005, segundo grupos etários e sexos.

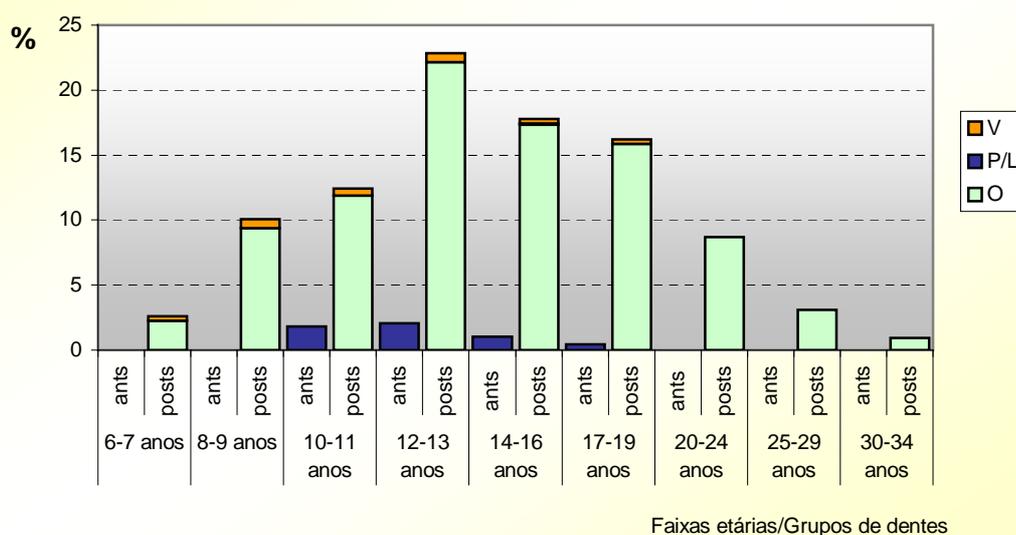
Nas faixas etárias abaixo de 12-13 anos, a procura por atendimento preventivo-restaurador individual foi maior no sexo feminino. A partir da faixa etária de 14-16 anos essa proporção se inverteu em função de já existirem nessas idades muitas mulheres com seus primeiros filhos ocorrendo, conseqüentemente, uma grande mudança na disponibilidade das mesmas para a procura por atendimento. Na idade adulta, a partir dos 25 a 30 anos de idade, os homens se mostraram mais estimulados a procurar por atendimento individual para prevenção e controle da cárie dentária (Figura 23).

Figura 23. Número médio de superfícies dentárias com selantes, segundo grupos etários e sexo, povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.



A figura 24 apresenta a distribuição percentual das superfícies dentárias com selantes segundo superfície selada, tipo de dente (incisivos laterais superiores e molares), e faixa etária, em 2005.

Figura 24. Distribuição percentual de superfícies dentárias com selantes em dentes anteriores e posteriores, segundo tipo de superfície e faixa etária, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.

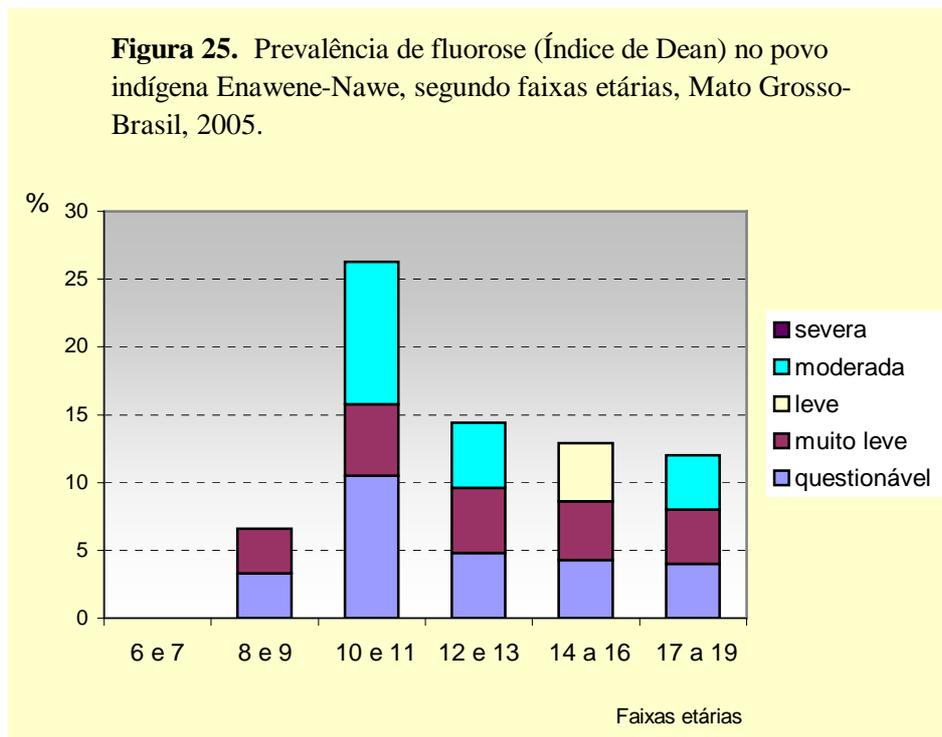


A maior proporção de superfícies seladas correspondeu às oclusais, porém, como existia evidência clínica de alta prevalência de cárie em superfícies palatinas de incisivos laterais superiores, estas superfícies dentais também passaram a receber selantes sempre que apresentassem indicação (características anatômicas retentivas) (Figura 24).

Em programações de prevenção e controle para a cárie dentária através de medidas que utilizam o flúor, o controle da fluorose é imprescindível.

Na atenção à saúde bucal junto ao povo Enawene-Nawe, mais de uma forma de veiculação do flúor foi utilizada para prevenção e controle da cárie e, portanto, a partir do levantamento de saúde bucal realizado em 1999, dados sobre prevalência de fluorose passaram a ser registrados para essa população.

A prevalência de fluorose em 2005 está apresentada na figura 25.



Não foi encontrado nenhum caso de fluorose grave em toda a população. Os casos classificados no nível 'moderado' apresentavam coloração castanha, porém, sem deformidade dental e apenas foram encontradas em pré-molares. Os casos

existentes de fluorose 'leve' também não comprometiam estética ou funcionalmente os dentes afetados, geralmente, posteriores. Apenas foram registrados dados de presença ou não de fluorose e, em caso afirmativo, o pior grau presente (Figura 25).

O registro das condições periodontais do povo Enawene-Nawe começou a ser feito a partir de 1999.

A tabela 21 apresenta a distribuição da população Enawene-Nawe nas faixas etárias de 17-19, 25-29, 35-44, e com 65 anos de idade ou mais, segundo a condição periodontal de maior gravidade nos sextantes examinados, através do Índice Periodontal Comunitário (IPC), em 1999 e 2005, respectivamente. Tabelas com as distribuições populacionais em números absolutos e proporcionais estão disponíveis no anexo 8.

Tabela 21. Distribuição percentual da população Enawene-Nawe segundo condição periodontal de maior gravidade verificada pelo IPC e faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005.

Faixas etárias (anos)	Condição periodontal							
	Sadio (0)		Sangramento (1)		Cálculo (2)		Excluído (X)*	
	1999	2005	1999	2005	1999	2005	1999	2005
17-19	26,3	28,0	42,1	32,0	31,6	40,0	-	-
25-29	21,4	36,4	14,3	18,2	57,1	36,4	7,1	9,1
35-44	-	17,6	5,6	-	44,4	29,4	50,0	52,9
65 e mais	-	-	-	-	12,5	-	87,5	100,0
Total	13,6	23,7	18,6	15,8	39,0	30,3	28,8	30,3

Nota:

* pessoas com todos os sextantes excluídos por perdas dentárias

Entre 1999 e 2005 aumentou a proporção de pessoas sem quaisquer problemas periodontais aos 17-19, 25-28 e 35-44 anos de idade. Na faixa etária de 17 a 19 anos ocorreu diminuição na proporção de pessoas com sangramento gengival (de 42,1 para 32,0%), porém, aumentou a proporção de pessoas com cálculo (de 31,6 para 40,0%). A proporção de pessoas entre 25-29 e 35-44 anos de idade que apresentaram cálculo diminuiu (de 57,1% para 36,4% aos 25-29 anos; e de 44,4% para 29,4% aos 35-44 anos), tendo havido um pequeno aumento no percentual de excluídos para

estas faixas etárias. Entre 65-74 anos de idade, a população Enawene-Nawe se encontrava quase totalmente edêntula em 2005 (Tabela 21).

Não foram encontradas bolsas periodontais nos levantamentos realizados em 1999 e 2005, razão pela qual não foram incluídas as condições de IPC=3 (bolsas periodontais com 4 ou 5 mm), e IPC=4 (bolsas periodontais com 6 mm ou mais). O problema periodontal de maior gravidade encontrado na população Enawene-Nawe foi a presença de cálculos dentais e sua maior prevalência foi observada no sextante inferior anterior, principalmente para adultos, nos dois períodos analisados (tabela 21).

O sextante anterior inferior (AI) apresentou a menor proporção de exclusão por perdas dentais, por possuir os dentes com menor suscetibilidade à cárie. A proporção de exclusão para os demais sextantes foi alta para as faixas etárias examinadas, especialmente a partir dos 25 anos, em ambos os levantamentos. De acordo com os critérios definidos para os exames, o sextante somente é examinado quando existem dois ou mais dentes presentes, os quais não devem estar com indicação para extração (Tabela 22).

A proporção de sextantes hígidos e com sangramento gengival aumentou entre 1999 e 2005 para as faixas etárias de 17 a 19, e 25 a 29 anos, com exceção do sextante anterior inferior, no qual verificou-se aumento da proporção de cálculo dental e diminuição do sangramento gengival (Tabela 22).

Para melhor interpretação destes dados as tabelas 23 e 24 apresentam as frequências absolutas, relativas e as médias de sextantes conforme a condição periodontal observada nos exames realizados em 1999 e 2005.

Tabela 22. Distribuição absoluta e percentual dos componentes do índice periodontal comunitário - IPC, segundo sextante e faixa etária, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	n	condição IPC	frequências	sextantes							
				SD ¹	SA ²	SE ³	ID ⁴	IA ⁵	IE ⁶		
17-19	19	hígido (0)	Freq.	10	7	8	6	6	10		
			%	52,6	36,8	42,1	31,6	31,6	52,6		
		sangramento gengival (1)	Freq.	2	1	2	1	6	1		
			%	10,5	5,3	10,5	5,3	31,6	5,3		
		cálculo (2)	Freq.	1	-	1	-	5	1		
			%	5,3	-	5,3	-	26,3	5,3		
		excluído (X)	Freq.	6	11	8	12	2	7		
			%	31,6	57,9	42,1	63,2	10,5	36,8		
		25-29	14	hígido (0)	Freq.	5	4	5	4	2	2
					%	35,7	28,6	35,7	28,6	14,3	14,3
sangramento gengival (1)	Freq.			1	-	2	-	3	2		
	%			7,1	-	14,3	-	21,4	14,3		
cálculo (2)	Freq.			1	1	-	-	7	-		
	%			7,1	7,1	-	-	50,0	-		
excluído (X)	Freq.			7	9	7	10	2	10		
	%			50,0	64,3	50,0	71,4	14,3	71,4		
35-44	18			hígido (0)	Freq.	-	-	-	-	-	-
					%	-	-	-	-	-	-
		sangramento gengival (1)	Freq.	-	-	-	-	1	-		
			%	-	-	-	-	5,6	-		
		cálculo (2)	Freq.	2	1	1	-	8	-		
			%	11,1	5,6	5,6	-	44,4	-		
		excluído (X)	Freq.	16	17	17	18	9	18		
			%	88,9	94,4	94,4	100,0	50,0	100,0		
		65 e mais	8	hígido (0)	Freq.	-	-	-	-	-	-
					%	-	-	-	-	-	-
sangramento gengival (1)	Freq.			-	-	-	-	-	-		
	%			-	-	-	-	-	-		
cálculo (2)	Freq.			1	-	1	-	-	-		
	%			12,5	-	12,5	-	-	-		
excluído (X)	Freq.			7	8	7	8	8	8		
	%			87,5	100,0	87,5	100,0	100,0	100,0		

Notas:

(¹) SD: sextante superior direito (dentes indicadores: 16 até 19 anos; 17 e 16, a partir de 20 anos)

(²) SA: sextante superior anterior (dente indicador: 11)

(³) SE: sextante superior esquerdo (dentes indicadores: 26 até 19 anos; 26 e 27, a partir de 20 anos)

(⁴) ID: sextante inferior direito (dentes indicadores: 36 até 19 anos; 36 e 37, a partir de 20 anos)

(⁵) IA: sextante inferior anterior (dente indicador: 31)

(⁶) IE: sextante inferior esquerdo (dentes indicadores: 46 até 19 anos; 46 e 47, a partir de 20 anos)

Tabela 23. Distribuição absoluta e percentual dos componentes do índice periodontal comunitário - IPC, segundo sextante e faixa etária, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	n	condição IPC	frequências	sextantes					
				SD ¹	SA ²	SE ³	ID ⁴	IA ⁵	IE ⁶
17-19	25	hígido (0)	Freq.	16	11	17	12	10	14
			%	64,0	44,0	68,0	48,0	40,0	56,0
		sangramento gengival (1)	Freq.	3	5	4	7	3	4
			%	12,0	20,0	16,0	28,0	12,0	16,0
		cálculo (2)	Freq.	-	-	-	-	10	-
			%	-	-	-	-	40,0	-
		excluído (X)	Freq.	6	9	4	6	2	7
			%	24,0	36,0	16,0	24,0	8,0	28,0
25-29	22	hígido (0)	Freq.	10	5	6	8	8	5
			%	45,5	22,7	27,3	36,4	36,4	22,7
		sangramento gengival (1)	Freq.	3	-	4	2	3	1
			%	13,6	-	18,2	9,1	13,6	4,5
		cálculo (2)	Freq.	-	-	1	-	8	-
			%	-	-	4,5	-	36,4	-
		excluído (X)	Freq.	9	17	11	12	3	16
			%	40,9	77,3	50,0	54,5	13,6	72,7
35-44	17	hígido (0)	Freq.	1	1	2	-	3	-
			%	5,9	5,9	11,8	-	17,6	-
		sangramento gengival (1)	Freq.	-	-	-	-	-	-
			%	-	-	-	-	-	-
		cálculo (2)	Freq.	-	-	-	-	5	-
			%	-	-	-	-	29,4	-
		excluído (X)	Freq.	16	16	15	17	9	17
			%	94,1	94,1	88,2	100,0	52,9	100,0
65 e mais	12	hígido (0)	Freq.	-	-	-	-	-	-
			%	-	-	-	-	-	-
		sangramento gengival (1)	Freq.	-	-	-	-	-	-
			%	-	-	-	-	-	-
		cálculo (2)	Freq.	-	-	-	-	-	-
			%	-	-	-	-	-	-
		excluído (X)	Freq.	12	12	12	12	12	12
			%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Notas:

(¹) SD: sextante superior direito (dentes indicadores: 16 até 19 anos; 17 e 16, a partir de 20 anos)

(²) SA: sextante superior anterior(dente indicador: 11)

(³) SE: sextante superior esquerdo (dentes indicadores: 26 até 19 anos; 26 e 27, a partir de 20 anos)

(⁴) ID: sextante inferior direito (dentes indicadores: 36 até 19 anos; 36 e 37, a partir de 20 anos)

(⁵) IA: sextante inferior anterior (dente indicador: 31)

(⁶) IE: sextante inferior esquerdo (dentes indicadores: 46 até 19 anos; 46 e 47, a partir de 20 anos)

Tabela 24. Frequência absoluta, relativa e número médio de sextantes segundo condição do índice periodontal comunitário (IPC) e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	n	Sadio (0)			Sangramento (1)			Cálculo (2)			Excluído (X)		
		Freq.	%	média	Freq.	%	média	Freq.	%	média	Freq.	%	média
17-19	114	47	41,2	2,5	12	10,5	0,6	8	7,0	0,4	47	41,2	2,5
25-29	84	22	26,2	1,6	8	9,5	0,6	9	10,7	0,6	45	53,6	3,2
35-44	108	-	-	-	1	0,9	0,1	12	11,1	0,6	95	88,0	5,3
65 e mais	48	-	-	-	-	-	-	2	4,2	0,3	46	95,8	5,8

Tabela 25. Frequência absoluta, relativa e número médio de sextantes segundo condição do índice periodontal comunitário (IPC) e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	n	Sadio (0)			Sangramento (1)			Cálculo (2)			Excluído (X)		
		Freq.	%	média	Freq.	%	média	Freq.	%	média	Freq.	%	média
17-19	150	80	53,3	3,2	26	17,3	1,0	10	6,7	0,4	34	22,7	1,4
25-29	132	40	30,3	1,8	13	9,8	0,6	9	6,8	0,4	70	53,0	3,2
35-44	102	7	6,9	0,4	-	-	-	5	4,9	0,3	90	88,2	5,3
65 e mais	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	100,0	6,0

Entre 1999 e 2005 observou-se aumento na média de sextantes hígidos (2,5 para 3,2) entre 17 e 19 anos de idade, e de sextantes com sangramento gengival (0,6 para 1,0), e diminuição na média de sextantes excluídos (2,5 para 1,4). Para as demais faixas etárias não foram observadas mudanças significativas nas condições periodontais entre 1999 e 2005 (Tabelas 24 e 25).

O quadro 3 e a tabela 26 relacionam as prevalências de anomalias dentofaciais na dentição permanente do povo Enawene-Nawe, para as faixas etárias de 12-13 e 18-19 anos, em 1999 e 2005.

Quadro 3. Prevalências das anomalias dentofaciais na população Enawene-Nawe, segundo tipo de anomalia e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005.

Anomalias dento-faciais		Faixa etária (anos)	N		Prevalência				
			1999	2005	Condição	1999	2005		
Dentição	Incisivos, caninos e pré-molares perdidos	12-13	6	21	Sup.	Sem perdas dentais	83,3%	100%	
						1 dente perdido	16,7%	-	
							2 ou mais dentes perdidos	-	-
		18-19	12	15	Inf.	Sem perdas dentais	100 %	100%	
	1 dente perdido				-	-			
					2 ou mais dentes perdidos	-	-		
					Sup.	Sem perdas dentais	16,7%	20,0%	
						1 dente perdido	8,3%	46,7%	
						2 ou mais dentes perdidos	75,0%	33,3%	
					Inf.	Sem perdas dentais	50,0%	73,3%	
						1 dente perdido	25,0%	13,3%	
						2 ou mais dentes perdidos	25,0%	13,3%	
Espaço	Apinhamento em segmentos incisais	12-13	6	21	Normal	50,0%	81,0%		
					Apinhamento em 1 segmento	16,7%	19,0%		
		Apinhamento em 2 segmentos	16,7%	-					
		Excluído	16,7%	-					
	18-19	12	15	Normal	25,0%	46,7%			
				Apinhamento em 1 segmento	-	6,7%			
				Apinhamento em 2 segmentos	-	-			
				Excluído	75,0%	46,7%			
	Espaçamento no segmento incisal	12-13	6	21	Sem espaçamento	66,7%	85,7%		
					Espaçamento em 1 segmento	16,7%	14,3%		
		Espaçamento em 2 segmentos	16,7%	-					
		Excluídos	-	-					
	18-19	12	15	Sem espaçamento	25,0%	46,7%			
				Espaçamento em 1 segmento	-	-			
				Espaçamento em 2 segmentos	-	-			
				Excluídos	75,0%	53,3%			
Diastema incisal	12-13	6	21	Presente	16,7%	-			
	Excluídos	-	-						
18-19	12	15	Presente	-	-				
	Excluídos	75,0%	-						
Desalinhamento maxilar anterior	12-13	6	21	Normal	50,0%	71,4%			
				Leve (1 a 2 mm)	50,0%	28,6%			
	Moderado/Severo (3 mm ou mais)	-	-						
	Excluídos	-	-						
18-19	12	15	Normal	16,7%	46,7%				
			Leve (1 a 2 mm)	8,3%	6,7%				
			Moderado/Severo (3 mm ou mais)	-	-				
			Excluídos	75,0%	46,7%				
Desalinhamento mandibular anterior	12-13	6	21	Normal	50,0%	95,2%			
				Leve (1 a 2 mm)	50,0%	4,8%			
	Moderado/Severo (3 mm ou mais)	-	-						
	Excluídos	-	-						
18-19	12	15	Normal	16,7%	53,3%				
			Leve (1 a 2 mm)	8,3%	13,3%				
			Moderado/Severo (3 mm ou mais)	-	-				
			Excluídos	75,0%	33,3%				

"continua"

Quadro 3. Prevalências das anomalias dentofaciais na população Enawene-Nawe, segundo tipo de anomalia e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 1999 e 2005.

"continuação"

Anomalias dento-faciais		Faixa etária (anos)	N		Prevalência		
			1999	2005	Condição	1999	2005
Oclusão	Protrusão maxilar anterior (<i>Overjet</i>)	12-13	6	21	Mordida 'topo a topo'	33,3%	19,0%
					Leve (até 4 mm)	66,7%	66,7%
		18-19	12	15	Mordida 'topo a topo'	33,3%	46,7%
					Leve (até 4 mm)	5,3%	33,3%
	12-13	6	21	Moderado ou severo (5 mm ou mais)	-	14,3%	
				Excluído	-	-	
	18-19	12	15	Moderado ou severo (5 mm ou mais)	-	20,0%	
				Excluído	58,3%	-	
	Protrusão mandibular anterior (<i>Overjet</i>)	12-13	6	21	Leve (até 4 mm)	-	-
					Moderado ou severo (5 mm ou mais)	-	-
		18-19	12	15	Leve (até 4 mm)	-	-
					Moderado ou severo (5 mm ou mais)	-	-
Mordida aberta vertical anterior	12-13	6	21	Normal	100%	100%	
				Leve (até 4 mm)	-	-	
	18-19	12	15	Moderado ou severo (5 mm ou mais)	-	-	
				Excluído	-	-	
Relação molar ântero-posterior	12-13	6	21	Normal	41,7%	80,0%	
				Leve (até 4 mm)	-	-	
	18-19	12	15	Moderado ou severo (5 mm ou mais)	-	-	
				Excluído	58,3%	20,0%	
Relação molar ântero-posterior	12-13	6	21	Normal	33,3%	80,1%	
				Meia cúspide	16,7%	19,0%	
	18-19	12	15	Cúspide inteira	50,0%	-	
				Excluído	-	-	
Relação molar ântero-posterior	12-13	6	21	Normal	33,3%	60,0%	
				Meia cúspide	16,7%	6,7%	
	18-19	12	15	Cúspide inteira	-	-	
				Excluído	33,3%	33,3%	

As oclusopatias em dentição permanente no povo indígena Enawene-Nawe foram registradas a partir de 1999 e não existiam referências anteriores para esta população. As altas proporções de exames excluídos referem-se, novamente, aos casos em que as perdas dentais comprometeram a possibilidade de exame da condição analisada.

A alta proporção de perdas dentais verificadas em faixas etárias jovens pode estar relacionada à alta proporção de anomalias dento-faciais observadas entre os Enawene-Nawe, e continua a representar a principal queixa da população com relação à estética dental. Em 1999, 75% dos examinados entre 18 e 19 anos apresentavam perdas dentais importantes de dentes anteriores superiores, provocando comprometimento estético significativo. Essa proporção diminuiu em 2005, para

ambas as faixas etárias estudadas, bem como todas as demais anomalias dentofaciais relacionadas às perdas dentárias prematuras (Quadro 3).

De acordo com os resultados observados no quadro 3, a tabela 26 apresenta a distribuição proporcional das anomalias dentofaciais, segundo classificação '*normal*', '*leve*' ou '*moderada/severa*', verificados na população Enawene-Nawe em 1999 e 2005.

Tabela 26. Prevalência de anomalias dentofaciais, segundo classificação '*normal*', '*leve*' ou '*moderada/severa*' e faixa etária, observadas na população Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, em 1999 e 2005.

Faixa Etária (anos)	Anomalias dentofaciais Classificação	1999		2005	
		N	%	N	%
12-13	Normal	3	33,3	8	23,8
	Leve	6	66,7	21	61,9
	Moderada/Severa	-	-	5	14,3
18-19	Normal	6	8,3	-	-
	Leve	12	16,7	15	53,3
	Moderada/Severa	54	75,0	13	46,7

A distribuição das necessidades de próteses dentárias na população Enawene-Nawe, em 1999, está apresentada nas tabelas 27 e 28.

Em 1999 foram encontradas apenas 18 peças para toda a população, assim distribuídas: 16 para o sexo masculino e 2 para o feminino, das quais, 3 eram próteses parciais removíveis (PPR) e 15, próteses totais (PT). As removíveis eram usadas por homens entre 20 e 34 anos de idade, enquanto as totais, por pessoas de ambos os sexos a partir dos 30 anos (Tabelas 27 e 28).

Em 1999, as necessidades em reabilitação dentária foram praticamente equivalentes entre os sexos, considerando que havia uma proporção de mulheres (52,2%) um pouco superior à de homens (47,8%). A maioria das próteses encontradas, entretanto, pertencia a homens adultos e idosos (Tabelas 27).

As necessidades de reabilitação por próteses parciais removíveis (PPR) observadas em 1999, foram duas vezes superiores às de próteses totais, sendo que das PPR necessárias, 86,2% destinavam-se a pessoas entre 14 e 34 anos (57,3% das

necessidades de próteses em geral). Das necessidades de próteses totais (PT), 87,7% destinavam-se à reabilitação de pessoas a partir de 35 anos de idade (29,9% das necessidades totais em reabilitação) (Tabelas 28).

Tabela 27. Distribuição das necessidades de próteses dentárias na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e sexo, Mato Grosso-Brasil, em 1999.

Sexo	N	Tipo de prótese								Total	
		PPRS ¹		PPRI ²		PTS ³		PTI ⁴		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masc.	64	33	15,1	37	17,0	20	9,2	13	6,0	103	47,2
Fem.	70	37	17,0	38	17,4	22	10,1	18	8,2	115	52,8
Subtotal	134	70	32,1	75	34,4	42	19,3	31	14,2	218	100,0
Total			145		66,5		73		33,5	218	100,0

Notas: ⁽¹⁾ Prótese parcial removível superior

⁽²⁾ Prótese parcial removível inferior

⁽³⁾ Prótese total superior

⁽⁴⁾ Prótese total inferior

N - n° de pessoas examinadas

f - frequência de próteses

A partir do final de 1999 a reabilitação por próteses passou a ser feita visando a cobertura de todas as necessidades, porém, de maneira processual, obedecendo a critérios e prioridades já explanados neste estudo.

Tabela 28. Distribuição das necessidades de prótese dentária, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, em 1999.

Faixa etária (anos)	N	Tipo de prótese								Total	
		PPRS ¹		PPRI ²		PTS ³		PTI ⁴		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
14-19	44	26	11,9	21	9,6	-	-	-	-	47	21,6
20-34	46	38	17,4	40	18,3	6	2,8	3	1,4	87	39,9
35-44	17	5	2,3	10	4,6	12	5,5	7	3,2	34	15,6
45 e mais	27	1	0,5	4	1,8	24	11,0	21	9,6	50	22,9
Subtotal		70	32,1	75	34,4	42	19,3	31	14,2	218	100,0
Total	134		145		66,5		73		33,5	218	100,0

Notas: ⁽¹⁾ Prótese parcial removível superior

⁽²⁾ Prótese parcial removível inferior

⁽³⁾ Prótese total superior

⁽⁴⁾ Prótese total inferior

N - n° de pessoas examinadas

f - frequência de próteses

Os dados relativos ao uso e necessidade de próteses dentárias entre os Enawene-Nawe em 2005 estão apresentados nas figuras 26, e tabelas 29, 30, 31 e 32.

Em 2005, 30% da população a partir de 14 anos de idade não apresentaram necessidades para reabilitação dental, e 50% apresentaram cobertura total (25%), ou parcial (25%), para suas necessidades de próteses dentárias. Apenas 20% da população não usavam próteses dentárias, embora necessitassem (figura 26).

