**ALGUNS ASPECTOS DAS
CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE UMA
POPULAÇÃO INDÍGENA GUARANI MBYÁ
NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

MARISTELA VILAS BOAS FRATUCCI

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo para
concorrer ao Título de Mestre em Saúde
Pública.

Orientador: PROF. DR. ROBERTO AUGUSTO
CASTELLANOS FERNANDEZ

São Paulo

2000

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos fotocopiadores.

Assinatura:

Data:

40254/2000 (cg)

“O direito à saúde passa pelo reconhecimento da cidadania plena dos povos indígenas”

União da Nações Indígenas

Coordenação Nacional

Dedicatória

À minha família, amigos, povo guarani e todos aqueles que me incentivaram, deram ânimo, ofereceram ajuda e tornaram possível este olhar odontológico, ainda que recortado, sobre povos por vezes esquecidos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernández, pela paciência, bondade e crédito na possibilidade de conclusão desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Paulo Capel Narvai, pela objetividade e clareza com que conduziu minhas conclusões.

Ao Prof. Dr. Carlos Botazzo, pela possibilidade de pensar e sonhar além do odontológico.

Ao Prof. Antonio Carlos Frias, pela ajuda no tratamento estatístico dos dados e ânimo implícito em cada momento de desespero.

À Dra. Maria da Candelária Soares, batalhadora das causas da saúde bucal, amiga, exemplo de profissional, a quem devo parte de meus conhecimentos práticos em saúde pública.

À Dra. Luciene Bosco de Oliveira, pelo incansável trabalho que vem desenvolvendo com populações guarani do litoral paulista e por facilitar meu acesso à Aldeia Morro da Saudade.

E, finalmente, a toda população guarani da Aldeia Morro da Saudade, por participar desta pesquisa e disponibilizar parte de si para que este estudo pudesse existir.

RESUMO

Fratucci MVB. **Alguns aspectos das condições de Saúde Bucal de uma população indígena Guarani Mbyá no Município de São Paulo.** São Paulo; 2.000 [Dissertação de Mestrado Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Introdução. Considerando-se que as populações indígenas perderam a possibilidade de preservação do seu modo de vida por causa das diversas situações de contato com a sociedade nacional ao longo dos anos, a questão da saúde encontra formas diferenciadas de transição geradas pela falta de percepção de sua importância e pela falta de acesso às condições essenciais de sobrevivência relativas à posse da terra, alimentação, saneamento, moradia, lazer etc. Ao serem negligenciados aspectos básicos de sobrevivência e preservação étnico-cultural, ocorre uma desagregação social seguida de deteriorização de todos indicadores de saúde, neles compreendida a saúde bucal. **Objetivo.** Realizar diagnóstico em saúde bucal da comunidade indígena Guarani Mbyá da Aldeia Morro da Saudade, Distrito de Parelheiros-Município de São Paulo, por meio de levantamento epidemiológico em saúde bucal. **Métodos.** Os índices foram utilizados segundo os códigos e critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na quarta edição do manual "Oral health surveys - basic methods" (1997). O estudo foi realizado sem amostra pré-estabelecida, sendo apuradas todas as idades examinadas (n=239). **Resultados.** Da população examinada, 49,9% dos indivíduos declararam não escovar os dentes. Com relação à *cárie dentária*, verificou-se que aos 5 anos de idade, 44,4% das crianças estão livres de cárie; aos 12 anos um CPO-D de 2,19, evoluindo para 7,20 aos 18

anos. Com relação às *periodontopatias*, aos 5 anos de idade, 33,3% já apresentam algum tipo de alteração periodontal; aos 12 anos, apenas 28,6% de indivíduos apresentam sextantes sadios; contudo nas faixas etárias acima de 19 anos não verifica-se presença de bolsas acima de 6 mm. A *fluorose dentária* apresenta praticamente 100% da categoria normal em todas as idades pesquisadas. Para *oclusopatias*, o índice DAI apresentou 85,7% de prevalência normal nos indivíduos de 12 anos de idade. Com relação à prótese dentária, nenhum dos examinados usa prótese; com relação à necessidade de prótese na faixa etária de 35 a 44 anos, 80% necessitam de prótese superior e 100% necessitam de prótese inferior. **Conclusões.** Considerando-se os indivíduos examinados, pode-se observar que o perfil epidemiológico das doenças bucais tem um comportamento diferenciado da sociedade nacional, embora não exista acesso a programas preventivos e assistenciais. No levantamento em questão, a cárie, a doença periodontal, a fluorose e as oclusopatias têm uma severidade menor que a observada em estudos realizados no Município e Estado de São Paulo. Porém, as necessidades de tratamento acumuladas e as condições de vida dessas populações, demonstram que será necessária a implantação de propostas de atenção à saúde bucal para que estes índices não continuem evoluindo de maneira drástica.

Descritores: Epidemiologia. Levantamento epidemiológico. Saúde Bucal. Índios. Populações Indígenas. Etnia Guarani.

SUMMARY

FRATUCCI MVB. **Alguns aspectos das condições de Saúde Bucal de uma população indígena Guarani Mbyá no Município de São Paulo.** (Some aspects of the conditions of Oral Health of the population indigenous Guarani Mbyá in the Municipal district of São Paulo) São Paulo (BR); 2.000 [Dissertação de Mestrado Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

Introduction. Considering that the indigenous populations along the years for the several contact situations with the national society lost a lot of time the possibility of preservation in their way to live. The subject of health finds differentiated forms of transition so much in it perception, with relationship to total misses of access the relative essential subjects to the ownership of the territories, feeding, sanitation, home, leisure etc. As we neglect basic aspects of survival and ethnic-cultural preservation, it happens a social disaggregation followed by deteriorização of all indicators of health, among them understood the oral health. **Objective.** To accomplish diagnosis in the community's indigenous Guarani Mbyá da Aldeia Morro da Saudade oral health, Parelheiros-municipal district of São Paulo, through an epidemic survey in oral health. **Methods.** The indexes were used according to the codes and criteria recommended by the World Health Organization (WHO), in the fourth edition of the manual "Oral health surveys - basic methods" (1997). The study was accomplished without pre-established, being select all the examined acts (n=239). **Results.** Of the examined population 49.9% doesn't brush the teeth. With relationship that the dental decay, it was verified to the children's free from caries 5 years were 44.4%, to the 12 years a DMFT 2.19, developing to 7.20 to the 18 years;

being the decayed component the largest weight of the index dmft and DMFT. With relationship to the periodontal diseases to the 5 years 33.3% already present some type of alteration periodontal, to the 12 years only 28.6% of individuals with healthy sextants, however in the age groups above 19 years presence of pockets is not verified above 6 mm. The dental fluorosis presents 100% practically of normal in all the researched ages. for occlusion, the DAI index to the 12 years presented 85.7% with normal occlusion. It relation to dental prosthesis, none of those examined uses prosthesis; in relation to the prosthesis need in the age group from 35 to 44 years, 80% need superior prosthesis and 100% need inferior prosthesis. **Conclusions.** Being considered the examined individuals it can be observed that the epidemic profile of the oral diseases has a differentiated behavior of the national society, although access doesn't exist to preventive program and assistentials; the decay, the periodontal disease, fluorosis and occlusion wave a smaller severity when compared to studies accomplished in the municipal district of São Paulo and State of São Paulo. However the accumulated treatment needs demonstrate that will be necessary the implantation of proposals of attention to the oral health for these indexes do not continue developing in a drastic way.

Descriptors: Epidemiology. Epidemic survey. Oral health. Indians. Indigenous populations. Etnia Guarani.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

OMS	-	Organização Mundial da Saúde
MS	-	Ministério da Saúde - Brasil
SUS	-	Sistema Único de Saúde
FNS	-	Fundação Nacional de Saúde
FUNAI	-	Fundação Nacional do Índio
DSEI	-	Distrito Sanitário Especial Indígena
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
ASI	-	Agente de Saúde Indígena
FSP/USP	-	Faculdade de Saúde Pública / Universidade de São Paulo
SES-SP	-	Secretaria de Estado da Saúde – São Paulo
DIR	-	Direção Regional de Saúde – Estado de São Paulo
CD	-	Cirurgião-Dentista
CPO-D	-	Índice de cárie dentária para dentição permanente
ceo-d	-	Índice de cárie dentária para dentição decídua
CPI	-	Índice periodontal comunitário
PIP	-	Índice de perda de inserção periodontal
DAI	-	Índice de estética dental (Dental Aesthetic Index)
e col.	-	e colaboradores
PGC	-	Porcentagem geral de concordância

Lista de Tabelas e Gráficos

QUADRO 2.6.1 – Quadro resumo de pesquisas em saúde bucal com populações indígenas, em diferentes anos, Brasil.	22
TABELA 5.2.1 - Concordância na calibração, segundo condições de Saúde Bucal, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, São Paulo, 1.999.	33
TABELA 5.2.2 - Concordância no reexame, segundo condições de Saúde Bucal em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, São Paulo, 1.999.	34
TABELA 6.1- Número e porcentagem de indivíduos da etnia Guarani Mbyá examinados, segundo idade e sexo. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	49 - 50
TABELA 6.2- Número e porcentagem de indivíduos da etnia Guarani Mbyá examinados, segundo as variáveis frequência de escovação e uso de creme dental. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	51
TABELA 6.3- Número e porcentagem de indivíduos, segundo grau de instrução, etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	52
TABELA 6.4- Número de dentes permanentes hígidos, cariados, perdidos e obturados, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	53
TABELA 6.5- Média dos componentes do índice CPO-D segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	54
TABELA 6.6- Composição percentual do índice CPO-D, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	55
TABELA 6.7- Média de dentes CPO, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	56

TABELA 6.8- Distribuição de frequência dos valores do índice CPO-D de 5 a 12 anos, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	57
TABELA 6.9- Distribuição de frequência dos valores do índice CPO-D de 13 a 60 anos, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	58 - 59
TABELA 6.10- Número de dentes decíduos hígidos, cariados, extraídos e obturados, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	60
TABELA 6.11- Média dos componentes do índice ceo, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.....	61
TABELA 6.12- Composição percentual do índice ceo, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.....	62
TABELA 6.13- Média de dentes ceo, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.....	63
TABELA 6.15- Distribuição de frequência dos valores do índice ceo, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	64
TABELA 6.15- Número e porcentagem de dentes sem e com necessidades de tratamento odontológico, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	65
TABELA 6.16- Número e porcentagem de dentes sem e com necessidades de tratamento odontológico, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.....	66
TABELA 6.17- Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo o maior grau de condição periodontal observado segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	67

TABELA 6.18- Porcentagem de sextante, segundo condição periodontal e idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	68
TABELA 6.19- Porcentagem de sextante, segundo condição periodontal e idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	69
TABELA 6.20- Porcentagem de sextante, segundo perda de inserção periodontal e idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	70
TABELA 6.21- Número e porcentagem de indivíduos, segundo o uso de prótese dentária e idade, etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	71
TABELA 6.22- Número e porcentagem de indivíduos que necessitam de prótese, segundo tipo de necessidade de prótese dentária superior por idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	72
TABELA 6.23- Número e porcentagem de indivíduos que necessitam de prótese, segundo tipo de necessidade de prótese dentária inferior por idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	73
TABELA 6.24- Número e porcentagem de escolares de 10 anos, segundo graus de fluorose, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	74
TABELA 6.25- Número e porcentagem de escolares de 12 anos, segundo grupos de condições: dentição, espaço e oclusão, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	75
TABELA 6.26- Número e porcentagem de escolares de 12 anos de idade, segundo relação molar ântero-posterior, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	76
TABELA 6.27- Número e porcentagem de escolares de 12 anos de idade, segundo o índice de estética dentária, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	77

TABELA 6.28- Número e porcentagem de escolares de 18 anos de idade, segundo o índice de estética dentária, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	78
GRÁFICO 7.1- Frequência de escovação em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	80
GRÁFICO 7.2- Uso de creme dental em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	81
GRÁFICO 7.3- Grau de instrução de 7 a 60 anos de idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	82
GRÁFICO 7.4- Composição do índice CPO-D, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	83
GRÁFICO 7.5- Porcentagem de crianças livres de cárie aos 5 e 12 anos de idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	84
GRÁFICO 7.6- Composição do índice ceo de 5 a 12 anos de idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	84
GRÁFICO 7.7- Porcentagem de dentes, segundo a necessidade de tratamento, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	86
GRÁFICO 7.8- Tipo de necessidade de tratamento dentário, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	87
GRÁFICO 7.9- Condição Periodontal- CPI, segundo sextante e idade de 12, 15, 18 e 20 a 60 anos, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	88
GRÁFICO 7.10- Necessidade de Prótese Dentária nas faixas etárias de 20 a 24 anos e 25 a 34 anos, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.	89

GRÁFICO 7.11- Necessidade de Prótese Dentária nas faixas etárias de 35 a 44 anos e 45 a 60 anos, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999. 89

GRÁFICO 7.12- Índice de Estética Dentária aos 12 e 18 anos de idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999. 90

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	4
2.1 <i>O mito da criação Tupy-Guarani</i>	4
2.2 <i>Os índios no Brasil</i>	6
2.3 <i>A etnia Guarani</i>	11
2.4 <i>O direito dos povos indígenas</i>	13
2.5 <i>A questão da saúde nas populações indígenas</i>	17
2.6 <i>O espaço da saúde bucal nas populações indígenas</i>	20
3. OBJETIVOS	26
3.1 <i>Objetivos Gerais</i>	26
3.2 <i>Objetivos Específicos</i>	27
4. HIPÓTESE	28
5. MATERIAL E MÉTODO	29
5.1 <i>Objeto do estudo</i>	29
5.2 <i>Padronização e calibração</i>	31
5.3 <i>Variáveis e índices utilizados</i>	35
5.4 <i>Códigos e critérios adotados</i>	35
5.5 <i>Considerações éticas</i>	47
6. RESULTADOS	48
7. DISCUSSÃO	79
8. CONCLUSÕES	92
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98
10. ANEXOS	106

“Depois de um percurso de aproximadamente duas horas, curvas, idéias ainda em desalinho, chega-se a um grande terreiro com casas esparsas, baixas, de pau a pique, crianças correndo pelo barro ou sol...

O que esperar? Que referências estabelecer para um povo de tantas transições, de tanta história?

Somos recebidos sempre pelas crianças. Laura e Márcia, 5 anos, passaram pelo consultório, agora descontraídas, amigas, tentam conversar em guarani. Impotente, gesticulo, explico, em meu socorro chega a ajuda de um pequeno intérprete; descubro que elas me apontam o céu... Nhanderu, pai do céu, Deus, Sol, continua nossa conversa gesticular e descubro que elas querem brincar de roda.

Desconcerto-me.

Que mundos são esses que se cruzam? Logo vem a ânsia de estabelecer respostas...

Será necessário? Quero saber como adoece a boca que fala guarani, sorri desconfiada e se priva das coisas da terra.”

Maristela

(Aldeia Morro da Saudade, 21/06/99)

O Espírito do Tempo

O tempo para os povos indígenas é uma divindade sagrada encarregada de manter a Lei dos Ciclos: as estações da terra e as estações do Céu. As estações da terra podem ser medidas pelo Sol e as estações do Céu, pela Lua. O tempo faz a ligação do ritmo que é coordenado pelo coração, com a ação e a inação. O Pai tempo tem muitos nomes entre os povos. O povo Xavante chama o espírito do tempo de Wahutedew'á.

Quando chegaram as Grandes Canoas dos Ventos (as caravelas portuguesas), tentaram banir o espírito do tempo, algemando-o no pulso dos Homens da civilização. Dessa época em diante, o tempo passou a ser contado de modo diferente.

Esse modo de contar o tempo gerou a História, e mesmo a História passou a ser contada sempre do modo como aconteceu para alguns e não do modo como aconteceu para todos.

Aqui, a partir desse tempo inventado pela civilização, foram resumidos os principais fatos desse tempo-inventado, mas de ações humanas reais e, infelizmente na maior parte das vezes, *cruéis*.

Kaká Werá Jecupé

(Terra dos Mil Povos)

E aqui estou eu tentando contar parte desse tempo inventado, olhando várias bocas, tentando ver seres, etnias, guaranis. Às vezes não entendia e esforçava-me para compreender o fluxo das coisas, do viver na aldeia, da não ação, da inconformada passividade e do desinteresse odontológico.

1. INTRODUÇÃO

A evolução das práticas de Saúde no Brasil passa por uma reestruturação desde a Reforma Sanitária, Constituição, Sistema Único de Saúde, onde vários avanços foram conquistados, garantindo em graus distintos: racionalização, oferta de serviços, maior acesso da população. Nem por isso podemos considerar que a população está mais sadia dentre todos os aspectos que envolvem o “adoecer” no processo saúde-doença. Vários são os determinantes dos problemas de saúde da população, incluída a saúde bucal. Seria uma irresponsabilidade atribuir somente aos aspectos biológicos a culpa de todos os “males”.

Mesmo assim, algumas comunidades minoritárias são totalmente excluídas de qualquer possibilidade de inserção em programas de atenção à saúde. Considerando a pluralidade étnica das populações indígenas e a percepção diferenciada dos fenômenos ligados ao processo saúde-doença, muitas mudanças foram introduzidas a estas populações após o contato com a sociedade nacional, estabelecendo situações de tensão, transições, pobreza, aculturação, acomodação e desagregação, que levaram os povos indígenas a perderem o equilíbrio do corpo e da alma, contraindo doenças físicas, espirituais, morais, introduzidas de forma a descaracterizar o que essas populações têm como ideal de saúde.

Ritos e costumes são preservados em contraposição às doenças que assolam populações que desconheciam alguns microorganismos.

Estabelece-se a dicotomia dos males espirituais e das doenças estritamente biológicas. Ao ser observada essa dualidade, inerente às populações contatadas, cria-se a referência quase mágica e linear que, se existem doenças é porque faltam médicos e remédios. Deixa-se de perceber todo o processo de

desagregação, onde perdeu-se a possibilidade de pescar, caçar, plantar roças, legitimar novos pajés.