Havia maior proporção de próteses entre os homens do que entre mulheres em 2005; 70% dos aparelhos eram do tipo PPR, estando sua distribuição principalmente concentrada entre as idades de 20 e 34 anos, enquanto que 30% eram PT, usadas por pessoas principalmente acima de 35 anos (Tabelas 29 e 30). A necessidade de prótese total aumenta com a idade em função da maior proporção verificada de perdas dentárias em idades avançadas, embora no caso dos Enawene-Nawe, existam pessoas usando PT a partir da faixa etária de 30 a 34 anos (Tabelas 31 e 32).

Figura 26. Distribuição da população Enawene-Nawe a partir dos 14 anos de idade, segundo uso/necessidade de próteses dentárias, faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.

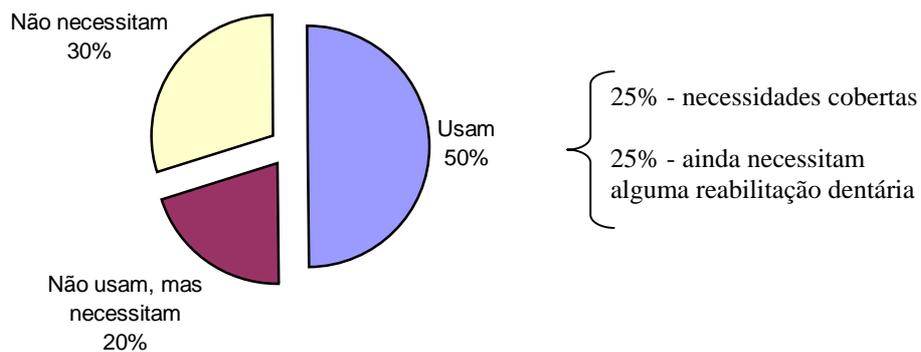


Tabela 29. Distribuição das próteses dentárias em uso, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Sexo	n	Tipo de prótese								Total	
		PPRS ¹		PPRI ²		PTS ³		PTI ⁴		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masc.	77	29	24,8	15	12,8	12	10,3	7	6,0	63	53,8
Fem.	90	33	28,2	5	4,3	9	7,7	7	6,0	54	46,2
Total	167	62	53,0	20	17,1	21	17,9	14	12,0	117	
		82	70,1			35	29,9			100,0	

Notas: ⁽¹⁾- Prótese parcial removível superior

⁽²⁾- Prótese parcial removível inferior

⁽³⁾- Prótese total superior

⁽⁴⁾- Prótese total inferior

n - nº de pessoas examinadas

f - frequência de próteses

Tabela 30. Distribuição das próteses dentárias em uso, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixa etária (anos)	n	Tipo de prótese								Total	
		PPRS ¹		PPRI ²		PTS ³		PTI ⁴		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
14-19	48	6	5,1	-	-	-	-	-	-	6	5,1
20-34	74	49	41,9	13	11,1	1	0,9	1	0,9	64	54,7
35-44	17	6	5,1	5	4,3	9	7,6	5	4,3	25	21,4
45 e mais	28	1	0,9	2	1,7	11	9,4	8	6,8	22	18,8
Total	167	62	53,0	20	17,1	21	17,9	14	12,0	117	100,0
		82	70,1			35	29,9				

Notas: ⁽¹⁾- Prótese parcial removível superior

⁽²⁾- Prótese parcial removível inferior

⁽³⁾- Prótese total superior

⁽⁴⁾- Prótese total inferior

n - nº de pessoas examinadas

f - frequência de próteses

Tabela 31. Distribuição das necessidades de prótese dentária, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Sexo	n	Tipo de prótese								Total	
		PPRS ¹		PPRI ²		PTS ³		PTI ⁴		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Masc.	77	12	11,2	18	16,8	4	3,8	5	4,7	39	36,4
Fem.	90	22	20,6	32	29,9	7	6,5	7	6,5	68	63,6
Total	167	34	31,8	50	46,7	11	10,3	12	11,2	107	
		84	78,5			23	21,5			107	100,0

Notas: ⁽¹⁾- Prótese parcial removível superior
⁽²⁾- Prótese parcial removível inferior
⁽³⁾- Prótese total superior
⁽⁴⁾- Prótese total inferior
n - nº de pessoas examinadas
f - frequência de próteses

Tabela 32. Distribuição das necessidades de prótese dentária, na população Enawene-Nawe com 14 anos de idade ou mais, segundo tipo de prótese, arco dentário e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixa etária (anos)	n	Tipo de prótese								Total	
		PPRS ¹		PPRI ²		PTS ³		PTI ⁴		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
14-19	48	7	6,5	5	4,7	-	-	-	-	12	11,2
20-34	74	21	19,6	34	31,7	-	-	-	-	55	51,4
35-44	17	4	3,7	6	5,6	2	1,9	2	1,9	14	13,1
45 e mais	28	2	1,9	5	4,7	9	8,4	10	9,3	26	24,3
Total	167	34	31,8	50	46,7	11	10,3	12	11,2	107	100,0
		84	78,5			23	21,5				

Notas: ⁽¹⁾- Prótese parcial removível superior
⁽²⁾- Prótese parcial removível inferior
⁽³⁾- Prótese total superior
⁽⁴⁾- Prótese total inferior
n - nº de pessoas examinadas
f - frequência de próteses

Para análise das necessidades de próteses entre os Enawene-Nawe algumas considerações se fazem necessárias.

Prioridade foi dada à reabilitação de grandes espaços desdentados que provocavam comprometimento estético e funcional, principalmente no arco dentário superior, o que explica parcialmente a maior proporção de próteses, principalmente do tipo PPR, ainda necessárias em 2005 no arco dentário inferior (59,5% das PPR

necessárias). Muitas próteses que ainda precisavam ser refeitas devem-se a perdas já comentadas (Tabelas 31 e 32).

Durante os anos em que a reabilitação dentária foi sendo feita, os homens, adultos jovens, se mostraram mais cuidadosos para com suas próteses e dentes, sendo que entre eles as perdas de aparelhos protéticos foram menores do que entre as mulheres.

Perdas dentárias correspondentes a um ou dois dentes, mesmo que não sendo motivo de queixas da população, foram diagnosticadas como necessidades para reabilitação para efeito do levantamento de saúde bucal, porém, na prática, apenas foram confeccionadas próteses quando a necessidade era referida também pela pessoa a ser beneficiada, quando esta manifestava a existência de algum tipo de desconforto (estético ou funcional), derivado das perdas dentárias. Por essa razão, muitas das necessidades de prótese apontadas nos levantamentos, não foram contempladas.

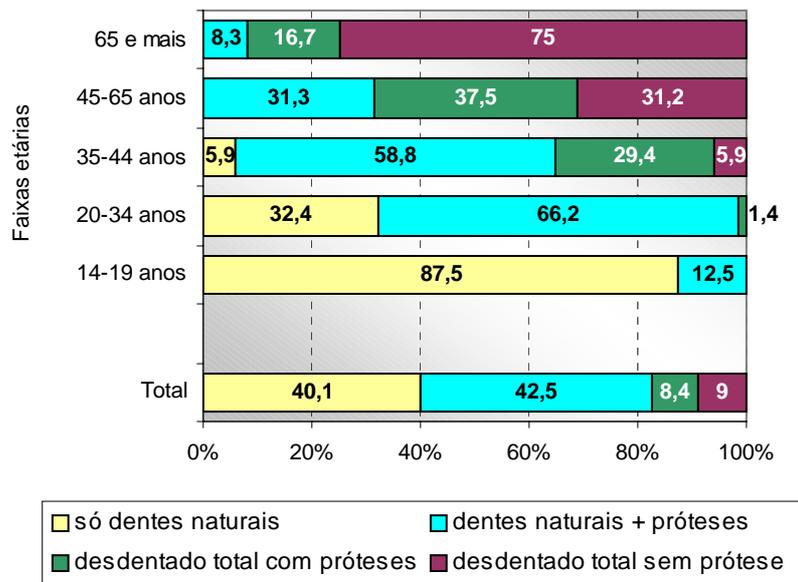
A maior valorização da reabilitação dentária pelos homens parece estar, pelo menos em parte, ligada ao fato de serem eles que possuem, socialmente, maior mobilidade nos contextos interculturais, e maior circulação nas cidades próximas à aldeia. Os homens Enawene-Nawe percebem a importância que é dada à boa aparência dos dentes pelos não-índios que convivem com o povo e sentem vergonha de ir ao encontro de outras pessoas quando estão sem dentes. Se valem normalmente desta argumentação para fazer valer a priorização de seu atendimento com relação ao grupo feminino na confecção de próteses dentárias, favorecendo, assim, maior cobertura proporcional de suas necessidades de recuperação protética, quando comparado ao grupo das mulheres.

As necessidades de próteses registradas em 2005 refletem, em boa parte, estes aspectos, tendo sido verificada maior necessidade de PPR (50,5%) e PT (13,0%) - entre as mulheres, enquanto que para os homens as proporções foram de 28,0% e 9,5% , respectivamente (Tabela 31).

Com relação às faixas etárias, as maiores necessidades de PPR em 2005 continuavam nas faixas etárias entre 14 e 34 anos (62,6% de todas as necessidades de prótese), enquanto todas as PT necessárias, encontravam-se para idades de 45 anos ou mais (21,5% das necessidades totais) (Tabela 32).

Proporcionalmente, as necessidades para próteses dentárias entre os Enawene-Nawe em 2005 corresponderam a quase 50% das observadas em 1999, havendo ainda uma parcela alta de desdentados totais que não utilizam próteses (figura 27). As necessidades registradas de PT em 2005 referem-se, todas, a peças perdidas ou que, embora já tenham sido refeitas, não se adaptaram adequadamente, segundo os donos. Os problemas de adaptação estão representados, em sua maioria, por rebordos⁴⁰ deficientes, principalmente em mandíbula e, geralmente, presentes em pessoas idosas.

Figura 27. Distribuição proporcional da população Enawene-Nawe segundo uso de próteses e faixa etária, Mato Grosso-Brasil, 2005.



Outras alterações bucais observadas entre os Enawene-Nawe de 2002 a 2005 estão relacionadas no quadro 4.

Foram observados 3 casos de mesiodens superior em crianças, 3 casos de dentes fusionados e/ou com anomalia de forma, 1 caso de freio lingual, 9 casos de anodontia

⁴⁰ Rebordo - remanescente ósseo que permanece recoberto por gengiva após a cicatrização das perdas dentárias por extrações.

de dentes permanentes, envolvendo incisivos laterais inferiores, superiores e pré-molares inferiores, 3 casos de lábio leporino, sendo um com fenda palatina e, na faixa etária entre 35 e 40 anos, casos de alterações inflamatórias de mucosa, associados ou não ao uso de próteses (Quadro 4).

Os casos de anodontia de incisivos laterais superiores podem estar subestimados nesta avaliação, devido à grande proporção de perda dentária em anteriores superiores desde idades muito jovens. Isto também pode se repetir para os casos de lábio leporino, já que a população culturalmente não costuma aceitar defeitos físicos em crianças ao nascer, sendo comum a prática de infanticídio nestes casos.

Quadro 4. Alterações bucais observadas no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixa etária e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	Sexo	Outras alterações bucais observadas - 2002 e 2005
2-4	M M	fusão de dentes decíduos anteriores inferiores (71 e 81) lábio leporino unilateral
5	M	mesiodens superior
6-11	F M M M F	fusão de dentes decíduos anteriores inferiores (71 e 72) fusão de dentes decíduos anteriores inferiores (81 e 82) e anomalia de forma no 72 e 73 - duplos (2 casos) de mesiodens superior anodontia dos incisivos laterais inferiores (32 e 42) freio lingual
12-19	F M M F M	anodontia do 31 (2 casos) anodontia dos incisivos laterais inferiores (32 e 42) anodontia do 32, 35 e 45 anodontia dos incisivos laterais superiores e inferiores lábio leporino unilateral
20-29	F M	(2 casos) anodontia dos incisivos laterais inferiores (32 e 42)
30-34	M M M	hiperplasia fibrosa inflamatória (HFI) unilateral, em rebordos posteriores, superior e inferior, associada a restos dentais hiperemia de mucosa em rebordos superior e inferior, e palato, associada a uso de próteses líquen plano em mucosa labial superior, assintomático
35-44	M	anodontia dos incisivos laterais inferiores (32 e 42)
45-64	F	lábio leporino bilateral com fenda palatina



Foto 13 - Crianças escovando os dentes na beira do rio (1995)



Foto 14 - Crianças brincando de dentista



Foto 15 - Atividade de evidenciação de placa bacteriana

DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) vem, desde 1961, estabelecendo padrões para os levantamentos epidemiológicos de doenças bucais. Tal padronização é oferecida aos países e pesquisadores com o intuito de tornar possíveis comparações de resultados. Em 1971 a OMS publicou a primeira edição do "*Oral health surveys: basic methods*" e, em 1977, a segunda edição com aperfeiçoamentos. A terceira e quarta edições do manual surgiram em 1987 e 1997, respectivamente, com grandes modificações em relação à segunda edição, sendo que só nesta última foram incluídas a idade de 5 anos como referência para análise da dentição decídua, a utilização da sonda CPI para diagnóstico da cárie, e estatística kappa (NARVAI, 2001).

Além desta padronização ser bastante recente, as melhores informações sobre a saúde bucal da população brasileira só recentemente foram disponibilizados pelo Ministério da Saúde, através dos principais resultados do Projeto SB 2002-2003 (BRASIL, 2004), contribuindo, assim, como referência para a comparação de dados com outros estudos nacionais.

O primeiro levantamento de saúde bucal de abrangência nacional, foi realizado no Brasil em 1986, e embora tenha considerado os grupos etários e idades-índice preconizados pela OMS, as idades de 5 anos e o grupo etário de 65 a 74 anos não foram examinados, perdendo-se a possibilidade de comparação nacional e internacional. O segundo levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira foi realizado em 1996, e teve apenas a sua primeira etapa concluída, apresentando resultados relativos apenas às idades de 6 a 12 anos (OLIVEIRA, 2006).

Embora melhorias nas condições de saúde bucal do povo indígena Enawene-Nawe no período 1995 a 2005 sejam evidentes, ainda encontram-se muito aquém das metas propostas pela FDI/OMS para o ano 2000, no sentido de alcançar bons níveis de saúde bucal para essa população (Quadro 5).

Quadro 5. Metas FDI/OMS para o ano 2000 com relação à cárie dentária, resultados do levantamento de saúde bucal 'SB Brasil - 2003', e principais resultados dos levantamentos de

saúde bucal junto ao povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil), segundo faixas etárias, em 1995 e 2005.

Idade (anos)	Metas FDI/OMS 2000 ¹	SB Brasil 2003 ²	Enawene-Nawe	
			1995	2005
5	50% livres de cárie (ceod = 0)	40,6 %	5,3 %	9,5 %
12 12-13 (EN ³)	CPOD menor que 3	2,8	7,77	4,10
18 (OMS) 17-19 (EN) 15-19 (SB-2003)	80% com P = 0 (todos os dentes naturais presentes na boca)	55,1 %	8,3 %	20,0 %
35-44	75% com 20 ou mais dentes naturais presentes	54,0%	-	-
65-74	50% com 20 ou mais dentes naturais presentes	10,2 %	-	-

Fontes: ⁽¹⁾ FDI/OMS (1982)

⁽²⁾ Brasil (2004)

⁽³⁾ EN: povo Enawene-Nawe

A prevalência de livres de cárie aos 5 anos entre os Enawene-Nawe aumentou em aproximadamente 80% de 1995 para 2005 (5,3% para 9,5%), mas é ainda baixa; o CPOD aos 12-13 anos diminuiu em 47,2% no período (Quadro 5), com importante alteração em sua composição: a média de dentes cariados diminuiu em mais de 4 vezes a observada em 1995, a média de dentes hígidos aumentou em 13% e os dentes obturados, inexistentes em 1995, representaram 51,2 % da composição do CPOD em 2005 para essa faixa etária (Figura 5). Para a faixa etária de 17 a 19 anos, aumentou a proporção de pessoas com todos os dentes naturais presentes (P=0), de 8,3% em 1995 para 20% em 2005 (Quadro 5).

Para os indivíduos acima de 34 anos, no entanto, o histórico de atendimento dental exclusivamente mutilador observado até 1999 deixou seqüelas que se observam na alta proporção de edentulismo em adultos e idosos: para todas as idades acima de 34 anos não existia nem em 1995, nem em 2005 ninguém com pelo menos 20 dentes naturais funcionais presentes (Quadro 5). A média de dentes perdidos era de 23 em 1995, chegando a 26 em 2005, para idades entre 35 e 44 anos, sendo que, para as idades acima de 64 anos, a média de "P" foi de 29 em 1995, chegando a 31,7 em 2005 (Tabela 4 e Tabela 60 - anexo 8).

O aumento na proporção de dentes perdidos observado para adultos e idosos nesse período deveu-se, possivelmente, à rápida evolução de lesões de cárie que passaram a surgir após a colocação de próteses parciais removíveis, a partir de final de 1999, em especial para a faixa etária de 35 a 44 anos. No período de 1995 a 2005 os adultos não se mostraram tão receptivos ao uso de materiais de higiene bucal como os jovens, embora definissem com clareza suas necessidades em saúde bucal, relacionando-as à reabilitação estética e funcional por próteses dentárias. Adultos de 35 anos ou mais apenas procuravam por atendimento bucal quando sentiam dor levando à necessidade de novas extrações e o conseqüente aumento de edentulismo na população. Alguns adultos que já possuíam poucos dentes em 1995 chegaram ao edentulismo total em 2005, demandando confecção de próteses totais.

Embora o impacto das próteses tenha apontado para maior proporção de dentes perdidos em idades acima de 34 anos, a recuperação estética e funcional favorecida por sua colocação trouxe benefícios, que se traduziram em maior impacto na qualidade de vida desses grupos etários, impacto este, maior do que os efeitos deletérios correspondentes das perdas dentais observadas. Além disso, representou um importante fator de legitimação das práticas de saúde em geral e favoreceu a aproximação da população de todas as idades em busca de melhores condições estéticas e funcionais, além da mudança de atitude observada também em crianças.

Para o grupo de 65 anos ou mais, a população já se encontrava quase totalmente edêntula em 1995, permanecendo essa condição em 2005, também para aqueles que passaram a compor esta faixa etária (Quadro 5).

As metas da OMS devem ser lembradas como referências a serem buscadas, mas não serem pensadas como metas globais a serem alcançadas em quaisquer situações. As metas representam um importante fator motivador para a organização e avaliação de programações em saúde bucal, mas sem perder de vista a realidade epidemiológica (NARVAI, 2002b), o contexto sócio-político-econômico da população estudada e as dificuldades existentes para o desenvolvimento dessas práticas de saúde bucal em situações específicas. A simples comparação entre valores encontrados em determinadas programações com metas genéricas e ideais poderia subestimar tanto as melhorias observadas nos indicadores de saúde, como as

mudanças qualitativas observadas, e os esforços destinados ao desenvolvimento das práticas de saúde como um todo.

Com relação aos dados nacionais de saúde bucal, observa-se que a situação dos Enawene-Nawe é também mais precária do que as verificadas para o povo brasileiro em geral. Os dados brasileiros reproduzem, em menor proporção, as características observadas no povo Enawene-Nawe para adultos e idosos, com relação à falta de acesso a serviços de cuidados dentais, fato que se reflete na alta proporção de edentulismo encontrada para essas faixas etárias também na população brasileira (Quadro 5)⁴¹.

No levantamento de saúde bucal realizado no Brasil no início desta década (BRASIL, 2004) observou-se que para os 12 anos de idade a meta da OMS para o ano 2000, de CPOD inferior a 3 (CPOD=2,8) (Quadro 5), foi alcançada ou ficou bem próxima para as várias regiões brasileiras, sendo melhores os resultados encontrados para as regiões Sul (CPOD=2,3) e Sudeste (CPOD=2,3). Na região Centro-Oeste a média CPOD aos 12 anos foi de 3,2 (demais regiões: Norte-CPOD=3,1; Nordeste-CPOD=3,2) (Tabela 35 - anexo 8).

Segundo os dados nacionais o principal problema de saúde bucal encontrado entre crianças e adolescentes foi a cárie sem tratamento, enquanto que para adultos e idosos, a perda dentária. Aos 12 anos de idade o componente "C" (dentes cariados) representou 58,3% da composição CPOD (C=1,7; P=0,2; O=0,9) e, entre 15 e 19 anos essa proporção foi de 42,1% (C=2,6; P=0,9; O=2,5). Para o povo Enawene-Nawe essa proporção equivalia em 2005, a 43,9% aos 12-13 anos, e a 32,9% aos 14-16 anos, refletindo maior proporção de cuidados restauradores para essas faixas etárias na população estudada (Tabela 36 - anexo 8).

Medidas de alcance coletivo para prevenção à cárie dentária, no Brasil, somente começaram a ser difundidas a partir das décadas de 1980 e 1990, retardando os benefícios que já se mostravam visíveis em países industrializados já a partir da década de 1970. A cobertura da fluoretação das águas de abastecimento público expandiu-se a partir dos anos 1980, em decorrência da decisão do governo federal em apoiar financeiramente essa medida de proteção contra a cárie, e em 1995 essa medida preventiva já atingia 42,2% da população brasileira (NARVAI, 2000b). O

⁴¹ Tabelas com dados em saúde bucal da população brasileira (BRASIL, 2004) e do povo Enawene-Nawe em 1995 e 2005 estão disponíveis no anexo 8.

impacto dessas medidas preventivas contra a cárie, no entanto, já se fazem visíveis, atualmente, nos dados observados para crianças e jovens brasileiros (BRASIL, 2004).

Para a faixa etária de 35 a 44 anos, a média nacional de dentes naturais presentes, e em condição funcional foi de 18,8 dos quais, em média 2,3 estão cariados (BRASIL, 2004). Para os Enawene-Nawe em 2005, havia apenas 6 dentes naturais funcionais em média para essa mesma faixa etária, dos quais 1,8 estava cariado. A falta de acesso a cuidados e as características culturais específicas estão diretamente relacionadas a estes altos valores, como já amplamente discutido.

No Brasil, para a faixa etária entre 65 e 74 anos, a média de dentes naturais presentes foi de 6,2, sendo o componente "C" responsável por 37,1% da composição CPOD (C=2,3) (Tabelas 4 e 60 - anexo 8). Embora a condição de saúde bucal da população brasileira em geral, dentro dessa faixa etária, seja grave, a condição do povo Enawene-Nawe é ainda pior, tendo apresentado em média menos de um dente natural presente em 2005.

A proporção de necessidades de próteses evidenciada entre os Enawene-Nawe em 2005, em faixas etárias jovens - de 14 a 19 anos (14,6% necessitam próteses superiores e 10,4% próteses inferiores) demonstra que o problema de perdas dentárias precoces ainda não está resolvido. As necessidades de reabilitação protética entre os Enawene-Nawe aumentam a partir dos 35 anos de idade, correspondendo a 100% da população nessas faixas etárias. Com relação aos dados nacionais, há uma grande proporção de uso e necessidades de próteses nas faixas etárias de adultos (35-44 anos) e idosos (65-74 anos) e boa parte desta demanda não se encontra coberta: de 35 a 44 anos de idade havia necessidade de algum tipo de prótese em 71% da população e, entre 65 e 74 anos, essa necessidade estava em torno de 35,8% da população, em 2002-2003 (BRASIL-2004).

A comparação das condições de saúde periodontal da população Enawene-Nawe com a brasileira evidenciou que, embora tenham ocorrido melhorias nos níveis de higiene bucal nesta população, principalmente na faixa etária mais jovem, quando comparados com dados nacionais, pode-se notar que o hábito de escovação dental ainda não havia sido adotado pela maioria da população. A proporção da população entre 14 e 16 anos que não apresentou qualquer nível de alteração gengival e/ou

periodontal em 2005 foi de 28%, enquanto que a população brasileira em 2002-2003 apresentava 46,2% dessa faixa etária com periodonto sadio (Tabela 38 - anexo 8).

Em idades adultas, a perda dental acentuada entre os Enawene-Nawe entre 1995 e 2005 se refletiu nos baixos índices de doença periodontal observados para essa população, sendo que o nível mais grave, entre 35 e 44 anos, ficou representado pelas maiores proporções de cálculos dentais (44,0% em 1999, e 29,4% em 2005), embora ainda sejam menores do que a observada para a população brasileira dentro desse mesmo grupo etário em 2002-2003 (46,8%). A população Enawene-Nawe dessa faixa etária, apresentou melhorias nas condições periodontais entre 1999 e 2005, com diminuição na proporção de pessoas com cálculo dental e no aumento das que apresentaram periodonto sadio (inexistente em 1999, e 17,6% em 2005) (Tabela 38 - anexo 8).

Não foi observada doença periodontal avançada na população Enawene-Nawe em qualquer grupo etário, porém, a alta proporção de sextantes excluídos durante os exames, em função da ausência de dentes, deve ser considerada para efeito da análise desta condição (Tabela 38 - anexo 8).

A proporção de sextantes sadios aumentou na população Enawene-Nawe entre 1999 e 2005 para a faixa etária de 14 a 16 anos (de 41,2% para 53,3%), porém está aquém das proporções observadas para a população brasileira e da região Centro-Oeste em 2002-2003 para esse mesmo grupo etário (69,2% e 77,2% respectivamente). Nos Enawene-Nawe a proporção de sextantes com sangramento gengival na população entre 14 e 16 anos de idade, aumentou de 1999 a 2005 (10,5% para 17,3%), sendo um pouco superior à proporção da população brasileira nessa faixa etária (14,5%), porém, características culturais e contextuais devem ser consideradas para a comparação destes dados, já que além dos aspectos culturais específicos, ocorreu a interrupção do financiamento das ações em saúde bucal a partir de 2004, com diminuição no acesso da população aos materiais de higiene bucal (Tabela 39 - anexo 8).

A comparação dos dados de anomalias dentofaciais da população Enawene-Nawe com os recentes dados regionais e nacionais (BRASIL, 2004), evidenciou alta prevalência de alterações dentofaciais nas duas populações, sendo maior, no emtanto entre os Enawene-Nawe. Nesta população, entre 12 e 13 anos, 76,2% apresentou algum tipo de anomalia dentofacial, enquanto que para a população brasileira esta proporção foi de 58,1%. Para a faixa etária de 18-19 anos, os Enawene-Nawe apresentaram condição ainda pior, com 86,7% de prevalência de anomalias dentofaciais (2005), enquanto a proporção da população brasileira correspondeu a 53,2%.

A alta prevalência de anomalias dentofaciais entre os Enawene-Nawe está associada principalmente ao histórico de cárie dentária neste povo, a qual vem atingindo de maneira agressiva tanto a dentição decídua como a permanente, deixando seqüelas representadas também por estas alterações (Tabela 40 - anexo 8).

Um estudo realizado por Frazão e col. em 2002, com crianças de 5 e 12 anos na cidade de São Paulo, estimou a prevalência de oclusopatias na dentição permanente, aos 12 anos, em 71,31% ($\pm 3,95\%$). Os dados de prevalência dessas anomalias observados para a população Enawene-Nawe em 1999 estavam aquém desta proporção, porém, referiam-se a um número pequeno de examinados (n=6). A prevalência observada em 2005 (n=21) para a mesma população foi de 76,2%, proporção próxima da encontrada pelos autores na cidade de São Paulo em 2002 (FRAZÃO e col., 2002).

Arantes (1998), estudando a população indígena Xavánte, de Pimentel Barbosa-MT, observou ausência de má-oclusão em 84,6% da população total, enquanto que 14,1% apresentavam má oclusão 'leve' (OMS, 1991), e apenas 1,3% apresentava o nível 'moderado'. O autor não encontrou diferença entre os sexos. Para a faixa etária de 12 a 19 anos, observou 15,6% de má-oclusão leve e apenas 2,2% de moderada. A prevalência de má-oclusão neste estudo também pode estar relacionada ao histórico da cárie dentária na população, já que, para os Xavánte, em 1998, Arantes registrou um índice CPOD de 3,70 aos 12-14 anos de idade, e de 4,60 de 15 a 19 anos. Na composição do índice CPOD nestas faixas etárias, o componente "P" (dentes perdidos) correspondeu a apenas 0,30 entre 12 e 14 anos de idade e a 0,40 entre 15 e 19 anos.

Tanto no levantamento de saúde bucal da população brasileira, como no da população Xavante, no entanto, não há descrições detalhadas de prevalências por tipo de anomalia dentofacial, tornando restrita a possibilidade de análise mais detalhada quanto ao tipo das alterações observadas.

A prevalência de fluorose aos 12-13 anos na população Enawene-Nawe em 2005 (9,6%) encontrava-se muito próxima da verificada para a população brasileira em 2002-2003 (8,5%), sendo que, nestes dados não estão incluídas as proporções do nível 'questionável' que foi considerado 'normal' para efeito de análise de prevalência no estudo brasileiro. Entre 15 e 19 anos de idade a prevalência de fluorose foi de 5,1% para a população brasileira, enquanto que entre 14 e 19 anos, para os Enawene-Nawe, a prevalência observada foi de 8,4%. Há maior proporção dos níveis leve e moderado para a população Enawene-Nawe, porém, o pequeno número de indivíduos dentro de cada faixa etária pode interferir de maneira acentuada nas prevalências encontradas (Tabela 41 - anexo 8).

Considerando que a população Enawene-Nawe começou a entrar em contato com produtos fluoretados a partir de 1995, e que apenas a partir de 1999 a distribuição de cremes dentais se intensificou e teve início o uso de outros produtos fluoretados, o tempo de acompanhamento para análise de prevalência de fluorose se mostra, ainda, pequeno. Segundo Evan e Stamm (1991)⁴², citados por PAIVA e CURY (2001), para que ocorra fluorose nos incisivos permanentes, a idade de ingestão de flúor em doses de risco encontra-se entre 20 e 30 meses (p. 321).

Segundo Fejerskov (1994) a fluorose dentária se desenvolve devido à exposição prolongada a doses relativamente pequenas de flúor durante o período de formação do dente, ou seja, desde o nascimento até a erupção do último dente (um período de aproximadamente 20 anos). Durante muitos anos acreditou-se que apenas durante o período de formação do dente o flúor pudesse manifestar seu efeito tóxico no esmalte. O esmalte dentário, no entanto, continua a adquirir fluidos minerais dos tecidos adjacentes, mesmo depois que sua espessura está completa. Portanto, enquanto não houver a erupção do dente, ele pode ser susceptível aos efeitos tóxicos do flúor. Todavia, quanto mais tarde no período de pré-erupção de um dente ele for exposto ao flúor, menor é o nível de gravidade da fluorose dentária resultante.

⁴² Evans RW, Stamm JW. An epidemiologic estimate of the critical period during which human maxillary incisors are most susceptible to fluorosis. *J Public Health Dent.* 1991; 51 (4): 251-9.

Fejerskov (1994) salientou que a dentição decídua é menos afetada pela fluorose do que a dentição permanente e, nesta, nem todos os dentes são afetados de igual maneira. Os dentes permanentes menos afetados pela fluorose são os incisivos e os primeiros molares, ao passo que os pré-molares e os outros molares permanentes são mais gravemente afetados. Dessa maneira, nas idades de 6 a 9 anos, quando apenas estão erupcionados os incisivos e primeiros molares permanentes, a fluorose, geralmente, não é muito prevalente. Ao contrário, entre 11 e 15 anos a fluorose afeta predominantemente pré-molares e segundos molares.

Entre os Enawene-Nawe, os dentes mais afetados foram os pré-molares inferiores e superiores.

Um fator que pode colocar em questão os reais níveis de fluorose entre os Enawene-Nawe refere-se à pouca experiência da examinadora para o diagnóstico deste tipo de anomalia. Há possibilidade de o nível apresentado estar superestimado em função desta condição, já que na maioria dos casos observados não havia comprometimento bilateral típico da fluorose, nem o aspecto de opacidade de esmalte característico, como os apresentados nas imagens de fluorose disponíveis na publicação de Fejerskov (1994).

Uma preocupação que sempre esteve presente durante o período em que foram desenvolvidas as ações em saúde bucal para os Enawene-Nawe está relacionada às diferenças culturais, e representada pela forma como as crianças utilizam o creme dentifrício. Frequentemente observava-se crianças utilizando cremes dentifrícios para picadas de abelhas ('para minimizar a dor'), como pintura corporal, ou até, para brincadeiras de diversos tipos. Por outras vezes, os tubos de cremes dentifrícios eram dados pelas mães a crianças pequenas, como 'brinquedos', para que elas não chorassem e, em algumas situações, as crianças conseguiam abrir a tampa do tubo e ingeriam um pouco do produto.

Situações desta natureza sempre foram discutidas com a população, que era orientada a não oferecer esses materiais para crianças de colo e, quando crianças pequenas quisessem escovar os dentes, algum adulto se responsabilizasse pela colocação de uma pequena quantidade de creme dentifrício na escova da criança. Embora o controle deste tipo de situação seja limitado, ênfase especial foi dada em

explicar à população os riscos do uso incorreto dos cremes dentifrícios e, em 2005, a frequência de intercorrências desta natureza e similares já estava reduzida.

Estudos sobre ingestão de flúor por crianças após escovação dental têm demonstrado que, em geral, a quantidade de flúor ingerida por crianças pequenas não é preocupante em termos de risco de fluorose dentária esteticamente comprometedora (PAIVA e CURY, 2001; LIMA e CURY, 2001; TAN e RAZAK, 2005). Há, entretanto, forte correlação entre a quantidade de creme dentifrício colocada na escova ou a frequência de escovações diárias, e as doses ingeridas que foram observadas, apontando para a necessidade de controle das quantidades utilizadas por crianças durante a escovação. Além disso, quanto menor a criança, maior quantidade de creme dentifrício é ingerida e, conseqüentemente, de flúor - principalmente para crianças com menos de 6 anos de idade (PAIVA e CURY, 2001).

A ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL PARA POVOS INDÍGENAS NO BRASIL E NO MUNDO

Estudos epidemiológicos sobre doenças bucais em populações indígenas na América Latina e no Brasil são relativamente escassos e priorizam a descrição do perfil epidemiológico (estudos transversais), havendo poucos estudos de intervenção e, menos ainda, relacionados a avaliações de práticas de saúde desenvolvidas junto a esses grupos populacionais. Descrevem, em geral, as doenças bucais mais prevalentes nas populações examinadas (cárie dentária e doenças periodontais), e os principais fatores associados ao aumento na incidência da cárie após o contato dos grupos populacionais com a sociedade ocidental (TUMANG e PIEDADE, 1968; HIRATA e col., 1977; TRICERRI, 1985; ANDO e col., 1986; DETOGNI, 1994; SILVA AICD, 1998; RIGONATTO e col., 2001; ARANTES, 2003; BITTENCOURT e col., 2005).

No Brasil e regiões vizinhas a maior parte dos estudos com populações indígenas, no que diz respeito ao campo da saúde bucal, dividem-se entre estudos sobre antropologia dentária e epidemiologia (ARANTES, 2000). Sendo a cárie a principal doença bucal entre essas populações, sua estreita ligação com a dieta e hábitos alimentares lhe confere relevância antropológica, já que os meios de produção de alimentos e padrões de consumo de diferentes sociedades humanas fazem-se refletir nas suas condições de saúde bucal.

Arantes (2000) apresentou uma breve revisão de artigos sobre antropologia dentária: estudos sobre remanescentes esqueléticos - que apontam para transições de economias de caça-coleta para agricultura; estudos sobre localizações mais frequentes das lesões de cárie ao longo da história humana; estudos que associam o aumento do índice de cárie com o consumo de açúcar, além de outras alterações de hábitos alimentares.

Em Pose (1993) encontra-se uma detalhada revisão de literatura sobre as condições de saúde buco-dental de populações ameríndias, até o início da década de 1990. A autora relaciona os principais estudos existentes em morfologia dental, cárie, doença periodontal e organização de serviços de atenção à saúde bucal para populações indígenas.

Outros estudos enfocam aspectos de morfologia dental e/ou abordagens multidisciplinares em bio-antropologia: Tricerri (1985), Guerra (1988) e Arantes (1998, 2003). Estudos temporais de prevalências de doenças bucais são mais escassos (POSE, 1993; ARANTES, 1998, 2001), bem como estudos associados ao acompanhamento de ações saúde bucal para grupos indígenas (ANDO, 1986; DETOGNI, 1994; RIGONATTO e col., 2001; MAGNO, 2003; BITTENCOURT e col., 2005).

Os estudos transversais, principalmente relacionados à prevalência de cárie nas populações indígenas brasileiras, não apresentam homogeneidade com relação à metodologia utilizada nos levantamentos de saúde bucal. As diferenças nos critérios diagnósticos e nos agrupamentos etários utilizados para efeito de análise dos índices de prevalência de cárie dificultam a comparação dos dados entre as várias situações descritas.

Estudos sobre saúde bucal de povos indígenas no Brasil, com avaliação de impacto das práticas de saúde bucal desenvolvidas por um determinado período, e com acompanhamento das tendências de comportamento das principais doenças bucais, são poucos.

Estudos transversais de prevalência de cárie, doença periodontal e má-oclusão com o povo indígena Xavante (MT), foram desenvolvidos em diferentes períodos por vários pesquisadores (NEEL e col., 1964⁴³; NISWANDER e col., 1967⁴⁴; FLOWERS, 1983⁴⁵; citados por POSE, 1993. p. 45-6; POSE, 1993, ARANTES, 1998). Um estudo comparativo das condições de saúde bucal encontradas nos diferentes estudos foi realizado por Arantes e col. (2003), que observaram uma tendência de deterioração das condições de saúde bucal do povo Xavante no período analisado. Mudanças na dieta, relacionadas a alterações socioeconômicas e ambientais, advindas da interação deste povo com a sociedade nacional envolvente, aliadas à falta de programas preventivos, foram consideradas as principais causas da deterioração na saúde bucal dos Xavante.

Os principais estudos nacionais que relacionam práticas de prevenção e controle da cárie dentária com povos indígenas no Brasil, foram descritos para etnias residentes no Parque Indígena do Xingu-MT, por Ando e col. (1986) - várias etnias do Alto Rio Xingu; Detogni (1994) - etnia Kayabi (Médio Rio Xingu); Rigonato e col. (2001) - várias etnias da região do Alto Rio Xingu; e por Bittencourt e col. (2005) - etnias Shanenawá e Kaxinawá do Acre.

Embora reconhecendo que existem sérias restrições para a comparação dos dados em função tanto das diferenças metodológicas observadas para os diferentes estudos acima citados, como dos diferentes contextos vivenciados conforme as etnias/regiões analisadas, a comparação destes dados pode ser útil para evidenciar as condições de saúde bucal dos povos nativos brasileiros, facilitando uma análise mais abrangente para efeito de comparação com os dados da população brasileira.

⁴³ Neel J, Salzano FM, Junqueira PC, Keiter R, Maybury-Lewis D. Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso. *American Journal of Human Genetics*. 1964/ 16: 52-140.

⁴⁴ Niswander JD. Further studies on the Xavante Indians VII. The oral health status of the Xavantes of Simões Lopes. *American Journal of Human Genetics*. 1967/ 19: 543-53.

⁴⁵ Flowers N. Forager farmers: the Xavante Indians of Central Brazil. [Ph. D. Dissertation] 1983; New York: University of New York.

Os dados de CPOD/ceod referentes aos Enawene-Nawe foram reagrupados conforme as idades/faixas etárias adotadas nos estudos apresentados, a fim de facilitar a comparação das condições de saúde bucal existentes nas diferentes etnias.

Os dados da tendência temporal de prevalência de cárie observados nos estudos de Pose (1993) e Arantes (1998) para a população Xavante também foram incluídos para efeito desta análise.

A tabela 41 descreve os dados de severidade de cárie em grupos indígenas brasileiros, segundo etnia, faixas etárias aproximadas, índice analisado e período em que foram coletados os dados.

Tabela 33. Distribuição da cárie dentária em grupos indígenas brasileiros, segundo etnia, faixa etária, índice analisado e período em que foram coletados os dados, Mato Grosso-Brasil.

Idades (anos)	Índice CPOD/ceod*								
	Kayabi 1992 ¹	Xavante-MT			Alto Xingu 1991 ⁵	Shanenawá/Kaxinawá ⁶		Enawene-Nawe	
	1962 ²	1991 ³	1997 ⁴	1990	1993	1995	2005		
5	8,33	...	...	4,57	8,48	...	...	8,37	7,43
6-13	5,97	0,21	0,37	1,08	4,99	5,30	1,3	4,78	2,47
14-19	13,63	0,30	1,16	4,54	9,14	...	...	14,40	9,82
35-44	21,46	2,40	9,10	14,25	17,93	...	...	27,89	28,65

Idades (anos)	Índice CPOS/ceos**			
	Alto Xingu		Enawene-Nawe	
	1977 ⁷	1982 ⁸	1999	2005
3-5	17,06	10,90	...	11,41
5	...	...	13,00	13,48
6	23,80	14,25	11,67	13,14
12-13	17,19	10,63	14,42	5,95
14-15	17,68	15,04	29,86	9,56

Fontes: ⁽¹⁾ Detogni, 1994

⁽²⁾ Neel e col., 1964

⁽³⁾ Pose, 1993

⁽⁴⁾ Arantes, 1998

⁽⁵⁾ Rigonatto e col., 2001

⁽⁶⁾ Toledo, 2005.

⁽⁷⁾ Hirata e col., 1977

⁽⁸⁾ Ando e col., 1986

Nota: (*) somente para a idade de 5 anos

(**) para a faixa etária de 3-5 anos e idades 5 e 6 anos

Para a análise da dentição decídua, no estudo de CPOD/ceod do Alto Xingu (RIGONATTO e col., 2001), foram utilizados dados de ceod de crianças entre 5 e 7 anos, o que tende a diminuir a média ceo já que a partir dos 6 anos de idade inicia-se

o processo de esfoliação natural da dentição decídua. Neste mesmo estudo, a faixa etária que corresponde às idades entre 6 e 13 anos na tabela 41, apenas incluiu crianças entre 8 e 13 anos; a de 14 a 19, incluiu adolescentes entre 14 e 20 anos, e a faixa etária de adultos, incluiu indivíduos entre 31 e 50 anos (Tabela 41).

Para os estudos com populações Xavánte, a faixa etária que corresponde às idades entre 6 e 13 anos, incluiu crianças de 6 a 12 anos, e a que corresponde às idades entre 14 e 19 anos, incluiu adolescentes de 13 a 19 anos de idade (Tabela 41).

No estudo de Detogni (1994), a faixa etária que corresponde às idades entre 35 e 44 anos, incluiu indivíduos entre 31 e 50 anos de idade (Tabela 41).

Para os dados referentes às etnias Shanenawá e Kaxinawá (TOLEDO, 2005) apenas foram analisadas as condições de severidade de cárie para crianças entre 7 e 12 anos (Tabela 41).

Apesar de as idades-índice propostas pela OMS para análise de prevalência e severidade de cárie serem relativamente recentes (1977), os manuais para levantamentos básicos de saúde bucal, com orientações sobre idades de referência para análise das condições de saúde bucal, vêm sendo publicados no Brasil desde 1991 (OMS, 1991). Infelizmente os poucos estudos que analisaram as condições de saúde bucal de grupos indígenas no Brasil não seguiram esta padronização e não descrevem os motivos pelos quais as idades foram agrupadas como apresentadas nos estudos.

Um fator que certamente interfere com a definição e uso adequado das idades das populações indígenas no Brasil é a falta ou indisponibilidade de dados corretos sobre nascimentos para os vários grupos nativos do país, com conseqüente dificuldade de identificação das idades exatas. Há, no entanto, a necessidade de se procurar aproximar o mais possível as idades/faixas etárias analisadas às estabelecidas na padronização da OMS, para crianças (5 anos, para dentição decídua, e 12 anos, para dentição permanente), adolescentes (15 e 18 anos), adultos (35 a 44 anos) e idosos (65 a 74 anos), a fim de que futuramente melhores análises comparativas possam ser efetuadas.

Comparativamente aos dados dos Enawene-Nawe, para a dentição decídua, aos 5 anos, foram observados altos índices de cárie na maioria das populações estudadas, com exceção do grupo Xavánte (ARANTES, 1998), para o qual o índice ceod aos 5

anos correspondeu a quase a metade do observado para o povo Enawene-Nawe em 1995, embora o estudo comparativo tenha evidenciado tendência de aumento da cárie nessa população na dentição permanente (Tabela 41).

Para o grupo etário de 6 a 13 anos, observa-se que na década de 1990, a severidade da cárie era alta nos povos Xinguanos (Kayabi e do Alto Xingu), no Acre (Shanenawá e Kaxinawá), e no povo Enawene-Nawe. A tendência se repetia para as demais faixas etárias, sendo maiores os índices observados para os Enawene-Nawe, seguidos pelo povo Kayabi, pelos do Alto Xingu e, finalmente, pelos Xavánte, tanto para adolescentes como para adultos (Tabela 41).

Com relação ao índice CPOS, foram observados altos níveis de cárie para a dentição decídua tanto nos povos do Alto Xingu como para os Enawene-Nawe nos períodos analisados, havendo, no entanto, tendência de redução da doença no Xingu. Para a dentição permanente, ao contrário, as reduções dos níveis de cárie entre os Enawene-Nawe foram maiores do que as verificadas para os povos xinguanos, correspondendo a 58,7% e 68% para as idades de 12-13 e 14-15, respectivamente, enquanto que, no Xingu, para as mesmas idades, as reduções foram de 38,2% e 14,9%, respectivamente (Tabela 41), evidenciando que medidas adicionais de prevenção com flúor, além do uso de aplicações de gel fluoretado (adotado no Xingu), mostraram-se efetivas para melhorar os níveis de saúde bucal do povo Enawene-Nawe.

Para o povo Xavánte não foram desenvolvidas quaisquer intervenções para prevenção e controle de cárie nos períodos estudados.

Para o povo Kayabi, embora não estejam disponíveis dados comparativos de prevalência e severidade de cárie anteriores ao estudo de Detogni (1994), já estava em desenvolvimento um programa de atenção à saúde bucal para as etnias da região do Médio Rio Xingu, desde 1991, por iniciativa do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina (EPM), de São Paulo-SP (atual UNIFESP). A programação em saúde bucal incluía orientação em higiene bucal e distribuição de escovas, cremes dentifrícios e fio dental para todas as comunidades atendidas, atendimento individual preventivo-restaurador e cirúrgico, aplicações tópicas de flúor-gel acidulado 3 a 4 vezes ao ano, uso de verniz fluoretado e ionômero de vidro em situações de alto risco para cárie, formação de agentes

indígenas de saúde bucal que atuavam em parceria com a profissional para ações preventivas, curativas primárias e de promoção da saúde, e reabilitação bucal por próteses (DETOGNI, 1994).

As ações em saúde bucal desenvolvidas para os povos do Alto Xingu nas décadas de 1970 e 1980 basearam-se principalmente nas aplicações tópicas de flúor-gel acidulado e na escovação dentária como estratégias preventivas para a cárie dentária para essas populações (HIRATA e col., 1977; ANDO e col., 1986), e por atendimentos individuais curativos e cirúrgicos durante os períodos em que as equipes de saúde bucal da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, que atuavam em parceria com o Programa de Saúde Indígena do Departamento de Medicina Preventiva da EPM, visitavam as aldeias. Analisando as alterações no perfil de cárie dessas populações após 5 anos de aplicações de flúor-gel (2 a 3 aplicações anuais), Ando e col. (1986), concluíram que houve uma diminuição na prevalência da doença de 16,49% no período.

Entre 1987 e 1991, a organização internacional *'Mèdicines du Monde (MDM)'* permaneceu na região do Alto Xingu, desenvolvendo ações de saúde em geral e uma programação curativa e de promoção de saúde bucal para as comunidades da região, associadas à formação de agentes indígenas de saúde bucal (RIGONATTO e col., 2001). Rigonatto e col. (2001) observaram a tendência de deterioração das condições de saúde bucal das populações do Alto Xingu como decorrência da intensificação do contato dessas comunidades com a sociedade ocidental - mudanças na dieta e hábitos culturais, e da irregularidade nos serviços de atenção à saúde bucal programados para estas comunidades, e salientaram a necessidade de implantação de medidas preventivas e de promoção de saúde para esses grupos.

A atuação em saúde bucal desenvolvida por Toledo (1995), no Acre, para as etnias Shanenawá e Kaxinawá, estava associada a uma programação ampla de atenção à saúde para os povos da região, e incluía a formação de agentes indígenas de saúde das próprias comunidades, e especificamente de saúde bucal (AIS bucal), além de atendimentos individuais e medidas preventivas de orientação de higiene bucal e aplicações tópicas de flúor-gel por escovação supervisionada, que ficavam sob responsabilidade dos agentes indígenas de saúde bucal. A autora observou que nas aldeias onde houve formação de AIS bucal, ocorreu maior redução nos níveis de

cárie em idades jovens do que nas que contaram principalmente com a atuação periódica da profissional.

As estratégias adotadas para prevenção e controle da cárie para o povo Enawene-Nawe já foram apresentadas e se basearam principalmente no uso de cremes dentifrícios fluoretados (ação de alcance coletivo), e outros usos individuais de produtos fluoretados, associados a estratégias de promoção de saúde, atenção preventiva-curativa-cirúrgica e reabilitadora, além de formação de agentes indígenas de saúde bucal.

A formação de AIS bucal no trabalho junto aos Enawene-Nawe teve respaldo da comunidade, porém, durante o período analisado não foi possível contar com sua participação efetiva em atividades de prevenção e promoção de saúde, embora um deles tenha começado a realizar algumas pequenas restaurações e aplicações de selante. A prioridade, entretanto, foi dada às extrações. Há interesse, no entanto, por parte de outros jovens para atuar prioritariamente em prevenção e isto já representa um sinal de mudanças na percepção sobre o trabalho possível em saúde bucal.

Estas breves considerações e as comparações dos dados apresentados na tabela 33 apontam para algumas considerações:

- 1) povos que possuem dieta rica em fibras, com poucos carboidratos fermentáveis e que se mantêm distantes dos hábitos e produtos alimentares da sociedade ocidental, principalmente o açúcar, como os Xavánte do Brasil Central ou os aborígenes Australianos de antes do contato com a sociedade européia, tendem a apresentar baixos níveis de cárie (MARTIN-IVERSON e col., 1999) e, na medida em que esse contato se intensifica, e associado à falta de atenção à saúde observada historicamente para estes povos, a saúde bucal destas populações tende a se deteriorar em poucos anos, tanto para a dentição decídua, como para a permanente;

- 2) essa tendência de deterioração das condições de saúde bucal das populações nativas é, geralmente, acompanhada por baixos níveis de assistência curativa, por tratamento pontual prioritariamente mutilador e ausência de medidas preventivas de alcance coletivo e/ou individual para a prevenção e controle das doenças bucais;

- 3) quando algumas medidas de atenção à saúde bucal são implementadas, acompanhadas por medidas preventivas e de controle para a cárie, em poucos anos se

pode observar reduções na prevalência e severidade da cárie, principalmente em idades jovens, justificando a continuidade dessas medidas preventivas;

4) programações que contaram com a participação comunitária e com a formação de agentes de saúde locais parecem ter apresentado bons resultados para o desenvolvimento das ações preventivas e de controle de cárie em idades jovens.

Estes poucos trabalhos evidenciam que ações de 'Atenção Primária à Saúde' bucal, desenvolvidas localmente, com baixo custo e utilizando meios cientificamente reconhecidos como eficazes para a prevenção das doenças bucais, com participação comunitária e valorizando a formação de pessoas das próprias comunidades para atuar na atenção primária, podem conduzir a melhorias consideráveis nas condições de saúde bucal dessas populações, fato este também evidenciado por outras experiências desenvolvidas em diferentes países desde a década de 1980 (Tailândia-OMS, 1987; Nicarágua- KAMILIOT, 1995; México e Guatemala- YASCHINE, 1995; Tanzânia, MUYA, 1995).

Alguns aspectos relacionados aos Enawene-Nawe no período também devem, ainda, ser ressaltados. Embora tenha sido evidenciada maior perda dentária em idades adultas após a confecção de próteses para o povo Enawene-Nawe, essa tendência deve diminuir com o tempo, desde que sejam mantidas ações contínuas de prevenção e controle para a cárie. Espera-se que, com a maior retenção da dentição natural das faixas etárias mais jovens, favorecidas pelas práticas de saúde bucal e pelo maior cuidado que essas pessoas vão demonstrando para manutenção de seus dentes, a necessidade de próteses diminua e que, paralelamente, aumente a proporção de pessoas envolvidas com os cuidados bucais, e com o uso de cremes dentifrícios fluoretados.

Outro aspecto a considerar refere-se à proposta de introdução de materiais e do hábito de higiene bucal para o grupo. O hábito de higiene bucal para a população como um todo não se consolidou ainda, nem deverá se consolidar totalmente em pouco tempo. Representa um processo no qual a percepção da população vai mudando na medida em que os indivíduos percebem e socializam as alterações que vivenciam em sua saúde bucal. Decorre, em boa parte, da perseverança do fornecimento de estímulos e orientações em saúde bucal, que devem ser periódicos e habituais, e da continuidade do fornecimento dos materiais, principalmente de

cremes dentifrícios fluoretados que, embora externos à cultura local, constituem importantes recursos para manutenção da saúde bucal da população, não devendo, portanto deixar de ser fornecidos. Mudanças a favor de uma maior aceitação do hábito de higiene bucal têm sido observadas a partir da experiência vivida por parte de vários jovens que perceberam as mudanças favorecidas pela higiene bucal e que, atualmente, já não se deslocam mais sem escova e creme dental.

A formação de agentes indígenas de saúde bucal entre os Enawene-Nawe deve ser reforçada, principalmente quando a proposta surge a partir de representantes da própria população. A formação deve, entretanto, passar a priorizar a formação em prevenção e controle da cárie e uso de flúor de maneira adequada, para garantir maior possibilidade de acesso da população aos recursos preventivos em qualquer situação.

A manutenção de um banco de dados atualizado sobre saúde bucal é prioritária e deve incluir, também, registros periódicos sobre fluorose na população. Esses dados podem continuar orientando as práticas de saúde desenvolvidas junto à população e subsidiar os planejamentos e pactuações necessárias ao financiamento dessas ações.

As análises de dados epidemiológicos em proporções regionais ou nacionais, são importantes como parâmetros de avaliação das condições de saúde da maioria das populações, bem como para a organização de estratégias e serviços em saúde. A interpretação desses dados, entretanto, deve ser cuidadosa pois, médias para grandes contingentes populacionais, como dados nacionais, por exemplo, podem mascarar diferenças nas condições de saúde de certos grupos, embasadas por desigualdades no acesso a serviços, serviços desiguais, privilegiamento de grupos/regiões, diferenças socioeconômicas, desigualdades por aspectos ligados a raça/etnia etc., as quais podem ficar evidenciadas pelos indicadores de saúde, quando analisados em nível local.

De uma maneira geral, aspectos políticos, econômicas, étnico-culturais, demográficos, de acesso a serviços e recursos preventivos para as doenças bucais, bem como modelos de práticas de saúde adotados e fatores relacionados ao exercício profissional na área de saúde bucal, têm sido apontados como os principais determinantes da diversidade de condições de saúde observadas para diferentes grupos populacionais, e como condicionantes para o efetivo exercício de práticas de

saúde segundo o modelo de 'Atenção Primária de Saúde' conforme proposto na Declaração de Alma-Ata (OMS/Unicef, 1979).

Estudos realizados nos Estados Unidos da América (CAPLAN e WEINTRAUB, 1993; GRIM e col., 1994; O'SULLIVAN e col., 1994; WEINSTEIN, 1996; JONES e col., 2000; EDELSTEIN, 2002; NIENDORFF e JONES, 2000), na Austrália (WALL, 1984; DAVIES e col., 1997; SLATER, 2001; JAMIESON e col. 2006; SCHWARZ, 2006), Canadá (ALBERT e col., 1988; PERESSINI e col., 2004) e Brasil (COIMBRA JR e SANTOS, 2000; ANTUNES e col., 2003, 2006) vêm revelando as situações de desigualdades epidemiológicas, socioeconômicas e de acesso a serviços de saúde de seus grupos 'nativos'. Embora em países e contextos distintos, observa-se que a desigualdade das condições de saúde e de qualidade de vida, evidenciadas nas comparações dos níveis de saúde entre 'nativos' e 'não-nativos' representa mais um elemento de identidade entre esses povos.