Foram negligenciadas questões importantes referentes à posse da terra, moradia, alimentação, saneamento e lazer. Mesmo populações contatadas desde a época do descobrimento, como os guarani, continuam comportando-se como se as doenças trazidas pelo branco tivessem acabado de chegar. Parece evidente, para a Saúde Pública, que 500 anos passaram-se, mas as estruturas sócio-econômicas e culturais continuam em crescente deteriorização.

Sendo a saúde bucal parte integrante e indissociável da saúde geral dos indivíduos e segundo as considerações elaboradas, a população Guarani Mbyá, Aldeia Morro da Saudade, Parelheiros, objeto do presente estudo, possui pouca organização com relação aos problemas de doença ou relativas à promoção da saúde. Observa-se, em comparação com outras aldeias do litoral paulista, que esta população têm comportamento diferenciado, dependendo do município a que pertencem, do grau de municipalização e de como o poder municipal considera as populações indígenas sob sua responsabilidade.

Com relação ao acesso à programas de atenção em saúde bucal, a OMS³⁹ (1994), diz: “A proporção da população que faz uso dos serviços de atenção de saúde bucal varia de um país para o outro, mas só poderia ser considerada ideal em alguns deles. Cobertura total é uma meta pouco realista, mas seria preciso tomar medidas para assegurar que todos quantos necessitem de atenção em saúde bucal possam recebê-la. Com relação aos países industrializados, projeta-se que o pessoal de saúde bucal necessitará no futuro de uma educação ampla nas ciências afins da saúde, das quais a saúde bucal é parte integrante em todos os aspectos. Nos países em

desenvolvimento, onde está aumentando a incidência de cárie, e naqueles onde a incidência é baixa, dever-se-ia adotar uma estratégia de atenção de saúde primária, concentrada em procedimentos de baixo conteúdo odontológico para a maioria de serviços de saúde da boca. No futuro, porém, é provável que venham a prevalecer padrões semelhantes tanto nos países em desenvolvimento como nos altamente industrializados”.

Surgem alguns questionamentos: a garantia do acesso a um programa de saúde por si só seria suficiente para promover saúde? Como é entendida a questão da atenção à saúde pelas várias instâncias: Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Fundação Nacional do Índio, Prefeitos, Secretários, Conselhos de Saúde, Programas Locais de Saúde e Usuários?

Será a saúde bucal relevante em um local em que crianças morrem por desnutrição, diarreia e problemas respiratórios antes do primeiro ano de vida?

Com certeza a preocupação não deve centrar-se em quais patologias serão mais prevalentes ou “importantes”, e sim em estabelecer estudos consistentes, que venham contribuir para as discussões sobre a saúde das populações indígenas e que possam colaborar na estruturação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI, que *visam garantir aos povos indígenas o direito universal e integral à saúde.*

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 O mito da criação Tupy-Guarani

“O criador, cujo coração é o sol, tataravô desse Sol que vemos, soprou seu cachimbo sagrado e da fumaça desse cachimbo se fez a Mãe Terra. Chamou sete anciães e disse: ‘Gostaria que criassem ali uma humanidade’. Os anciães navegaram em uma canoa que era como uma cobra de fogo pelo céu; e a cobra-canoa levou-os até a Terra. Logo eles ali depositaram os desenhos-sementes de tudo o que viria a existir. Então eles criaram o primeiro ser humano e disseram: ‘Você é o guardião da roça’. Estava criado o homem. O primeiro homem desceu do céu através do arco-íris em que os anciães se transformaram. Seu nome era Nanderuvuçu, o nosso Pai Antepassado, o que viria a ser Sol. E logo os anciães fizeram surgir das Águas do Grande Rio Nanderykei-cy, a nossa Mãe Antepassada. Depois que eles geraram a humanidade, um se transformou no Sol, e a outra, na Lua. São nossos tataravós” (JECUPÉ²² 1999).

“Somos parte da terra e ela é parte de nós. Os olhos e as mentes intelectuais da Humanidade começaram, no século XX, a reconhecer os povos nativos como culturas diferentes das civilizações oficiais e vislumbraram contribuições sociais e ambientais deixadas pelos guerreiros que tiveram o sonho como professores” (JECUPÉ²² 1999).

Ainda segundo JECUPÉ²² (1999), “a maior contribuição que os povos da floresta podem deixar ao homem branco é a prática do ser uno com a natureza interna de si. A Tradição do Sol, da Lua, e da Grande Mãe ensinam que tudo se desdobra de uma fonte única, formando uma trama sagrada de relações e inter-relações, de modo

que tudo se conecta a tudo. O pulsar de uma estrela na noite é o mesmo do coração. Homens, árvores, serras, rios e mares são um corpo, com ações interdependentes. Esse conceito só pode ser compreendido através do coração, ou seja, da natureza interna de cada um. Quando o humano das cidades petrificadas largarem as armas do intelecto, essa contribuição será compreendida. Nesse momento entraremos no Ciclo da Unicidade e a Terra sem Males se manifestará no reino humano.

Segundo Aracy Lopes da Silva citada por JECUPÉ²² (1999), os mitos são, por tudo o que vimos, um lugar para a reflexão. Através dos signos concretos, e de histórias e personagens maravilhosos, os mitos falam de complexos problemas filosóficos com que os grupos humanos, por sua própria condição de mundo, devem se defrontar. Aparentemente ingênuos ou inconseqüentes (para olhos e ouvidos que não sabem decifrar), os mitos são coisa séria. Como se constroem com imagens familiares, signos com os quais se entra em contato no dia-a-dia, os mitos tem muitas camadas de significação e, no contexto em que têm vigência, são repetidamente apresentados ao longo da vida dos indivíduos que, à medida que amadurecem social e intelectualmente, vão descobrindo novos e insuspeitos significados nas mesmas histórias de sempre, por debaixo das camadas já conhecidas e já compreendidas. É assim que as sociedades indígenas conseguem apresentar conhecimentos, reflexões e verdades essenciais em uma linguagem acessível às crianças que, deste modo, muito cedo entram em contato com questões cuja complexidade irão aos poucos descobrindo e compreendendo.

2.2 Os índios no Brasil

Segundo NEVES ³⁶ (1995), “é uma verdade estabelecida para a maioria dos brasileiros que a história do país foi inaugurada em *22 de abril de 1500*. O que aconteceu antes disso, domínio da pré-história, seria um pouco vago e na verdade irrelevante para o posterior desenvolvimento do Brasil, merecendo poucas páginas nos livros didáticos. Ao contrário dos países da América Espanhola onde “conquista” é o termo utilizado para designar a ocupação européia, tal processo é no Brasil conhecido como “descobrimento”, o que revela o preconceito e desconhecimento sobre as populações indígenas do Brasil e sua história.”

Ainda segundo NEVES ³⁶ (1995), “a imagem das sociedades indígenas comum ao público em geral é estática: indivíduos vivendo em pequenas aldeias isoladas na floresta, representando um passado remoto, uma etapa evolutiva de nossa espécie. Enfim, populações sem história. Nada mais errado. Sabe-se hoje que os povos indígenas que habitam o continente Sul-Americano descendem de populações que ali se instalaram há dezenas de milhares de anos, ocupando virtualmente toda a extensão desse continente. Ao longo desse período essas populações desenvolveram diferentes modos de uso e manejo dos recursos naturais e diferentes formas de organização social, o que é atestado pelo crescente número de pesquisas arqueológicas realizadas no Brasil e países vizinhos.”

A população indígena no Brasil é estimada em 326 mil pessoas, a maioria vivendo em aldeias distribuídas em mais de 500 terras indígenas que ocupam 11% do território nacional, nem todas regularizadas, sendo quase 99% dessas terras localizadas na Amazônia e Centro-Oeste, onde vivem aproximadamente 60% da população indígena. A parcela restante da população ocupa pequenas áreas

espalhadas pelo nordeste, sudeste e sul. E mais de 20.000 índios vivem nas periferias das cidades.

As sociedades indígenas compartilham de um conjunto de traços e elementos básicos, que são comuns a todas elas e as diferenciam de sociedades de outro tipo. A lógica e o modelo social compartilhado pelos grupos indígenas são diferentes do nosso. Duas ordens de problemas estão colocados: o que faz com que a sociedade seja indígena? E o que diferencia umas das outras? É o modo de viver, de organizar as relações entre as pessoas e destas com o meio em que vive e com o sobrenatural que faz com que uma sociedade seja indígena?

Sociedades indígenas são sociedades igualitárias, não estratificadas em classes sociais e sem distinções entre possuidores dos meios de produção e possuidores de força de trabalho. São sociedades que se reproduzem a partir da posse coletiva da terra e dos recursos nela existentes e da socialização do conhecimento básico indispensável à sobrevivência física e ao equilíbrio sócio-cultural de seus membros (CHEROBIM¹² 1986).

Mais que a especialização, embora sempre haja exímios caçadores, cantadores e artesões, é a divisão de trabalho por sexo e idade que regula a produção nestas sociedades. As tarefas do dia-a-dia são repartidas entre homens e mulheres de acordo com suas idades e nenhuma classe ou grupo detém o monopólio sobre uma parte do processo produtivo ou sobre uma atividade específica. Despontam, todavia, o xamã, regulando e intermediando as relações com o mundo dos espíritos, e o chefe apaziguando as disputas políticas e buscando consenso e coesão. Regras, compromissos e obrigações estabelecidos pelas relações de parentesco, de amizade ou criadas em rituais e em contextos políticos definem a distribuição de bens e

serviços. Generosidade, redistribuição e reciprocidade criam, recriam e intensificam relações nessas sociedades. Embora possamos tentar apreender estas sociedades isolando os aspectos como o político, o religioso, o econômico, estes se entrelaçam num todo compacto e coerente. A coesão íntima de todos os elementos conforma a especificidade sócio-cultural de cada um dos grupos indígenas (NOVAES³⁸ 1994).

No Brasil, existem hoje aproximadamente 180 Nações Indígenas com características étnico-culturais diferenciadas entre si e em relação à sociedade nacional. As Nações Indígenas diferem da sociedade nacional pela existência de uma organização social, econômica e política igualitária, fundada no acesso coletivo à terra e ao conhecimento, nas relações de parentesco, na relação mítica com a terra e a natureza. Entre os 180 povos, a especificidade é a não existência do índio genérico.

Existem os povos Guarani, Tukano, Apurinã, Palikur, Pataxó, e muitos outros; a diversidade entre eles está nas tradições, costumes, educação, arte e religião próprias destes povos indígenas. O reconhecimento do caráter pluriétnico do Estado Brasileiro, pelos setores da sociedade civil, é a garantia de continuidade de existência dos 180 povos e do direito de decidir sobre o seu próprio destino.

Os povos indígenas enfrentam situações distintas de risco e vulnerabilidade, além de pressões e ameaças em suas relações com a sociedade que os cercam. A expansão das frentes econômicas (extrativismo, trabalho assalariado temporário, projetos de desenvolvimento) e inclusão dos índios em atividades dela decorrentes vem ameaçando a integridade do meio-ambiente e a preservação de diversos aspectos de seu conhecimento, economia e organização social. Muitos povos estão ameaçados de desaparecimento se medidas de proteção eficazes dos meios que asseguram suas vidas não forem tomadas. Em algumas sociedades o

número de indivíduos se reduziu a ponto de comprometer sua reprodução biológica (RIBEIRO⁴² 1996).

Aculturados, integrados ou acomodados? Conceitos estabelecidos por antropólogos atestam: o que sobrevém aos povos indígenas, às suas crenças, culturas, organizações econômicas e sociais é processo de desagregação, no qual valores são destruídos sem tempo de serem reelaborados para sustentar o modo de vida tribal. Contudo, vários pesquisadores reconhecem que existem aldeias que estão bem e outras que estão muito mal dentro do processo de sobrevivência da cultura indígena.

Segundo, RIBEIRO⁴² 1996, “os grupos indígenas que classificamos como integrados percorreram todo o caminho da aculturação, no curso do qual suas peculiaridades se alteraram e uniformizaram tanto que já não são substancialmente maiores que a das outras variantes da sociedade nacional, em sua feição rústica. Apesar disso permanecem índios porque sua aculturação não desembocou numa assimilação, mas no estabelecimento de um *modus vivendi* ou de uma forma de acomodação. Isto significa que o gradiente da transfiguração étnica vai do índio tribal ao índio genérico e não do indígena ao brasileiro. Significa, também, que as entidades étnicas são muito mais resistentes do que se supõe geralmente, porque só exigem condições mínimas para perpetuar-se; e porque sobrevivem à total transformação do seu patrimônio cultural e racial. Significa, ainda, que a língua, os costumes, as crenças são atributos externos à etnia, suscetíveis de profundas alterações, sem que esta sofra colapso ou mutação. Significa, por fim, que as etnias são categorias relacionais entre agrupamentos humanos, compostas antes de representações recíprocas e de lealdades morais do que de especificidades culturais e raciais”

Segundo o indigenista Orlando Villas Bôas^{4,5} 1998, não existem regras comuns para os povos indígenas, cada etnia tem suas características, problemas, soluções que devem ser respeitados na preservação étnico-cultural desses povos. Ressalta ainda que se medidas não forem tomadas a tempo, essas populações não atravessarão nem a primeira metade do próximo milênio. Dentro do universo indígena, o índio vive o presente, que já se apresenta totalmente sem expectativas. O índio é tutelado pelo estado, que mostra-se totalmente omissos e negligente nesta tutela.

Algumas passagens ilustram com perfeita precisão o sentimento indígena em relação a sociedade nacional: “Com efeito, o que poderia a comemoração dos 500 anos de descobrimento do Brasil significar? A celebração de um encontro, de um desencontro ou de um mau encontro entre europeus e índios, civilizados e primitivos? E celebração para quem? Indagado a respeito quando se começou a pensar no assunto, ainda em 1990, o líder da União das Nações Indígenas, Ailton Krenak respondera que, em seu entender, os índios não tinham o que comemorar, nem o que contra-comemorar, porque essa era uma questão dos brancos e para os brancos, cabendo a estes e só a eles, avaliar o que tinha sido suas relações com os povos da terra ao longo de cinco séculos. E completara: se os brancos concluírem que erraram, que comemorem os quinhentos anos de guerra contra as populações indígenas como um gesto de boa vontade e de reconciliação.” (SANTOS⁴³ 1995).

SANTOS⁴³ (1995), rememora esta passagem tão significativa, quando a então Secretária Municipal da Cultura, Marilena Chauí, resolveu aceitar o convite e fazer o gesto de reconciliação, surgiu assim a idéia da criação da Comissão Índios no Brasil pela Secretaria Municipal de Cultura de São Paulo, em outubro de 1991.

2.3 A etnia Guarani

“Os guarani provêm da grande família lingüística Tupi-guarani que deu origem a diversas etnias indígenas presentes na América Meridional. Uma antiga tese afirma que os tupi-guarani formaram, muito antes da presença inicial dos europeus em território indígena, um só povo que se localizara às margens do médio Paraná-Paraguai, de onde, tempos depois, empreenderam uma grande migração que tomaria três direções: a) um dos ramos subiria o litoral atingindo a foz do Amazonas; b) outro ramo estenderia-se para noroeste; c) um terceiro desceria os cursos do Rio Tapajós, Madeira e Ucaiali” (FARIAS¹⁸ 1996).

Os Tupi-guarani dispersos em território do litoral brasileiro ficaram conhecidos, à época da colonização, como Tupinambá, Tamoio, Tupiniquim, Carijó, Caeté, Tabajara, Potiguara, Guajajara etc., e dividiram-se em duas vertentes de tronco linguístico:

a) Ramo Meridional: os Caingás (Guarani-Mbyá), os Guarani (Guarani-Kaiowá), os Apopokuva (Guarani-Nandevá).

b) Vertente Andina e Bolívia Oriental: Omaguá, Oiampi, Parintintin, Pacajé, Tapirauá, Apiacá, Juruna, Avá-Canoeiro.

Após esforços da produção literária mais recente, chegou-se a um consenso de que no Brasil habitam três grupos guarani de dialetos e fundamentos culturais diferenciados: os Nandevá (maior população em território brasileiro); os Mbyá (compõem a maioria das aldeias do litoral paulista, Rio de Janeiro, Espírito Santo) e os Kaiowá (maior presença no sul do Mato Grosso do Sul).

Vários movimentos migratórios ocorrem com os guarani, muitas vezes por razões de ordem divina ou por um princípio orientador mesclado de razões decorrentes da relação com o branco (FARIAS¹⁸ 1996).

LADEIRA²³ (1988), diz que antigos relatos colhidos por etnógrafos podem ser confirmados ainda hoje sobre as intenções migratórias e *a importância do mar* para os guarani: “....o mar no pensamento e cosmologia guarani ocupa um lugar ambíguo, ao mesmo tempo obstáculo a transpor, para se atingir o paraíso; e o ponto de chegada, pois é ali, nas proximidades que o destino guarani pode se realizar”. A Serra do Mar neste contexto adquiriria uma significação toda especial para os guarani: ela seria o dique do mar. Para a autora citada, parece correto supor que a predileção dos Mbyá e Nandevá pela Serra do Mar encontre fundamento no mito de origem que, em determinada versão, conta que esta terra foi criada por Tupã em meio ao oceano resultante da inundação que destruiu a primeira terra; esta, como a primeira estaria fadada à destruição. Diz o mito que isso irá acontecer quando o Criador, ateando fogo na terra (no oeste), destruirá o seu “suporte” (de madeira) provocando assim sua inundação; é o medo desta inundação catastrófica o motivo das migrações guarani para o leste.

É possível que as aldeias Guarani dêem a impressão de um certo caos ambiental e espacial, se comparadas com aldeias de outras etnias. Contudo elas revelam o modo Guarani de viver em sociedade, ou seja, convívio estreito da família nuclear com distância, entre si, proporcional ao grau de parentesco, tudo relacionado com a autonomia econômica da família conjugal (FARIAS¹⁸ 1996).

As populações indígenas no Município de São Paulo localizam-se ao sul, em área demarcada, num total de aproximadamente 500 indivíduos, divididas em

duas Aldeias: Morro da Saudade e Krucutú. Pertencem à etnia Guaraní Mbyá. Em contato desde a época do descobrimento, esses povos tentam manter suas raízes culturais através de costumes, ritos, língua. Embora muito próximos a grandes centros urbanos, guardam a devida distância dos brancos, tão necessária à preservação, tais como não permitir aos brancos presenciar alguns ritos da casa de reza, conversar entre si em guarani, rir e brincar a respeito da vida e praticar longos momentos de silêncio, capazes de impacientar a ansiedade presente nas nossas práticas.

Ainda que mantendo sua especificidade cultural, bastante acentuada entre os guarani, essa população, em busca de um mecanismo de sobrevivência está em íntimo contato com a sociedade, absorvendo seus hábitos e costumes, uma vez que ao longo do processo histórico perderam a possibilidade de seu “*modus vivendi*”. A vulnerabilidade da população indígena é marcada pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde, mobilidade entre aldeias e pelo contato crescente com contextos estranhos ao seu cotidiano, principalmente nas aldeias localizadas nos grandes centros urbanos.

2.4 Os direitos dos povos indígenas

A Constituição da República^{6,7}, aprovada em 1988, pela primeira vez dedicou um capítulo aos índios, reconhecendo “*sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam...*”(art. 231). O Capítulo VIII da Constituição da República, intitulado Dos Índios, em seus artigos 231 e 232 e respectivos parágrafos,

delineou as diretrizes políticas que devem pautar as relações entre os diferentes povos indígenas e o Estado Brasileiro.

Considerando-se que os direitos indígenas são constitucionais e portanto de competência federal, em fevereiro de 1991 foi editado o Decreto nº 23 visando estabelecer as regras para atenção à saúde indígena, podendo-se ressaltar dois pontos importantes do decreto: a transferência, para o Ministério da Saúde da responsabilidade de coordenação e execução da política indígena e a criação de Distritos Sanitários de Natureza Especial, como estratégia para implantação do subsistema de saúde. Em maio de 1994 o Decreto 1.141⁸ revogou o de nº 23 e transferiu a gestão da política de saúde indígena para a FUNAI e instituindo a Comissão Intersetorial de Saúde Indígena (CIS).

Em outubro de 1994 a CIS publicou a Resolução²⁷ nº 02, aprovando o Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio, que estabelece uma divisão de atribuições entre o Ministério da Saúde e a FUNAI. Desta forma, o primeiro foi responsabilizado pelas chamadas “ações de prevenção e controle de agravos” e a FUNAI assumiu as funções “assistenciais médico-sanitárias”.

Tanto a Fundação Nacional do Índio (FUNAI), quanto a Fundação Nacional de Saúde (FNS), tem encontrado dificuldades para organizar atividades de forma conjunta na área da saúde do índio, gerando uma atuação fragmentada entre as duas instituições de caráter nacional. As lideranças indígenas, em diversos encontros e Conferências, têm reivindicado a unificação à saúde no âmbito do Ministério da Saúde, desde a I e II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas^{13, 15}, realizada em 1986 e 1993, respectivamente, por indicação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde^{14,15}. Essas conferências propuseram a

estruturação de um modelo de atenção, de responsabilidade federal, baseado em Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI, como forma de garantir aos povos indígenas o direito universal e integral à saúde, respeitando suas especificidades sócio-culturais e os sistemas tradicionais de saúde, com controle social exercido por Conselhos de Saúde com representação paritária de usuários indígenas, em conformidade com os princípios constitucionais e legais que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS.

Várias leis, resoluções, portarias vêm, ao longo dos anos, tentando disciplinar e garantir os direitos das populações indígenas. Com a nova regulamentação editada através do Decreto nº1.141⁸ de 19/04/94 e, posterior implantação da gestão colegiada através da Comissão Intersetorial de Saúde - CIS/ Conselho Nacional de Saúde, estendeu-se para outros setores governamentais e instituições envolvidas com a questão, maior responsabilidade sobre as populações indígenas, seus territórios e patrimônio; papel exercido até o momento somente pela Fundação Nacional do Índio - FUNAI e Fundação Nacional de Saúde - FNS.

Através da Lei nº 9.649⁹ de 27 de maio de 1998, complementada e alterada por Medida Provisória nº 1.911¹¹ de 29 de julho de 1999, ficou definida como atribuição do Ministério da Saúde, “a saúde ambiental e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva, inclusive a dos trabalhadores e dos índios”.

A Portaria nº 1.163³⁰, de 14 de setembro de 1999, dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas. O Ministério da Saúde, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde, com atribuições ligadas à implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Finalmente estabeleceu-se, através da Lei nº 9.836¹⁰ de 23 de setembro de 1999, que acrescentou dispositivos à Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Sub-sistema de Atenção à Saúde Indígena.

Através da Portaria nº 852²⁹, de 30 de setembro de 1999, da Fundação Nacional de Saúde, foram criados os Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI.

Ao Distrito Sanitário Especial Indígena-DSEI, compete atuar como unidade de execução das ações destinadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do índio, objetivando o alcance do equilíbrio bio-psico-social, com o reconhecimento do valor e da complementariedade das práticas da medicina indígena, segundo as peculiaridades e o perfil epidemiológico de cada comunidade. Ao DSEI cabe também, a responsabilidade sanitária de determinado território indígena e a organização de serviços de saúde hierarquizados, com a participação do usuário e sob controle social (Ministério da Saúde³² 1999).

“Pressupondo a existência de nações indígenas, com território definido, partimos da análise da maior ou menor proximidade com a sociedade branca envolvente para estabelecermos a existência de distritos sanitários comuns com a população branca ou distritos exclusivos com áreas indígenas, comportando geograficamente um ou mais distritos sanitários.” (NEGRI FILHO³⁵ 1988).

Ainda segundo NEGRI FILHO³⁵ (1988), os distritos sanitários permitem organizar setorialmente a cobertura e dimensionar precisamente as necessidades de recursos materiais e humanos.

As instituições federais que coordenam a atenção à saúde das populações indígenas, ao adotarem medidas de ordem institucional, organizacional, orçamentária, programática e operacional, têm por objetivo que os programas desenvolvidos atendam às especificidades étnico-culturais, adequando a realidade dos Sistemas Locais de Saúde a estes grupos populacionais.

Compete à União legislar sobre as populações indígenas, de acordo com o art. 231 e 232 da Constituição de 1988, Resoluções 196 de 10/10/96 do Conselho Nacional de Saúde²⁸ e a NOB/96 que prevê a responsabilidade federal e o apoio estadual nas questões relacionadas com a saúde dos índios, devendo as parcerias viabilizarem as tarefas consignadas ao gestor federal.

2.5 A questão da saúde nas comunidades indígenas

A saúde das populações indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: acesso à posse da terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde.

De acordo com ALMEIDA¹ (1998), “qualquer discussão sobre *saúde* entre os índios do Brasil de hoje suscita, inegavelmente, uma reflexão sobre suas relações com a sociedade nacional. Ao ser estabelecido, o contato provoca profundas alterações entre os povos autóctones. A conquista do continente pelo europeu trouxe escravidão, destruição das aldeias, perda de territórios, desequilíbrio de ecossistemas, enfermidades desconhecidas, dizimação de povos. Hoje em dia são verificadas algumas mudanças nestas relações de contato. A escravidão declarada e o extermínio puro e simples dos índios deixaram de ser tão ostensivos e evidentes. Para aquelas

sociedades indígenas que não foram extintas, os problemas também sofreram mudanças, mas não foram eliminados nem minimizados de modo tão significativo”.

Uma ordem social formula conceitos, noções, categorias, regras, normas, mecanismos e técnicas para classificar, explicar, justificar, conhecer e relacionar-se com o mundo que a cerca. O fenômeno universal das enfermidades está incluído aí. Estamos tratando do conhecimento produzido pela sociedade guarani. Tentar uma aproximação a esse conceito, a esse universo, às concepções e noções de saúde, doença, morte, vida, pessoa, aldeia, terra, relações com o branco e outros, parece saudável e pertinente, se é que se procura soluções efetivas para o problema de saúde entre os índios (ALMEIDA¹ 1998).

As idéias e teorias da doença compõem parte da cultura geral do grupo. A experiência da doença, como qualquer outra experiência, nunca é um acontecimento isolado, mas é ligado com o total de crenças e costumes que compõem a cultura, considerando-se que a doença não é uma experiência física apenas, mas que também envolve fatores psicológicos e sociais. Terapias indígenas demonstram-se eficazes no tratamento destes aspectos (LANGDON²⁵ 1998).

Frente ao encontro de duas lógicas diferentes, ou guerreamos ou estabelecem-se alianças. Para estas comunidades estas alianças muitas vezes significam um processo de acomodação em relação a novas crenças e costumes, nem sempre nocivos, mas diferentes daqueles concebidos originalmente por estes povos. Para que novos conceitos sejam reelaborados e incorporados, passam-se muitos anos. Este mecanismo garante formas de integração muitas vezes precárias, mas que garantem, de certa forma, a sua sobrevivência.

Os conceitos de limpeza e hábitos relacionados aos cuidados com o corpo parecem ser uma preocupação do homem pré-histórico, claro que relativizado pelas condições e possibilidades de organização a que estão expostas essas comunidades. Fica difícil para a sociedade nacional opinar segundo seus referenciais que determinado povo é sujo ou limpo; são preconceitos que na maioria dos casos servem para discriminar ou desconsiderar práticas inerentes a algumas populações.

Em relação aos cuidados com o corpo, muitas vezes associados às questões de saúde, JECUPÉ²² 1999, coloca: “o segredo da boa saúde e longevidade, só quebrado na época das guerras e sistemas de escravidão do passado, que obrigou muitas vezes estas populações a alterarem o ritmo tradicional, consistia em banhos freqüentíssimos; a sabedoria de empregar exercícios físicos com moderação desde a infância, na forma de ritos interativos com a natureza e através da arte da dança e dos cantos; a utilização do jejum como higiene interna, como medicamento e como fortalecimento espiritual. O respeito ao ritmo e ciclo do organismo e das funções orgânicas, através do descanso apropriado a da atividade correta, reconhecendo o sono como sagrado tanto quanto a ação. Fazem parte dos costumes indígenas a alimentação à base de frutas, mel, milho, raízes (mandioca, batata etc.), sementes energéticas (amendoim, guaraná, feijão etc.), a carne de peixe dentro do ciclo da estação propícia, e a carne de animal somente de maneira ritual, muito bem assada, para eliminar toxinas e a ligação psicoespiritual do sofrimento e o uso da bebida levemente fermentada em vez da bebida alcoólica, consumida de maneira moderada.

A prática da filosofia guarani, ensinada nas aldeias, é a arte do domínio sobre si mesmo, e o desenvolvimento da capacidade de lidar com suas dores físicas e morais invocando sempre o espírito da sabedoria.

O domínio sobre si mesmo começa na infância: as crianças são conscientizadas da diferença entre alimentação e gula. Os ritos de passagem criança-jovem-adulto têm por finalidade ética atentar para os domínios dos reflexos, dos sentidos, dos desejos e paixões. Nunca tais ritos tiveram ou têm por premissa a repressão e sim o desafio de viver no espaço da liberdade. Por isso não se castigam os filhos, mas estimulam sua liberdade individual e contam com o ciclo do tempo e das estações internas do ser para aos poucos mostrar-se a responsabilidade da liberdade (JECUPÉ²² 1999).

Ainda segundo JECUPÉ²² (1999), Moisés Santiago Bertoni, médico e historiador paraguaio, também atenta para várias contribuições científicas, desde o uso do veneno da cobra para curar o mal da própria cobra, que veio da sabedoria dos pajés e chegou ao Ocidente como soro antiofídico, até procedimentos de medicina terapêutica, como a hidroterapia, o escalda-pés, a escarificação e a naturoterapia, que muitos médicos adotaram e que consiste na prescrição de banhos de sol ou de lua para curar males psíquicos; o uso da terra, da água, do ar e do fogo para curas de determinados estados do ser e a fitoterapia, que é sabedoria da medicina das plantas, do ponto de vista botânico, psíquico e espiritual.

2.6 O espaço da saúde bucal nas comunidades indígenas

“Especificamente com relação à saúde bucal, tem que ser considerado que anos depois do contato com os brancos começa a ser observada a cárie e o aparecimento de outro tipo de atenção a ser desenvolvida entre os indígenas: o cuidado dentário. Não é novidade que quanto mais isolada melhor é a dentição de uma população indígena. A alteração nos hábitos alimentares causa o aparecimento

de uma série de doenças. João Paulo Botelho cita o caráter epidêmico da diabetes mellitus, a obesidade e a perda dos dentes em diversas nações indígenas com a introdução do açúcar refinado, carboidratos e gorduras” (SELAN⁴⁵ e col. 1988).

Segundo TRICERRI⁴⁷ (1985), “poucas informações são disponíveis sobre as condições de saúde, especialmente saúde oral, das comunidades indígenas. Pouco se sabe sobre a atenção dispensada pelos índios aos seus próprios dentes. Pouco “civilizados” sabem que os Tikunas afilam seus dentes, dando-lhes um aspecto cuneiforme, para torná-los menos vulneráveis às cáries; ou que os Kanamaris recomendam seiva de ambém, ou de catujaba, para acalmar as odontalgias”.

GUERRA²¹ (1998), pondera que “são muitos os indigenistas, antropólogos, epidemiólogos e cirurgiões-dentistas, que relatam a importância e os cuidados com os dentes de povos indígenas recém-contatados. Há também outros que relatam o grande número de dentes perdidos e as práticas usadas para eliminar a dor usando espinhos, seivas vegetais, objetos traumáticos em índios com história antiga ou recente de contato. Porém o problema atual consiste em colocar o declínio da cárie dentária de tal forma que pareça abstração única para todo o território nacional, entretanto, se quer chamar atenção sobre alguns dos grupos excluídos da civilização, da terra, do poder, da saúde e, por isso, da vida. Os índios brasileiros estão neste grupo, segundo a vivência histórica, sem declínio da cárie dentária, muito pelo contrário, aumentando sensivelmente; relacionado especialmente ao papel civilizador do açúcar”.

Vários autores ^{1, 2, 20, 22, 25, 41, 45, 47} relatam de forma diferenciada questões relacionadas a mudanças de hábitos alimentares, práticas e formas de encarar os desafios do cotidiano como principal fator para o aparecimento de patologias antes

desconhecidas pelas comunidades indígenas. Porém nem sempre o contato imprime práticas desagregadoras e nocivas. Parece claro, que mudanças na dieta desencadeiam, para os organismos autóctones, comportamentos desconhecidos; o açúcar tem seu papel bem definido em sociedades industrializadas relacionado ao aumento da prevalência da cárie; mas ele vem acompanhado de outros carboidratos, gorduras e uma infinidade de novidades estranhas às práticas alimentares de determinada comunidade.

Ao serem revisadas as bibliografias sobre saúde bucal em populações indígenas encontram-se vários estudos isolados ou com metodologias diferenciadas. Alguns autores^{2, 41} citam dificuldades relativas à distância entre as aldeias, os problemas de comunicação e a falta de motivação por parte dos índios em se submeterem aos exames; o que dificulta possíveis comparações ao longo do tempo. Apresenta-se a seguir um quadro sobre vários autores e suas pesquisas em saúde bucal.

Quadro 2.6.1 – Quadro resumo de pesquisas em saúde bucal com populações indígenas, em diferentes anos, Brasil.