Segundo Coimbra Jr. e Santos (2000) em sociedades onde determinadas características fenotípicas (como cor da pele, estatura, tipo de cabelo) podem estar em uma das vertentes que estruturaram o sistema de classes e hierarquias sociais, pertencer a uma dada etnia pode, por si, limitar em muito as possibilidades de mobilidade social ascendente e, conseqüentemente, restringir o acesso a serviços de saúde, educação, moradia, saneamento etc. Estas associações são geralmente utilizadas no exercício da discriminação.

Na Austrália, por exemplo, que possui níveis de saúde satisfatórios para a população em geral, serviços públicos de saúde só estão garantidos para 10% da população, dentro de certos programas específicos como: programas para crianças, pensionistas, indivíduos de baixa renda e outros (SCHWARZ, 2006). Populações desfavorecidas étnica e socioeconomicamente, têm dificuldade de acesso a serviços de saúde e, quando recebem atendimento, este é de tipo mutilador (SLATER, 2001; SCHWARZ, 2006; JAMIESON e col., 2006).

Segundo Jamieson e col. (2006) o status socioeconômico isoladamente não explica as disparidades observadas na saúde bucal entre crianças aborígenes e não-aborígenes. Parece que a diferença está em 'ser aborígene' e pertencer a um status socioeconômico "baixo", embora estes fatores não sejam mutuamente excludentes.

Na Austrália, dentro do mesmo status sócio-econômico e em uma mesma região, os aborígenes recebem menos atenção à saúde bucal do que indivíduos não-aborígenes.

Segundo Thomson⁴⁶ (2000), citado por JAMIESON e col. (2006), um importante elemento que influencia na condição observada refere-se à condição das sociedades aborígenes frente ao modelo de civilização que se desenvolveu desde aproximadamente 200 anos na Austrália. A segregação étnica e a perda de poder decorrentes do modelo de colonização favoreceram cumulativamente inúmeros problemas sociais e de saúde entre estas populações.

Numa escala mundial os povos 'nativos' da Austrália, que antes do contato com a civilização européia possuíam baixíssima prevalência de cárie (MARTIN-IVERSON e col., 1999), possuem hoje condições de saúde bucal que se comparam às dos mais pobres grupos populacionais dos países em desenvolvimento (JAMIESON e col., 2006).

Em estudo recente, observou-se que crianças aborígenes australianas, de status sócio-econômico baixo, aos 5 anos de idade, possuem quase quatro vezes mais cárie do que as não-aborígenes de mesmo status socioeconômico; o mesmo ocorrendo para a faixa etária de 10 anos, para a qual a proporção de cárie é 5 vezes maior para crianças aborígenes do que para não-aborígenes (JAMIESON, 2006). Embora a experiência de cárie tenha aumentado para as crianças aborígenes, a diferença se faz maior em função da grande diminuição nos níveis de cárie observada entre as não aborígenes, principalmente a partir de 1989, quando o perfil de cárie ainda era pouco diferente entre os diferentes grupos étnicos (DAVIES e col., 1997).

Nos EUA, as condições de saúde bucal dos povos indígenas foi primeiramente descrita em 1937 por Klein e Palmer, que examinaram crianças de 35 diferentes grupos. Embora tenham encontrado diferenças regionais, a prevalência de cárie foi considerada baixa para estes povos. Ainda na década de 1930, mais dois estudos descreveram a prevalência de cárie em crianças de diversos grupos indígenas do sudoeste norte-americano como "baixa", com 64% a 77% livres de cárie (CADY, 1934⁴⁷; ARNIM E COL., 1937⁴⁸, citados por NIENDORFF e JONES, 2000. p. 243).

⁴⁶ Thomson N. Responding to our spectacular failure. In: Thomson N., editor. The health of indigenous Australians. Victoria, Oxford University Press; 2000. p. 488-505.

⁴⁷ Cady FC. Indian dental service. J Am Dent Assoc. 1934; 21: 1099-104.

⁴⁸ Arnim SS, Aberle SBD, Pitney, EH. Dental changes in a group of Pueblo Indian children. J Am Dent Assoc. 1937; 24: 478-80.

Em 1942, Foster⁴⁹ (citado por NIENDORFF e JONES, 2000. p. 243) verificou que a severidade de cárie em crianças indígenas (CPOD=2,2) era menor do que nas crianças não-indígenas (CPOD=2,7) que viviam nas mesmas regiões.

Entretanto, dados oficiais sobre prevalência de cárie em povos indígenas norte-americanos somente passaram a ser disponibilizados a partir de 1957, quando o Serviço de Saúde Indígena (IHS-Indian Health Service), existente desde 1955, começou a monitorar as condições de saúde bucal dessas populações. Nesse ano, crianças e adolescentes, entre 5 e 19 anos de idade, possuíam média CPOD de 3,8. De 1971 a 1977, um estudo não publicado⁵⁰ em saúde bucal do IHS, concluiu que a prevalência de cárie havia mudado pouco nesse período e se mantinha baixa na região noroeste do Pacífico. Em 1978 a média CPOD encontrava-se em torno de 6,6 - sendo o componente "O" (dentes obturados) o de maior proporção na composição do índice. Em 1983-84 o CPOD era semelhante ao verificado em 1978, para esse grupo etário (CPOD=6,8). Os dados de saúde bucal do IHS de 1984, no entanto, foram utilizados para evidenciar as desigualdades nas condições de saúde bucal entre crianças indígenas e não-indígenas, as quais já vinham experimentando importantes reduções na prevalência e severidade de cárie dentária desde a década anterior.

Essas desigualdades foram confirmadas no estudo de Grim e col. (1994), no qual observaram maior prevalência de cárie em indígenas tanto na dentição decídua quanto na permanente: média ceod, aos 5-6 anos de idade, de 10,35 em indígenas, enquanto que para não-indígenas o índice era de 5,06; e média CPOD, aos 15-17 anos de idade, de 10,12 para indígenas e de 5,99 para não-indígenas, residentes nas mesmas regiões.

Dados comparativos de três levantamentos de saúde bucal em indígenas americanos e nativos do Alaska, realizados pelo IHS em 1984, 1990 e 1999 (NIENDORFF, 1994; REIFEL e col., 2001), mostraram que entre 1984 e 1990 houve melhoria na saúde bucal de crianças e adolescentes, com diminuição do CPOD, entre 5 e 13 anos, de 3,4 para 1,8 (redução de 47%), e de 10,3 para 6,5, entre 14 e 19 anos (redução de 36%). Os autores atribuíram as melhorias observadas na saúde bucal

⁴⁹ Foster LW. Dental conditions in white and Indian children in northern Wisconsin. J Am Dent Assoc. 1942; 29: 2251-5.

⁵⁰ Collins RJ. Dental caries in American Indians and Alaska Native children. Rockville, MD? US Public Health Service, Indian Health Service, 1985).

desses grupos etários a um programa preventivo iniciado em 1984, que utilizava aplicações de selantes de fósulas e fissuras em superfícies oclusais de molares permanentes, e à introdução de água fluoretada em algumas comunidades. O estudo de 1990 também apontou alta prevalência de cárie entre adultos nas faixas etárias de 35-44 anos e 65-74 anos, proporções maiores das que as encontradas para norte-americanos da região.

A alta prevalência de cárie na dentição decídua passou a ser relatada a partir de meados da década de 1980, em função do reconhecimento da cárie rampante ("cárie de mamadeira" ou "cárie precoce na infância") em dentes decíduos anteriores como um relevante problema de saúde pública nesse período. A prevalência deste tipo de cárie em crianças indígenas Sioux (4 e 5 anos) foi descrita por Titley e Bedard (1986) como representando 25% de todas as lesões de cárie observadas nessas idades. Segundo O'Sullivan e col. (1994), a prevalência de cárie rampante em crianças de 3 anos de idade entre indígenas Navajo era de 68% em 1994, e estava associada a altos níveis de cárie em dentes posteriores (ceod=4,5 aos 3 anos e 6,6 aos 5 anos de idade), confirmando os achados de Grim e col. (1994).

A partir de 1990, mudanças estruturais políticas e econômicas relacionadas ao neoliberalismo e à globalização da economia passaram a mostrar reflexos nas políticas de saúde para grupos indígenas. Com a privatização dos setores onerosos ao Estado, a responsabilidade pela saúde passou a ser repassada para setores civis (organizações não-governamentais e instituições internacionais) e os indivíduos passaram a ser considerados os principais responsáveis pela manutenção de suas condições de saúde (SHEIHAM, 2001).

Dentro desse movimento, várias organizações indígenas nos EUA assumiram a administração das programações de saúde de suas comunidades, enquanto que diminuía os investimentos públicos em infra-estrutura, recursos humanos e materiais para as programações específicas. Os indígenas assumiram a responsabilidade pela administração dos poucos recursos existentes e pela definição de prioridades, porém, as diferenças existentes em termos de experiência e as assimetrias nas relações de poder já mostraram impacto nas condições de saúde bucal das populações indígenas norte-americanas (NIENDORFF e JONES, 2000).

A partir de 1991 diminuiu o acesso das populações indígenas aos serviços restauradores e preventivos, como selantes e flúor, e aumentou o número de vagas desocupadas para o cargo de dentista dentro do IHS (REIFEL e col., 2001). Como consequência, a prevalência de cárie entre 6 e 8 anos, em 1999, era de 91%, sendo 71% da doença representada por dentes não tratados. Para a dentição permanente, de 6 a 14 anos, essa proporção era de 46% de necessidades restauradoras para indígenas, enquanto que para as crianças não-indígenas era de apenas 11%. O CPOD entre 1990 e 1999 na faixa etária de 5 a 13 anos se manteve estável (1,8), porém, houve alteração em sua composição, com predomínio do componente "C". Para idades entre 14 e 19 anos, o CPOD variou de 6,5 para 5,8 sendo observada a mesma tendência em sua composição (CPOD em 1991: C=2,4; P=0,1; O=4,0 / CPOD em 1999: C=2,9; P=0,2; O=2,8) (REIFEL e col., 2001).

No Canadá, no ano 2000, a prevalência de cárie em crianças nativas de 7 a 13 anos era de 94%, maior do que em crianças canadenses em geral. Naquele país, um programa preventivo com utilização de selantes de fósulas e fissuras se mostrou efetivo para a redução da cárie, tendo sido observado CPOD de 3,5 aos 13 anos para crianças que participaram do programa, enquanto que o CPOD foi de 4,4 para as que não participaram e, 100% das lesões de cárie observadas aos 13 anos localizavam-se nas superfícies oclusais de molares (PERESSINI e col., 2004). Também foi descrita alta prevalência de cárie rampante na dentição decídua, associada principalmente, ao uso de mamadeiras pelas crianças (ALBERT e col., 1988; HARRISON, 2003), aumentando sua vulnerabilidade para desenvolvimento de cárie na dentição decídua (em dentes posteriores) (O'SULLIVAN e col., 1994) e na dentição permanente.

De maneira geral, as publicações que referem o aumento na prevalência e severidade da cárie dentária em grupos indígenas no Brasil e no mundo vêm associando as condições de saúde bucal observadas, prioritariamente às mudanças no padrão alimentar, a partir do contato dessas sociedades com a cultura ocidental, destacando o crescente consumo de açúcar e produtos industrializados em geral quando da intensificação do contato dessas populações com a sociedade não-indígena (SHIP, 1966; TUMANG e PIEDADE, 1968; DONNELLY e col. 1977; HIRATA e col. 1977; WALL, 1984; KIESER e PRESTON, 1984; TITLEY e BEDARD, 1986; ANDO e col., 1986; ALBERT e col., 1988; PILOT, 1988;

MARTIN-IVERSON e col., 1999; NIENDORFF e JONES, 2000; ARANTES e col., 2001; RIGONATTO e col., 2001; HARRISSON, 2003; BITTENCOURT e col., 2005).

No Brasil, embora avanços significativos sejam observados com a atual Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (FUNASA, 2000), especialmente com relação ao acesso a serviços de atenção primária e imunização, os grupos indígenas continuam vítimas de desigualdades sociais e étnico-culturais que se refletem nos perfis de saúde-doença dessas populações, inclusive em saúde bucal. Ainda não existem disponíveis estudos oficiais de avaliação do impacto das práticas de saúde bucal implementadas para estes povos a partir do ano 2000.

Segundo Arantes (2003) e de acordo com as diretrizes para atenção à saúde bucal nos DSEI a FUNASA não pretende, até o momento, planejar e executar um levantamento epidemiológico nacional de saúde bucal enfocando os povos indígenas. Os dados devem ser coletados "na rotina dos serviços, através de formulários e processos padronizados para aplicação de indicadores de avaliação do programa odontológico" (OLIVEIRA-SÁ, 2000⁵¹; citado por ARANTES, 2003, p.66). Conforme enfatiza Arantes (2003) essa é uma questão importante a ser considerada pois a rotina dos serviços não possibilita um conhecimento adequado das realidades epidemiológicas de cada comunidade, já que o conjunto de indivíduos que buscam por atendimento não reflete as reais condições de saúde bucal da coletividade. Além disso, não constitui amostra representativa no que tange à idade, gênero, dentre outros atributos.

A ausência de base de dados oficiais com informações sócio-demográficas segundo etnia e dados epidemiológicos confiáveis sobre as condições de saúde das populações indígenas, tem favorecido, segundo Coimbra Jr e Santos (2000), a invisibilidade demográfica e epidemiológica que mascaram as inter-relações entre desigualdades sociais, processo saúde-doença e raça-etnia. A possibilidade de evidenciar os contrastes e desigualdades através desses dados constitui-se em ferramenta potencialmente poderosa para municiar segmentos sociais marginalizados na busca de políticas e práticas que pressionem em direção a uma maior equidade em saúde (COIMBRA JR e SANTOS, 2000).

⁵¹ Oliveira-Sá EM. O quadro epidemiológico em saúde bucal dos povos indígenas. Brasília: Departamento de Saúde Indígena (Desai)/FUNASA. 2000 [Mimeo].

Pesquisas sobre os efeitos de desigualdades sociais em saúde, no Brasil, em sua maioria, tendem a privilegiar a análise da composição socioeconômica como um dos elementos centrais de seus modelos explicativos. Não há uma produção sistemática acerca do peso da dimensão étnico-racial na expressão diferenciada dos agravos à saúde (COIMBRA JR e SANTOS, 2000), embora diferenças de acesso a serviços e a tipos de tratamento em saúde bucal conforme etnia, no Brasil, já tenham sido evidenciadas por Frazão e col. (2003).

As primeiras alterações na prevalência de cárie, documentadas por Hardwick⁵² (1969) e Moore & Corbet⁵³ (1971), citados por RENSON (1989), evidenciaram que o século XVII representou um período de grandes mudanças no perfil da doença. A importação da cana-de-açúcar determinou o aumento substancial da cárie em países onde as indústrias de açúcar e modernos moinhos de trigo se estabeleceram. Essas mudanças, associadas ao baixo custo do açúcar, favoreceram um considerável aumento na proporção de cárie no século XVII quando comparada com o início do período saxão (p. 382-3). Duas outras mudanças políticas, ocorridas na Inglaterra na metade do século XIX, conduziram a um novo impulso para o aumento na prevalência de cárie, o qual não se estabilizou por cem anos. A revogação das Leis do Milho, em 1846, provocou um rápido aumento na importação de trigo da América do Norte. Enquanto isso, os impostos sobre o açúcar foram sendo reduzidos, até sua total remoção em 1875, conduzindo a um aumento de consumo de açúcar de 4,5 para 9, e para 41 kg por pessoa/ano no final desse século (RENSON, 1989).

Através destes exemplos, pode-se observar como definições políticas podem provocar efeitos sobre os níveis de doenças bucais e, eventualmente, sobre a definição das necessidades de recursos profissionais para tratar as doenças - as taxas de cárie na Inglaterra aumentaram, mais dentistas foram necessários, e a odontologia começou a ser reconhecida como uma profissão respeitável desde então (RENSON, 1989).

Segundo dados da OMS, nos países industrializados a cárie aumentou de médias CPOD em torno de 2,0 principalmente a partir do final da segunda guerra mundial,

⁵² Hardwick JL. The incidence and distribution of caries throughout the ages in relation to the Englishman's diet. *Br Dent J.* 1969; 108: 9-12.

⁵³ Moore WJ, Corbett ME. The distribution of dental caries in ancient British populations. I. Anglo-Saxon period. *Caries Res.* 1971; 5: 151-68.

alcançando níveis CPOD entre 12 e 15, até a década de 1970, quando começou a mostrar sinais de diminuição em crianças. Nos países em desenvolvimento, a prevalência de cárie se manteve baixa até por volta de 1950, quando começou a aumentar, provavelmente associado ao maior consumo de açúcar pelas populações, mantendo esta tendência até o início da década de 1980 (PILOT, 1988; RENSON, 1989).

O declínio observado na prevalência e severidade da cárie em países industrializados e em desenvolvimento, nas três últimas décadas, vem sendo principalmente associado à ampliação do acesso coletivo das populações ao flúor, seja através da água de abastecimento público, seja através do uso de cremes dentifrícios (NADANOVSKY e SHEIHAM, 1995; NADANOVSKY 2000; FREYSLEBEN e col., 2000; NARVAI e col., 2000a, 2006; PETERSEN, 2003; BÖNECKER e CLEATON-JONES, 2003; GOMES e col., 2004; GUSHI, 2005; MARTINS e col., 2006). Outras razões que têm sido associadas a essas alterações incluem: mudanças nos critérios diagnósticos, serviços preventivos e restauradores, mudanças no consumo de açúcar, uso de antibióticos, e o impacto de fatores sociais (NADANOVSKI, 2000; BÖNECKER e CLEATON-JONES, 2003), como nível de renda e de escolaridade (NARVAI e col., 2006).

Acredita-se que serviços odontológicos desenvolvidos em clínicas odontológicas particulares não têm interferido no declínio de cárie observado (HOLLAWAY, 1977; NADANOVSKY e SHEIHAM, 1995; SHEIHAM, 1997). Narvai e col. (2006), estudando a evolução da experiência de cárie em escolares brasileiros de 1986 a 2003, observaram que embora tenha ocorrido um expressivo declínio na experiência de cárie entre os escolares brasileiros, permanece inalterado o padrão da composição do índice CPOD. A ampliação da cobertura de serviços odontológicos, decorrente da descentralização do sistema de saúde brasileiro e dos investimentos no setor, a duplicação do número de dentistas para cada 10 mil habitantes (de 5 para 10) no período, bem como a maior disponibilidade de recursos odontológicos privados para a sociedade, não foram suficientes para alterar significativamente o padrão da composição do índice CPOD, que mantém elevados níveis para o componente "C" (cariados), caracterizando como iníquo o declínio dos valores CPOD entre os escolares brasileiros.

Apesar dessas tendências, as doenças bucais foram reconhecidas no relatório da OMS, de 2003 (PETERSEN, 2003), como grandes problemas de saúde pública em função de sua alta prevalência e incidência em todas as regiões do mundo, e como para todas as doenças, a maior proporção das doenças bucais se encontra em populações economicamente desfavorecidas e socialmente excluídas. O grave impacto em termos de dor e sofrimento, prejuízo funcional e efeito na qualidade de vida foram considerados.

Segundo relatório recente da OMS (PETERSEN, 2003), a cárie dentária é ainda o maior problema de saúde bucal em muitos países industrializados, afetando entre 60% e 90% de escolares e a grande maioria de adultos. É também a doença bucal mais prevalente em diversos países da Ásia e América Latina, mas é menos comum e severa em muitos países da África. Aos 12 anos, a média da experiência de cárie de crianças africanas pelo índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPOD) é de 1,6 - enquanto que nas Américas corresponde a 3,6 e, na Europa a 2,6. Face às mudanças nas condições de vida, entretanto, espera-se que a incidência de cárie aumente em muitos países em desenvolvimento na África, principalmente como resultados do aumento no consumo de açúcar e inadequada exposição a fluoretos.

Outra tendência mundial que tem sido evidenciada refere-se às diferenças na prevalência de doenças periodontais avançadas, entre países industrializados e em desenvolvimento, as quais não são tão marcantes e dramáticas como anteriormente se imaginava. Mudanças ocorridas nos conceitos de evolução das doenças periodontais a partir da década de 1980, demonstraram que a associação entre gengivite e doença periodontal, na perspectiva de evolução de doença crônica infecciosa, que levaria à formação de bolsas evoluindo para inevitáveis perdas dentais a partir de idades em torno de 40 anos, não representa uma verdade. Na maioria dos grupos etários mais jovens a gengivite é um fenômeno comum, porém, estágios avançados de destruição periodontal não são tão frequentes como se imaginava. O progresso das doenças periodontais tem se mostrado lento e compatível com a retenção da dentição natural, de maneira funcional, até pelo menos a idade de 50 anos. Dentes perdidos por problemas periodontais na faixa etária de 35 a 44 anos também não são tão frequentes como se pensava (PILOT, 1988).

Embora os problemas periodontais continuem representando um problema de considerável magnitude e importância, o panorama da saúde periodontal em populações é melhor do que nunca, levando a um maior otimismo com relação às chances para a dentição natural funcional durante a vida (PILOT, 1988). As principais diferenças observadas nas doenças periodontais entre países industrializados e em desenvolvimento parecem estar mais associadas à higiene oral, melhor em países desenvolvidos (RENSON, 1989).

Dessa forma, desde que sejam asseguradas condições de acesso a informação, a produtos de higiene bucal e flúor, os benefícios que essas medidas trazem para a saúde bucal incluem melhores perspectivas também com relação às doenças periodontais, favorecendo a manutenção da dentição natural ao longo da vida. Populações que, no entanto, continuam sem acesso aos benefícios citados, se mantêm vulneráveis tanto à cárie como aos problemas periodontais.

Segundo o relatório da OMS de 2003 (PETERSEN, 2003), em muitos países industrializados tem havido uma tendência de redução na perda dentária entre adultos em anos recentes, enquanto que em muitos países em desenvolvimento, o acesso a serviços de saúde bucal continua limitado e os dentes permanecem geralmente sem tratamento, ou são extraídos, por causa de dor ou desconforto. Por todo o mundo, a perda dentária é ainda vista por muitas pessoas como uma consequência natural da idade.

O quadro de prevalência de edentulismo em idosos (acima de 64 anos), no mundo, publicado pela OMS em 2003 (PETERSEN, 2003), demonstra que nessa faixa etária o edentulismo varia, em média, de 14% a 27% em países industrializados, chegando, porém, a níveis bastante altos em outros países, como Canadá -58%, Albânia - 69%, Malásia - 57% e Bósnia 78%.

Se, por um lado, a falta de acesso a serviços de saúde bucal é determinante de maior perda dentária, por outro, também a assistência odontológica vem sendo apontada como determinante de perdas dentais, na forma como está historicamente organizada dentro do modelo biomédico curativista. Nesta perspectiva, os dentes representam a única parte do corpo que necessita de intervenções desde a infância até a senilidade, e o resultado é que as pessoas acabam perdendo muitos de seus dentes, após várias trocas de restaurações que vão crescendo em tamanho e em

complexidade (SHEIHAM, 2001). Estudos têm demonstrado que pessoas que vão mais assiduamente ao dentista possuem um índice CPOD mais alto do que os que só procuram o profissional por causa de algum problema (SHEIHAM, 1995).

O modelo biomédico curativista enfatiza as soluções tecnológicas para os problemas dentais; retira a atenção e os recursos das causas das doenças e dos métodos efetivos de prevenção e foca o debate na disponibilidade do *cuidado odontológico* (grifo nosso), quando este deveria ser em torno da prevenção e da equidade de acesso a um *efetivo cuidado à saúde dental* (grifo nosso). Assim, além de não contribuir efetivamente para a diminuição da incidência de cárie dentária, tal modelo tem se mostrado iatrogênico e, quando muito, paliativo; é ineficiente, inefetivo e de alto custo (SHEIHAM, 2001). Além disso, a mera existência ou acesso a serviços de saúde não resolve automaticamente os desequilíbrios na distribuição da saúde.

O principal problema do enfoque biomédico tradicional na saúde bucal é que, embora os recursos para prevenção sejam conhecidos, eficazes e de baixo custo, existe resistência dos dentistas para a prevenção das doenças bucais, por um lado e, por outro, falta de interesse em atacar as causas imediatas das doenças bucais, que são a dieta e a sociedade, e as causas subjacentes, evitando confrontar-se com problemas socioeconômicos e com a distribuição desigual do poder e dos recursos. Além disso, neste modelo, são os dentistas que definem as necessidades da população, e o que deve ser feito pelos 'pacientes' para a obtenção da saúde, inviabilizando a participação individual e comunitária na definição de prioridades em saúde e reforçando o sentimento de inferioridade e passividade diante do modelo de saúde que exercem (SHEIHAM, 1995).

Outras importantes barreiras que vêm sendo citadas relacionadas à dificuldade para se desenvolver um serviço de atenção em saúde bucal dentro do enfoque da atenção primária de saúde, referem-se à falta de recursos de diversas naturezas, localização das comunidades, barreiras culturais e limitações de apoio institucional (PASCAL e BIRMINGHAM, 1995).

Embora o flúor seja o principal elemento relacionado à prevenção da cárie, os principais fatores condicionantes das mudanças observadas na prevalência de cárie e doenças periodontais mundialmente são, ao que parece, prioritariamente, políticos, já

que é a partir das relações de interesses - pessoais, profissionais e institucionais, que se estabelecem ao redor dos recursos e poder envolvidos com essas políticas, que se definem as intervenções e o destino do financiamento existente para as práticas de saúde.

Segundo Sheiham (2001) as possibilidades de transformação nas condições de saúde de populações vulneráveis, como são os grupos nativos de diversas partes do mundo, devem ser vistas, portanto, no contexto das mudanças que vêm ocorrendo na economia e na produção do cuidado à saúde no mundo, e devem priorizar a abordagem da saúde, ao contrário do histórico enfoque que privilegia a doença, na definição das prioridades de intervenção. As estratégias apontadas pelo autor para a promoção de saúde bucal nesta perspectiva baseiam-se, de uma maneira geral, nas propostas da 'Atenção Primária de Saúde' (OMS/UNICEF, 1979), e na ampliação do enfoque inter-setorial. Dentre as principais recomendações, destaca-se a indicação de 'utilização de pessoal e tecnologia apropriados', já que a maior parte dos procedimentos de prevenção e controle para as doenças bucais mais prevalentes pode ser realizada por pessoal auxiliar; a redução no número de dentistas e a adequação de sua atuação para 'se tornarem especialistas em diagnóstico e terapêutica, dirigidos a técnicas avançadas em Odontologia', e no encorajamento às práticas preventivas e de controle das doenças baseadas em conhecimentos cientificamente comprovados, eficazes e eficientes (SHEIHAM, 2001).



Foto 16 - Homens adultos jovens sem dentes - 1



Foto 17 - Homens adultos jovens sem dentes - 2



Foto 18 - Homens adultos jovens com próteses

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*"A consciência não pode nunca ser outra coisa senão o ser consciente,
o ser dos homens em seu processo de vida real"
(Karl Marx- In: A Ideologia Alemã, 1984)*

As alterações observadas na saúde bucal do povo Enawene-Nawe no período 1995-2005 foram obtidas a partir das práticas, posturas e princípios adotados como base para o trabalho, a nível populacional, profissional e institucional.

As práticas privilegiaram uma mudança no enfoque adotado com relação à abordagem do trabalho em saúde-doença, direcionando o foco da ação, da doença para a saúde, sem perder de vista, no entanto, a necessidade de controle desta para o alcance da primeira.

A mudança do enfoque "clínico", prioritariamente assistencial/curativo e individual deu-se, não a favor de um enfoque basicamente "sanitário" preventivista apenas, mas sim, de práticas de saúde baseadas em escolhas e compromissos das partes envolvidas com o trabalho em saúde.