AUTOR	ANO	ETNIA	DOENÇAS PESQUISADAS	AMOSTRA	IDADE	RESULTADOS
Oliveira in Pose ⁴¹	1948	Karajá	Morfologia e abrasão dentária	-	-	Dentes forma de pá Abrasão dentária Pronunciado matiz amarelado
Lima ²⁶	1954	Tenetehára	Práticas abrasivas, afilamento	-	-	Baixa percentagem de cárie=5% entre incisivos

Neel ³⁷ et al.	1964	Xavante	Cárie Dental	14	6 a 12 anos	CPO-D=0,21
				21	13 a 19 anos	CPO-D=0,30
				17	20 a 34 anos	CPO-D=0,71
				5	35 a 44 anos	CPO-D=2,4
				3	mais de 45 anos	CPO-D=3,6
Tumang e Piedade ⁴⁸	1966	Parque do Xingu	Cárie Dental	123	-	CPO-D=4,63
			Periodontopatias			CPO-S=50,15
Ayres e Salzano ³	1972	Kaiapó	Cárie Dental	184	0 a 60 anos	CPO-D=1,6
Pereira ⁴⁰ et al.	1972	Yanomámi	Cárie Dental	150	Maiores de 12 anos	1 cárie=4,5% 2 cáries=10% 3 e mais cáries=2,5%
Tricerri ⁴⁷	1985	Kanamari	Cárie Dental	52	7 a 14 anos	CPO-D=5,06
					15 anos e mais	CPO-D=6,47
Tricerri ⁴⁷	1985	Mayoruna	Cárie Dental	42	7 a 14 anos	CPO-D=2,79
					15 anos e mais	CPO-D=5,89
Santos ⁴³	1991	Tupí-Mondé	Hipoplasia de esmalte	-	-	Associação entre defeitos de esmalte e situações de contato
Toledo ⁴⁶	1991	Kaxinawá	Cárie Dental	-	7 a 10 anos	CPO-D=5,30
					13 a 18 anos	CPO-D=4,30
					19 a 35 anos	CPO-D=6,10
					mais de 35 anos	CPO-D=12,80
Toledo ⁴⁶	1991	Shanenawa	Cárie Dental	-	7 a 10 anos	CPO-D=5,60
					13 a 18 anos	CPO-D=7,10
					19 a 35 anos	CPO-D=14,00
					mais de 35 anos	CPO-D=15,50
Agda M. Detogni ¹⁷	1992	Kayabi	Cárie Dental	9	5 anos	ceo=8,22
				13	12 anos	CPO-D=10,60
				43	21 a 30 anos	CPO-D=18,41
Matilde Farias e Fanny Jitomirsky in Guerra ²⁰	1992	Kaingang	Cárie Dental	24	6 a 12 anos	CPO-D=2,12
				20	10 a 12 anos	CPO-D=4,30
				9	13 a 20 anos	CPO-D=7,55
				4	21 a 30 anos	CPO-D=9,55
				7	31 a 40 anos	CPO-D=16,57
				10	41 a 69 anos	CPO-D=18,88

Silvana Pose ⁴¹	1993	Xavante I	Cárie Dental	35	6 a 12 anos	CPO-D=0,37
				25	13 a 19 anos	CPO-D=1,16
				23	20 a 34 anos	CPO-D=8,13
				10	35 a 44 anos	CPO-D=9,10
				18	45 anos e mais	CPO-D=13,78
Wanderley Guenka in Guerra ²⁰	1994	Te'ý-Cuê	Cárie Dental	25	12 anos	CPOD=2,40
Walter A. Campos in Guerra ²⁰	1995	Aldeia Córrego	Cárie Dental	26	6 a 12 anos	CPO-D=10,61
		Grande-MT		65	acima de 20 anos	CPO-D=24,13
Walter A. Campos in Guerra ²⁰	1995	Aldeia	Cárie Dental	14	6 a 12 anos	CPO-D=8,42
		Piebaga-MT		32	acima de 20 anos	CPO-D=22,65
Walter A. Campos in Guerra ²⁰	1995	Aldeia Pin	Cárie Dental	23	6 a 12 anos	CPO-D=11,13
		Tadarimana		46	acima de 20 anos	CPO-D=25,45
Walter A. Campos in Guerra ²⁰	1995	Aldeia	Cárie Dental	16	6 a 12 anos	CPO-D=3,43
				29	acima de 20 anos	CPO-D=15,62
Walter A. Campos in Guerra ²⁰	1995	Aldeia Pin	Cárie Dental	29	6 a 12 anos	CPO-D=6,79
		Santana-MT		34	acima de 20 anos	CPO-D=9,79
Matilde Farias in Guerra ²⁰	1996	Guarani	Cárie Dental	29	06 a 14 anos	CPO-D=3,50
		Kaingang				CPO-D=3,30
		Xocling				CPO-D=3,30
Maria Aparecida Guerra ²⁰	1997	Aldeia	Cárie Dental	15	12 anos	CPO-D=8,20
Rui Arantes ²	1997	Xavante	Cárie Dental	14	5 anos	ceo=4,57
				52	06 a 11 anos	CPO-D=0,84
				20	12 a 14 anos	CPO-D=3,70
				17	40 a 49 anos	CPO-D=14,29
			Periodontopatias	228	5 a 49 anos	Presença de sangramento e tártaro
			Oclusopatias	228	5 a 49 anos	Ocl. Normal=84,6%
			Def. Esmalte	228		Picos de hipoplasia periodos de contato
Maria Aparecida Guerra ²⁰	1998	Hexkariana	Cárie Dental	14	5 a 12 anos	CPO-D=5,27 ceo=3,67

Considerando-se os variados perfis epidemiológicos das populações indígenas e seguindo os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e hierarquização, as instituições e a sociedade civil devem assumir suas reponsabilidades em relação à saúde destas populações, principalmente no município de São Paulo, onde o Sistema Local de Saúde não tem absorvido essa demanda nem curativamente, tampouco vem desenvolvendo ações de natureza preventiva e de diagnóstico da realidade dessas populações.

Partindo-se do pressuposto que a saúde bucal é parte integrante e indissociável da saúde geral dos indivíduos, torna-se imprescindível o conhecimento do perfil epidemiológico das doenças bucais das populações indígenas, objeto desta pesquisa, para que se possa estabelecer formas de intervenção e efetivar ações de natureza coletiva que venham a promover e manter a saúde bucal desta comunidade em estudo, recuperando e devolvendo parte dos aspectos sociais tão negligenciados nas populações indígenas.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

- Realizar diagnóstico em saúde bucal da comunidade indígena Guarani Mbyá da Aldeia Morro da Saudade, Município de São Paulo, por meio de um levantamento epidemiológico em saúde bucal.
- Subsidiar projeto de atenção em saúde bucal em implantação pela Fundação Nacional de Saúde, respeitando-se a cultura e a forma de viver desta comunidade.

3.2. Objetivos Específicos

- Medir a prevalência de cárie dentária na população;
- Medir a prevalência de doença periodontal na população;
- Medir a prevalência de má-oclusão na população de 12 anos e 18 anos;
- Medir a prevalência de fluorose dentária na população;
- Medir as necessidades de tratamento odontológico;
- Medir uso e necessidade de próteses;
- Comparar os resultados obtidos com o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal - Estado de São Paulo, 1998;
- Analisar a situação da população da Aldeia Morro da Saudade em relação às metas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para os anos 2000 e 2010.

4. HIPÓTESE

Após revisão da literatura pode-se observar que a etnia guarani vem, desde a época do descobrimento, sofrendo modificações introduzidas pelo contato com os brancos. Partindo-se do pressuposto que estas comunidades adoecem de forma diferenciada da sociedade nacional; a hipótese é de que nesta comunidade as doenças bucais têm um comportamento diferenciado em decorrência da introdução de mudanças nos hábitos alimentares, da falta de incorporação de métodos preventivos sistêmicos e tópicos, e da impossibilidade de acesso aos serviços de saúde.

5. MATERIAL E MÉTODO

5.1. Objeto do estudo

O Município de São Paulo possui, ao sul, duas comunidades indígenas da etnia Guarani Mbyá: Morro da Saudade e Krucutú, com aproximadamente 400 e 80 habitantes, respectivamente; O objeto do presente estudo será a Aldeia Morro da Saudade.

As instituições que trabalham regularmente com essas populações são a FUNAI, FNS e SES, através de parceria instituída no ano de 1998. Outras funcionam irregularmente.

Realizou-se um levantamento das condições de saúde bucal em indígenas da Aldeia Morro da Saudade, Distrito de Parelheiros - Município de São Paulo, sem amostra pré-estabelecida para o referido estudo.

No ano de 1998, ocorreram discussões entre a Fundação Nacional da Saúde- FNS e a Secretaria de Estado da Saúde-SES, para o estabelecimento de uma parceria que viabilizasse a atenção em saúde bucal para esta comunidade.

Após o planejamento das atividades, ocorreu em novembro de 1998, uma reunião com as lideranças para apresentação da proposta, sendo posteriormente executadas ações educativas com os alunos da escola da aldeia, na faixa etária de 4 a 14 anos.

Retomado o processo em 1999, e tendo sido instalado o equipamento odontológico, iniciou-se a coleta de dados e o atendimento clínico em junho, priorizando-se o atendimento às crianças presentes no espaço escolar (aproximadamente 160 crianças).

Participaram desta pesquisa todos os indivíduos que consentiram e compareceram às chamadas. Assim sendo não foram estabelecidas faixas etárias índices, sendo analisadas todas as idades examinadas.

A coleta de dados ocorreu no período de junho a novembro de 1999. Foi realizada previamente ao desenvolvimento de *atividades coletivas* (ações educativas, evidenciação de placa e escovação supervisionada) e *curativas individuais* (adequação do meio, remoção de raízes, aplicação de carióstáticos e selantes, aplicação tópica de flúor, restaurações e profilaxias).

No período foram feitos retornos quinzenais, sendo possível a execução, em média, de 30 exames por visita. Em decorrência da dificuldade de transporte à Aldeia Morro da Saudade, o período de permanência na localidade girou em torno de 5 horas por visita. A cada mês foram realizados, em média, 60 exames epidemiológicos; que ao final do período de junho a dezembro de 1999 totalizaram 239.

Os dados coletados foram digitados em programa específico EPIINFO e EPIBUCO (software desenvolvido por Eymar Sampaio Lopes) para apuração, e analisados segundo instrumentos da análise estatística. Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

Farem parte das análises, comparações entre levantamentos epidemiológicos em saúde bucal realizados em comunidades indígenas, com outros grupos populacionais e com as metas da OMS, considerando-se que existem poucos trabalhos relacionados à saúde bucal em populações indígenas.

O diagnóstico deve servir como subsídio para implementação das ações coletivas e assistenciais em curso nesta comunidade.

5.2. Padronização e calibração

Os exames epidemiológicos foram realizados sob luz natural utilizando-se espelho plano bucal e sonda OMS (sonda CPI), executado por um examinador, o próprio pesquisador (Maristela Vilas Boas Fratucci). Este tem experiência em levantamentos epidemiológicos, tendo participado de várias pesquisas desde 1993, inclusive o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Estado de São Paulo 1998⁴⁴. Um anotador ficou incumbido de registrar os dados.

Com o objetivo de conferir precisão à pesquisa, o processo de calibração ocorreu em duas etapas: na primeira visita foram examinados trinta indivíduos, e na segunda, os mesmos trinta indivíduos foram reexaminados. Durante a coleta de dados 8% dos examinados foram reexaminados. Este procedimento teve o objetivo de determinar a consistência dos julgamentos clínicos durante a coleta de dados.

Os instrumentos utilizados para mensurar a confiabilidade da pesquisa foram a porcentagem geral de concordância (PGC) e o coeficiente kappa. Os resultados do processo de calibração e do reexame estão expressos nas tabelas 5.2.1 e 5.2.2.

Os dados apresentados no processo de calibração e nos reexames executados durante a coleta de dados, apresentaram um alto grau de confiabilidade. Segundo a porcentagem geral de concordância, os diagnósticos concordaram acima de 93%. Para o coeficiente kappa obteve-se 0,82, demonstrando uma concordância quase perfeita segundo os parâmetros estabelecidos por LANDIS E KOCH (1997)²⁴.

O modelo de ficha utilizado segue anexo e teve como base o modelo instituído pela Faculdade de Saúde Pública-USP para o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Estado de São Paulo, 1998⁴⁴; com modificações e

incorporações relativas à percepção da saúde bucal desta comunidade com relação à higienização.

TABELA 5.2.1 - Concordância na calibração, segundo condições de Saúde Bucal, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá, São Paulo, 1.999.

CONDIÇÃO	Número de examinados	Número de Divergências	Porcentagem Geral de Concordância	Coefficiente kappa
<i>CÁRIE :</i>				
COROA	30	12	98,8	0,978
NEC. TRAT.	30	8	99,2	0,850
<i>PERIODONTOPATIAS :</i>				
CPI	30	6	96,7	0,940
PIP	10	0	100,0	1,000
<i>PRÓTESE :</i>				
USO	30	0	100,0	1,000
NECESSIDADE	30	0	100,0	1,000
<i>OCLUSOPATIAS :</i>				
DENTIÇÃO	6	0	100,0	-
ESPAÇO	6	1	96,7	-
OCLUSÃO	6	0	100,0	-
<i>FLUOROSE</i>	30	0	100,0	1,000

TABELA 5.2.2 - Concordância no reexame, segundo condições de Saúde Bucal em indivíduos da etnia Guarari Mbyá , São Paulo, 1.999.

CONDIÇÃO	Número de examinados	Número de Divergências	Porcentagem Geral de Concordância	Coefficiente kappa
<i>CÁRIE :</i>				
COROA	19	6	99,0	0,979
NEC. TRAT.	19	4	99,3	0,892
<i>PERIODONTOPATIAS:</i>				
CPI	19	3	97,4	0,949
PIP	3	1	94,4	0,824
<i>PRÓTESE :</i>				
USO	19	0	100,0	1,000
NECESSIDADE	19	0	100,0	1,000
<i>OCLUSOPATIAS :</i>				
DENTIÇÃO	4	0	100,0	-
ESPAÇO	4	0	100,0	-
OCLUSÃO	4	1	93,8	-
<i>FLUOROSE</i>	19	0	100,0	1,000

5.3. Variáveis e índices utilizados

As variáveis observadas no exame epidemiológico seguiram os critérios preconizados pela World Health Organization -“Oral health surveys – basic methods” 4ª edição⁵⁰ (1997); de modo viabilizar a comparação dos resultados obtidos com os de qualquer outro estudo em que a mesma metodologia seja adotada.

Para a *cárie dentária*, foi utilizado o índice CPOD para a dentição permanente e ceo para a dentição decídua.

A variável *condição periodontal* foi pesquisada através dos índices CPI e PIP.

A variável *fluorose dentária* foi medida através do índice de DEAN.

A variável *má-oclusão* foi medida através do índice DAI, que tem como base informações relativas a 3 grupos de condições: dentição, espaço e oclusão.

Além das variáveis descritas, foram pesquisadas ainda: *necessidade de tratamento, uso e necessidade de prótese dentária*.

5.4 Códigos e critérios adotados

Os índices foram utilizados segundo os critérios recomendados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), na publicação “Oral health surveys basic methods” 4ª edição⁵⁰ (1997) e segundo os códigos e critérios do Caderno de Instruções³⁴ para o Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Estado de São Paulo, 1998⁴⁴, elaborado pelo Prof. Dr. Paulo Capel Narvai e Prof. Dr. Roberto Augusto Castellanos Fernandez da FSP-USP.

5.4.1 Dados gerais

Foram levantados dados gerais da comunidade Guarani e alguns aspectos ligados aos hábitos de higienização:

- **Idade:** em anos completos, preencher as 2 caselas;

-

- **Sexo:**

1 = masculino;

2 = feminino;

- **Grau de instrução:**

0 = analfabeto;

1 = primeiro grau incompleto;

2 = primeiro grau completo;

3 = segundo grau incompleto;

4 = segundo grau completo;

5 = superior incompleto;

6 = superior completo;

9 = sem informação;

- **Hábito de escovação:**

1 = sim;

2 = não;

- **Frequência de escovação:**

0 = não escova;

1 = uma vez ao dia;

2 = duas vezes ao dia;

3 = três vezes ao dia;

4 = quatro vezes ao dia;

8 = esporadicamente escova;

9 = não sabe/sem informação;

- **Uso de dentifrício:**

1 = sim;

2 = não;

- **Outros métodos de higienização:** se afirmativo, citar.

5.4.2 Cárie Dentária e Necessidade de Tratamento

Foram avaliados dois aspectos em cada espaço dentário: as condições da coroa e a necessidade de tratamento. Após o exame de cada espaço, o examinador dizia os dois respectivos códigos para serem anotados e passava ao espaço dentário seguinte. Foram empregados códigos alfabéticos para dentes *decíduos* e numéricos para dentes *permanentes*. Com relação à raiz existe codificação específica, que não foi adotada por não fazer parte dos objetivos propostos pela pesquisadora.

Os códigos e critérios são os seguintes (para decíduos entre parênteses):

Cárie Dentária:

0(A) - **Coroa Hígida.** Não há evidência de cárie. Estágios iniciais da doença não são levados em consideração. Os seguintes sinais devem ser codificados como *hígidos*:

- manchas esbranquiçadas;
- descolorações ou manchas rugosas resistentes à pressão da sonda CPI;
- sulcos e fissuras do esmalte, manchados mas que não apresentam sinais visuais de base amolecida, esmalte socavado, ou amolecimento das paredes, detectáveis com a sonda CPI;
- áreas escuras, brilhantes, duras e fissuradas do esmalte de um dente com fluorose moderada ou severa.
- lesões que, com base na sua distribuição ou história, ou exame tátil/visual, resultem de abrasão.

Nota: Todas as lesões questionáveis devem ser codificadas como dente hígido.

1(B) - **Coroa Cariada.** *Sulco, fissura ou superfície lisa* apresenta cavidade evidente, ou tecido amolecido na base ou descoloração do esmalte ou de parede ou há uma restauração temporária. A sonda CPI deve ser empregada para confirmar evidências visuais de cárie nas superfícies oclusal, vestibular e lingual. *Na dúvida, considerar o dente hígido.*

Nota: Na *presença de cavidade* originada por cárie, mesmo sem doença *no momento do exame*, a FSP-USP adota como regra de decisão considerar o dente *atacado por cárie*, registrando-se **cariado**. Entretanto, este *enfoque epidemiológico não implica admitir* que há necessidade de uma restauração.

2(C) - **Coroa Restaurada mas Cariada.** Há 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 física com a(s) restauração(ões).

3(D) - **Coroa Restaurada e Sem Cárie.** Há uma ou mais restaurações definitivas e inexistência de cárie primária ou recorrente. Um dente com *coroa colocada devido à cárie* inclui-se nesta categoria. Se a coroa resulta de outras causas, como suporte de prótese, é codificada como 7 (G).

4(E) - **Dente Perdido Devido à Cárie.** Um dente permanente ou decíduo foi extraído *por causa* de cárie e não por outras razões. Essa condição é registrada na casela correspondente à *coroa*.

Dentes decíduos: aplicar apenas quando o indivíduo está numa faixa etária na qual a esfoliação normal não constitui justificativa suficiente para a ausência.

5(-) - **Dente Permanente Perdido por Outra Razão.** Ausência se deve a razões ortodônticas, periodontais, traumáticas ou congênitas.

6(F) - **Selante.** Há um selante de fissura ou a fissura oclusal foi alargada para receber um compósito. Se o dente possui selante e está cariado, prevalece o código 1 ou B (cárie).

Nota: Embora na padronização da OMS haja referência apenas à superfície *oclusal*, a FSP-USP vem registrando a presença de selante localizado em qualquer superfície.

7(G) - **Apoio de Ponte ou Coroa.** Indica um dente que é parte de uma prótese fixa. Este código é também utilizado para *coroas instaladas por outras razões que não a cárie* ou para dentes com *facetas estéticas*. Dentes extraídos e substituídos por um elemento de ponte fixa são codificados, na casela da condição da coroa, como 4 ou 5, enquanto o código 9 deve ser lançado na casela da raiz.

8(-) - **Dente Não Erupcionado.** Restrito à dentição permanente e desde que inexistência de dente temporário no espaço livre. *Não* inclui dentes perdidos por problemas congênitos, trauma etc.

T(T) - **Trauma (Fratura).** Parte da superfície coronária foi perdida em consequência de trauma e não há evidência de cárie.

9(-) - **Dente Excluído.** Aplicado a qualquer dente permanente que não possa ser examinado (bandas ortodônticas, hipoplasias severas etc.).