O envolvimento comunitário com a definição de prioridades e sua participação nas ações em saúde bucal, através de agentes de saúde, se constituíram em bases de legitimidade para as práticas adotadas. A consolidação da confiança e participação, no entanto, se deu através da relação profissional-comunidade, criada a partir da proposta de trabalho-convivência inicialmente colocada pela instituição indigenista envolvida. A relação criada a partir deste tipo de convivência favoreceu a troca de diferentes saberes, posturas e anseios, permitindo a ampliação do compromisso e cumplicidade de ambas as partes para com as alterações em saúde desejadas.

O trabalho se desenvolveu em meio à receptividade do povo Enawene-Nawe para com o "outro", já que com potencial de lhes auxiliar nas mudanças pretendidas, porém, em meio, também, a várias situações de conflito e contradições, inerentes à qualquer convivência, onde interagem sujeitos pessoais e institucionais, com motivações e interesses diversos associados ao trabalho em questão. A receptividade e o conflito, no entanto, embora aparentemente contrários, dialogaram, e atuaram

dialeticamente no sentido das superações necessárias aos objetivos comuns, e favorecendo o crescimento de todos os envolvidos no processo.

Paralelamente à convivência com a comunidade e sua participação nos processos de seu interesse, outro importante eixo que orientou a definição das melhorias em saúde bucal observadas esteve representado pela adoção de 'tecnologias' em saúde cientificamente comprovadas, e coerentes com os princípios da Atenção Primária de Saúde: estratégias simples, cientificamente eficazes, adaptáveis ao contexto local e cultural, de baixo custo, de acesso universal e com potencial para trazer benefícios a toda a comunidade, se mostraram efetivas para mudar o perfil epidemiológico e de qualidade de vida da população estudada.

A melhoria da saúde bucal de grupos vulneráveis como os povos indígenas, dessa maneira, passa por algo mais do que a simples existência de políticas oficiais de saúde, de serviços curativos e emergenciais, infra-estrutura, técnicas e materiais para atendimento às populações pois, o acesso que fica garantido à atenção em saúde bucal nessas condições não corresponde, efetivamente, às melhorias em saúde bucal almejadas. É necessário, antes de tudo, mudar a percepção, o compromisso e a atitude dos planejadores e profissionais, com a proposta. A perspectiva de 'profissional-paciente', por exemplo, deve caminhar no sentido da interação de sujeitos (individuais ou comunitários) que dialoguem e se posicionem, criando, juntos, as soluções para os problemas.

As divergências que possam existir com relação à formação de agentes indígenas de saúde bucal devem ser superadas, como indicado por Sheiham (2001), no sentido de favorecer a formação e incorporação de pessoal auxiliar nas ações de prevenção e controle das doenças bucais mais prevalentes e de sua atuação em promoção de saúde junto às suas comunidades. Afinal, mais do que os cuidados curativos, são estas as ações que podem favorecer a manutenção da saúde bucal, principalmente de grupos populacionais que não têm acesso à água fluoretada. Mais: melhor do que a participação pontual de profissionais da odontologia atuando em contextos interculturais é contar com pessoas das próprias comunidades para o desenvolvimento dessas ações, planejadas em conjunto e, tecnicamente, supervisionadas pelos primeiros.

Uma recomendação que parece pertinente a este caso é a necessidade de registros adequados em saúde bucal para acompanhamento das ações e a ampliação da metodologia de avaliação dos resultados - associação das abordagens quantitativa e qualitativa. Para avaliação do impacto de um programa de saúde bucal na comunidade não basta apenas a utilização de indicadores de produção e cobertura. A interação com a comunidade e a valorização de sua participação nas ações em saúde podem fornecer outros indicadores, de natureza qualitativa, de igual valia para análise do impacto dessas práticas. A expressão de alegria que se pode observar nos rostos das pessoas com quem se atua ao comentarem "eu não sinto mais dor" ou "agora eu estou bonito novamente" (comentários frequentes durante o cotidiano de atendimentos na aldeia), contêm informações que precisam ser igualmente valorizadas, numa perspectiva verdadeiramente científica. Imagens como as que aparecem nas fotos 16 a 18, são indicadores qualitativos indispensáveis em processos avaliativos mais abrangentes. (Fotos 16 a 18).

As alterações nas condições de saúde bucal observadas para o povo Enawene-Nawe foram possíveis a partir desta rica experiência de atuação junto ao grupo. Porém, não devem ser entendidas como derivadas e possíveis apenas a partir do desejo e empenho da profissional e da instituição diretamente envolvidas com o trabalho.

Mudanças no perfil e nas práticas de saúde junto a diferentes grupos populacionais envolvem questões e interesses políticos, econômicos, socioculturais e profissionais que devem ser equacionados em diferentes setores e níveis para serem obtidas. Porém, é somente a partir do respeito ao princípio da equidade de acesso ao direito universal à vida e saúde para todos os grupos populacionais que mudanças duradouras podem ser edificadas.

REFERÊNCIAS

Albert RJ, Cantin RY, Cross HG, Castaldi CR. Nursing caries in the Inuit children of the Keewatin. *J Can Dent Assoc.* 1988; 54: 751-8.

Almeida NB, Oliveira BH. Cimento de ionômero de vidro como selante oclusal: quando e como utilizá-lo. *J Bras Odontopediatr Odontol Bebe.* mai.-jun. 2002; 25: 246-50.

Ando T, Hirata Jm, Mori M, Ribeiro FC, Rigonatto DDL. Atuação odontológica no Parque Indígena do Xingu - dados de 5 anos de prevenção de cárie com aplicação de flúor-gel. *Enciclopédia Bras Odont.* 1986; 4: 597-608.

Antunes JLF, Pegoretti T, Andrade FP, Junqueira SR, Frazão P, Narvai PC. Ethnic disparities in the prevalence of dental caries and restorative dental treatment in Brazilian children. *Int Dent J.* 2003; 53: 7-12.

Antunes JLF, Peres MA, Mello TRC. Determinantes individuais e contextuais da necessidade de tratamento odontológico na dentição decídua no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2006; 11 (1): 79-87.

Arantes R. Saúde bucal de uma comunidade indígena Xavante do Brasil Central: uma abordagem epidemiológica e bio-antropológica [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr CEA. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública.* mar/abr 2001; 17(2): 375-384.

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.

Avila Curiel B. Primary health or disease care? A challenge for the beginning of the next century. In: Mautsch W, Sheiham A. (editors). *Promoting Oral Health in Deprived Communities.* Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p. 111-17.

Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p. 117-140.

Baines SG. Tendências Recentes na Política Indigenista no Brasil, na Austrália e no Canadá. Departamento de Antropologia / Universidade de Brasília, 1997. (Série Antropologia, nº 224).

Bastos JRM, Silva PA, Olympio KPK, Bardal PAP. Uso de selantes em programas odontológicos públicos e privados. RGO (Porto Alegre). abr.-jun. 2003; 51(2): 83-86.

Bigio ES. Linhas telegráficas e integração de povos indígenas: as estratégias políticas de Rondon (1889-1930). [dissertação de mestrado]. Brasília: Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília; 1996.

Bittencourt M, Toledo ME, Argentino S, Oliveira LSS. Acre, Rio Negro e Xingu: A formação indígena para o trabalho em saúde. São Paulo: Saúde Sem Limites; 2005. Acre: o trabalho (capítulo II); p. 38-46.

Bönecker M, Cleaton-Jones P. Trends in dental caries in Latin American and Caribbean 5-6 and 11-13-year-old children: a systematic review. Community Dent Oral Epidemiol. 2003; 31 (2): 152-7.

Bönecker M. Dental Caries: an Epidemiological Approach. In: Sheiham A, Bönecker M, organizers. Promoting Children's Oral Health. São Paulo: Quintessence; 2006. p. 13-28.

Brasil, Ministério da Saúde. I Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1986.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde/SNAS. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.

Brasil, Ministério da Saúde. II Conferência Nacional de Saúde dos Povos Indígenas. Relatório Final. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1993.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília; 2001.

Brasil. Portaria/MS-GM nº 254, de 31 de janeiro de 2002, Art. 1.

Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Projeto SB Brasil 2003 - condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: MS-CNSB; 2004.

Busatto ILV. Os Enawene-Nawe: contato e indigenismo. In: Estudo das Potencialidades e do Manejo dos Recursos Naturais na Área Indígena Enawene-Nawe. Cuiabá; 1995. [Relatório Operação Anchieta –Centro de Estudos e Pesquisas do Pantanal, Amazônia e Cerrado – OPAN/GERA-UFMT].

- Buss PM. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceito, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-38.
- Caplan DJ, Weintraub JA. The oral health burden in the United States: a summary of recent epidemiologic studies. *J Dent Educ.* 1993; 57(12): 853-62.
- Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 55-77.
- Carlos JP, Gittelsohn AM. Longitudinal studies of the natural history of caries. *Arch Oral Biol.* 1965; 10: 739-51.
- Castiel LD. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 79-96.
- Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2000; 5(1): 125-132.
- Condon M. Community involvement in oral health programmes - a Botswana case study. In: Mautsch W, Sheiham A, editors. *Promoting Oral Health in Deprived Communities.* Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p.239-49.
- Confalonieri UEC. Perfis epidemiológicos. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1993. Saúde de populações indígenas - uma introdução para profissionais de saúde (Capítulo 2); 15-26.
- Confalonieri UEC. A Assistência Médico-Sanitária. In: Confalonieri UEC, coordenador. Saúde de populações indígenas: uma introdução para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ; 1993. p. 35-43.
- Conrado CA, Ramos LVT, Versani MC. Uma revisão bibliográfica analítica sobre o emprego dos selantes em odontologia. *Rev Odonto Ciênc.* dez. 1997. 12 (24): 221-43.
- Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde. Noel Nutels e o serviço de Unidades Sanitárias Aéreas. *Cad. Saúde Pública.* 1987; 4(3): p. 388-401.
- Cozzolino LFF. Viagem à área Salumã - população Enawene-Nawe. Relatório de Odontologia. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; ago 1995.
- Creanor SL, Carruthers LMC, Saunders WP, Strang R, Foye RH. Fluoride uptake and release characteristics of glass ionomer cements. *Caries Res.* 1994; 28: 322-8.
- Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. Apresentação; p.9-14.

Davies MJ, Spencer AJ, Westwater A, Simmons B. Dental caries among Australian Aboriginal, non-Aboriginal Australian-born, and overseas-born children. WHO Bulletin OMS. 1997; 75(3): 197-203.

Detogni AM. De volta às origens. Rev ABO Nac. jun/jul 1994; 2(3):138-48.

Detogni AM. Relatório final da situação de saúde bucal do grupo indígena Enawene-Nawe, MT e proposta para um programa de saúde bucal para essa população. Cuiabá-MT: PNUD/PRODEAGRO; 1995.

Detogni AM. Programa de Atenção à Saúde Bucal para o Povo Indígena Enawene-Nawe. Avaliação de três anos de atividades – 1999/2002. Cuiabá-MT; 2002.

Dickson M. Oral Health Promotion. In: Mautsch W, Sheiham A, editors. Promoting Oral Health in Deprived Communities. Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p.175-86.

Edelstein BL. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. Ambul Pediatr. 2002 Mar-Apr ; 2(2 Suppl):141-7.

Edward SJ. How the Maori community sees the dental-care system. New Zealand Dent J. 1992; 88: 128-31.

Espínola CV. O sistema médico Waimiri-Atroari: concepções e práticas. [dissertação de mestrado]. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina; 1995.

Evangelista CAV. Direitos Indígenas: o debate na Constituinte de 1988. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ; 2004.

Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo (FSP-USP)/ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP). Levantamento das Condições de Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1998. Caderno de Instruções. São Paulo; 1998.

FDI/OMS - Federação Dentária Internacional/Organização Mundial de Saúde. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J. 1982; 23: 74-7.

FDI/OMS. Federação Dentária Internacional/Organização Mundial de Saúde. 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva. Umea, Suécia, 3-5 set. 1993.

Feldens CA. Cárie oclusal: diagnóstico, prevenção e tratamento. J Bras Odontopediatr Odontol Bebê. out.-dez. 1998; 1 (4): 56-61.

Ferjerskov O, Baleum V, Manji F, Moller IJ. Fluorose Dentária: um manual para profissionais da saúde. São Paulo: Santos; 1994.

Ferreira JB, Buss PM. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília; 2001. p. 7-14.

Frazão P, Narvai PC, Latorre MRDO, Castellanos RA. Prevalência de oclusopatia na dentição decídua e permanente na cidade de São Paulo, Brasil, 1996. *Cad Saúde Pública*. set.-out. 2002; 18 (5): 1197-1205.

Frazão P, Antunes JLF, Narvai PC. Perda dentária precoce em adultos de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2003; 6 (1): 49-57.

Frencken JE, Makoni F, Sithole WD. Atraumatic restorative treatment and glass-ionomer sealants in a school oral health programme in Zimbabwe: evaluation after one year. *Caries Res.* 1996; 30:428-33.

Frencken JE, Makoni F, Sithole WD. ART restorations and glass-ionomer sealants in Zimbabwe: survival after 3 years. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1998; 26: 372-81.

Frencken JE, Holmgren CJ. How effective is ART in the management of dental caries? *Community Dent Oral Epidemiol.* 1999; 27: 423-30.

Frencken JE, Holmgren CJ. Tratamento restaurador atraumático (ART) para a cárie dentária. São Paulo: Santos; 2001.

Freysleben GR, Peres MAA, Marcenes W. Prevalência de cárie e CPOD médio em escolares de 12 e 13 anos de idade nos anos 1971 e 1997, região sul, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2000; 34: 304-8.

FSP-USP. Levantamento das Condições de Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1998. Caderno de Instruções. São Paulo; Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: 1998.

Garnelo L, Macedo G, Brandão LC. Os povos indígenas e a construção das políticas de saúde no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2003.

Golfe OL. Antônio Gramsci: uma alternativa para o marxismo [artigo na internet] [acesso em 13/03/2007] Disponível em <http://www.rubedo.psc.br/Artigos/gramsalt.htm>

Gomes PR, Costa SC, Cypriano S, Sousa MLR. Paulínia, São Paulo, Brasil: situação da cárie dentária com relação às metas OMS 2000 e 2010. *Cad Saúde Públ.* mai.-jun. 2004; 20 (3): 866-70.

Grim CW, Broderick EB, Jasper B, Phipps KR. A comparison of dental caries experience in Native American and Caucasian children in Oklahoma. *J Public Health Dent.* 1994; 54(4): 220-7.

Gruebbel AO. A measurement of dental caries prevalence and treatment service for deciduous teeth. *J Dent Res.* 1944; 22(3): 163-8.

Guerra MAA. Treinamento de monitores indígenas de saúde bucal: uma experiência de trabalho com os Ticunas. *Saúde em Debate.* jan. 1988; Ed. especial: 42-4.

Gushi LL, Soares MC, Forni TIB, Vieira V, Wada RS, Sousa MLR. Cárie dentária em adolescentes de 15 a 19 anos de idade no Estado de São Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Públ.* set-out. 2005; 21 (5): 1383-91.

Haas NAT, Alves MU, Valença AMG. Selantes: uma retrospectiva a respeito de sua utilização desde seu surgimento até os dias atuais. *Rev Bras Odontol.* mar.-abr. 2001; 58 (2): 92-4.

Hara AT, Moraes PMR, Serra, MC. Alternativas para o tratamento da cárie radicular. *Rev Bras Odontol.* set.-out. 1999; 56 (5): 229-33.

Harrison RL, Davis DW. Caries experience of Native children of British Columbia, Canada, 1980-1988. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993; 21: 102-7.

Harrison R. Oral Health promotion for high-risk children: case studies from British Columbia. *J Can Dent Assoc.* 2003; 69(5): 292-6.

Hirata JM, Bergamaschi O, Oliveira A, Lazaro A, Martins C, Bosco L, Ando T. Estudo de prevalência de cárie em crianças indígenas do Parque Nacional do Xingu. *Rev Fac Odont S Paulo.* jul/dez. 1977; 15(2): 189-98.

Hollaway PJ. The success of restorative dentistry? *Int Dent J.* 1975; 25: 26-30.

Holmgren CJ, Pilot T. Discussion from the symposium 'Minimal intervention techniques for caries'. *J Public Health Dent.* 1996; 56: 161-3.

Hopcraft MS, Morgan MV. Pattern of dental caries experience on tooth surfaces in an adult population. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34: 174-83.

Horowitz HS. Evaluation of self-administered prophylaxis and supervised toothbrushing with acidulated phosphate fluoride. *Caries Res.* 1974 Feb.; 8 (1): 39-51.

Iyda M. Saúde Bucal: uma prática social. In: Botazzo C, Freitas TSF, organizadores. *Ciências sociais e saúde bucal: questões e perspectivas.* Bauru-SP: EDUSC / São Paulo-SP: UNESP; 1998. 127-139.

ISA - Instituto Sócio Ambiental. *Organizações Indígenas - Povos Indígenas no Brasil* [homepage na internet]. São Paulo: Instituto Sócio Ambiental; 2005a [acesso em 18 ago 2005]. Disponível em

<<http://www.socioambiental.org/pib/portugues/quonqua/qqindex.shtm> >

ISA - Instituto Sócio Ambiental. Políticas Indigenistas :: Povos Indígenas no Brasil [homepage na internet]. São Paulo: Instituto Sócio Ambiental; 2005b [atualizado em 20 jul 2005; acesso em 01 ago 2005]. Disponível em <<http://www.socioambiental.org/pib/portugues/indenos/polit.shtm> >

ISA - Instituto Sócio Ambiental. Organizações Indígenas :: Povos Indígenas no Brasil [homepage na internet]. São Paulo: Instituto Sócio Ambiental; 2005c [atualizado em 26 ago 2005; acesso em 18 ago 2005]. Disponível em <<http://www.socioambiental.org/pib/portugues/org/index.shtm> >

Ismail AI. Reaction paper: Minimal intervention techniques for dental caries. *J Public Health Dent*. 1996; 56: 155-60.

Jakubaszko A. Imagens da alteridade: um estudo da experiência histórica dos *Enawene-Nawe*. [dissertação de mestrado]. São Paulo; Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2003

Jamieson LM, Armifield JM, Roberts-Thomson KF. Oral health inequalities among indigenous and nonindigenous children in the Northern Territory of Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2006 Aug.; 34 (4): 267-76.

Jones CM, Tinanoff N, Edelstein BL, Schneider DA, De Berry-Sumner B, Kanda MB, Brocato RJ, Blum-Kemelor D, Mitchell P. Creating patternships for improving oral health of low-income children. *J Public Health Dent*. Summer 2000; 60 (3): 193-6.

Jones S, Burt BA, Petersen PE, Lennon MA. The effective use of fluorides in public health. *Bulletin of the World Health Organization*. 2005 Sep.; 83 (9): 670-6.

Kamiliot N. From the Dental Workshop to the Health Cooperative - A Community Health Scheme in Waslala, Nicaragua. In: Mautsch W, Sheiham A, editors. *Promoting Oral Health in Deprived Communities*. Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p. 373-88.

Keunecke AM. Relatório de atendimento odontológico aos Enawene-Nawe. Cuiabá; OPAN: 1988.

Klein H, Palmer CE. Dental caries in American Indian children. *Public Health Bulletin*. 1937 Dec.; N° 239.

Klein H, Palmer CE, Knutson W. Dental Status and Dental needs os elementary school children. *Public Health Reports*. 1938 May; 53: 751-65.

Langdon EJ, Diehl EE, Wiik FB, Dias-Scopel RP. A participação dos agentes indígenas de saúde nos serviços de atenção à saúde: a experiência de Santa Catarina, Brasil. *Cad Saúde Pública*, dez. 2006; 22 (12): 2637-46.

Laranjeira, SG. Escritos Urbanos. Sociologias. 2000; 4: 352-357.

Lima YBO, Cury JA. Ingestão de flúor por crianças pela água e dentifrício. Rev Saúde Pública. 2001; 35 (6): 576-81.

Lins SA, Bianchi H, Nagem Filho H, Araújo PA, Valera RC. Atividade antimicrobiana de materiais restauradores e selantes. RGO (Porto Alegre). jan.-mar. 2005; 53 (1): 23-6.

Macek MD, Beltran-Aguilar ED, Lockwood SA, Malvitz DM. Update comparison of the caries susceptibility of various morphological types of permanent teeth. J Public Health Dent. 2003; 63: 174-82.

Magno S. Impacto das atividades protéticas realizadas nas comunidades indígenas do rio Papuri sobre sua percepção de qualidade de vida [monografia de especialização]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2003.

Maia LC, Souza IP, Cury JA. Effect of a combination of fluoride dentifrice and varnish on enamel surface rehardening and fluoride uptake *in vitro*. Eur J Oral Sci. 2003 Feb.; 111 (1): 68-72.

Malinowski, B. Argonautas do Pacífico Ocidental. São Paulo, Abril Cultural; 1998 [1922]. (Os Pensadores).

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006a. Oxford: Update Software.

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride varnishes for preventing dental caries in children and adolescents. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006b. Oxford: Update Software.

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006c. Oxford; Update Software.

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels or varnishes) for preventing dental caries in children and adolescents. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006d. Oxford: Update Software.

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. One topical fluoride (toothpastes, or mouthrinses, or gels, or varnishes) versus another for preventing dental caries in children and adolescents. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006e. Oxford: Update Software.

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Combinations of topical fluoride (toothpastes, mouthrinses, gels, varnishes) versus single topical fluoride for preventing dental caries in children and adolescents. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006f. Oxford: Update Software.

Marques IMSF. A Política de Atenção à Saúde Indígena: Implementação do Distrito Sanitário Especial Indígena de Cuiabá – Mato Grosso. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 2003.

Martin-Iverson N, Phatouros A, Tennant M. A brief review of indigenous Australian health as it impacts on oral health. *Austr Dent J.* 1999; 44(2): 88-92.

Martins RJ, Garbin CAS, Garbin AJI, Moimaz SAS, Saliba O. Declínio de cárie em um município da região noroeste do Estado de São paulo, Brasil, no período de 1998 a 2004. *Cad. Saúde Pública.* mai. 2006; 22 (5): 1035-41.

Mautsch W, Sheiham A. Promoting Oral Health in Deprived Communities. Berlin; The Oral Health Alliance: 1995a. Introduction; p. 13-9.

Mendes-Gonçalves RB. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas. In: Czeresnia D, organizadora. *Epidemiologia – teoria e método.* Rio de Janeiro: ABRASCO; 1990. 39-86.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. *Cadernos CEFOR. Série Textos nº 1.* São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde; 1992.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1994.

Mendonça SBM. Poder e liberdade: as sociedades indígenas e a sociedade nacional. São Paulo; 1994. [Material produzido durante mestrado em Antropologia na PUC-SP].

Meurman JH. Fissure sealing in occlusal caries prevention. *Clinical and experimental studies.* *Proc Finn Dent Soc.* 1977; 73 (Suppl VIII): 7-45.

Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.* 9ª ed. Petrópolis-RJ; 1993. p.9-29.

Minayo MCS & Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cad. Saúde Públ.* jul./set. 1993; 9 (3): 239-262.

Minayo MCS. *Pesquisa qualitativa em saúde.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco; 1998.

MS/FUNASA (Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde). Política de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília, MS/FUNASA; 2000.

MS/FUNASA (Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde). Diretrizes para Atenção à Saúde Bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas. Brasília, MS/FUNASA; 2004.

Muya RJ. Integration of Primary Oral Health Care into Primary Health care: Tanzania experience. In: Mautsch W, Sheiham A, editors. Promoting Oral Health in Deprived Communities. Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p. 447-52.

Nadanovsky P, Sheiham A. Relative contribution of dental services to the changes in caries levels of 12-year-old children in 18 industrialized countries in the 1970s and early 1980s. *Community Dent Oral Epidemiol.* Dec. 1995; 23(6): 331-9.

Nadanovsky P. O declínio da cárie. In: Pinto VG. Saúde bucal coletiva. 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000. p. 341-51.

Narvai PC. Odontologia e Saúde Bucal Coletiva. São Paulo: Hucitec; 1994. (Saúde em Debate 67).

Narvai PC, Castellanos RA, Frazão P. Prevalência de cárie em dentes permanentes de escolares do Município de São Paulo, SP, 1970-1996. *Rev Saúde Pública* 2000a; 34 (2): 196-200.

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2000b; 5 (2): 381-92.

Narvai PC, Biazevic MGH, Junqueira SR, Pontes ERCJ. Diagnóstico de cárie dentária: comparação dos resultados de três levantamentos epidemiológicos numa mesma população. *Rev Bras Epidemiol.* 2001; 4 (2): 72-80.

Narvai PC, Forni TIB, Junqueira SR, Cury JA, Castellanos RA, Soares MC. Uso de produtos fluorados conforme risco de cárie dentária: uma revisão crítica. *Rev APCD* 2002a; 56 (2): 101-7.

Narvai PC. Há metas em saúde bucal para 2010? *Jornal do site Odonto[jornal na internet].* São Paulo; 2002b [acesso em 28 dez. 2006]. Disponível em: www.jornaldosite.com.br/arquivo/anteriores/capel/artcapel51.htm

Narvai PC, Frazão P, Roncalli AG, Antunes JLF. Dental caries in Brazil: decline, polarization, inequality and social exclusion. *Rev Panam Salud Publica.* Jun. 2006; 19(6): 385-93.

Nemes MIB. Prática Programática em Saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Saúde do adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 48-65.

Niendorff W. [The oral health of Native Americans. A chart book of recent findings, trends and regional differences]. Native Health Research Database - Indian Health Service, Dental Field Support and Program Development Section. [Agency publication]. 1994 [acesso em 28 set 2006]; Albuquerque, New Mexico - United States. [Abstract 9702041] Disponível em:
http://hscapp.unm.edu/nhd/nhrd_search.cfm?ListArticle=1&ArtNum=9702041

Niendorff WJ, Jones CM. Prevalence and severity of dental caries among American Indians and Alaska Natives. *J Public Health Dent.* 2000; 60 (1 Suppl): 243-9.

Oliveira AGRC. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal no Brasil. In: Antunes JLF, Peres MA, editores. *Epidemiologia da saúde bucal.* São Paulo: Guanabara Koogan; 2006.

OMS (Organização Mundial de Saúde). *Sistemas Alternativos de Atención Bucodental.* Genebra, 1987; Série de Informes Técnicos n. 50.

OMS (Organização Mundial de Saúde). *Levantamento Epidemiológico Básico de Saúde Bucal: Manual de instruções.* 3ª ed. São Paulo: Santos Editora; 1991.

OMS (Organização Mundial de Saúde). 4º Congresso Mundial de Odontologia. Umea, Suécia, 3-5 Set. 1993. *Jornal da ABOPREV.* out./dez. 1993; 5.

OMS (Organização Mundial de Saúde). *Levantamentos básicos em saúde bucal.* 4ª ed. São Paulo: Santos Editora; 1999.

OMS/Unicef (Organização Mundial de Saúde / Fundo das Nações Unidas para a Infância). *Cuidados Primários de Saúde.* [Relatório da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde]. Alma-Ata-URSS, 6-12 set. 1978. Unicef-Brasil; 1979.

OPAN. *Relatório de atividades em saúde bucal.* Cuiabá; 1989.

O'Sullivan D, Champany R, Eberling S, Tetrev S, Tinanoff N. Dental caries prevalence and treatment among Navajo preschool children. *J Public Health Dent.* 1994; 54: 139-44.

Paiva SM, Cury JA. Dentifrício fluoretado e risco de fluorose dentária. *RPG Rev Pós Grad.* out./dez. 2001; 8 (4): 322-8.

Pascal CP, Birmingham, MR. Primary dental health care in Dominica- striving to achieve equity. In: Mautsch W, Sheiham A. (editors). *Promoting Oral Health in Deprived Communities.* Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p. 335-44.

Payares González C. ¿Es la práctica odontológica un trabajo social descontextualizado? *Rev. Cubana Estomatol.* jul.-dez. 1997; 34(2):96-102.

Peressini S, Leake JL, Mayhall JT, Maar M, Trudeau R. Prevalence of dental caries among 7- and 13-year-old first Nations children, District of Manitoulin, Ontario. *J Can Dent Assoc.* 2004 Jun.; 70(6): 382.

Petersen PE. The World Oral Health Report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2003; 31 (Suppl. 1): 3-24.

Phipps KR, Reifel N, Bothwell E. The oral health status, treatment needs, and dental utilization patterns of Native American elders. *J Public Health Dent.* 1991; 51: 228-33.

Phantumvanit P, Songpaisan Y, Pilot T, Frencken JE. Atraumatic Restorative Treatment (ART): a three year community field trial in Thailand – survival of one-surface restorations in the permanent dentition. *J. Public Health Dent.* 1996; 56: 141-5.

Phantumvanit P, Songpaisan Y, Frencken JE, Pilot T. Survival of ART sealant in 3-year community field trial. *J Dent Res.* 1998; 77: 2721.

Pilot T. Trends in oral health: a global perspective. *N Zeal D J.* 1988; 84: 40-5.

Pinto VG. *Saúde Bucal Coletiva.* 4ª ed. São Paulo: Santos; 2000.

Pose SB. Avaliação das condições de saúde bucal dos índios Xavante do Brasil Central. [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 1993.

Presson SM, Niendorff WJ, Martin RF. Tooth loss and need for extractions in American Indian and Native Alaska dental patients. *J Public Health Dent.* 2000; 60(1 Suppl):267-72.

Ramos AR. O Índio hiper-real. *Revista Brasileira de Ciências Sociais.* jun.1995; 28: 5-14, (ANPOCS – ano 10).

Ramos AR. *Projetos indigenistas no Brasil independente. Série Antropologia n° 267.* Brasília: UnB; 1999.

Ramos AR. *O pluralismo brasileiro na berlinda. Série Antropologia n° 353.* Brasília: UnB; 2004.

Reifel N, Phipps K, Skipper B. The 1999 oral health survey of American Indian and Alaska Native dental patients: children and adolescents. *The IHS Provider.* 2001 Oct; 26(10): 145-50.

Renson CE. Global changes in caries prevalence and dental manpower requirements: 3. The effects on manpower needs. *Dental Update.* 1989; 16: 382-9.

Rezende UMN. Fonética e Fonologia da Língua Enawene Nawe (Aruak): uma primeira abordagem [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Departamento de Linguística da Faculdade de Letras da Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2003.

Rigonatto DDL. Saúde Bucal. In: Confalonieri UEC (coordenador). Saúde de populações indígenas - uma introdução para profissionais de saúde. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas (NESPI) - ENSP/FIOCRUZ; 1993.

Rigonatto DDL, Antunes JLF, Frazão P. Experiência de cárie dentária em índios do Alto Xingu, Brasil. *Rev Inst Med Trop S Paulo*. mar./abr. 2001; 43: 93-8.

Rodrigues JA, Basting RT, Serra MC. Procedimentos não invasivos e restauradores em superfícies oclusais. *Rev Paul Odontol*. nov.-dez. 2000; 22 (6): 24-30.

Sá CA. As fases da vida: categorias de idade Enawene (ru) Nawe. Cuiabá, OPAN; 1996.

Sá CA, Silva MF. Dados iniciais sobre a população Enawene-Nawe. In: OPAN/GERA/UFMT. Estudos das potencialidades e do manejo dos recursos naturais na área indígena Enawene-Nawe. Cuiabá: OPAN/GERA/UFMT; 1995. p.33-44.

Santos BS. Subjetividade, cidadania e emancipação. In: Santos BS. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade. São Paulo: Cortez; 2000. p. 235-280.

Santos GM. Agricultura e coleta Enawene-Nawe: relações sociais e representações simbólicas. In: OPAN/GERA/UFMT. Estudos das potencialidades e do manejo dos recursos naturais na área indígena Enawene-Nawe. Cuiabá: OPAN/GERA/UFMT; 1995. p. 45-78.

Santos GM. Seara de homens e de Deuses: uma etnografia dos modos de subsistência dos Enawene-Nawe. [dissertação de mestrado]. Campinas: UNICAMP; 2001.

Santos GM. Da cultura à natureza: um estudo do cosmos e da ecologia Enawene-Nawe [tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo; 2006.

Schraiber LB. Ciência, trabalho e trabalhador em saúde: contribuições de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves para a articulação entre saber, prática e recursos humanos. *Divulgação em Saúde para Debate*, 1996b; 14: 07-12.

Schriks MC, Amerogen WE. Atraumatic perspectives of ART: psychological and physiological aspects of treatment with and without rotary instruments. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003; 31: 15-20.

Schroeder I. Indigenismo e Política Indígena entre os Parintintin. [dissertação de mestrado]. Cuiabá- MT: Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso; 1995.

Schwarz E. Access to oral health care - an Australian perspective. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2006; 34: 225-31.

Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J.* Sep. 1982; 32(3): 265-70.

Sheiham A. Changing trends in dental caries. *Int J Epidemiol.* 1984; 13: 142-7.

Sheiham A, Maizels J, Maizels A. New composite indicators of dental health. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1987; 4: 407-14.

Sheiham A. Assessment of the role of western dentistry (the limits to conventional dentistry). In: Mautsch W, Sheiham A. (editors). *Promoting oral health in deprived communities.* Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p. 119-35.

Sheiham A. Impact of dental treatment on the incidence of dental caries in children and adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* Feb. 1997; 25(1):104-12.

Sheiham A. Challenging the paradigms. What explains the caries decline? In: Guggenheim B, editor. *Oral Biology at the turn of the century: misconceptions, truths challenges and prospects.* Basel: S Karger; 1998.

Sheiham A. Strategies for promoting oral health care. *Rev Bras Odontol Saúde Coletiva.* 2001; 21 (1): 7-24.

Silva AICD. Hábitos alimentares, hábitos de higiene e cárie dentária na população indígena Yanomami no Brasil. [monografia de especialização]. Boa Vista-RR: FIOCRUZ/CC/AM - Universidade de Roraima; 1998.

Silva CO, Bueno LM, Freire MCM, Queiroz MG, Avelino MM. Avaliação da retenção do selante após um ano de aplicação em escolares. *ROBRAC.* dez. 1997; 6 (22): 21-4.

Silva MF. Estrutura social Enawene-Nawe: um rápido esboço. In: OPAN/GERA/UFMT. *Estudos das potencialidades e do manejo dos recursos naturais na área indígena Enawene-Nawe.* Cuiabá: OPAN/GERA/UFMT; 1995. p. 19-32.

Silva MF. Tempo e espaço entre os Enawene-Nawe. *Revista de Antropologia.* 1998a; 41 (2) (mimeo).

Silva MF. Masculino e feminino entre os Enawene-Nawe. São Paulo: Pletora/ 1998b.

Siriphant P, Songpaisan Y. Rural Oral Health Programmes in Thailand. In: Mautsch W, Sheiham A, editors. Promoting Oral Health in Deprived Communities. Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p. 469-76.

Skrepcinski FB, Niendorff WJ. Periodontal disease in American Indians and Alaska Natives. *J Public Health Dent.* 2000; 60(1 Suppl): 261-6.

Skrepcinski FB, Jones CM, Reifel N, Skipper B. The oral health of adults and elders. *The HIS Provider.* 2002 Jan.; 27 (1): 1-5.

Slater PJ. Patterns of access to public oral health care in Queensland by gender, indigenous status and rurality. *Aust. Dent. J.* 2001 Jun.; 46 (2); 122-33.

Souto M, Donly KJ. Caries inhibition of glass ionomers. *Am J Dent.* 1994; 7: 122-4.

Sundfeld RH, Croll TP, Mauro SJ, Sundfeld MLM, Briso ALF. Selantes: a solução ideal na prevenção das lesões de fôssulas e fissuras. *JBC - J Bras Clin Odontol Integr.* mar.-abr. 2002; 6 (32): 117-28.

Tan BS, Razak IA. Fluoride exposure from ingested toothpaste in 4-5 year-old Malaysian children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005; 33: 317-25.

Tenuta LMA, Cury JA. Fluoreto: da ciência à prática clínica. In: Assed S, organizador. Bases científicas para a prática clínica. São Paulo; 2005. p. 113-52.

The Oral Health Alliance. The Berlin Declaration 1992 on Oral Health and Oral Health Services in Deprived Communities - Recommended Estrategies for Developing Oral Health Care Programmes in Deprived Communities. In: Mautsch W, Sheiham A, editors. Promoting Oral Health in Deprived Communities. Berlin; 1995: p. 61-82.

Titley KC, Bedard DH. An evaluation of a dental care program for indian children in the community of Sandy Lake. *Sioux Lookout Zone, 1973-1983. J Can dent Assoc.* 1986; 52:923-8.

Toledo ME. Projeto UNI/HU/SSL 1993. In: Bittencourt M, Toledo ME, Argentino S, Oliveira LSS. Acre, Amazonas e Xingu - a formação indígena para o trabalho em saúde. São Paulo: Saúde Sem Limites; 2005. p. 45.

Traebert JE, Peres MA, Galesso EB et al. Prevalence and severity of dental caries among schoolchildren aged six and twelve. *Rev Saúde Pública.* June 2001; 35(3): 283-288.

Tricerri FJ. Breve passagem odontológica entre os índios do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. *Revista da Fundação Sesp.* 1985; 30: 151-160.

Tumang AJ, Piedade EF. Cárie dental, doenças periodontais e higiene oral em indígenas brasileiros. Boletín de la Oficina Sanitária Panamericana (OSP). feb. 1968; 64(2):103-9.

USMA/EPM - Unidade de Saúde e Meio Ambiente/Escola Paulista de Medicina. A Saúde do Índio: Situação Atual e Propostas para Implementação de um Modelo de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas de Mato Grosso. São Paulo; 1995. [Relatório da USMA/EPM ao Projeto de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento Agro-Ambiental (PRODEAGRO) do Estado de Mato Grosso].

Vargas AMD, Paixão HH. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Saúde Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciência e Saúde Coletiva. 2005; 10 (4):1015-24.

Verani CBL. A atenção à saúde dos povos indígenas: breve histórico. Boletim da ABA, 1º semestre 1999; nº 31.

Villela LC, Fava M, Vieira MC, Hayashi PM, Myiaki SI. Avaliação clínica de vinte e quatro meses do Fluroshield e do Vitremer utilizados como selante de fósulas e fissuras. Rev Odontol Univ São Paulo. out.-dez. 1998; 12 (4): 383-7.

Vono BG, Vono AZ, Figueiredo MC. Técnica invasiva de selamento de fósulas e fissuras: comparação entre selante com carga e com flúor e ionômero de vidro. Rev Fac Odontol Bauru. jul.-dez. 1996; 4 (3-4): 9-16.

Wall CH. Oral Health status and tradition in Australia. Int Dent J. 1984; 34: 271-7.

Walsh J. International patterns of oral health care - the example of New Zealand. New Z Dent J. 1970; 66: 143-52.

Walter K, Mathias SA, Zamora PP, Mathias AL. Influência do pH na dessorção e adsorção de íons fluoreto pelo selante de fósulas e fissuras fluroshield (Dentsply). JBC - J Bras Clin Odontol Integr. 1999; 3 (17): 63-8.

Weinstein P. Research recommendations: Pleas for enhanced research efforts to impactt the epidemic of dental disease in infants. J Public Health Dent. 1996; 56(1): 55-8.

Weiss MCV. Contato Interétnico, Perfil saúde-doença e modelos de intervenção mínima: o caso Enawene-Nawe em Mato Grosso. [tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; 1998.

Wolf SMR. O significado psicológico da perda dos dentes em sujeitos adultos. Rev APCD. jul./ago. 1998; 52 (4): 307-16.

Yaschine A. Community-based programme for training, care and self-reliance in dentistry (PROCAO). In: Mautsch W, Sheiham A, editors. Promoting Oral Health in Deprived Communities. Berlin; The Oral Health Alliance: 1995. p. 391-400.

Zorthêa KS. Daraiti Alã: Escrita Alfabética entre os Enawene-Nawe [dissertação de mestrado]. Cuiabá: Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso; 2006.

ANEXOS

Anexo 1 - Códigos e Critérios adotados nos levantamentos de saúde bucal

Os códigos e critérios utilizados pela Faculdade de Saúde Pública da USP, e que foram utilizados neste trabalho, seguem os recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), na Publicação *Oral health surveys: basic methods*, 4^a. edição (1977). Embora a maioria dos códigos adotados neste estudo coincidam com os propostos pela OMS, há situações em que apenas os códigos foram alterados. Nas situações onde a metodologia proposta pela OMS não apresenta suficiente detalhamento, ou é imprecisa ou ambígua, estão indicados os critérios que a Faculdade de Saúde pública da USP tem indicado como regras de decisão complementares. Em outras situações, foram suprimidos alguns códigos e critérios, já que os mesmos estavam dirigidos para diagnósticos que consideram populações que contam com serviços odontológicos especializados, o que não corresponde à realidade da população Enawene-Nawe.

Os códigos e critérios do levantamento realizado em 1995 estão apresentados inicialmente. Após esse primeiro diagnóstico, observou-se a necessidade de ampliar os itens examinados e, também, de mudar o índice adotado para cárie de CPOD, que enfocava o dente como unidade de análise da cárie, para CPOS - pelo exame das superfícies dentárias, a fim de refinar a análise dos padrões de prevalência da doença nessa população. Os levantamentos de saúde bucal posteriores a 1995 seguiram, praticamente, os mesmos critérios e foram realizados tomando como unidade de análise as superfícies dentárias, para o diagnóstico de cárie dentária. Nestes outros levantamentos foram também incluídos dados relativos ao periodonto, oclusão, necessidade/uso de próteses, fluorose dentária e observações sobre outras alterações bucais.

Levantamento de Saúde Bucal - Povo Indígena Enawene-Nawe – 1995.

Foram analisados aspectos ligados à manifestação da cárie nas coroas dentais. Utilizamos códigos alfabéticos para dentes decíduos e numéricos para dentes permanentes (para dentes decíduos entre parênteses).

0 (A) - DENTE HÍGIDO - quando não apresenta evidência de cárie tratada ou não. Os estágios iniciais da doença, que precedem a formação de cavidades, não são levados em consideração pela dificuldade em detectá-los no exame clínico comum. Contudo, dentes com os seguintes sinais devem ser considerados hígidos:

- manchas esbranquiçadas;
- descoloração ou manchas rugosas;
- sulcos e fissuras de esmalte manchados que prendam o explorador mas não apresentem base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes;
- áreas escuras, brilhantes duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa.

OBS: Todas as lesões questionáveis foram ser codificadas como dente hígido.

1 (B) - DENTE CARIADO - quando uma lesão em um sulco, fissura ou superfície lisa (vestibular/lingual) apresentar tecido amolecido na base, descoloração do esmalte ou da parede, ou possuir uma restauração temporária. Nas faces proximais, a ponta do explorador deve penetrar e se manter presa na lesão. Quando possui uma ou mais restaurações e, ao mesmo tempo, uma ou mais áreas estão cariadas. Não há distinção entre cáries primárias e secundárias, ou seja, se as lesões estão ou não em associação com a(s) restauração(ões).

OBS: Sempre que houver dúvida entre dente cariado e hígido, o dente deve ser codificado como hígido.

2 (C) - DENTE RESTAURADO - quando uma ou mais restaurações definitivas estiverem presentes e inexistir cárie primária ou recorrente. Um dente com coroa (prótese unitária) colocada devida a cárie, inclui-se nesta categoria. Um dente com

coroa (prótese unitária) conseqüente a outras causas, com trauma ou suporte de prótese, é codificado como hígido.

3 () - DENTE PERDIDO DEVIDO A CÁRIE - utilizado quando um elemento da dentição permanente foi extraído devido a cárie. Para a dentição decídua este código não deve ser aplicado devido à dificuldade em saber se trata-se ou não de esfoliação natural).

4 (D) - DENTE COM EXTRAÇÃO INDICADA - quando apresentar apenas as raízes ou coroa parcialmente destruída, não permitindo sua reconstrução através de restaurações convencionais. Também quando houver evidência clínica de que a câmara pulpar foi atingida, havendo indicação de endodontia realizada ou a realizar.

5 () - DENTE NÃO ERUPCIONADO - restrito à dentição permanente e desde que inexista dente temporário no espaço livre. (Dente não irrompido ou ausente por motivos congênitos, ortodônticos ou traumáticos).

Levantamento de Saúde Bucal - Povo Indígena Enawene-Nawe – 1999.

Os códigos e critérios seguem o esquema alfa-numérico do levantamento anterior para dentes decíduos (letras) e permanentes (números).

Como este levantamento refere-se às condições observadas nas superfícies dentais, a referência a dentes com extração indicada foi feita como observação à parte dos campos preenchidos e foram levadas em consideração na composição do índice CPOD. Nos levantamentos feitos pelo índice CPOS, apenas estão registradas as condições de presença ou ausência de cárie nas superfícies dentais.

O quadro 6 apresenta os códigos e critérios para levantamento da cárie dentária, pelo índice CPOS, no povo indígena Enawene-Nawe em 1999.

Quadro 6. Códigos e critérios para levantamento de cárie dentária, pelo índice CPOS, no povo indígena Enawene-Nawe, em 1999.

Condição da superfície do dente	Dentes Decíduos	Dentes Permanentes
Hígida	A	0
Cariada	B	1
Restaurada com cárie	C	2
Restaurada sem cárie	D	3
Perdida (dente extraído) - dentição permanente	-	4
Com extração indicada - dentição decídua	E	-
Com selante	F	6
Coroa não erupcionada	-	8
Mancha branca	-	M
Dente excluído (quando não pode ser examinado)	-	9

Os critérios adotados para superfícies de dentes hígidos, cariados, restaurados (sem cárie) e perdidos, seguem os adotados no levantamento de 1995.

6 (F) – Selante. Quando há um selante de fissura dentária. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie).

Obs: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície oclusal, a FSP-USP registra a presença de selante localizado em qualquer superfície.

8 (-) – Coroa não erupcionada. Restrito à dentição permanente e desde que inexista dente decíduo no espaço livre. Não inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma, etc.

M – Mancha branca. A mancha branca representa um estágio de desmineralização inicial do esmalte antes que ocorra a cavitação do dente pelo processo cariioso. Embora a OMS considere que um dente afetado pela cárie no seu estágio inicial, deve ser considerado como hígido, dada a gravidade do quadro de cárie no povo Enawene-Nawe, consideramos necessário registrar essas lesões iniciais de cárie para efeito de melhor analisarmos os padrões de ataque da doença, sua evolução e comportamento frente as medidas de prevenção e cuidado adotadas durante o desenvolvimento do trabalho de campo. Para efeito de análise da condição da superfície dental (índice CPO-S), ou para análise da unidade dente (índice CPO-D), mantivemos a leitura de *superfície* (ou *dente*, conforme o caso), **hígido**, quando da presença de mancha branca.

9 (-) - Dente excluído. Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (hipoplasias severas, p. ex.).

2. Periodontopatias:

A condição periodontal foi avaliada com a utilização do índice IPC (Índice Periodontal Comunitário), para todas as idades e grupos etários.

O **Índice Periodontal Comunitário** permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento e presença de cálculo ou bolsa periodontal.

Sonda CPI – Para realizar o exame utiliza-se sonda específica, denominada sonda “CPI”, com esfera de 0,5 mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 e 5,5 mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5 mm e 11,5 mm da ponta do instrumento.

Códigos

O quadro 7 apresenta os códigos e critérios para levantamento das condições periodontais entre os Enawene-Nawe, pelo Índice Periodontal Comunitário, em 2002 e 2005.

Quadro 7. Códigos e critérios para levantamento das condições periodontais entre os Enawene-Nawe, pelo índice periodontal comunitário, Mato Grosso-Brasil, 2002 e 2005.

Códigos	Condição do periodonto
0	Sextante hígido
1	Sextante com sangramento
2	Cálculo (qualquer quantidade mas com toda a área preta da sonda visível)
3	Bolsa de 4 a 5 mm (margem gengival na área preta da sonda)
4	Bolsa de 6 ou mais mm (a área preta da sonda não está visível)
X	Sextante excluído (menos de 2 dentes)
9	Sextante não examinado

Sextantes – A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43, 44-48. A presença de dois ou mais dentes sem indicação de exodontia (p. ex. comprometimento de furca, mobilidade etc.), é pré-requisito ao exame do sextante. Sem isso, o sextante é cancelado (quando há por exemplo um único dente presente).

Dentes-Índices – São os seguintes os dentes-índices para cada sextante (se nenhum deles estiver presente, examinam-se todos os dentes remanescentes do sextante, não se levando em conta a superfície distal dos terceiros molares):

- Até 19 anos: 16, 11, 26, 36, 31 e 46
- 20 anos ou mais: 17, 16, 11, 26, 27, 37, 36, 31, 46 e 47.

Exame – Pelo menos seis pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões *mesial, média e distal*.

Registros – Considera-se que:

- em crianças com menos de 15 anos não são feitos registros de bolsas;
- embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- quando não há no sextante pelo menos 2 dentes remanescentes e não indicados para extração, cancela-se o sextante, registrando um “X”.

3. Prótese Dentária - Códigos e critérios:

O quadro 8 apresenta os códigos e critérios utilizados para o levantamento do uso/necessidade de próteses dentárias entre os Enawene-Nawe, em 1999 e 2005.

Quadro 8. Códigos e critérios para levantamento do uso/necessidade de próteses dentárias entre os Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, em 1999 e 2005.

Códigos	USA	
	Levantamento de 1999	Levantamento de 2005
0	Não usa	Não usa
1	-	Usa prótese para substituir apenas um dente
2	-	Usa PPR (prótese parcial removível)
3	Usa PPR (prótese parcial removível)	Usa PT (prótese total)
5	Usa PT (Prótese total)	-
9	Sem informação	Sem informação
Códigos	NECESSITA	
0	Não necessita	
1	Necessita prótese fixa ou removível para reposição de apenas um elemento	
2	Necessita prótese fixa ou removível para reposição de 2 ou mais elementos	
4	Necessita prótese total	

4. Fluorose

Para registro de fluorose foi utilizado o índice de Dean. O registro foi feito baseando-se nos dois dentes mais afetados pela fluorose. Caso os dois dentes não estejam igualmente afetados, registrou-se o valor obtido para o menos afetado dos dois.

O quadro 9 apresenta os códigos e critérios para o levantamento de fluorose utilizado entre os Enawene-Nawe de 1999 a 2005.

Quadro 9. Códigos e critérios para levantamento das condições de fluorose, pelo índice de Dean, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 1999-2005.

Códigos	Crítérios para Fluorose
0	Normal
1	Questionável
2	Muito leve (opacidade branca, recobre menos de 25% da superfície do dente)
3	Leve (opacidade branca, recobre menos de 50% da superfície do dente)
4	Moderada (desgaste da superfície dental e manchas marrons)
5	Severa (hipoplasia alterando forma geral do dente, manchas marrons espalhadas pelo dente)
8	Excluído (quando a pessoa não puder ser examinada quanto à fluorose dentária – presença de prótese, p.ex.)
9	Não registrado

5. Oclusopatias

As anomalias dento-faciais foram avaliadas apenas nas idades 12, 13, 18 e 19 anos, com base em informações relativas a três grupos de condições: dentição, espaço e oclusão. Além da inspeção visual, também a sonda CPI foi utilizada nos exames. Nas situações em que a oclusão não foi avaliada, os campos foram preenchidos com o código “X”.

Dentição: As condições de dentição são expressas pelo número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos que causam problemas estéticos, no arco superior e no inferior. O valor registrado corresponde ao número de dentes perdidos. Dentes perdidos não devem ser considerados quando o seu respectivo espaço estiver fechado, o decíduo correspondente estiver em posição, ou se prótese(s) fixa(s) estiverem instaladas.

Espaço: O espaço é avaliado com base no apinhamento no segmento incisal, espaçamento no segmento incisal, presença de diastema incisal, desalinhamento

maxilar anterior e desalinhamento mandibular anterior. São os seguintes os códigos e as respectivas condições:

APINHAMENTO NO SEGMENTO INCISAL – O segmento é definido de canino a canino. Considera-se apinhamento quando há dentes com giroversão ou mal posicionamento no arco. Não se considera apinhamento quando os 4 incisivos estão adequadamente alinhados e um ou ambos os caninos estão deslocados.

0 = sem apinhamento;

1 = apinhamento em um segmento;

2 = apinhamento em dois segmentos.

ESPAÇAMENTO NO SEGMENTO INCISAL – São examinados os arcos superior e inferior. Há espaçamento quando a distância inter-caninos é suficiente para o adequado posicionamento de todos os incisivos e ainda sobra espaço e/ou um ou mais incisivos têm uma ou mais superfícies proximais sem estabelecimento de contato interdental.

0 = sem espaçamento;

1 = espaçamento em um segmento;

2 = espaçamento em dois segmentos.

DIASTEMA INCISAL – É definido como o espaço, em milímetros, entre os dois incisivos centrais superiores permanentes, quando estes perdem o ponto de contato. Diastemas em outras localizações ou no arco inferior (mesmo envolvendo incisivos) não são considerados. O valor a ser registrado corresponde ao tamanho em milímetros medido com a sonda CPI.

DESALINHAMENTO MAXILAR ANTERIOR – Podem ser giroversões ou deslocamentos em relação ao alinhamento normal. Os 4 incisivos superiores são examinados registrando-se a maior irregularidade entre os dentes adjacentes. A medida é feita em mm, com a sonda CPI, cuja ponta é posicionada sobre a superfície vestibular do dente posicionado mais para lingual, num plano paralelo ao plano oclusal e formando um ângulo reto com a linha do arco. Desalinhamento pode ocorrer com ou sem apinhamento.

DESALINHAMENTO MANDIBULAR ANTERIOR – O conceito de desalinhamento e os procedimentos são semelhantes ao arco superior.

Oclusão

A oclusão é avaliada com base nas medidas do *overjet* maxilar anterior, do *overjet* mandibular anterior, da mordida aberta vertical anterior e da relação molar ântero-posterior. São os seguintes os códigos e as respectivas condições:

OVERJET MAXILAR ANTERIOR – A relação horizontal entre os incisivos é medida com os dentes em oclusão cêntrica, utilizando-se a sonda CPI, posicionada em plano paralelo ao oclusal. O *overjet* é a distância, em mm, entre as superfícies vestibulares do incisivo superior mais proeminente e do incisivo inferior correspondente. O *overjet* maxilar não é registrado se todos os incisivos (superiores) foram perdidos ou se apresentam mordida cruzada lingual. Quando a mordida é do tipo “topo-a-topo” o valor é “0” (zero).

OVERJET MANDIBULAR ANTERIOR – O *overjet* mandibular é caracterizado quando algum incisivo inferior se posiciona anteriormente ou por vestibular em relação ao seu correspondente superior. A protrusão mandibular, ou mordida cruzada, é medida com a sonda CPI e registrada em mm. Os procedimentos para mensuração são os mesmos descritos para o *overjet* maxilar. Não são levadas em conta (sendo, portanto, desconsideradas) as situações em que há giroversão do incisivo inferior, com apenas parte do bordo incisal em cruzamento.

MORDIDA ABERTA VERTICAL ANTERIOR – Se há falta de ultrapassagem vertical entre incisivos opostos caracteriza-se uma situação de mordida aberta. O tamanho da distância entre os bordos incisais é medido com a sonda CPI e o valor, em mm, registrado no campo correspondente.

RELAÇÃO MOLAR ÂNTERO-POSTERIOR – A avaliação é feita com base na relação entre os primeiros molares permanentes, superior e inferior. Se isso não é possível,

porque um ou ambos estão ausentes, não completamente erupcionados, ou alterados em virtude de cárie ou restaurações, então os caninos e pré-molares são utilizados. Os lados direito e esquerdo são avaliados com os dentes em oclusão e apenas o maior desvio da relação molar normal é registrado. Os seguintes códigos são empregados:

0 = *Normal*;

1 = *Meia cúspide*. O primeiro molar inferior está deslocado **meia cúspide** para mesial ou distal, em relação à posição normal.;

2 = *Cúspide inteira*. O primeiro molar inferior está deslocado **uma cúspide** para mesial ou distal, em relação à posição normal.

Levantamento de Saúde Bucal - Povo Indígena Enawene-Nawe – 2002.