Nota: Conforme a recomendação da FSP-USP, quando há 5 ou mais dentes com bandas o portador será excluído da amostra. Braquetes, em qualquer número, não inviabilizam os exames e, assim, não constituem obstáculo para aproveitamento do elemento amostral.

Necessidade de Tratamento:

Imediatamente após registrar as *condições* da coroa e da raiz, e antes de passar ao espaço dentário seguinte, deve-se registrar o tratamento indicado. Quando não houver necessidade de tratamento, um “0” deve ser registrado no espaço correspondente. Isso precisa ser feito sempre, para evitar dificuldades no posterior processamento dos dados, uma vez que, não havendo registro, não será possível ao digitador saber o que aconteceu (se não há necessidade ou se o anotador esqueceu-se de preencher a casela).

Os *códigos e critérios* para as necessidades de tratamento são:

0 - Nenhum Tratamento. A coroa e a raiz estão híginas, ou o dente não pode ou não deve ser extraído ou receber qualquer outro tratamento.

1 - Restauração de uma superfície dentária.

2 - Restauração de duas ou mais superfícies dentárias.

3 - Coroa por qualquer razão.

4 - Veneer ou Faceta Estética.

5 - Tratamento Pulpar e Restauração. O dente necessita tratamento endodôntico previamente à colocação da restauração ou coroa, devido à cárie profunda e extensa, ou mutilação ou trauma.

Nota: Nunca se deve inserir a sonda no fundo de uma cavidade para confirmar a presença de uma provável exposição pulpar.

6 - Extração. Um dente é registrado como “indicado para extração”, dependendo das possibilidades de tratamento disponíveis, quando:

- a cárie destruiu o dente de tal modo que não é possível restaurá-lo;
- a doença periodontal progrediu tanto que o dente está com mobilidade, há dor ou o dente está sem função e, no julgamento clínico do examinador, não pode ser recuperado através de tratamento periodontal;
- um dente precisa ser extraído para confecção de uma prótese; ou,
- a extração é necessária por razões ortodônticas ou estéticas, ou devido à impactação.

7 - Remineralização de Mancha Branca.

8 - Selante. A indicação de selantes de fôssulas e fissuras não é uma unanimidade entre os cirurgiões-dentistas, havendo profissionais que não o indicam em

nenhuma hipótese. Nesta pesquisa a necessidade de selante será registrada. Sua indicação, conforme *regra de decisão* adotada pela FSP-USP, será feita na presença simultânea das seguintes condições:

- o dente está presente na cavidade bucal há menos de 2 (dois) anos;
- o dente homólogo apresenta cárie ou foi atingido pela doença;
- há presença de placa clinicamente detectável evidenciando higiene bucal precária.

Nota: Um dos códigos 1, 2, 7 ou 8 será usado para indicar o tratamento necessário para:

- tratar as cáries iniciais, primárias ou secundárias;
- tratar a descoloração de um dente ou um defeito de desenvolvimento;
- reparar o dano causado por trauma, abrasão, erosão ou atrição; ou,
- substituir restaurações insatisfatórias ou selantes se existirem uma ou mais das seguintes condições:
  - margem deficiente, permitindo ou em vias de permitir infiltração na dentina. A decisão deve ser tomada com base no senso clínico do examinador, após ter inserido a sonda CPI na margem entre a restauração e o tecido duro ou após observar uma significativa descoloração do esmalte adjacente;
  - excesso marginal, causando irritação local do tecido gengival e não podendo ser removido através de um ajuste da restauração;
  - fratura, que possa causar a perda da restauração ou infiltração marginal;
  - descoloração.

9 - Não se aplica. Quando o dente não está presente porque ainda não erupcionou. Como todos os 32 espaços dentários são examinados e a ficha deve ter todas as caselas preenchidas, a FSP-USP recomenda utilizar este código.

5.4.3 Periodontopatia

A condição periodontal foi avaliada com a utilização de dois indicadores: os índices “CPI”, para todas as idades e grupos etários, e “PIP”, apenas para as faixas etárias a partir dos 18 anos de idade.

CPI

O *Índice Periodontal Comunitário* (emprega-se a sigla “CPI”, das iniciais do índice em inglês, pela facilidade fonética e pela sonoridade próxima ao consagrado CPO) permite avaliar a condição periodontal quanto à higidez, sangramento, e presença de cálculo ou bolsa.

SONDA CPI - Para realizar o exame utiliza-se sonda específica, denominada “sonda CPI”, com esfera de 0,5mm na ponta e área anelada em preto situada entre 3,5 e 5,5mm da ponta. Outras duas marcas na sonda permitem identificar distâncias de 8,5mm e 11,5 mm da ponta do instrumento.

SEXTANTES - A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 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, p.ex., 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 6 pontos são examinados em cada um dos 10 dentes-índices, nas superfícies vestibular e lingual, abrangendo as regiões *mesial*, *média* e *distal*. Os procedimentos de exame devem ser iniciados pela área disto-vestibular, passando-se para a área média e daí para a área mésio-vestibular. Após, inspeciona-se as áreas linguais, indo de distal para mesial. A sonda deve ser introduzida levemente no sulco gengival ou na bolsa periodontal, ligeiramente inclinada em relação ao longo eixo do dente, seguindo a configuração anatômica da superfície radicular. Movimentos de vai-e-vem vertical, de pequena amplitude devem ser realizados. A força na sondagem deve ser inferior a 20 gramas (recomenda-se o seguinte teste prático: colocar a ponta da sonda sob a unha do polegar e pressionar até obter ligeira isquemia).

REGISTROS - Considerar que:

- a) em crianças com menos de 15 anos não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), uma vez que as alterações de tecidos moles podem estar associadas à erupção e não à presença de alteração periodontal patológica;
- b) embora 10 dentes sejam examinados, apenas 6 anotações são feitas: uma por sextante, relativa à pior situação encontrada;
- c) quando não há no sextante pelo menos dois dentes remanescentes e não indicados para extração, cancelar o sextante registrando um "X".

CÓDIGOS - São os seguintes os códigos utilizados no CPI:

0 = sextante **hígido**.

1 = sextante com **sangramento** (observado diretamente ou com espelho, após sondagem).

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 mm ou mais** (área preta da sonda não está visível).

X = sextante **excluído** (menos de 2 dentes presentes).

9 = sextante **não examinado**.

Nota: Sabe-se que o tempo de resposta à sondagem da gengiva inflamada é variado. A OMS não define um período de tempo para a observação do sangramento à sondagem. A FSP-USP recomenda um tempo de observação após a sondagem de 10 a 30 segundos, critério utilizado na maioria dos índices com essa categoria de medida e recomendado também pelos pesquisadores que desenvolveram o CPI. Quanto à inclinação da sonda, em crianças com menos de 15 anos, nas quais não são feitos registros de bolsas (códigos 3 e 4), indica-se uma inclinação de aproximadamente 60° da sonda em relação ao longo eixo do dente, evitando-se o toque na base do sulco gengival como forma de diminuir a probabilidade de casos de sangramento falso-positivos.

PIP

O índice *Perda de Inserção Periodontal* (adotaremos a sigla “PIP”, das iniciais em português) permite avaliar a condição da inserção periodontal, tomando como base a visibilidade da junção cimento-esmalte (JCE). Este índice permite comparações entre grupos populacionais e não há intenção de descrever a situação de indivíduos considerados isoladamente.

RELAÇÃO COM CPI – O PIP é basicamente um complemento do CPI. Os mesmos sextantes e dentes-índices são considerados, sob as mesmas condições. Entretanto, cabe alertar que o dente-índice onde foi encontrada a pior condição para o CPI pode não ser o mesmo com a pior situação para o PIP. O índice não é utilizado para crianças com menos de 15 anos de idade.

EXAME – A **visibilidade da JCE** é a principal referência para o exame. Quando a JCE não está visível e a pior condição do CPI para o sextante é menor do que 4 (bolsa com menos de 6mm), qualquer perda de inserção para o sextante é estimada em menos de 4mm (PIP = 0).

CÓDIGOS - São os seguintes os códigos utilizados no PIP:

0 = perda de inserção entre 0 e 3 mm (**JCE não visível** e CPI entre 0 e 3).

Ou seja: se o CPI for igual a 4, não há possibilidade de o PIP ser 0 (zero).

Se a JCE não está visível e o CPI é 4, ou se a JCE está visível, então:

1 = perda de inserção entre 4 e 5 mm (**JCE visível na área preta** da sonda CPI).

2 = perda de inserção entre 6 e 8 mm (**JCE visível entre limite superior** da área preta da sonda CPI e a *marca* de 8,5 mm).

3 = perda de inserção entre 9 e 11 mm (**JCE visível entre as marcas** de 8,5 mm e 11,5 mm).

4 = perda de inserção de 12 mm ou mais (**JCE visível além da marca** de 11,5 mm).

X = sextante **excluído** (menos de 2 dentes presentes).

- 9 = sem informação (**JCE nem visível nem detectável**). Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (menores de 15 anos, p.ex.).

5.4.4 Prótese Dentária

A situação quanto às próteses dentárias foi avaliada a partir de informações sobre seu uso e necessidade. Um mesmo indivíduo pode estar usando e, ao mesmo tempo, necessitar prótese(s). As observações ao exame levarão em conta os seguintes códigos e critérios:

Uso

- 0 = não usa prótese dentária.
- 1 = usa uma ponte fixa.
- 2 = usa mais do que uma ponte fixa.
- 3 = usa prótese parcial removível.
- 4 = usa uma ou mais pontes fixas e uma ou mais próteses parciais removíveis.
- 5 = usa prótese dentária total.
- 9 = sem informação.

Necessidade

- 0 = **não necessita** prótese dentária.
- 1 = necessita uma prótese, *fixa ou removível*, para substituição de **um elemento**.
- 2 = necessita uma prótese, *fixa ou removível*, para substituição de **mais de um elemento**.
- 3 = necessita uma combinação de próteses, *fixas e/ou removíveis*, para substituição de um e/ou mais de um elemento (1/1; 1/+1; +1/+1; ou 1/1/1; 1/+1/+1; 1/1/1/1 e assim por diante).
- 4 = necessita prótese dentária total.
- 9 = sem informação.

Nota: O princípio que rege a tomada de decisão é a ausência de dente (natural ou artificial). Não se fará qualquer consideração relativa à qualidade da prótese ou à condição funcional.

5.4.5 Oclusopatias

As anomalias dento-faciais foram avaliadas, apenas nas idades de 12 e 18 anos, com base em informações relativas a 3 grupos de condições: dentição, espaço e oclusão. Além da inspeção visual, a sonda CPI será utilizada nos exames. Nas situações em que a oclusão não for avaliada, os respectivos campos serão preenchidos com o código "X".

Dentição

As condições da dentição são expressas pelo número de incisivos, caninos e pré-molares permanentes perdidos que causam problemas estéticos, no arco superior e no arco inferior. O *valor* a ser registrado na respectiva casela, para superiores e para inferiores, corresponde ao **número** de dentes perdidos. Dentes perdidos *não devem ser considerados* quando o seu respectivo espaço estiver fechado, o decíduo correspondente ainda estiver em posição, ou se prótese(s) fixa(s) estiver(em) instalada(s).

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 posicionados 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 tem 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 mm 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 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 antero-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 plano 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 milímetros. 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 de 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 ANTERO-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

5.4.6 Fluorose Dentária

O índice é o recomendado pela OMS, o qual se baseia no índice de Dean. Neste levantamento todas as idades e grupos etários foram considerados. Todos os dentes foram examinados mas a avaliação da condição individual é feita levando-se em conta apenas *os dois dentes mais afetados* (se esses dois dentes mais afetados não estiverem comprometidos de modo semelhante, o valor do *menos* afetado entre os dois será registrado). As lesões fluoróticas são usualmente bilaterais e simétricas e tendem a apresentar estrias horizontais. Os pré-molares e segundos molares são os dentes mais freqüentemente comprometidos, seguindo-se os incisivos superiores. Incisivos inferiores são menos afetados.

CÓDIGOS E CRITÉRIOS – são os seguintes:

- 0 - Normal.** O esmalte apresenta translucidez usual com estrutura semi-vitriforme. A superfície é lisa, polida, cor creme clara.
- 1 - Questionável.** O esmalte revela pequena diferença em relação à translucidez normal, com ocasionais manchas esbranquiçadas. Usar este código quando a classificação “normal” não se justifica.
- 2 - Muito leve.** Área esbranquiçadas, opacas, pequenas manchas espalhadas irregularmente pelo dente mas envolvendo não mais que 25% da superfície. Inclui opacidades claras com 1 a 2 mm na ponta das cúspides de molares.
- 3 - Leve.** A opacidade é mais extensa mas não envolve mais que 50% da superfície.
- 4 - Moderada.** Todo o esmalte dentário está afetado e as superfícies sujeitas à atrição mostram-se desgastadas. Há manchas castanhas ou amareladas freqüentemente desfigurantes.
- 5 - Severa.** A hipoplasia está generalizada e a própria forma do dente pode ser afetada. O sinal mais evidente é a presença de depressões no esmalte, que parece corroído. Manchas castanhas generalizadas.
- 8 - Excluído.** Quando, por alguma razão (próteses, p. ex.), um indivíduo não puder ser avaliado quanto à fluorose dentária. Utilizar este código também nas situações em que o exame não estiver indicado (65-74 anos, p.ex.).
- 9 - Sem informação.**

5.5 Considerações Éticas

A pesquisa foi acordada e discutida como um desmembramento da parceria entre FNS e SES, para institucionalização de uma proposta de saúde bucal para a comunidade Guaraní Mbyá no Município de São Paulo.

Segundo a resolução MS²⁷ 196/96-IV.3 (item e): *“para comunidades indígenas deve-se contar com a anuência antecipada da comunidade através de seus próprios líderes”*; o trabalho desenvolvido foi detalhado e discutido com o Cacique Manoel Lima da Aldeia Morro da Saudade, Parelheiros - Município de São Paulo. Mesmo assim os procedimentos para coleta dos dados foram explicados ao grupo dentro de uma atividade de educação em saúde bucal, sendo que a inclusão na pesquisa aconteceu totalmente livre de qualquer tipo de coação, sem quaisquer riscos para os pesquisados em decorrência da coleta de dados. O termo de consentimento assinado pelo Cacique Manoel Lima encontra-se no anexo 3.

O projeto relativo à presente pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública e foi encaminhado para a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, que solicitou várias declarações relativas a custeio, execução e divulgação pública dos resultados encontrados, sendo o projeto aprovado em Brasília sob o Parecer CONEP nº 588/99, dia 12 de novembro de 1999 (anexo 4).

6. RESULTADOS

Foram examinados 239 indivíduos, que representam 46,7% da população da Aldeia Morro da Saudade-SP, os dados estão apresentados na tabela 6.1; o período de exames foi de junho de 1999 a novembro de 2000. Devido a forma como a comunidade prioriza suas questões de saúde, e a opção da pesquisa em adotar chamadas espontâneas não foi possível examinar todos os habitantes da aldeia.

TABELA 6.1- Número e porcentagem de indivíduos da etnia Guarani Mbyá examinados, segundo idade e sexo. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	n	%	n	%	n	%
> 1 ano	2	2,2	3	2,8	5	2,5
1	3	3,2	2	1,9	5	2,5
2	1	1,1	6	5,5	7	3,5
3	2	2,2	6	5,5	8	4,0
4	3	3,2	10	9,3	13	6,5
5	9	9,7	9	8,3	18	9,0
6	8	8,6	9	8,3	17	8,5
7	4	4,3	3	2,8	7	3,5
8	9	9,7	6	5,5	15	7,5
9	5	5,4	7	6,5	12	6,0
10	7	7,5	5	4,6	12	6,0
11	8	8,6	6	5,5	14	7,0
12	11	11,8	10	9,3	21	10,4
13	5	5,4	5	4,6	10	5,0
14	8	8,6	4	3,7	12	6,0
15	2	2,2	3	2,8	5	2,5
16	4	4,3	6	5,5	10	5,0
17	1	1,1	4	3,7	5	2,5
18	1	1,1	4	3,7	5	2,5
19	-	-	-	-	-	-
Sub-total	93	100,0	108	100,0	201	100,0

Continua...

TABELA 6.1 - Número e porcentagem de indivíduos da etnia Guarani Mbyá examinados, segundo idade e sexo. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

Continuação...

IDADE	SEXO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMININO			
	n	%	n	%	n	%
20	-	-	2	8,0	2	5,3
21	3	23,1	-	-	3	7,9
22	-	-	1	4,0	1	2,6
23	2	15,4	-	-	2	5,3
24	1	7,7	6	24,0	7	18,4
25	-	-	2	8,0	2	5,3
26	-	-	3	12,0	3	7,9
27	-	-	2	8,0	2	5,3
28	2	15,4	1	4,0	3	7,9
29	-	-	1	4,0	1	2,6
31	-	-	1	4,0	1	2,6
32	-	-	2	8,0	2	5,3
33	1	7,7	-	-	1	2,6
35	-	-	1	4,0	1	2,6
36	1	7,7	-	-	1	2,6
37	-	-	1	4,0	1	2,6
38	-	-	1	4,0	1	2,6
42	1	7,7	-	-	1	2,6
48	1	7,7	-	-	1	2,6
51	-	-	1	4,0	1	2,6
59	1	7,7	-	-	1	2,6
Sub-total	13	100,0	25	100,0	38	100,0
TOTAL	106	44,4	133	55,6	239	100,0

TABELA 6.2 - Número e porcentagem de indivíduos da etnia Guarani Mbyá examinados, segundo as variáveis frequência de escovação e uso de creme dental. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO	USO DE CREME DENTAL				TOTAL	
	SIM		NÃO			
	n	%	n	%	n	%
4 vez ao dia	3	3,5	-	-	3	1,3
3 vez ao dia	11	12,9	2	1,3	13	5,4
2 vez ao dia	32	37,6	8	5,2	40	16,7
1 vez ao dia	36	42,5	20	13,0	56	23,4
Escova esporadicamente	3	3,5	6	3,9	9	3,8
Não escova	-	-	118	76,6	118	49,9
TOTAL	85	100,0	155	100,0	239	100,0
		35,6		64,4		

TABELA 6.3 - Número e porcentagem de indivíduos, segundo grau de instrução da etnia Guarani Mbyá . Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	GRAU DE INSTRUÇÃO							
	Analfabeto		1º Grau incompleto		1º Grau completo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 — 6	73	100,0	-	-	-	-	73	100,0
7 — 12	-	-	81	100,0	-	-	81	100,0
13 — 19	1	2,1	46	97,9	-	-	47	100,0
20 — 24	4	26,6	8	53,4	3	20,0	15	100,0
25 — 34	7	46,6	8	53,4	-	-	15	100,0
35 — 44	2	40,0	3	60,0	-	-	5	100,0
45 — 60	3	100,0	-	-	-	-	3	100,0
TOTAL	90	37,6	146	61,1	3	1,3	239	100,0

TABELA 6.4 - Número de dentes permanentes hígidos, cariados, perdidos e obturados, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	n	H	C	P	O	CPO
5	18	13	1	-	-	1
6	17	52	3	-	-	3
7	7	43	2	-	-	2
8	15	136	22	-	-	22
9	12	149	21	1	1	23
10	12	163	23	-	-	23
11	14	261	26	1	3	30
12	21	462	40	1	5	46
13	10	217	31	-	3	34
14	12	282	49	1	1	51
15	5	113	27	-	-	27
16	10	230	37	4	7	48
17	5	106	26	2	5	33
18	5	104	31	-	5	36
19	-	-	-	-	-	-
20 — 24	15	279	122	24	-	146
25 — 34	15	224	169	63	3	235
35 — 44	5	63	26	65	-	91
45 — 60	3	35	27	34	-	61
TOTAL	201	2.932	683	196	33	912

TABELA 6.5 - Média dos componentes do índice CPO-D, segundo idade em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	n	$\overline{C}$	$\overline{P}$	$\overline{O}$	$\overline{CPO}$
5	18	0,06	-	-	0,06
6	17	0,18	-	-	0,18
7	7	0,29	-	-	0,29
8	15	1,47	-	-	1,47
9	12	1,75	0,08	0,18	1,92
10	12	1,92	-	-	1,92
11	14	1,86	0,07	0,21	2,14
12	21	1,90	0,05	0,24	2,19
13	10	3,10	-	0,30	3,40
14	12	4,08	0,08	0,08	4,25
15	5	5,40	-	-	5,40
16	10	3,70	0,40	0,70	4,80
17	5	5,20	0,40	1,00	6,60
18	5	6,20	-	1,00	7,20
19	-	-	-	-	-
20 — 24	15	8,13	1,60	-	9,73
25 — 34	15	11,27	4,20	0,20	15,67
35 — 44	5	5,20	13,00	-	18,20
45 — 60	3	9,00	11,33	-	20,33

TABELA 6.6 - Composição percentual do índice CPO-D, segundo idade em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	n	C	P	O	CPO
5	18	100,0	-	-	100,0
6	17	100,0	-	-	100,0
7	7	100,0	-	-	100,0
8	15	100,0	-	-	100,0
9	12	91,2	4,4	4,4	100,0
10	12	100,0	-	-	100,0
11	14	86,7	3,3	10,0	100,0
12	21	86,9	2,2	10,9	100,0
13	10	91,2	-	8,8	100,0
14	12	96,0	2,0	2,0	100,0
15	5	100,0	-	-	100,0
16	10	77,1	8,3	14,6	100,0
17	5	78,8	6,1	15,1	100,0
18	5	86,1	-	13,9	100,00
19	-	-	-	-	-
20 — 24	15	83,6	16,4	-	100,0
25 — 34	15	71,9	26,8	1,3	100,0
35 — 44	5	28,6	71,4	-	100,00
45 — 60	3	44,3	55,7	-	100,00

TABELA 6.7 - Média de dentes CPO, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	n	$\overline{\text{CPO}}$	DP	LI	LS
5	18	0,06	0,236	0,00	0,26
6	17	0,18	0,529	0,00	0,43
7	7	0,29	0,756	0,00	0,85
8	15	1,47	1,302	0,81	2,13
9	12	1,92	1,564	1,03	2,81
10	12	1,92	1,621	1,00	2,84
11	14	2,14	1,460	1,38	2,91
12	21	2,19	1,662	1,48	2,90
13	10	3,40	2,171	2,05	4,75
14	12	4,25	4,648	1,62	6,88
15	5	5,40	2,702	3,59	7,21
16	10	4,80	4,638	1,92	7,68
17	5	6,60	3,286	3,73	9,47
18	5	7,20	2,683	4,85	9,55
19	-	-	-	-	-
20 — 24	15	9,73	6,497	6,44	13,02
25 — 34	15	15,67	5,160	13,06	18,28
35 — 44	5	18,20	11,256	8,35	28,05
45 — 60	3	20,33	10,120	8,87	31,79

DP = desvio padrão; LI = limite inferior; LS = limite superior

TABELA 6.8 - Distribuição de frequência dos valores do índice CPO-D de 5 a 12 anos, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

[illegible]

TABELA 6.9 - Distribuição de frequência dos valores do índice CPO-D de 13 a 60 anos, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

CPO-D		IDADE (em anos)									
		14	15	16	17	18	19	20 — 24	25 — 34	35 — 44	45 — 60
0	n	3	-	3	-	-	-	1	-	-	-
	%	25,0	-	30,0	-	-	-	6,7	-	-	-
1	n	1	1	1	-	-	-	2	-	-	-
	%	8,3	20,0	10,0	-	-	-	13,3	-	-	-
2	n	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	16,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3	n	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
	%	-	-	-	-	-	-	-	-	20,0	-
4	n	-	-	1	2	-	-	1	-	-	-
	%	-	-	10,0	40,0	-	-	6,7	-	-	-
5	n	1	1	1	-	2	-	-	-	-	-
	%	8,3	20,0	10,0	-	40,0	-	-	-	-	-
6	n	2	1	1	1	1	-	-	1	-	-
	%	16,7	20,0	10,0	20,0	20,0	-	-	6,7	-	-
7	n	1	1	-	1	-	-	2	-	-	-
	%	8,3	20,0	-	20,0	-	-	13,3	-	-	-
8	n	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	20,0	-	-	-	-	-	-	-	-
9	n	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-
	%	-	-	10,0	-	20,0	-	-	6,7	-	-
10	n	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	6,7	-	-	-
11	n	2	-	-	-	1	-	1	1	-	-
	%	16,7	-	-	-	20,0	-	6,7	6,7	-	-
12	n	-	-	1	1	-	-	1	1	1	-
	%	-	-	10,0	20,0	-	-	6,7	6,7	20,0	-
13	n	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	13,3	6,7	-	-
14	n	-	-	-	-	-	-	2	2	-	1
	%	-	-	-	-	-	-	13,3	13,3	-	33,3
15	n	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
	%	-	-	-	-	-	-	6,7	-	-	33,3
16	n	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	-	13,3	-	-

Continua...

TABELA 6.10 - Número de dentes decíduos hígidos, cariados, extraídos e obturados, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	n	h	c	e	o	ceo
< 1	5	6	-	-	-	-
1	5	40	-	-	-	-
2	7	123	-	-	-	-
3	8	125	21	-	-	21
4	13	212	48	-	-	48
5	18	291	59	-	-	59
6	17	238	74	-	-	74
7	7	92	21	-	-	21
8	15	126	50	2	1	53
9	12	76	31	-	-	31
10	12	59	33	-	-	33
11	14	31	18	-	-	18
12	21	12	10	-	-	10
TOTAL	154	1431	365	2	1	368

TABELA 6.11 - Média dos componentes do índice ceo, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	n	$\bar{c}$	$\bar{e}$	$\bar{o}$	$\overline{ceo}$
< 1	5	-	-	-	-
1	5	-	-	-	-
2	7	-	-	-	-
3	8	2,63	-	-	2,63
4	13	3,69	-	-	3,69
5	18	3,28	-	-	3,28
6	17	4,35	-	-	4,35
7	7	3,00	-	-	3,00
8	15	3,33	0,07	0,13	3,53
9	12	2,59	-	-	2,58
10	12	2,75	-	-	2,75
11	14	1,29	-	-	1,29
12	21	0,48	-	-	0,48

TABELA 6.12 - Composição percentual do índice ceo, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	n	c	e	o	ceo
< 1	5	-	-	-	-
1	5	-	-	-	-
2	7	-	-	-	-
3	8	100,0	-	-	100,0
4	13	100,0	-	-	100,0
5	18	100,0	-	-	100,0
6	17	100,0	-	-	100,0
7	7	100,0	-	-	100,0
8	15	94,3	1,9	3,8	100,0
9	12	100,0	-	-	100,0
10	12	100,0	-	-	100,0
11	14	100,0	-	-	100,0
12	21	100,0	-	-	100,0

TABELA 6.13 - Média de dentes ceo, desvio-padrão e intervalos de confiança de 95% para média populacional, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	n	ceo	DP	LI	LS
< 1	5	-	-	-	-
1	5	-	-	-	-
2	7	-	-	-	-
3	8	2,63	3,420	0,26	5,00
4	13	3,69	3,881	1,58	5,80
5	18	3,28	3,801	1,52	5,04
6	17	4,35	3,258	2,80	5,90
7	7	3,00	2,236	1,35	4,65
8	15	3,53	2,560	2,23	4,83
9	12	2,58	2,109	1,39	3,77
10	12	2,75	2,221	1,49	4,01
11	14	1,29	1,684	0,41	2,17
12	21	0,48	1,289	0,00	1,03

DP = desvio padrão; LI = limite inferior; LS = limite superior

TABELA 6.14 - Distribuição de frequência dos valores do índice ceo, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

ceo		IDADE												
		< 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
0	n	5	5	7	4	4	8	3	2	2	2	1	6	18
	%	100	100	100	50,0	30,8	44,4	17,6	28,6	13,3	16,7	8,3	42,9	85,7
1	n	-	-	-	-	-	-	1	-	2	1	4	3	-
	%	-	-	-	-	-	-	5,9	-	13,3	8,3	33,3	21,4	-
2	n	-	-	-	1	3	2	1	-	2	4	1	3	1
	%	-	-	-	12,5	23,1	11,1	5,9	-	13,3	33,3	8,3	21,4	4,8
3	n	-	-	-	-	-	1	3	2	2	3	3	1	1
	%	-	-	-	-	-	5,6	17,6	28,6	13,3	25,0	25,0	7,1	4,8
4	n	-	-	-	1	1	1	2	-	1	-	-	-	-
	%	-	-	-	12,5	7,7	5,6	11,8	-	6,7	-	-	-	-
5	n	-	-	-	-	2	1	-	3	2	-	1	-	1
	%	-	-	-	-	15,4	5,6	-	42,9	13,3	-	8,3	-	4,8
6	n	-	-	-	1	1	-	1	-	2	1	1	1	-
	%	-	-	-	12,5	7,7	-	5,9	-	13,3	8,3	8,3	7,1	-
7	n	-	-	-	-	-	2	3	-	1	1	1	-	-
	%	-	-	-	-	-	11,1	17,6	-	6,7	8,3	8,3	-	-
8	n	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	-	5,9	-	6,7	-	-	-	-
9	n	-	-	-	1	-	2	1	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	12,5	-	11,1	5,9	-	-	-	-	-	-
10	n	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	7,7	-	5,9	-	-	-	-	-	-
11	n	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	-	5,6	-	-	-	-	-	-	-
12	n	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
	%	-	-	-	-	7,7	-	-	-	-	-	-	-	-

TABELA 6.16 - Número e porcentagem de dentes sem e com necessidades de tratamento odontológico, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

[illegible]

TABELA 6.17 - Número e porcentagem de pessoas examinadas, segundo o maior grau de condição periodontal observado, segundo idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

[illegible]

TABELA 6.19 – Porcentagem de sextante, segundo condição periodontal e idade, em indivíduos da etnia Guaraní Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

[illegible]

TABELA 6.20 – Porcentagem de sextante, segundo perda de inserção periodontal e idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

PERDA DE INSERÇÃO PERIODONTAL	IDADE				
	18	20 — 24	25 — 34	35 — 44	45 — 60
0 (0 — 3 mm)	80,0	85,6	75,6	53,3	44,4
1 (4 — 5 mm)	-	-	11,1	16,7	16,7
2 (6 — 8 mm)	-	-	-	6,7	5,7
3 (9 — 11 mm)	-	-	-	-	-
4 (12 mm ou +)	-	-	-	-	-
X (Nulos)	-	1,1	-	23,3	33,3
9 Sem informação	20,0	13,3	13,3	-	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

TABELA 6.21 - Número e porcentagem de indivíduos segundo o uso de prótese dentária e idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	PRÓTESE				SEM INFORMAÇÃO		TOTAL	
	NÃO USA		USA					
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 — 12	154	64,3	-	-	-	-	154	64,3
13 — 19	47	19,7	-	-	-	-	47	19,7
20 — 24	15	6,3	-	-	-	-	15	6,3
25 — 34	15	6,3	-	-	-	-	15	6,3
34 — 44	5	2,1	-	-	-	-	5	2,1
45 — 60	3	1,3	-	-	-	-	3	1,3
TOTAL	239	100,0	-	-	-	-	239	100,0

TABELA 6.22 - Número e porcentagem de indivíduos que necessitam de prótese, segundo tipo de necessidade de prótese dentária superior por idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	NÃO NECESSITA		1 PRÓTESE FIXA OU REMOV (1 ELEM.)		1 PRÓTESE FIXA OU REMOV. (+ DE 1 ELEM.)		COMB. DE PRÓTESES		PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 — 12	154	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	154	100,0
13 — 19	45	95,7	2	4,3	-	-	-	-	-	-	47	100,0
20 — 24	13	86,7	2	13,3	-	-	-	-	-	-	15	100,0
25 — 34	7	46,7	3	20,0	5	33,3	-	-	-	-	15	100,0
35 — 44	1	20,0	-	-	3	60,0	-	-	1	20,0	5	100,0
45 — 60	1	33,3	-	-	2	66,7	-	-	-	-	3	100,0

TABELA 6.23 - Número e porcentagem de indivíduos que necessitam de prótese, segundo tipo de necessidade de prótese dentária inferior por idade, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

IDADE	NÃO NECESSITA		1 PRÓTESE FIXA OU REMOV (1 ELEM.)		1 PRÓTESE FIXA OU REMOV. (+ DE 1 ELEM.)		COMBIN. DE PRÓTESES		PRÓTESE DENTÁRIA TOTAL		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
0 — 12	154	100,0	-	-	-	-	-	-	-	-	154	100,0
13 — 19	45	95,7	2	4,3	-	-	-	-	-	-	47	100,0
20 — 24	13	86,7	2	13,3	-	-	-	-	-	-	15	100,0
25 — 34	7	46,7	2	13,3	6	40,0	-	-	-	-	15	100,0
35 — 44	-	-	1	20,0	3	60,0	-	-	1	20,0	5	100,0
45 — 60	1	33,3	1	33,3	2	33,3	-	-	-	-	3	100,0

TABELA 6.25 - Número e porcentagem de escolares de 12 anos segundo grupos de condições: dentição, espaço e oclusão, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

CONDIÇÃO	PRESENÇA		AUSÊNCIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
<u>Dentição*</u>						
• <i>Perda dental superior</i>	-	-	21	100,0	21	100,0
• <i>Perda dental inferior</i>	-	-	21	100,0	21	100,0
<u>Espaço</u>						
• <i>Apinhamento</i>	8	38,1	13	61,9	21	100,0
• <i>Espaçamento</i>	-	-	21	100,0	21	100,0
• <i>Diastema</i>	-	-	21	100,0	21	100,0
• <i>Desalinhamento Maxilar</i>	9	42,9	12	57,1	21	100,0
• <i>Desalinhamento Mandibular</i>	10	47,6	11	52,4	21	100,0
<u>Oclusão</u>						
• <i>Overject Maxilar Anterior</i>	-	-	21	100,0	21	100,0
• <i>Overject Mandibular Anterior</i>	-	-	21	100,0	21	100,0
• <i>Mordida Aberta Vertical Anterior</i>	5	23,8	16	76,2	-	100,0

* NÚMERO DE DENTES INCISIVOS, CANINOS E PRÉ-MOLARES PERMANENTES PERDIDOS POR RAZÕES ESTÉTICAS

TABELA 6.26 - Número e porcentagem de escolares de 12 anos de idade segundo relação molar ântero-posterior, em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

RELAÇÃO MOLAR	NÚMERO	%
0 (NORMAL)	15	71,4
1 (MEIA CÚSPIDE)	4	19,4
2 (CÚSPIDE INTEIRA)	2	9,5
X (EXCLUÍDO)	-	-
<u>TOTAL</u>	21	100,0

TABELA 6.27 - Número e porcentagem de escolares de 12 anos de idade, segundo o índice de estética dentária em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

OCLUSÃO	NÚMERO	%
<u>Normal ou com Discreta Alteração</u>	<u>18</u>	<u>85,7</u>
<u>Má-Oclusão</u>	<u>3</u>	<u>14,3</u>
• <i>Definida</i>	-	-
• <i>Severa</i>	1	4,8
• <i>Muito Severa ou Incapacitante</i>	2	9,5
TOTAL	21	100,0

TABELA 6.28 - Número e porcentagem de escolares de 18 anos de idade, segundo o índice de estética dentária em indivíduos da etnia Guarani Mbyá. Aldeia Morro da Saudade, São Paulo, 1.999.