Os códigos e critérios seguem o esquema alfa-numérico do levantamento anterior. Houve, entretanto, neste levantamento, supressão do exame de “oclusopatias”. Os códigos referentes a superfícies de dentes “**restaurada com cárie**” e “**restaurada sem cárie**”, que no levantamento anterior possuíam códigos “2 (C)” e “3 (D)”, respectivamente, foram invertidos, passando a ser conforme apresentado abaixo, apenas para este levantamento.

Quadro 10. Códigos e critérios para levantamento das condições de cárie dentária, pelo índice CPOD, no povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Condição da superfície do dente	Dentes Decíduos	Dentes Permanentes
Hígida	A	0
Cariada	B	1
Restaurada com cárie	D	3
Restaurada sem cárie	C	2
Perdida (dente extraído)	E	4
Com selante	F	6
Coroa não erupcionada	-	8
Mancha branca	-	M
Dente excluído (quando não pode ser examinado)	-	9

Levantamento de Saúde Bucal - Povo Indígena Enawene-Nawe – 2005.

Este levantamento seguiu toda a orientação (exames, códigos e critérios) do levantamento realizado em 1999, exceto para uso de próteses. Os códigos e critérios, neste caso, foram apresentados juntamente com os de 1999.

Anexo 3

Ministério da Educação
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
 Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
 DE PROJETO DE PESQUISA

REFERÊNCIA: Projeto de protocolo Nº 256/CEP-HUJM/06

"COM PENDÊNCIAS"

APROVADO "ad referendum"

APROVAÇÃO FINAL

NÃO APROVADO

O projeto de pesquisa intitulado: "O projeto de saúde bucal para o povo indígena Enawene-Nawe-MT: Estratégias e alterações em saúde bucal (1995-2005).", encaminhado pelo(a) pesquisador(a) Agda Maria Detogni foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM, em reunião realizada dia 10/05/2006 que concluiu pela aprovação final, tendo em vista que atende a Resolução CNS 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 10 de maio de 2006.

Maria Aparecida Munhoz Gaiva
 Profa. Dra. Maria Aparecida Munhoz Gaiva
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do HUJM

Hospital Universitário Júlio Müller
 Rua L, SN, Jardim Alvorada, CEP 78048-790 Cuiabá-MT, Brasil
 Fone: 65-3615-7254 e-mail: cep@ujm@cpd.ufmt.br
http://www.ufmt.br/cep_hujm

Anexo 4 - Classificação para risco de cárie e recomendações para uso de produtos fluorados

Quadro 11. Classe de risco de cárie dentária segundo situação individual.

Classificação	Grupo	Situação individual
Baixo risco	<i>A</i>	Ausência de lesão de cárie, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Risco moderado	<i>B</i>	História de dente restaurado, sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
	<i>C</i>	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie crônica, mas sem placa, sem gengivite e/ou sem mancha branca ativa
Alto risco	<i>D</i>	Ausência de lesão de cárie e/ou dente restaurado, mas com presença de placa, de gengivite e/ou mancha branca ativa
	<i>E</i>	Uma ou mais cavidades em situação de lesão de cárie aguda
	<i>F</i>	Presença de dor e/ou abscesso

Extraído de: NARVAI e col. (2002)

Quadro 12. Critérios para inclusão nas classes de risco para cárie dentária segundo a situação individual.

Grupo	Acesso à água fluoretada	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<i>A</i>	Dentifrícios	Dentifrícios Bochechos
<i>B, C, D, E, F</i>	Dentifrícios Géis/vernizes	Dentifrícios Bochechos Géis/vernizes

Extraído de: NARVAI e col. (2002)

Quadro 13. Recomendação da frequência da aplicação de produtos fluorados segundo acesso à água fluoretada.

Produto	Acesso à água fluoretada	
	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
Dentifrícios	Diariamente	Diariamente
Bochechos fluorados	-	Diariamente na concentração de 0,05% ou semanalmente na concentração de 0,2%
Géis/vernizes fluorados	Fluorterapia intensiva, enquanto condições de alto risco forem detectadas	Fluorterapia intensiva, enquanto condições de alto risco forem detectadas

Extraído de: NARVAI e col. (2002)

Anexo 5 - Ficha individual para levantamentos de saúde bucal

Nome: Registro:
 Data Nascimento: Sexo: Casa: Grupo (Clã):
 Mãe: Pai:
 Esposo(a)1: Esposo(a)2:

Levantamento CPO-D – Setembro/1995

18	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37	38

C	E	Ei	O	H	CPO-D

ceo

Obs:

Levantamento CPO-S – Junho/1999

18	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
48	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37	38

Prótese : USA { arcada superior
 { arcada inferior

NECESSITA { arcada superior
 { arcada inferior

C	E	Ei	O	H	CPO-S

ceo

Obs:

Levantamento CPO-S – Junho/2002

18	17	16	15/55	14/54	13/53	12/52	11/51	21/61	22/62	23/63	24/64	25/65	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
48	47	46	45/85	44/84	43/83	42/82	41/81	31/71	32/72	33/73	34/74	35/75	36	37	38

Prótese : USA { arcada superior
 { arcada inferior

NECESSITA { arcada superior
 { arcada inferior

C	E	Ei	O	H	CPO-S

ceo

Obs:

Anexo 6 - Ficha para procedimentos clínicos realizados durante atendimentos

DATA: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Obs:

DATA: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Obs:

DATA: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Obs:

DATA: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Obs:

DATA: _____

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>															
<input type="checkbox"/>															
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Obs:

Anexo 7 - Códigos e critérios para anotações em fichas individuais de acompanhamento em saúde bucal e exemplos de fichas preenchidas

DENTES PERMANENTES		DENTES DECÍDUOS	
	HÍGIDO (0)		Hígido (A)
	CARIADO (1)		Cariado (B)
	RESTAURADO MAS COM CÁRIE (2)		Restaurado mas com cárie (D)
	RESTAURADO SEM CÁRIE (3)		Restaurado sem cárie (C)
	SELANTE (6)		Selante (F)
	EXTRAÇÃO INDICADA (Ei)		Perdido (E)
	EXTRAÍDO (4)		
	MANCHA BRANCA (M) (Lesão inicial de cárie)		
	NÃO ERUPCIONADO (8)		
9	EXCLUÍDO / NÃO EXAMINADO (9)	9	EXCLUÍDO / NÃO EXAMINADO (9)

Obs: os critérios colocados entre parênteses referem-se aos utilizados no levantamento CPO-S/CPO-D de Junho/2002

PRÓTESE:
USA ou NECESSITA



PPR – prótese parcial removível c/ armação metálica
PT – prótese total
Perereca – prótese parcial removível temporária

CRITÉRIOS PARA PROCEDIMENTOS CLÍNICOS REALIZADOS DURANTE ATENDIMENTOS			
	Restauração com cimento de ionômero de vidro		Restauração com amálgama de prata
	Selante - Ionômero de Vidro		Material restaurador temporário (óxido de zinco)
	Verniz de Flúor - Duraphat		Exodontia
	Raspagem Coronária Radicular	-	-

Exemplos de fichas com os levantamentos de saúde bucal e procedimentos clínicos:

Exemplo 1: 1995 - criança → 2002 - adolescente

Nome: MENAKALOSE KAWIYALOKWA/SUENERO D. KUNIRI R. P. 297
 Data Nasc: 10/05/90 sexo: F cor: BR grupo: KAYROLI C7 B8
 mãe: THOLOESE KAWEWARWALD pai: ATANA KOTIARE
 especial_1: especial_2:

Levantamento CPO-D - Setembro/1995 (5a.)
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 C E E I O H CPO-D ceo 10 Obs:

Levantamento CPO-S - Junho/1999. Situação da dentição com relação à doença cárie. (9a.)
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Prótese: USA arcada superior: NECESSITA arcada superior: arcada inferior: arcada inferior:
 C E E I O H CPO-D ceo Obs: "Luzes geográficas"

Levantamento CPO-S - Junho/2002. Situação da dentição com relação à doença cárie. (12a.)
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Prótese: USA arcada superior: NECESSITA arcada superior: arcada inferior: arcada inferior:
 C E E I O H CPO-D ceo Obs: "9 dentes de leite"

Procedimentos Clínicos realizados apenas para a DENTIÇÃO PERMANENTE

DATA: Junho/1999
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: IRM

DATA: Março/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: III FIX

DATA: Junho/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: IV FIX

DATA: Agosto/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: IV FIX

DATA: Junho/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs:

DATA: Setembro/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: IV FIX

DATA: Setembro/2004
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: IV FIX

Exemplo 2: 1995 - adolescente → 2002 - adulto (Frente)

Nome: KOLALO THOLOESE 182
 Data Nasc: 05/08/83 sexo: F cor: BR grupo: KAYROLI C7 B9
 mãe: THOLOESE KAWEWARWALD pai: ATANA KOTIARE
 especial_1: KALOKWA KONSEHONARI MAXALAWASE ONATATEENE especial_2:

Levantamento CPO-D - Setembro/1995 (12a.)
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 C E E I O H CPO-D ceo 16 Obs:

Levantamento CPO-S - Junho/1999. Situação da dentição com relação à doença cárie. (16a.)
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Prótese: USA arcada superior: NECESSITA arcada superior: PPR arcada inferior: PPR arcada inferior:
 C E E I O H CPO-D ceo Obs:

Levantamento CPO-S - Junho/2002. Situação da dentição com relação à doença cárie. (19a.)
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Prótese: USA arcada superior: PPRS NECESSITA arcada superior: arcada inferior: PPR arcada inferior:
 C E E I O H CPO-D ceo Obs:

Procedimentos Clínicos realizados apenas para a DENTIÇÃO PERMANENTE

DATA: Agosto/1998 e Junho/1999
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs:

DATA: Outubro/1999
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: IV FIX

DATA: Março/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: confecção de PPRs e PPRs (permanentes)

DATA: Junho/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: confecção de PPRs e PPRs (permanentes)

DATA: Março/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: confecção de PPRs e PPRs (permanentes)

DATA: Agosto/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: IV FIX

DATA: Fevereiro/2000
 18 17 16 15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1
 48 47 46 45 44 43 42 41 40 39 38 37 36 35 34 33 32 31
 Obs: ex clivagem de dentes e confecção de PPRs e PPRs (permanentes)

Anexo 8 - Tabelas referentes aos levantamentos de saúde bucal de 1999, 2002 e 2005

Dados comparativos da população brasileira (BRASIL, 2004) e do povo Enawene-Nawe (1995 e-2005)

Tabela 34. Distribuição percentual de ceod = 0 aos 5 anos e CPOD = 0 aos 12 anos no Brasil e na região Centro-Oeste em 2003, e para o povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil), em 1995 e 2005.

Idade (anos)	SB-Brasil 2003 ¹	Região Centro-Oeste 2003 ²	Enawene-Nawe 1995	Enawene-Nawe 2005
5	40.6	41.73	-	9.5
12 (SB 2003) 12-13 (EN ³)	31.1	27.1	-	4,8

Fontes: ⁽¹⁾ e ⁽²⁾ Brasil (2004)

Nota: ⁽³⁾ Povo Enawene-Nawe

Tabela 35. Índice ceod/CPOD, segundo faixas etárias, na região Centro-Oeste e no Brasil em 2003, e para o povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1995 e 2005.

Idade (anos)	SB-Brasil 2003 ¹	Região Centro-Oeste 2003 ²	Enawene-Nawe 1995	Enawene-Nawe 2005
5	2.80	2.67	8.37	7.43
12 (SB 2003) 12-13 (EN ³)	2.78	3.16	7.77	4.10
15-19 (SB-Brasil 2003) 14-19 (EN)	6.17	6.97	14.40	9.82
35-44	20,13	20,32	27,89	28,65
65-74	27,79	27,93	32,00	31,83

Fontes: ⁽¹⁾ e ⁽²⁾ Brasil (2004)

Nota: ⁽³⁾ Povo Enawene-Nawe

Tabela 36. Distribuição dos componentes do índice CPOD, segundo faixas etárias, em adolescentes e adultos, no Brasil e região Centro-Oeste em 2003, e no povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1995 e 2005.

Idade (anos)	SB-Brasil 2003 ¹			Região Centro-Oeste 2003 ²			Enawene-Nawe 1995			Enawene-Nawe 2005		
	C	P	O	C	P	O	C	P	O	C	P	O
12 (SB 2003) 12-13 (EN ³)	1,69	0,18	0,91	1,75	0,12	1,29	7,65	0,12	-	1,81	0,19	2,10
15-19 (SB 2003) 14-19 (EN)	2,60	0,89	2,49	2,48	0,74	3,46	11,26	3,14	-	2,87	2,80	4,16
35-44	2,33	13,23	4,22	2,22	12,44	5,07	9,89	18,00	-	1,82	26,00	0,82

Fontes: ⁽¹⁾ e ⁽²⁾ Brasil (2004)

Nota: ⁽³⁾ Povo Enawene-Nawe

Tabela 37. Distribuição percentual da população conforme uso ou necessidade de próteses dentais, verificadas no Brasil e região Centro-Oeste em 2003, e no povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1999 e 2005, segundo faixas etárias (anos) e arcos dentários.

Local/ano	Usam próteses dentais (%)						Necessitam próteses dentais (%)					
	15-19 (SB 2003) 14-16 (EN ³)		35-44		65-74		15-19 (SB 2003) 14-16 (EN)		35-44		65-74	
	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.	Sup.	Inf.
Brasil 2003 ¹	1,9	0,2	48,3	13,8	66,6	30,9	9,3	23,4	35,8	71,0	32,4	56,1
Centro-Oeste-2003 ²	1,8	0,1	48,8	13,9	70,1	31,4	8,5	20,2	35,7	70,1	31,0	54,5
Enawene-Nawe 1999	-	-	-	5,9	25,0	25,0	59,0	47,7	100,0	94,4	100,0	87,5
Enawene-Nawe 2005	12,5	-	88,2	58,8	16,7	16,7	14,6	10,4	35,3	47,0	66,7	66,4

Fontes: ⁽¹⁾ e ⁽²⁾ Brasil (2004)

Nota: ⁽³⁾ Povo Enawene-Nawe

Tabela 38. Distribuição percentual populacional do Índice Periodontal Comunitário (IPC), no Brasil e região Centro-Oeste em 2003, e no povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1999 e 2005, segundo condição periodontal de maior gravidade e faixa etária.

Condição periodontal	Local/ano	Faixas etárias (anos)		
		15-19 (SB 2003) 14-16 (EN ³)	35-44	65-74
Sadio (0)	Brasil 2003 ¹	46,2	21,9	7,9
	Centro-Oeste-2003 ²	58,7	25,9	6,7
	Enawene-Nawe 1999	26,3	-	-
	Enawene-Nawe 2005	28,0	17,6	-
Sangramento (1)	Brasil-2003	18,8	10,0	3,3
	Centro-Oeste-2003	17,0	10,2	3,7
	Enawene-Nawe 1999	42,1	5,6	-
	Enawene-Nawe 2005	32,0	-	-
Cálculo (2)	Brasil-2003	33,4	46,8	21,7
	Centro-Oeste-2003	23,1	44,4	19,3
	Enawene-Nawe 1999	31,6	44,4	12,5
	Enawene-Nawe 2005	40,0	29,4	-
Bolsa 4-5 mm (3)	Brasil-2003	1,2	7,9	4,5
	Centro-Oeste-2003	0,8	5,9	4,0
	Enawene-Nawe 1999	-	-	-
	Enawene-Nawe 2005	-	-	-
Bolsa > 6 mm (4)	Brasil-2003	0,2	2,1	1,9
	Centro-Oeste-2003	0,2	2,1	0,7
	Enawene-Nawe 1999	-	-	-
	Enawene-Nawe 2005	-	-	-
Excluído (X)	Brasil-2003	0,3	11,4	60,8
	Centro-Oeste-2003	0,3	11,5	65,7
	Enawene-Nawe 1999	-	50,0	87,5
	Enawene-Nawe 2005	-	52,9	100,0

Fontes: ⁽¹⁾ e ⁽²⁾ Brasil (2004)

Nota: ⁽³⁾ Povo Enawene-Nawe

Tabela 39. Distribuição percentual de sextantes afetados, segundo condição periodontal de maior gravidade do Índice Periodontal Comunitário (IPC) e faixa etária, no Brasil e região Centro-Oeste em 2003, e no povo indígena Enawene-Nawe (Mato Grosso-Brasil) em 1999 e 2005.

Condição periodontal	Local/ano	Faixas etárias (anos)		
		15-19 (SB 2003) 14-16 (EN ³)	35-44	65-74
Sadio (0)	Brasil 2003 ¹	69,2	31,1	7,0
	Centro-Oeste-2003 ²	77,2	34,1	6,7
	Enawene-Nawe 1999	41,2	-	-
	Enawene-Nawe 2005	53,3	6,9	-
Sangramento (1)	Brasil-2003	14,5	8,8	2,0
	Centro-Oeste-2003	10,8	9,2	2,7
	Enawene-Nawe 1999	10,5	0,9	-
	Enawene-Nawe 2005	17,3	-	-
Cálculo (2)	Brasil-2003	14,7	21,8	8,3
	Centro-Oeste-2003	10,0	19,7	8,0
	Enawene-Nawe 1999	7,0	11,1	4,2
	Enawene-Nawe 2005	6,7	4,9	-
Bolsa 4-5 mm (3)	Brasil-2003	0,3	0,0	1,3
	Centro-Oeste-2003	0,3	1,8	1,0
	Enawene-Nawe 1999	-	-	-
	Enawene-Nawe 2005	-	-	-
Bolsa > 6 mm (4)	Brasil-2003	0,0	0,7	0,5
	Centro-Oeste-2003	0,0	0,7	0,2
	Enawene-Nawe 1999	-	-	-
	Enawene-Nawe 2005	-	-	-
Excluído (X)	Brasil-2003	1,3	35,1	80,8
	Centro-Oeste-2003	1,6	34,6	81,5
	Enawene-Nawe 1999	41,2	88,0	95,8
	Enawene-Nawe 2005	22,7	88,2	100,0

Fontes: ⁽¹⁾ e ⁽²⁾ Brasil (2004)

Nota: ⁽³⁾ Povo Enawene-Nawe

Tabela 40. Prevalência de anomalias dentofaciais na população brasileira, na região Centro-Oeste e no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 2007.

Faixas etárias (anos)	Local/ano	Anomalias dentofaciais - Prevalência (%)	
		Normal	Má oclusão
12 (SB 2003) 12-13 (EN ³)	Brasil 2003 ¹	41.9	58.1
	Centro-Oeste-2003 ²	45.9	54.1
	Enawene-Nawe 1999	68.4	31.6
	Enawene-Nawe 2005	23.8	76.2
15-19 (SB 2003) 18-19 (EN ³)	Brasil-2003	46.8	53.2
	Centro-Oeste-2003	50.4	49.6
	Enawene-Nawe 1999	8.3	91.7
	Enawene-Nawe 2005	13,3	86,7

Fontes: ⁽¹⁾ - Brasil (2004)

⁽²⁾ - Brasil (2004)

Nota: ⁽³⁾ - Povo Enawene-Nawe

Tabela 41. Prevalência de fluorose na população brasileira, da região Centro-Oeste, e no povo indígena Enawene-Nawe, segundo grau de fluorose, faixa etária e período, Mato Grosso-Brasil.

Grau de fluorose	Local/ano	Faixas etárias (anos)	
		12 (SB 2003) 12-13 (EN ³)	15-19 (SB 2003) 14-19 (EN)
Normal	Brasil 2003 ¹	85.6	90.0
	Centro-Oeste-2003 ²	92.7	93.7
	Enawene-Nawe 2005	85.6	87.4
Questionável	Brasil-2003	5,9	4,9
	Centro-Oeste-2003	3,4	3,7
	Enawene-Nawe 2005	4,8	4,2
Muito leve	Brasil-2003	6.2	3.8
	Centro-Oeste-2003	2.8	1.7
	Enawene-Nawe 2005	4.8	4.2
Leve	Brasil-2003	1.7	1.0
	Centro-Oeste-2003	0.8	0.6
	Enawene-Nawe 2005	-	2,1
Moderada	Brasil-2003	0.5	0.3
	Centro-Oeste-2003	0.3	0.2
	Enawene-Nawe 2005	4,8	2,1
Severa	Brasil-2003	0.2	0.1
	Centro-Oeste-2003	0.0	0.1
	Enawene-Nawe 2005	-	-

Fontes: ⁽¹⁾ e ⁽²⁾ Brasil (2004)

Nota: ⁽³⁾ Povo Enawene-Nawe

Tabelas do levantamento de saúde bucal realizado em 1999.

Tabela 42. Índice CPOD e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	N	n	C	dp	P	dp	O	dp	CPOD	dp	H	dp
6 - 7	25	15	1,73	1,79	0,00	0,00	0,00	0,00	1,73	1,79	4,33	1,84
8 - 9	24	22	2,50	1,57	0,14	0,47	0,00	0,00	2,64	1,68	9,18	3,43
10 - 11	14	13	6,69	3,57	1,08	1,19	0,08	0,28	7,85	4,41	13,15	3,89
12 - 13	20	19	6,32	3,35	0,74	1,49	0,42	0,90	7,47	3,94	17,21	4,63
14 - 16	26	25	8,80	4,38	2,56	2,71	1,28	1,43	12,64	5,69	15,24	5,56
17 - 19	21	19	9,00	4,67	7,37	6,35	1,16	1,34	17,53	8,69	12,21	7,43
20 - 24	20	20	9,15	4,60	10,85	5,70	1,00	1,21	21,00	6,49	10,35	6,10
25 - 29	15	14	7,43	3,76	13,07	7,11	0,93	1,33	21,43	6,80	10,14	5,99
30 - 34	12	12	5,42	4,08	19,33	7,56	0,33	0,78	25,08	4,76	7,00	4,79
35 - 44	19	17	5,67	4,79	23,06	6,20	0,00	0,00	28,72	5,11	3,33	5,24
45 - 64	19	19	2,50	3,00	27,94	4,70	0,00	0,00	30,44	2,15	1,56	2,15
65 e mais	8	8	2,50	4,66	29,13	5,14	0,00	0,00	31,63	0,74	0,38	0,74
Total	223	203	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 43. Índice ceod e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	N	n	c	dp	e	dp	o	dp	ceod	dp	h	dp
2 - 4	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	9	3	8,67	5,13	-	-	-	-	8,67	5,13	11,33	5,13
6 - 7	25	15	8,00	3,44	2,40	1,88	-	-	10,40	3,89	6,33	4,73
8 - 9	24	22	4,50	2,87	2,41	1,65	0,05	0,21	6,95	3,30	3,41	3,19
10 - 11	14	13	1,11	1,05	1,78	1,72	-	-	2,89	1,62	0,78	0,83
Total	121	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 44. Índice CPOD e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino			
	N	n	CPOD	dp	N	n	CPOD	dp
6 - 7	12	8	1,50	1,78	13	7	2,00	1,92
8 - 9	12	10	3,10	1,60	12	12	2,25	10,25
10 - 11	8	7	6,86	2,12	6	6	9,00	12,50
12 - 13	10	10	6,70	3,95	10	9	8,33	18,44
14 - 16	13	13	13,15	5,21	13	12	12,08	6,36
17 - 19	11	9	17,22	10,29	10	10	17,80	7,53
20 - 24	7	7	17,00	3,27	13	13	23,15	6,85
25 - 29	7	6	19,83	5,49	8	8	22,63	7,78
30 - 34	7	7	24,29	5,74	5	5	26,20	3,19
35 - 44	8	8	27,88	4,45	11	9	29,40	5,72
45 - 64	9	9	29,67	2,65	10	10	31,22	1,20
65 e mais	5	5	31,60	0,89	3	3	31,67	0,58
Total	109	99	-	-	114	104	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 45. Índice de dentes funcionais (IDF) e desvio padrão no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino				Total			
	N	n	IDF (O+H)	dp	N	n	IDF (O+H)	dp	N	n	IDF (O+H)	dp
6 - 7	12	8	4,50	2,07	13	7	4,14	1,68	25	15	5,21	1,63
8 - 9	12	10	7,90	2,85	12	12	10,25	3,62	24	22	8,18	3,43
10 - 11	8	7	13,71	3,35	6	6	12,67	4,80	14	13	13,23	3,94
12 - 13	10	10	16,40	5,72	10	9	19,00	3,84	20	19	17,63	4,97
14 - 16	13	13	16,31	5,42	13	12	16,75	6,74	26	25	16,52	5,97
17 - 19	11	9	13,33	8,34	10	10	13,40	7,09	21	19	13,37	7,49
20 - 24	7	7	15,14	2,34	13	13	9,30	7,28	20	20	11,35	6,59
25 - 29	7	6	13,33	5,13	8	8	9,38	7,42	15	14	11,07	6,63
30 - 34	7	7	8,43	6,29	5	5	5,80	3,19	12	12	7,33	5,21
35 - 44	8	8	4,25	4,77	11	9	2,89	5,99	19	17	3,53	5,33
45 - 64	9	9	2,33	2,65	10	10	0,70	1,16	19	19	1,47	2,12
65 e mais	5	5	0,40	0,89	3	3	0,33	0,58	8	8	0,38	0,74
Total	109	99	-	-	114	104	-	-	223	203	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 46. Índice de Cuidados (IC) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	N	n	O	CPOD	IC
6 - 7	25	15	0,00	1,73	0,0
8 - 9	24	22	0,00	2,64	0,0
10 - 11	14	13	0,08	7,85	1,0
12 - 13	20	19	0,42	7,47	5,6
14 - 16	26	25	1,28	12,64	10,1
17 - 19	21	19	1,16	17,53	6,6
20 - 24	20	20	1,00	21,00	4,8
25 - 29	15	14	0,93	21,43	4,3
30 - 34	12	12	0,33	25,08	1,3
35 - 44	19	17	0,00	28,72	0,0
45 - 64	19	19	0,00	30,44	0,0
65 e mais	8	8	0,00	31,63	0,0
Total	281	206	-	-	-

Notas:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

(*) apenas para a idades de 2 a 5 anos

Tabela 47. Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos de idade, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	N	n	1 ^{os} molares permanentes (M1)		Incisivos centrais e laterais superiores permanentes (IC/IL)	
			Freq.	%	Freq.	%
8 - 9	24	22	3	3,06	1	1,02
10 - 11	14	13	7	7,14	2	2,04
12 - 13	20	19	5	5,10	3	3,06
14 - 16	26	25	12	12,24	13	13,27
17 - 19	21	19	15	15,32	12	12,24
Total	105	98	42	42,86	31	31,63

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 48. Índice CPOS e componentes, superfícies híginas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	N	n	C	dp	P	dp	O	dp	CPOS	dp	H	dp
6 - 7	25	15	2,33	2,64	0,00	0,00	0,00	0,00	2,33	2,64	26,00	7,46
8 - 9	24	22	3,14	2,21	0,64	2,15	0,00	0,00	3,77	3,21	48,36	15,30
10 - 11	14	13	13,39	10,13	5,08	5,42	0,23	0,60	18,69	14,04	73,46	18,33
12 - 13	20	19	10,63	7,52	3,32	7,22	0,47	1,07	14,42	12,80	98,11	21,34
14 - 16	26	25	16,28	11,79	12,48	14,95	2,16	2,44	30,92	20,88	97,64	18,29
17 - 19	21	19	14,58	11,04	34,05	30,33	2,16	2,04	50,79	34,71	79,32	31,80
20 - 24	20	20	16,20	11,30	50,70	26,48	1,95	2,06	68,85	30,29	75,50	28,72
25 - 29	15	14	11,57	8,69	64,79	30,33	1,29	1,73	77,64	30,35	69,00	29,48
30 - 34	12	12	11,75	14,10	90,75	35,14	0,42	0,79	102,92	28,95	44,75	28,17
35 - 44	19	17	21,44	20,36	105,56	26,38	0,00	0,00	127,00	26,29	21,00	26,29
45 - 64	19	19	7,61	10,65	129,94	20,69	0,00	0,00	137,56	12,63	10,11	12,37
65 e mais	8	8	10,75	18,75	134,25	23,55	0,00	0,00	145,00	5,56	3,00	5,56
Total	223	203	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 49. Índice ceos e componentes, superfícies híginas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	N	n	c	dp	e	dp	o	dp	ceos	dp	h	dp
2 - 4	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5	9	3	13,00	8,72	-	-	-	-	13,00	8,72	72,33	11,37
6 - 7	25	15	22,33	9,72	-	-	-	-	22,33	9,72	49,13	14,08
8 - 9	24	22	18,73	10,74	-	-	-	-	18,73	10,74	28,41	15,99
10 - 11	14	13	7,00	4,85	-	-	-	-	7,00	4,85	8,56	6,95
Total	121	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 50. Índice CPOS/ceos* e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino			
	N	n	CPOS	dp	N	n	CPOS	dp
6 - 7	12	8	1,88	2,42	13	7	2,86	2,97
8 - 9	12	10	4,30	2,41	12	12	3,33	3,80
10 - 11	8	7	14,43	5,91	6	6	23,67	19,39
12 - 13	10	10	11,20	8,82	10	9	18,00	15,93
14 - 16	13	13	30,77	19,57	13	12	31,08	23,10
17 - 19	11	9	51,67	39,00	10	10	50,00	32,50
20 - 24	7	7	51,71	15,95	13	13	78,08	32,58
25 - 29	7	6	67,00	26,97	8	8	85,63	31,95
30 - 34	7	7	99,86	34,63	5	5	107,20	21,60
35 - 44	8	8	122,88	26,68	11	9	130,30	26,92
45 - 64	9	9	134,56	12,02	10	10	140,56	13,19
65 e mais	5	5	144,00	6,93	3	3	146,67	2,31
Total	114	100	-	-	123	106	-	-

Notas:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

(*) apenas para a idade de 5 anos

Tabelas do levantamento de saúde bucal realizado em 2002.