OCCLUSÃO	NÚMERO	%
<u>Normal ou com Discreta Alteração</u>	<u>5</u>	<u>100,0</u>
<u>Má-Oclusão</u>	-	-
• <i>Definida</i>	-	-
• <i>Severa</i>	-	-
• <i>Muito Severa ou Incapacitante</i>	-	-
TOTAL	5	100,0

7. DISCUSSÃO

Ao analisar a tabela 6.1, observa-se que 56% eram do sexo feminino e 44% do sexo masculino. As idades variaram de 3 meses a 59 anos, sendo que as crianças e adolescentes de 1 a 18 anos formavam o maior contingente de examinados. Para efeito de apresentação tabular as faixas etárias a partir dos 20 anos foram agrupadas segundo a possibilidade de demonstrar aspectos significativos da doença apresentada. Outro fator a ser considerado é que vários examinados não tem certeza de sua idade real, por falta de registros, ou por considerarem esta questão temporal de forma diferente da sociedade nacional não dão importância a idade cronológica.

Pode-se observar na tabela 6.2 que 49,9 % da população examinada não escovam seus dentes; dos 50,1% que escovam, apenas 29,8% usam dentifrícios regularmente; as frequências de escovação variam em 46% que escovam uma vez ao dia, 33% duas vezes ao dia, 11% três vezes ao dia, 3% quatro vezes ao dia e 7% escovam de maneira esporádica. Parece evidente que o hábito de escovação dentária não está incorporado a esta população, não por negligência mas por não fazer parte dos costumes, ritos e valores da comunidade. Cabe ressaltar que estão incluídos em ritos indígenas vários banhos, como forma de manter a boa saúde. Portanto o conceito de “limpo” está presente em sua simbologia. Possivelmente artefatos como escovas e cremes dentais não estejam incorporados por falta de possibilidade de compra, desinformação, ou por não terem sido assimilados quando da reelaboração dos valores presentes nos dias atuais.

Na aldeia não existe água fluoretada, nem a incorporação de métodos tópicos de flúor. Assim, perde-se a possibilidade de utilização da escovação dentária

como veículo para aplicação tópica de fluoreto ou como controle de placa bacteriana.

Três indivíduos responderam que utilizam outros métodos de higiene dentária, tais como:

- palitar os dentes após as refeições;
- usar esponja de lavar louça para limpar os dentes;
- usar panos para limpar os dentes no momento do banho;

demonstrando que medidas alternativas talvez existam e sejam tomadas para preservar aspectos relativos aos cuidados com o corpo.

GRÁFICO 7.1 - FREQUÊNCIA DE ESCOVAÇÃO EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANI MBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

GRÁFICO 7.2 -USO DE CREME DENTAL EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANI MBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

Considera-se, ao analisar a tabela 6.3, que caracteriza o grau de instrução, na faixa etária de 7 a 12 anos, que 100% dos examinados estão na categoria 1º grau incompleto, porque estão regularmente matriculados; porém, na faixa etária de 13 a 19 anos, 97,8% estão enquadrados nessa categoria, embora muitos tenham desistido da escolarização. Nas outras faixas etárias ou os indivíduos são analfabetos ou ocupam a categoria de 1º grau incompleto, caracterizando adultos que tiveram sua escolarização inconclusa. A aldeia possui um espaço escolar construído pela Fundação de Desenvolvimento Escolar, com pré-escola e ensino fundamental (1º a 4º série). Um fator agravante para que estes indivíduos não concluam o ensino regular, pode ser a grande distância da aldeia até outros bairros que possuem escolas de ensino médio (5º a 8º série) e de 2º grau. Além das barreiras geográficas, pode-se concluir também que para estas comunidades indígenas a questão da escolarização tem um significado distinto decorrente dos valores predominantes em sua organização social.

GRÁFICO 7.3 - GRAU DE INSTRUÇÃO DE 7 A 60 ANOS EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANIMBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

As tabelas 6.4, 6.5 e 6.6 apresentam um CPO-D crescente com o aumento da idade, característica esperada. Na idade de 12 anos a média CPO-D é 2,19, aos 15 anos é igual a 5,40 e evolui para 7,20 aos 18 anos. Embora tenha sido atingida a meta preconizada pela OMS-FDI para a idade de 12 anos no ano 2000 ($\text{CPO-D} \leq 3,0$), verifica-se ao serem comparados os componentes, que o maior peso encontra-se em “cariados” (1,90 - 86,9%). Esta característica negativa tende a piorar com o aumento da idade, acumulando necessidades, devido a falta de um programa de atenção em saúde bucal (ações coletivas preventivas e assistenciais). Alguns princípios constitucionais são contrariados na medida em que o Estado não garante os pressupostos básicos do Sistema Único de Saúde, de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde.

GRÁFICO 7.4 - COMPOSIÇÃO DO ÍNDICE CPO-D DE 6 A 12 ANOS DE IDADE, EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANI MBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO

A tabela 6.7 mostra o desvio-padrão e limites de confiança, constatando-se que houve grande variabilidade, provavelmente devido ao pequeno número de indivíduos examinados em algumas idades. Ressalta-se a grande dificuldade para realização dos exames, uma vez que outras prioridades de saúde, como tuberculose e diarreias, marcam o cotidiano dessa comunidade determinando o desinteresse momentâneo por algumas pesquisas e programas em desenvolvimento.

Na tabela 6.8 observa-se que aos 5 anos, 94,4% dos indivíduos examinados estavam livres de cárie na dentição permanente; aos 12 anos essa porcentagem passa a 19%, o que demonstra um descuido com esta idade tão predisponentes ao desenvolvimento da doença cárie. Não se trata de instituir métodos complicados de uso sistêmico ou tópico de flúor, senão estabelecer para esta população de baixa prevalência de cárie (CPOD = 2,19 aos 12 anos), escovações diárias com dentifícios fluoretados em horários pré-estabelecidos dentro do

calendário escolar, a partir do momento do ingresso no espaço escolar para que haja maior redução do índice e controle das idades subsequentes.

GRÁFICO 7.5 - PORCENTAGEM DE CRIANÇAS LIVRES DE CÁRIE AOS 5 E AOS 12 ANOS DE IDADE, EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANI MBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

GRÁFICO 7.6 - COMPOSIÇÃO DO ÍNDICE ceo DE 5 A 12 ANOS, EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANI MBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

Aos 5 anos observa-se através das tabelas 6.10, 6.11 e 6.12, média ceo de 3,28, tendo 44,4% crianças livres de cárie, dado bastante significativo se comparado ao Levantamento Epidemiológico da Cárie Dentária, Oclusopatias e Fluorose Dentária em crianças de 5 a 12 anos de escolas públicas e privadas do município de São Paulo, 1996⁴⁹; que apresentava um ceo=1,70 e 58,8% das crianças livres de cárie. O dado encontrado nessa idade, embora maior, assemelha-se ao encontrado no Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal-Estado de São Paulo, 1998⁴⁴, para o Estado o ceo = 2,94 e 39,9% livres de cárie aos 5 anos.

Neste mesmo estudo observa-se indicadores bem melhores ao serem verificados os dados da DIR-I, município de São Paulo, que apresentou um ceo = 1,55 e 63,55% de crianças livres de cárie. Se o CPO-D encontra-se dentro das metas preconizadas pela OMS, o ceo tem um comportamento inverso, uma vez que aos 5 anos apresenta-se bastante alto.

Comparando-se os componentes, observa-se que nas idades de 3 a 12 anos, o peso maior recai sobre os “cariados”, perfazendo 100% em quase todas essas idades. Semelhante ao dado estadual no índice ceo, e diferente no índice CPO-D onde o maior componente refere-se a “obturados”. Indicadores tão altos na dentição decídua podem estar associados às mudanças na dieta que estariam ocorrendo após o desmame, e à constatação de que as ações preventivas e de assistência não estão sendo disponibilizadas. Pode-se observar que a partir dos 3 anos a doença aparece de forma drástica, comprometendo em média 2,63 dentes decíduos.

Ainda ao analisar-se a tabela 6.14, aos 3 anos, apenas metade das crianças estão livres de cárie, sendo que o restante já apresenta a doença.

Dos 5.341 espaços dentários examinados, 21% necessitam algum tipo de intervenção odontológica estando concentradas as maiores porcentagens nas faixas etárias a partir dos 20 anos, representada pelos adultos, onde acumulam-se as necessidades de tratamento devido a falta de acesso aos serviços odontológicos.

Se comparado ao Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal-Estado de São Paulo, 1998⁴⁴, que apresentou 8,6% de necessidades de tratamento em contraposição aos 21% encontrados nesta pesquisa, reforça aspectos já mencionados relativos ao total abandono dessa população em termos de atenção em saúde bucal.

GRÁFICO 7.7 - PORCENTAGEM DE DENTES, SEGUNDO A NECESSIDADE DE TRATAMENTO, EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANIMBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

GRÁFICO 7.8 - TIPO DE NECESSIDADE DE TRATAMENTO DENTÁRIO EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANI MBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

n = 1.142 dentes

Dentre as necessidades de tratamento (tabela 6.16), verifica-se que 7% são ações de natureza preventiva. Não foram observadas lesões de manchas brancas, portanto a porcentagem encontrada foi representada pela indicação de selantes oclusais. Dentre as ações curativas o maior valor recai sobre as restaurações de 1 superfície (53%); 13% dos dentes examinados necessitam de extração, com valor muito alto para a faixa etária de 35 a 44 anos.

As tabelas 6.17, 6.18 e 6.19 confirmam, de que esta comunidade não tem o hábito de escovação estabelecido. Pode-se observar que aos 12 anos, apenas 28,6 % dos indivíduos apresentam condição periodontal com todos sextantes sadios e, aos 5 anos, 33,3% apresentam algum tipo de alteração periodontal. Contudo, nas faixas etárias acima de 20 anos, não verifica-se presença de bolsas acima de 6mm.

Aos 12 anos, a porcentagem de sextantes com sangramento é de 50,0% e cálculo 7,9%. Aos 18 anos, este percentual passa a ser 66,7% para sangramento, 20,0% para cálculo e 6,6% para bolsas de 4 a 5 mm. Ainda que a maior parte dos

indivíduos apresente algum tipo de alteração periodontal, estas não são as formas mais graves.

GRÁFICO 7.9 CONDIÇÃO PERIODONTAL CPI SEGUNDO SEXTANTE E IDADES DE 12, 15, 18, 20 A 60 ANOS EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANIMBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

Com relação à prótese dentária descrita nas tabelas 6.21, 6.22 e 6.23, 100% da população examinada não usa, ou porque não necessita ou porque não possui. Uma pequena parcela necessita, dentre as várias faixas etárias pesquisadas. Os comportamentos de distribuição das necessidades de prótese nos arcos superiores e inferiores são muito semelhantes.

GRÁFICO 7.10 - NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA AOS 20 A 24 ANOS E AOS 25 A 34 ANOS, EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANIMBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

GRÁFICO 7.11 - NECESSIDADE DE PRÓTESE DENTÁRIA AOS 35 A 44 ANOS E AOS 45 A 60 ANOS EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANIMBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

Quanto à fluorose dentária observa-se que praticamente 100% dos indivíduos estão incluídos na categoria normal. Apenas na idade de 10 anos foi observado um caso de fluorose com grau muito leve, confirmando desta forma a total

falta de contato dos indivíduos com compostos fluoretados. Com relação à água de abastecimento público, existe um reservatório na aldeia, sendo abastecido através de poço artesiano. Segundo informações da Fundação Nacional de Saúde, a água consumida na Aldeia Morro da Saudade não possui a quantidade mínima do íon flúor para que possa ser considerada fluoretada. Tal informação foi confirmada por meio de análise de coleta executada pela pesquisadora em agosto de 2000, verificando-se a quantidade de 0,09 de íon flúor, laudo nº 8.910/1, laboratório Grupo Hídrico e Saneamento de São Paulo- AGUAESP.

Constatou-se através das tabelas 6.25, 6.26, 6.27 e 6.28 referentes a oclusopatias, que na idade de 12 anos, com relação à dentição, houve 100% de ausência de perdas de elementos dentários anteriores; com relação a espaço: 38,1% de apinhamento, 42,9% de desalinhamento maxilar, 47,6% de desalinhamento mandibular; com relação à oclusão 23,8% de mordida aberta; com relação à oclusão: 71,4% apresentava-se normal, 19,4% alterado meia cúspide e 9,5 % cúspide inteira.

GRÁFICO 7.12 - ÍNDICE DE ESTÉTICA DENTÁRIA AOS 12 E 18 ANOS DE IDADE EM INDIVÍDUOS DA ETNIA GUARANI MBYÁ, ALDEIA MORRO DA SAUDADE, SÃO PAULO, 1.999.

Ao analisar-se o DAI aos 12 anos, verificou-se 85,7% com oclusão normal e 14,3% com má-oclusão. Aos 18 anos, 100% apresentam oclusão normal ou com discreta alteração, ao contrário do descrito na literatura como esperado para estas alterações dentárias dentro da sociedade nacional.

A mãe índia amamenta o bebê em posição ortostática, devido a localização do apoio que esta utiliza para o transporte de seus filhos; hábitos saudáveis como amamentação, não utilização da chupeta e de dietas pastosas provavelmente contribuem para indicadores que podem ser considerados excelentes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Parece ser uma tendência no Estado de São Paulo a redução dos índices ceo e CPO-D, quando comparados a estudos realizados em anos anteriores, na idade-índice de 12 anos: o CPO-D que era de 6,47 em 1986³¹ caiu para 3,72 em 1998⁴⁴. Esse declínio bastante acentuado, quando observado o Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, Estado de São Paulo, 1998⁴⁴, não expressa-se de maneira uniforme: escolas públicas e privadas, locais com ou sem água fluoretada determinam esses diferenciais.

Pode-se afirmar que para os indivíduos examinados nesta pesquisa, tanto para o índice ceo (44,4% aos 5 anos livres de cárie), quanto para o índice CPO-D (2,19 aos 12 anos), apresentaram valores mais baixos quando comparados aos encontrados no Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, Estado de São Paulo, 1998⁴⁴, (38,9 % de crianças livres de cárie aos 5 anos e CPO-D = 3,72 aos 12 anos). Ainda quando observada a idade índice de 12 anos, os resultados apresentam-se dentro das metas OMS-FDI³⁹ para o ano 2000 (CPO-D $\leq$ 3,0). Porém, cabe ressaltar que nenhum esforço foi instituído nesse sentido. Essas populações como já observado na revisão da literatura, apresentam tradicionalmente índices mais baixos que a sociedade nacional.

Embora os estudos em populações indígenas sejam bastante esporádicos e por vezes com metodologias diferenciadas, pode-se observar pela revisão bibliográfica, que segundo PEREIRA⁴⁰ e col., quando da investigação com Yanomámi, constataram índices mais baixos que da população urbana de Piracicaba, 1972. AYRES e SALZANO³ 1972; ao avaliarem os Kaiapó encontraram um

CPO-D muito baixo, de 1,6 para o grupo estudado e de 0,6 para a faixa etária de 0 a 14 anos. O dado encontrado neste estudo relativo ao CPO-D = 2,19 encontra-se mais baixo, quando comparado ao estudo realizado com Xavante em 1997, por ARANTES² 1998, para a faixa etária de 12 a 14 anos, que apresentou CPO-D = 3,7.

Cabe ainda ressaltar que os valores encontrados são menores que os apresentados pelo Estado de São Paulo em municípios de pequeno porte, sem água fluoretada, CPO-D = 4,8. Embora a aldeia esteja no município de São Paulo, ela não possui água fluoretada e as terras demarcadas poderiam assemelhar-se a um município de pequeno porte.

Ainda que a aldeia apresente um baixo índice CPO-D, o componente dentes cariados na composição do valor total do CPO-D e do ceo, reflete a inexistência dos serviços assistenciais e a falta de acesso a produtos de higiene e métodos frequentes de aplicação de fluoretos.

Com relação às **necessidades de tratamento** observa-se no Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, Estado de São Paulo, 1998⁴⁴; que no grupo etário de 5 a 12 anos, foi verificado que apenas 8,6% necessitavam de algum tipo de intervenção. No presente estudo, ao ser verificada a faixa etária de 0 a 12 anos, essa porcentagem evolui para 19,4%. Demonstrando que o acesso a serviços é totalmente deficitário.

Com relação as **doenças periodontais**, valores mais altos são encontrados aos 5 anos, 33% da população indígena pesquisada apresenta algum tipo de alteração periodontal em contrapartida aos 17% encontrado no Estado. Essa porcentagem sobe para 48% aos 12 anos e 80% aos 18 anos, sendo respectivamente 30% e 48% para o Estado. A partir dos 25 anos, 100% dessa população apresenta

problemas gengivais, em contrapartida ao percentual de 70% encontrado para os adultos do Estado de São Paulo. Segundo descrito por ARANTES² (1998), a etnia Xavante apresenta comportamento semelhante em relação às periodontopatias, muitos indivíduos apresentam sangramentos e cálculos e poucos apresentam as formas mais severas da doença.

A **fluorose dentária** no Levantamento Epidemiológico de Saúde Bucal, Estado de São Paulo, 1998⁴⁴, foi constatada em 11,2% dos escolares de 12 anos. Nesta pesquisa, na referida idade, não existem casos de fluorose, característica evidenciada em populações indígenas.

Quanto à **oclusão dentária** observa-se que aos 12 anos, 85,7% apresentavam oclusão normal em contrapartida aos 64,0% do Estado, aos 18 anos 100% apresentaram oclusão normal. O fator semelhante entre os dois estudos refere-se ao fato de apresentarem o apinhamento dentário como a alteração de maior frequência dentre os portadores de má-oclusão.

Considerando-se esta aldeia como uma população totalmente desassistida de serviços de saúde, uma vez que a unidade básica mais próxima dista aproximadamente 20 Km da aldeia, com meios de transporte escassos e ocasionais, foi conquistada a possibilidade de construção de uma Unidade Básica de Saúde - UBS dentro da aldeia, projeto do prédio assumido pela Secretaria Estadual de Habitação, inaugurada em abril/2000.

Atrelado às discussões desenvolvidas com a criação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas-DSEI e propostas concretizadas dentro da parceria instituída com a Secretaria de Estado da Saúde - SP, serão compostas equipes de saúde da família e a formação de Agentes de Saúde Indígena (ASI). Portanto seguem

as seguintes sugestões à Fundação Nacional de Saúde relacionadas às questões pertinentes à saúde bucal:

- Capacitar a equipe de saúde bucal, de forma a entender e vivenciar aspectos relativos à etnia guarani, garantindo a preservação e o aproveitamento do potencial étnico-cultural.
- Respeitar os aspectos culturais, transformando a ótica diferenciada das comunidades indígenas em favor do desenvolvimento de boas práticas em saúde bucal.
- Articular ações coletivas com escolares e população adulta, incorporando evidenciações de placa e escovações supervisionadas. Essas atividades devem estar incorporadas às rotinas de atividades dos Agentes de Saúde Indígena (ASI).
- Estabelecer horário programado para que os escolares efetuem a escovação após a merenda.
- Envolver os escolares adolescentes em proposta participativa, onde estariam encarregados pela escovação noturna de seus irmãos.
- Estudar e observar hábitos que estejam incorporados e possibilitem e auxiliem na prevenção e recuperação das doenças.
- Disponibilizar escovas, cremes dentais, fio dental etc., como medicamentos e produtos obrigatórios na farmácia.
- Facilitar a disponibilidade de pias ou pontos de água coletivos, para que a escovação encontre espaço para sua efetivação.

- Programar bochechos fluoretados ou terapia intensiva com flúor para os indivíduos de alto risco. Para tanto poderia ser considerada a média do seu grupo etário.
- Instalar equipamento modular e capacitar equipes de Saúde Bucal para atuarem a quatro mãos, incorporando o Técnico em Higiene Dental e a Atendente de Consultório Dentário.
- Capacitar e treinar ASI para atuarem junto à comunidade promovendo profilaxias de 2 em 2 meses em toda população de forma a efetuar controle de placa bacteriana.
- Estabelecer referências secundárias, referenciando serviços de endodontia e prótese dentária para limitar os danos futuros e promover a recuperação.
- Promover outros estudos relacionados com microbiota, fluxo e composição salivar, composição de dieta, possibilidade de práticas alternativas; que possam ser considerados como fatores de proteção e expliquem os indicadores encontrados.

É evidente que a situação de contato estabelecida através do tempo determina situações de desagregação seguidas de períodos de acomodação, o que pode explicar a perpetuação da etnia guarani e a preservação de vários aspectos culturais. Mesmo vivendo hoje em situações de pobreza, deve existir alguma ordem interna que mantém a possibilidade de organização e vida para esta população, ainda que para toda a sociedade nacional a visão predominante seja de total abandono e caos social.

Assim sendo parece irrefutável a importância das várias doenças bucais pesquisadas, mais ainda quando estes achados meramente biológicos encontram espaço e eco em grupos socialmente definidos, ocupando uma conotação que tenta transcender as explicações meramente científicas, e pondera aspectos sociais que determinam a estes grupos populacionais condições de pobreza, desagregação, patologias físicas e morais.

Embora algumas das comparações estabelecidas na discussão dessa pesquisa demonstrem indicadores de saúde bucal mais baixos em alguns aspectos que a sociedade nacional, essa associação não deve ser generalizada para toda a existência destas populações, pois outros estudos verificam que em situações de não contato e preservação há uma situação de saúde bucal muito melhor que a encontrada, para as populações indígenas.

Serão necessárias medidas firmes das autoridades públicas no sentido de preservar este contingente, considerado incapaz pelo estado, em suas especificidades étnico-culturais e seus aspectos gerais de saúde.

A sociedade nacional deve também assumir seu papel e suas responsabilidades frente às minorias, ainda que seja por preservar sua capacidade de indignar-se frente às atrocidades e sofrimento humano, seja entendendo e apoiando movimentos de preservação e resgate de grupos discriminados socialmente, tentando empreender junto ao poder público programas de atenção à saúde, neles compreendida a saúde bucal.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Almeida RT. Breves comentários sobre saúde e relações de contato: os Guarani brasileiros. **Saúde em Debate** 1998; (n. esp.):28-33.
2. Arantes R. **Saúde Bucal de uma comunidade indígena Xavante do Brasil Central: uma abordagem epidemiológica e bioantropológica**. Rio de Janeiro, 1998. [Dissertação de Mestrado- Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz].
3. Ayres M, Salzano FM. Health of Brazilian Cayapo Indians. **Tropical and Geographical Medicine**, 1972, 24: 178-185.
4. Boas OV. **Aculturação do índio**. Povos indígenas, 92 [videocassete] São Paulo, Loyola multimídia, 1998.
5. Boas OV. **Lugar do Índio**. Povos indígenas, 94 [videocassete] São Paulo, Loyola multimídia, 1998.
6. Brasil. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**, 1988. Brasília, Senado Federal, Seção II: 133-4. Da Saúde.
7. Brasil. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**, 1988. Brasília, Senado Federal, Seção VIII: 150-2. Dos Índios.

8. Brasil. Decreto nº 1.141, de 19 de maio de 1994. Dispõe sobre as ações de proteção ambiental, saúde e apoio às atividades produtivas para as comunidades indígenas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de maio 1994. Seção I: p.7442.
9. Brasil. Lei nº 9.649, de 23 de maio de 1998. Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 de maio de 1998. Seção I: p. 100.
10. Brasil. Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 de setembro de 1999. Seção I.
11. Brasil. Medida Provisória nº 1.911, de 29 de julho de 1999. Altera dispositivos da Lei nº 9.649, de 27 de maio de 1998, que dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 30 de julho de 1999. Seção I: p. 144.
12. Cherobim M. **Os índios Guarani do Estado de São Paulo: análise antropológica de uma situação de contato**. São Paulo: FFLCH/USP, 1986. Coleção Antropologia, 12.

13. Conferência Nacional de Proteção ao Índio, Brasília, DF, 1986. **Relatório Final**.
Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
14. Conferência Nacional de Saúde, 8ª, Brasília, DF, 1986. **Relatório Final**. Brasília,
Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1986.
15. Conferência Nacional de Saúde Bucal, 2ª, Brasília, DF, 1993. **Relatório Final**.
Brasília, Conselho Federal de Odontologia, 1993.
16. Conselho Indigenista Missionário. Saúde: especificidades do direito dos povos
indígenas no contexto das conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde.
Saúde em Debate 1988; (n. esp.): 10-11.
17. Detogni A. De volta às origens. **Revista da Associação Brasileira de
Odontologia** 1994; 2:138-41, 144-46, 148.
18. Farias IS. **Breve relato sobre os guarani-mbyá**. [Texto- aula proferido em curso
realizado pelo Núcleo de Estudos em Saúde de Populações Indígenas],
NESPI/ENSP/FIOCRUZ. Paraty-RJ, 1996.
19. Florestan F. **A organização social dos Tupinambás**. São Paulo: Hucitec, 1989.
20. Guerra MAA. Mapa da cárie dentária entre os índios brasileiros. **Ação Coletiva**
1998; 2:44-46.

21. Guerra MAA. Treinamento de monitores indígenas em saúde bucal: uma experiência de trabalho com os Ticunas. **Saúde em Debate** 1998; (n. esp.): 42-45.
22. Jecupé KW. **A terra dos mil povos. História indígena do Brasil contada por um índio**. São Paulo: Fundação Peirópolis, 1998.
23. Ladeira MI. **Os índios da serra do mar**. São Paulo: Nova Stella, 1988.
24. Landis JR, Kock GC. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics** 1977; 33: 159-174.
25. Langdon EJ. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. **Saúde em Debate**, 1988; (n. esp.): 12-15.
26. Lima PE. Deformações tegumentares e mutilação dentária entre os índios Teneatehará. **Boletim do Museu Nacional**, 1954; 16.
27. Ministério da Justiça. Fundação Nacional do Índio. Comissão Intersetorial. Resolução nº 2, de 27 de outubro de 1994. Aprova o "Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio". **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 4 de novembro de 1994. Seção I, p. 209.
28. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, 11 de outubro de 1996, Seção 1: p. 21082-5.

29. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Portaria n° 853, de 30 de setembro de 1999. Criação dos Distritos Especiais Indígenas. **Diário Oficial da União**. Brasília, 1 de outubro de 1999, Seção 1: p. 189.
30. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria n° 1.163, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 15 de setembro de 1999, Seção 1: p. 33.
31. Ministério da Saúde. **Levantamento epidemiológico em saúde bucal: Brasil, zona urbana, 1986**. Brasília: Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal, Ministério da Saúde, 1988.
32. Ministério da Saúde. **Proposta para reorganização da atenção à saúde dos povos indígenas**. Fundação Nacional da Saúde, Ministério da Saúde, 1999.
33. Monteiro JM. Os Guarani na entrada do século. **In: História dos índios no Brasil (Cunha MC. org.)**. São Paulo: Companhia das Letras, 1992.
34. Narvai PC, Castellanos RA. **Levantamento das condições de saúde bucal- Estado de São Paulo, 1998 - Caderno de Instruções**. São Paulo: Núcleo de

Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde, Faculdade de Saúde Pública-
Universidade de São Paulo, 1998.

35. Negri Filho A. A saúde dos povos indígenas- a questão do sistema de saúde-
propostas operacionais. **Saúde em Debate** 1988; (n. esp.): 19-21.
36. Neves EG. Os índios antes de Cabral: arqueologia e história indígena no Brasil.
In: **A temática indígena na escola. (Silva AL, Grupuioni LDB. org.),** pp.87-
105. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995.
37. Neel J, Salzano FM, Junqueira PC, Keiter R, Maybury-Lewis D. Studies on the
Xavantes Indians of the Brazilian Mato Grosso. **American Journal of Human
Genetics**, 1964; 16: 52-140.
38. Novaes W. O índio e a modernidade. In: **Índios no Brasil (Grupioni LDB.
org.),** pp. 181-192. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto, 1994.
39. Organização Mundial da Saúde. **Dados e cifras Dia Mundial da Saúde- 7 de
abril de 1994: Boletim Informativo.** Genebra: OMS, 1994.
40. Pereira MAC. **Uma rebelião cultural silenciosa.** Brasília: FUNAI, 1995.

41. Pose SB. **Avaliação das condições de saúde oral dos índios Xavánte, Brasil Central.** Rio de Janeiro, 1993. [Dissertação de Mestrado- Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz].
42. Ribeiro D. **Os índios e a civilização: a integração das populações indígenas no Brasil moderno.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
43. Santos CS. Os direitos dos indígenas no Brasil. **In: A temática indígena na escola.** (Silva AL, Grupuioni LDB. org.), pp.87-105. Brasília: MEC/MARI/UNESCO, 1995.
44. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. **Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal – Estado de São Paulo, 1998.** São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Núcleo de Estudo e Pesquisas de Sistemas de Saúde, 1999.
45. Selan MGG, Oliveira MA, Menegola I, Zacchini C, Verdum R. Uma política diferenciada de saúde para populações isoladas e/ou recém- contatadas os Yanomani no Brasil. **Saúde em Debate** 1988; (n. esp.): 52-59.
46. Toledo E. Projeto de saúde para comunidades indígenas e seringueiros do Acre ocidental. Porto Alegre, 1991. Mimeo.

47. Tricerri FJ. Breve passagem odontológica entre índios do Alto Solimões, Amazônia, Brasil. **Revista da Fundação SESP** 1985; 30:151-160.
48. Tumang AJ, Piedade EF. Cárie dental, doenças periodontais e higiene oral em indígenas brasileiros. **Boletim da 1ª oficina sanitária Panamericana**, 1968; 64: 103-109.
49. Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. **Levantamento Epidemiológico da Cárie dentária, Oclusopatias e Fluorose Dentária, em crianças de 5 a 12 anos de idade, em escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, em 1996**. São Paulo: Núcleo de Estudos e Pesquisas de Sistemas de Saúde, Faculdade de Saúde Pública - Universidade de São Paulo, 1997.
50. World Health Organization. **Oral health surveys - basics methods**. 4º ed. Geneva: WHO, 1997.

10. ANEXOS

- 1 – Mapa do Município de São Paulo com a localização da Aldeia morro da Saudade.
- 2 - Ficha epidemiológica: “Condições de Saúde Bucal - Comunidade Guarani Mbyá, Município de São Paulo/1999”.
- 3 - Termo de Consentimento.
- 4 – Parecer da Comissão Nacional de Ética em Pesquisas - CONEP.
- 5 – Laudo da análise da água que abastece a Aldeia Morro da Saudade.
- 6 – Fotos.

Administrações Regionais

O Município de São Paulo e as Administrações Regionais

População indígena Guarani Mbyá
Aldeia Morro da Saudade – Barragem
Distrito de Parelheiros – São Paulo

Condições de Saúde Bucal- Comunidade Guarani Mbyá, Município de São Paulo / 1999

NOME

Nº FICHA

IDADE

SEX

INST

HAB ESC

FRQ

DEN

OMT

Arco Superior

Arco Inferior

SUP

CPI

INF

D C E

PIP

E C D

PRÓTESE

USO

NECESSIDADE

SUP

INF

SUP

INF

OCLUSOPATIAS

DENTIÇÃO

ESPAÇO

OCLUSÃO

FLUOROSE

SUP INF

AP EP DIA DMX DMD

OMX OMD MA RMA

TERMO DE CONSENTIMENTO

O presente termo apresenta informações referentes a um trabalho de pesquisa que pretende realizar um diagnóstico das condições de saúde bucal da Comunidade Guarani do Município de São Paulo, Aldeia Morro da Saudade, Parelheiros.

Nessa pesquisa científica serão examinadas a boca, os dentes e as gengivas de crianças e adultos. Não são esperados quaisquer riscos para os voluntários em decorrência da coleta de dados, os exames serão realizados segundo normas da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde. Os dados individuais não serão divulgados em nenhuma hipótese, mas os resultados da pesquisa ajudarão a prevenir doenças bucais e a implantar medidas preventivas.

Objetiva-se firmar um acordo por escrito, mediante o qual, a liderança desta comunidade indígena, representada por seu Cacique, autoriza a participação dos voluntários, tendo sido informado e esclarecido sobre a natureza da pesquisa.

São Paulo, 30 de Agosto de 1999.

A handwritten signature in dark ink, reading "Manoel Poty Lima", is written over a horizontal line.

assinatura do Cacique Aldeia Morro da Saudade

PARECER Nº 588/99

Processo nº 25000.040197/99-45   **Registro CONEP = 853 (Protocolo CEP 142)**
Projeto de Pesquisa: " *Condições de saúde bucal de uma comunidade indígena guarani MBYÁ no município de São Paulo : do descaso ao acaso – a boca como percepção da saúde* ".
Pesquisador Responsável: Dra. Maristela Vilas Boas Fratucci
Instituição: Fundação Nacional de Saúde – FSP/USP
Área Temática Especial: População Indígena.

Ao se proceder à análise do protocolo em questão, cabem as seguintes considerações :

a) as informações enviadas atendem aos aspectos fundamentais da Res. CNS 196/96, sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos;

b) O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação : Projeto aprovado.

Brasília, 12 de Novembro de 1999.

WILLIAM SAAD HOSSNE
Coordenador da CONEP-MS

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

CARTA Nº 1046 CONEP /CNS /MS

Brasília –DF, 17 de Novembro de 1999.

Senhor Coordenador,

Enviamos, em anexo, o Parecer nº 588/99 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, referente a projeto de pesquisa acompanhado por esse Comitê.

Atenciosamente,

F/0999
CORINA BONTEMPO DUCA FREITAS
Secretária Executiva da
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA

Ao Senhor
Dr. Ruy Laurenti
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Faculdade de Saúde Pública da USP
Avenida Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César
01246 – 904 – São Paulo, SP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FSP/USP - COEP

Av. Dr. Arnaldo, 715 - CEP 01246-904 - São Paulo - Brasil

Telefones: (55-11) 3066 7742 - fax (55-11) 3064 7314

Of.COEP/256 /99

25 de novembro de 1999

Prezado orientador,

Pelo presente, segue anexo, o parecer n.º 588/99 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP, referente ao protocolo de pesquisa n.º 142, intitulado: "CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DE UMA COMUNIDADE INDÍGENA GUARANI MBYÀ NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO: DO DESCASO AO ACASO – A BOCA COMO PERCEPÇÃO DA SAÚDE", apresentado pela pesquisadora Maristela Vilas Boas Fratucci.

Atenciosamente,

Ruy Laurenti
Professor Titular
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da FSP/USP-COEP

Ilm.º Sr.

Prof. Roberto Augusto Castellanos Fernandez

Departamento de Prática de Saúde Pública

Grupo Hídrico e Saneamento de São Paulo

CGC 00.226.745/0001-73

ANÁLISES QUÍMICAS, BACTERIOLÓGICAS E EFLUENTES INDUSTRIAIS
REGISTRO NO CONSELHO REGIONAL DE QUÍMICA SOB Nº 080315
RUA ALSÁCIA Nº 366 - JD. AEROPORTO - CEP 04630-010 INTERNET: <http://www.aguahesp.com.br>
FONES: (011) 531-9558 - 530-0855 - FAX: (011) 542-7573

A análise da água proveniente do poço =

Laudó N.º 8.910/1

que abastece a **Aldeia Morro da Saudade , Comunidade Indígena Guarani MBYA.**

Bairro Barragem Distrito de Parelheiros - SP.

Que foi enviada ao laboratório em 29/08/2.000

ANÁLISE de FLUOR :

FOI ENCONTRADO em 100 ml. 0,09 de FLUOR

Carlos Alberto B. Fernandes
QUÍMICO
C.R.Q. 04.437.205

São Paulo , 30 de Agosto de 2.000

LABORATÓRIO AGUAHESP C.R.Q. 080315
JANUÁRIO TAGLIANETTI
DIRETOR

MENINO GUARANI

CRIANÇAS GUARANI

VISTA DA REPRESA BILLINGS

VISTA GERAL DA ALDEIA MORRO DA SAUDADE

SEDE E ESCOLA DA ALDEIA

CAMPO DE FUTEBOL

HABITAÇÃO GUARANI

NÚCLEO FAMILIAR

MÃE ÍNDIA COM APOIO PARA TRANSPORTE DO BEBÊ

PLANTIO ENVOLVENDO MENINOS DA ALDEIA