Tabela 51. Índice CPOD e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	N	n	C		P		O		CPOD		H	
			C	dp	P	dp	O	dp	CPOD	dp	H	dp
6 - 7	26	22	0,14	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,14	0,36	5,36	2,24
8 - 9	21	21	0,38	0,87	0,00	0,00	0,48	0,87	0,86	1,28	10,86	3,64
10 - 11	18	17	0,88	1,22	0,24	0,56	1,88	1,83	3,00	2,26	14,88	4,31
12 - 13	25	24	2,63	2,45	1,08	3,05	2,13	2,05	5,83	5,03	17,54	5,49
14 - 16	27	24	2,58	2,32	1,92	2,32	3,83	2,46	8,33	4,65	19,38	4,51
17 - 19	26	26	3,46	2,79	4,77	4,51	5,31	3,03	13,54	5,98	15,62	5,74
20 - 24	27	27	2,00	1,62	10,41	7,29	6,37	3,35	18,78	8,10	11,93	7,68
25 - 29	23	23	2,61	3,12	13,39	6,58	4,52	2,70	20,52	6,40	11,17	6,19
30 - 34	12	11	1,82	1,47	21,73	6,17	2,55	2,81	26,09	4,44	5,91	4,44
35 - 44	22	20	1,20	1,82	25,95	6,30	0,65	1,23	27,80	4,60	4,10	4,55
45 - 64	18	18	0,44	0,78	29,11	4,98	0,17	0,38	29,72	4,23	2,28	4,23
65 e mais	12	12	0,08	0,29	31,58	1,65	0,00	0,00	31,67	0,87	0,33	0,89
Total	257	245	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 52. Índice ceod e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	N	n	c	dp	e	dp	o	dp	ceod	dp	h	dp
2 - 4	40	9	3,78	2,49	0,33	1,00	0,11	0,33	4,22	3,23	15,78	3,23
5	23	20	5,60	2,89	0,65	1,46	0,15	0,49	6,40	3,09	13,30	3,23
6 - 7	26	22	8,04	3,09	0,91	1,51	0,41	1,01	9,36	3,35	8,77	3,99
8 - 9	21	21	4,76	3,27	1,10	1,55	0,24	0,54	6,10	4,16	4,95	3,75
10 - 11	18	17	3,31	1,25	0,08	0,28	0,31	1,11	3,69	1,65	2,54	2,40
Total	128	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 53. Índice CPOD e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino			
	N	n	CPOD	dp	N	n	CPOD	dp
6 - 7	16	12	0,17	0,41	10	10	0,13	0,35
8 - 9	9	9	0,78	1,20	12	12	0,92	1,38
10 - 11	12	11	2,64	2,62	6	6	3,67	1,37
12 - 13	11	10	5,50	2,12	14	14	6,07	6,44
14 - 16	15	12	8,33	5,26	12	12	8,33	4,19
17 - 19	13	13	14,15	5,96	13	13	12,92	6,17
20 - 24	13	13	17,31	8,92	14	14	20,14	7,33
25 - 29	10	10	18,70	3,56	13	13	21,92	7,79
30 - 34	4	4	27,00	3,56	8	7	25,57	5,06
35 - 44	12	11	26,18	4,79	10	9	29,78	3,67
45 - 64	7	7	27,43	5,74	11	11	31,18	2,14
65 e mais	8	8	31,50	1,07	4	4	32,00	0,00
Total	130	120	-	-	127	123	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 54. Índice de dentes funcionais (IDF) e desvio padrão no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino				Total			
	N	n	IDF (O+H)	dp	N	n	IDF (O+H)	dp	N	n	IDF (O+H)	dp
6 - 7	16	12	5,33	3,14	10	10	5,38	1,51	26	22	5,36	2,24
8 - 9	9	9	9,11	2,15	12	12	13,00	4,41	21	21	11,33	4,05
10 - 11	12	11	17,18	5,35	6	6	16,00	2,68	18	17	16,77	4,52
12 - 13	11	10	19,10	2,89	14	14	20,07	6,34	25	24	19,67	5,12
14 - 16	15	12	22,42	3,97	12	12	24,00	2,70	27	24	23,21	3,41
17 - 19	13	13	21,00	5,23	13	13	20,85	6,23	26	26	20,92	5,64
20 - 24	13	13	20,62	8,07	14	14	16,14	6,68	27	27	18,30	7,59
25 - 29	10	10	17,90	3,81	13	13	14,00	8,16	23	23	15,70	6,79
30 - 34	4	4	9,25	6,19	8	7	8,00	6,06	12	11	8,46	5,82
35 - 44	12	11	6,09	4,95	10	9	3,11	5,33	22	20	4,75	5,21
45 - 64	7	7	2,44	4,33	11	11	14,58	8,59	18	18	2,44	4,33
65 e mais	8	8	0,50	1,07	4	4	0,00	0,00	12	12	0,33	0,89
Total	130	120	-	-	127	125	-	-	257	245	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS**Tabela 55.** Índice de Cuidados (IC) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	N	n	O	CPOD	IC
6 - 7	26	22	0,00	0,14	0,0
8 - 9	21	21	0,48	0,86	55,8
10 - 11	18	17	1,88	3,00	62,7
12 - 13	25	24	2,13	5,83	36,5
14 - 16	27	24	3,83	8,33	46,0
17 - 19	26	26	5,31	13,54	39,2
20 - 24	27	27	6,37	18,78	33,9
25 - 29	23	23	4,52	20,52	22,0
30 - 34	12	11	2,55	26,09	9,8
35 - 44	22	20	0,65	27,80	2,3
45 - 64	18	18	0,17	29,72	1,0
65 e mais	12	12	0,00	31,67	0,0
Total	257	245	-	-	-

Notas:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

(*) apenas para a idade de 5 anos

Tabela 56. Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	N	n	1 ^{os} molares permanentes (M1)		Incisivos centrais e laterais superiores permanentes (IC/IL)	
			Freq.	%	Freq.	%
8 - 9	21	21	-	-	-	-
10 - 11	18	17	3	2,68	-	-
12 - 13	25	24	9	8,04	2	1,78
14 - 16	27	24	13	11,61	6	5,36
17 - 19	26	26	15	13,38	18	16,07
Total	117	112	40	35,71	26	23,21

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 57. Índice CPOS e componentes, superfícies híginas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	N	n	C	dp	P	dp	O	dp	CPOS	dp	H	dp
6 - 7	26	22	0,08	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,28	26,08	9,07
8 - 9	21	21	0,43	0,98	0,00	0,00	0,48	1,08	0,91	1,55	50,81	14,89
10 - 11	18	17	1,06	1,64	1,18	2,81	2,77	2,91	5,00	4,86	75,59	19,52
12 - 13	25	24	3,75	3,97	4,63	13,46	3,46	3,09	11,83	16,53	94,46	21,93
14 - 16	27	24	3,13	3,00	8,79	10,76	5,92	4,19	17,83	14,76	109,25	14,40
17 - 19	26	26	5,00	5,55	21,08	20,16	8,85	4,94	34,92	23,42	101,89	23,44
20 - 24	27	27	2,33	1,94	47,89	36,43	9,56	5,49	59,78	38,00	83,70	35,92
25 - 29	23	23	3,96	7,20	64,04	30,81	6,52	4,28	74,52	30,18	72,78	29,99
30 - 34	12	11	2,46	2,07	101,64	29,63	3,73	3,80	107,82	26,87	40,18	26,87
35 - 44	22	20	1,65	3,08	121,30	28,09	0,75	1,29	123,70	25,86	23,90	25,71
45 - 64	18	18	0,50	0,99	135,50	22,30	0,17	0,38	136,17	21,40	11,83	21,40
65 e mais	12	12	0,08	0,29	146,08	5,50	0,08	0,29	146,25	4,94	1,75	4,94
Total	257	245	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 58. Índice ceos e componentes, superfícies hígdas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	N	n	c	dp	e	dp	o	dp	ceos	dp	h	dp
2 - 4	40	9	4,89	2,93	1,78	4,06	0,11	0,33	6,78	5,85	81,22	5,85
5	23	20	10,75	9,21	3,40	6,44	0,15	0,49	14,30	10,64	72,20	12,27
6 - 7	26	22	12,73	8,15	5,95	7,13	1,05	2,34	19,73	12,12	57,59	17,11
8 - 9	21	21	7,76	6,39	6,90	7,66	0,33	0,80	15,00	12,58	35,86	13,98
10 - 11	18	17	5,64	3,93	1,64	4,22	0,36	1,08	7,64	4,14	19,93	13,34
Total	128	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS**Tabela 59.** Índice CPOS e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2002.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino			
	N	n	CPOS	dp	N	n	CPOS	dp
6 - 7	16	12	0,20	0,45	10	10	0,00	0,00
8 - 9	9	9	0,89	1,36	12	12	0,92	1,73
10 - 11	12	11	4,36	5,10	6	6	6,17	4,58
12 - 13	11	10	9,90	4,95	14	14	13,21	21,48
14 - 16	15	12	18,00	17,79	12	12	17,67	11,77
17 - 19	13	13	36,46	23,47	13	13	33,85	24,23
20 - 24	13	13	50,54	40,49	14	14	68,36	34,80
25 - 29	10	10	68,60	17,97	13	13	79,08	37,10
30 - 34	4	4	106,25	27,91	8	7	108,71	28,48
35 - 44	12	11	116,09	27,25	10	9	133,00	21,97
45 - 64	7	7	125,43	28,30	11	11	143,00	12,88
65 e mais	8	8	145,38	5,98	4	4	148,00	0
Total	141	131	-	-	139	134	-	-

Notas:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabelas do levantamento de saúde bucal realizado em 2005.

Tabela 60. Índice CPOD e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	N	n	C	dp	P	dp	O	dp	CPOD	dp	H	dp
6 - 7	19	16	0,21	0,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,43	5,29	2,05
8 - 9	34	30	0,77	1,41	0,00	0,00	0,27	0,58	1,03	1,47	9,60	2,50
10 - 11	24	19	1,11	1,56	0,11	0,46	1,16	1,39	2,37	2,27	16,26	3,49
12 - 13	25	21	1,81	1,69	0,19	0,60	2,10	1,81	4,10	2,61	21,71	3,10
14 - 16	30	23	2,61	2,69	1,83	3,75	3,44	2,35	7,87	6,01	20,22	5,54
17 - 19	27	25	3,12	3,62	3,76	3,21	4,88	3,02	11,76	5,17	16,92	4,69
20 - 24	37	35	4,29	3,62	7,63	5,20	5,63	3,30	17,54	5,69	13,69	5,41
25 - 29	27	22	2,41	1,87	14,09	6,57	5,86	3,09	22,36	7,03	9,23	6,87
30 - 34	19	17	2,53	2,04	16,77	6,14	6,53	2,53	22,82	5,24	9,06	5,14
35 - 44	22	17	1,82	2,70	26,00	5,93	0,82	1,13	28,65	3,57	3,17	3,45
45 - 64	19	16	0,75	1,65	29,38	4,67	0,06	0,25	30,19	3,71	1,81	3,71
65 e mais	14	12	0,17	0,58	31,67	1,16	0,00	0,00	31,83	0,58	0,17	0,58
Total	297	253	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 61. Índice ceod e componentes, dentes hígidos e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	N	n	c	dp	e	dp	o	dp	ceod	dp	h	dp
2 - 4	65	16	6,75	5,42	0,06	0,25	-	-	6,81	5,48	17,38	15,05
5	21	21	7,14	5,06	0,19	0,60	0,10	0,30	7,43	5,41	12,48	5,51
6 - 7	19	16	7,81	4,25	0,06	0,25	0,69	0,87	8,56	4,55	9,44	5,01
8 - 9	34	30	5,20	2,73	-	-	0,23	0,50	5,43	2,62	6,53	3,82
10 - 11	24	19	3,33	2,38	-	-	-	-	3,33	2,38	1,87	2,07
Total	163	102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 62. Índice CPOD e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino			
	N	n	CPOD	dp	N	n	CPOD	dp
6 - 7	8	7	0,00	0,00	11	9	0,33	0,50
8 - 9	18	14	0,64	1,15	16	16	1,38	1,67
10 - 11	14	11	2,36	2,66	10	08	2,38	1,77
12 - 13	12	9	3,44	2,07	13	12	4,58	2,94
14 - 16	15	8	6,13	3,48	15	15	8,80	6,93
17 - 19	15	13	12,15	5,08	12	12	11,33	5,45
20 - 24	17	16	17,25	5,34	20	19	17,79	6,10
25 - 29	12	10	20,60	7,06	15	12	23,83	6,97
30 - 34	9	9	22,22	4,02	10	8	23,50	6,57
35 - 44	11	8	28,88	3,64	11	9	28,44	3,71
45 - 64	9	7	28,57	5,03	10	9	31,44	1,67
65 e mais	7	6	31,67	0,82	7	6	32,00	0,00
Total	147	118	-	-	150	135	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 63. Índice de dentes funcionais (IDF) e desvio padrão no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino				Total			
	N	n	IDF (O+H)	dp	N	n	IDF (O+H)	dp	N	n	IDF (O+H)	dp
6 - 7	8	7	5,20	1,30	11	9	5,33	2,45	19	16	5,29	2,05
8 - 9	18	14	8,93	2,53	16	16	10,69	2,68	34	30	9,87	2,71
10 - 11	14	11	16,64	2,66	10	08	18,50	5,01	24	19	17,42	3,82
12 - 13	12	9	21,89	2,85	13	12	25,25	3,11	25	21	23,81	3,39
14 - 16	15	8	24,63	3,20	15	15	23,13	4,98	30	23	23,65	4,43
17 - 19	15	13	22,31	4,90	12	12	21,25	5,26	27	25	21,80	5,04
20 - 24	17	16	20,13	5,73	20	19	18,63	6,22	37	35	19,31	5,96
25 - 29	12	10	18,40	7,59	15	12	12,33	6,24	27	22	15,09	7,39
30 - 34	9	9	13,22	4,15	10	8	11,88	8,66	19	17	12,59	6,47
35 - 44	11	8	3,50	3,86	11	9	4,44	4,67	22	17	4,00	4,20
45 - 64	9	7	3,57	4,99	10	9	0,56	1,67	19	16	1,88	3,72
65 e mais	7	6	0,33	0,82	7	6	0,00	0,00	14	12	0,17	0,58
Total	147	118	-	-	150	135	-	-	297	253	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 64. Índice de Cuidados (IC) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	N	n	O	CPOD	IC
6 - 7	19	16	0,00	0,21	0,0
8 - 9	34	30	0,27	1,03	26,2
10 - 11	24	19	1,16	2,37	48,9
12 - 13	25	21	2,10	4,10	51,2
14 - 16	30	23	3,44	7,87	43,7
17 - 19	27	25	4,88	11,76	41,5
20 - 24	37	35	5,63	17,54	32,1
25 - 29	27	22	5,86	22,36	26,2
30 - 34	19	17	3,53	22,82	15,5
35 - 44	22	17	0,82	28,65	2,9
45 - 64	19	16	0,06	30,19	0,0
65 e mais	14	12	0,00	31,83	0,0
Total	297	253	-	-	-

Notas:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

(*) apenas para as idades de 2 a 5 anos

Tabela 65. Distribuição absoluta e proporcional da população Enawene-Nawe entre 8 e 19 anos, que apresentou pelo menos um dente perdido, segundo grupos de dentes e período, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	N	n	1 ^{os} molares permanentes (M1)		Incisivos centrais e laterais superiores permanentes (IC/IL)	
			Freq.	%	Freq.	%
8 - 9	34	30	-	-	-	-
10 - 11	24	19	1	0,85	-	-
12 - 13	25	21	2	1,69	-	-
14 - 16	30	23	9	7,63	2	1,69
17 - 19	27	25	17	14,41	13	11,02
-Total	140	118	29	24,58	15	12,71

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 66. Índice CPOS e componentes, superfícies hígidas e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	N	n	C	dp	P	dp	O	dp	CPOS	dp	H	dp
6 - 7	19	16	0,36	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36	0,75	24,86	9,53
8 - 9	34	30	0,90	1,88	0,00	0,00	0,31	0,85	1,21	1,97	44,97	11,04
10 - 11	24	19	1,79	3,28	0,53	2,29	1,42	1,74	3,74	4,16	80,00	16,28
12 - 13	25	21	2,05	1,96	0,95	3,01	2,95	2,46	5,95	5,65	111,76	13,57
14 - 16	30	23	4,65	5,91	8,48	18,02	5,00	3,80	18,13	21,95	110,04	18,47
17 - 19	27	25	4,24	5,70	18,08	14,64	7,96	4,61	30,28	17,39	103,44	16,64
20 - 24	37	35	6,17	7,65	35,91	24,69	9,29	5,05	51,37	25,93	93,34	24,23
25 - 29	27	22	3,32	2,44	66,05	29,97	9,68	4,87	79,05	30,94	67,32	30,73
30 - 34	19	17	3,29	2,62	80,29	27,90	6,06	3,68	89,65	26,27	58,35	26,27
35 - 44	22	17	2,29	3,55	121,06	26,28	1,71	2,42	125,06	22,68	22,47	22,57
45 - 64	19	16	0,94	2,14	135,25	23,25	0,06	0,25	136,25	21,93	10,50	19,77
65 e mais	14	12	0,50	1,73	146,50	5,20	0,00	0,00	147,00	3,46	1,00	3,46
Total	297	253	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS**Tabela 67.** Índice ceos e componentes, superfícies hígidas e desvio padrão, segundo faixas etárias, povo indígena Enawene-Nawe, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	N	n	c	dp	e	dp	o	dp	ceos	dp	h	dp
2 - 4	65	16	10,06	7,66	0,25	1,00	-	-	10,31	8,00	77,38	7,76
5	21	21	12,43	12,93	0,95	3,01	0,10	0,44	13,48	14,28	74,33	14,81
6 - 7	19	16	13,88	8,10	0,31	1,25	0,81	1,33	15,00	8,40	60,44	14,02
8 - 9	34	30	11,80	8,86	0,33	1,83	0,23	0,50	12,37	8,77	43,47	16,15
10 - 11	24	19	8,25	7,21	-	-	0,31	0,79	8,56	7,06	15,06	9,38
Total	163	102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 68. Índice CPOS e desvio padrão, no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e sexo, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	Masculino				Feminino			
	N	n	CPOS	dp	N	n	CPOS	dp
6 - 7	8	7	0,00	0,00	11	9	0,56	0,88
8 - 9	18	14	0,69	1,18	16	16	1,63	2,39
10 - 11	14	11	2,82	3,68	10	08	5,00	4,69
12 - 13	12	9	4,67	3,57	13	12	6,92	6,82
14 - 16	15	8	12,25	9,44	15	15	21,27	26,12
17 - 19	15	13	28,46	18,29	12	12	32,25	16,94
20 - 24	17	16	51,50	27,14	20	19	51,26	25,62
25 - 29	12	10	69,80	32,27	15	12	86,75	28,85
30 - 34	9	9	86,11	16,35	10	8	93,63	35,18
35 - 44	11	8	126,88	21,86	11	9	123,44	24,59
45 - 64	9	7	130,86	26,37	10	9	140,44	18,30
65 e mais	7	6	146,00	4,90	7	6	148,00	0,00
Total	147	118	-	-	150	135	-	-

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabelas comparativas entre os diferentes levantamentos de saúde bucal realizados entre 1995 e 2005

Tabela 69. Distribuição absoluta e percentual da população Enawene-Nawe entre 6 e 16 anos de idade, segundo valores de CPOD, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	CPOD=0												CPOD = 1 a 3											
	1995			1999			2002			2005			1995			1999			2002			2005		
n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	
6-7	14	3	3,7	15	7	9,2	22	12	11,1	16	11	10,1	14	9	11,0	15	4	5,3	22	2	1,9	16	3	2,8
8-9	20	4	4,9	22	3	3,9	21	13	12,0	30	16	14,7	20	7	8,5	22	11	14,5	21	7	6,5	30	12	11,0
10-11	12	-	-	13	-	-	17	4	3,7	19	6	5,5	12	1	1,2	13	-	-	17	6	5,6	19	8	7,3
12-13	17	-	-	19	-	-	24	1	0,9	21	1	0,9	17	3	3,7	19	3	3,9	24	8	7,4	21	8	7,3
14-16	19	-	1,2	25	-	-	24		-	23	-	-	19	1	1,2	25	1	1,3	24	5	4,6	23	5	4,6
Total	82	8	9,8	76	10	13,2	108	30	27,8	109	34	31,2	82	21	25,6	76	19	25,0	108	28	25,9	109	36	33,0

Faixas etárias (anos)	CPOD = 4 ou 5												CPOD = 6 ou mais											
	1995			1999			2002			2005			1995			1999			2002			2005		
n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	n	Freq.	%	
6-7	14	2	2,4	15	4	5,3	22	-	-	16	-	-	14	-	-	15	-	-	22	-	-	16	-	-
8-9	20	8	9,8	22	7	9,2	21	1	0,9	30	1	0,9	20	1	1,2	22	1	1,3	21	-	-	30	1	0,9
10-11	12	5	6,1	13	3	3,9	17	4	3,7	19	4	3,7	12	6	7,3	13	10	13,1	17	3	2,8	19	1	0,9
12-13	17	3	3,7	19	3	3,9	24	3	2,8	21	5	4,6	17	11	13,4	19	13	17,1	24	12	11,1	21	7	6,4
14-16	19	2	2,4	25	-	-	24	1	0,9	23	4	3,7	19	15	18,3	25	24	31,6	24	18	16,7	23	14	12,8
Total	82	20	24,4	76	17	22,4	108	9	8,3	109	14	12,8	82	33	40,2	76	48	63,1	108	33	30,6	109	23	21,1

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 70. Índice de dentes funcionais (IDF) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1995, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	IDF			
	1995	1999	2002	2005
6 - 7	5,21	5,21	5,36	5,29
8 - 9	10,20	8,18	11,33	9,87
10 - 11	15,92	13,23	16,77	17,42
12 - 13	19,24	17,63	19,67	23,81
14 - 16	14,63	16,52	23,21	23,65
17 - 19	13,25	13,37	20,92	21,80
20 - 24	13,20	11,35	18,30	19,31
25 - 29	9,20	11,07	15,70	15,09
30 - 34	5,79	7,33	8,46	12,59
35 - 44	4,11	3,53	4,75	4,00
45 - 64	0,90	1,47	2,44	1,88
65 e mais	9,5	0,38	0,33	0,17

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 71. Índice de dentes funcionais (IDF) no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, sexo e período, Mato Grosso-Brasil, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	IDF							
	Masculino				Feminino			
	1995	1999	2002	2005	1995	1999	2002	2005
6 - 7	5,71	4,50	5,33	5,20	4,71	4,14	5,38	5,33
8 - 9	10,25	7,90	9,11	8,93	10,13	10,25	13,00	10,69
10 - 11	14,83	13,71	17,18	16,64	17,00	12,67	16,00	18,50
12 - 13	17,86	16,40	19,10	21,89	20,20	19,00	20,07	25,25
14 - 16	16,45	16,31	22,42	24,63	12,13	16,75	24,00	23,13
17 - 19	15,33	13,33	21,00	22,31	12,56	13,40	20,85	21,25
20 - 24	14,22	15,14	20,62	20,13	12,36	9,30	16,14	18,63
25 - 29	9,25	13,33	17,90	18,40	9,17	9,38	14,00	12,33
30 - 34	6,86	8,43	9,25	13,22	4,71	5,80	8,00	11,88
35 - 44	8,67	4,25	6,09	3,50	1,83	2,89	3,11	4,44
45 - 64	1,00	2,33	2,44	3,57	0,82	0,70	14,58	0,56
65 e mais	0,00	0,40	0,50	0,33	0,00	0,33	0,00	0,00

Notas:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 72. Índice CPOS no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias e período, Mato Grosso-Brasil, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	CPOS		
	1999	2002	2005
6 - 7	2,33	0,08	0,36
8 - 9	3,77	0,91	1,21
10 - 11	18,69	5,00	3,74
12 - 13	14,42	11,83	5,95
14 - 16	30,92	17,83	18,13
17 - 19	50,79	34,92	30,28

Nota:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 73. Índice CPOS no povo indígena Enawene-Nawe, segundo faixas etárias, sexo e período, Mato Grosso-Brasil, 1999, 2002 e 2005.

Faixas etárias (anos)	CPOS					
	Masculino			Feminino		
	1999	2002	2005	1999	2002	2005
6 - 7	1,88	0,20	0,00	2,86	0,00	0,56
8 - 9	4,30	0,89	0,69	3,33	0,92	1,63
10 - 11	14,43	4,36	2,82	23,67	6,17	5,00
12 - 13	11,20	9,90	4,67	18,00	13,21	6,92
14 - 16	30,77	18,00	12,25	31,08	17,67	21,27
17 - 19	51,67	36,46	28,46	50,00	33,85	32,25

Notas:

em **negrito**: faixas etárias para comparação com as idades índice da OMS

Tabela 74. Distribuição absoluta e percentual da população Enawene-Nawe segundo condição periodontal de maior gravidade verificada pelo IPC e faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 1999.

Faixas etárias (anos)	n	Condição periodontal - 1999							
		Sadio (0)		Sangramento (1)		Cálculo (2)		Excluído (X)*	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
17-19	19	5	26,3	8	42,1	6	31,6	-	-
25-29	14	3	21,4	2	14,3	8	57,1	1	7,1
35-44	18	-	-	1	5,6	8	44,4	9	50,0
65 e mais	8	-	-	-	-	1	12,5	7	87,5
Total	59	8	13,6	11	18,6	23	39,0	17	28,8

Nota:

(*) pessoas com todos os sextantes excluídos por perdas dentárias

Tabela 75. Distribuição absoluta e percentual da população Enawene-Nawe segundo condição periodontal de maior gravidade verificada pelo IPC e faixas etárias, Mato Grosso-Brasil, 2005.

Faixas etárias (anos)	n	Condição periodontal - 2005							
		Sadio (0)		Sangramento (1)		Cálculo (2)		Excluído (X)*	
		Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
17-19	25	7	28,0	8	32,0	10	40,0	-	-
25-29	22	8	36,4	4	18,2	8	36,4	2	9,1
35-44	17	3	17,6	-	-	5	29,4	9	52,9
65 e mais	12	-	-	-	-	-	-	12	100,0
Total	76	18	23,7	12	15,8	23	30,3	23	30,3

Nota:

(*) pessoas com todos os sextantes excluídos por perdas dentárias



Foto 19 - Homens chegando de uma pescaria ritual de *Salumã*



Foto 20 - Os 'espíritos', encarnados nos pescadores, recebem alimentos dos Enawene-Nawe, anfitriões que permaneceram na aldeia

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)