

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

SAÚDE BUCAL EM GESTANTES INDÍGENAS MAXAKALI

ADYLER DUARTE DIAB

GOVERNADOR VALADARES - MG

2012

ADYLER DUARTE DIAB

SAÚDE BUCAL EM GESTANTES INDÍGENAS MAXAKALI

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Simone Dutra Lucas

GOVERNADOR VALADARES/MG

2012

ADYLER DUARTE DIAB

SAÚDE BUCAL EM GESTANTES INDÍGENAS MAXAKALI

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Simone Dutra Lucas

Banca Examinadora

Prof^ª Simone Dutra Lucas

Prof. Marco Túlio de Freitas Ribeiro

Aprovado em Belo Horizonte: 4 de fevereiro/2012.

A todos aqueles que direta ou indiretamente me ajudaram na realização deste trabalho

Meus sinceros agradecimentos...

... a Deus, em primeiro lugar pelo Dom da Vida

... ao meu pai (in memoriam) pelos momentos vividos e pelos ensinamentos,
saudades

... a minha mãe pelo cuidado especial e pelas orações

... a Prof^a Dr^a Simone Dutra Lucas, por aceitar a orientação
deste estudo e conduzir seu desenvolvimento com muita sabedoria e paciência diante das
minhas dificuldades

... em especial à minha amada Rose, meu amor especial, pelo carinho e paciência,
sempre me incentivando em busca de novos conhecimentos

RESUMO

Introdução: O presente estudo foi desenvolvido na Reserva Indígena Maxakali, Pólo Base Água Boa, localizado aproximadamente a 12 km do município de Santa Helena de Minas, nordeste do Estado de Minas Gerais. As pessoas que lá residem não têm acesso a água fluoretada e o modelo de atenção à saúde é baseado principalmente em atendimentos individuais. **Objetivos:** Analisar informações sobre as condições de saúde bucal (cárie e doença periodontal) em gestantes indígenas Maxakali do Polo Base Água Boa em 2010. **Metodologia:** Este estudo transversal e descritivo se desenvolveu analisando dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI - Módulo Saúde Bucal. **Resultados:** As análises expressaram um valor elevado de CPO-D, sendo os componentes cariados e extraídos, os responsáveis pela magnitude do índice. O cálculo dentário prevaleceu demandando um tratamento periodontal básico, por meio de raspagem, polimento coronário e orientações de higiene bucal. **Conclusões:** Os resultados obtidos serão úteis para fins de planejamento e organização do serviço odontológico disponibilizados para esta população. De modo geral, o presente trabalho demonstrou a necessidade de implementar ações coletivas e sociais mais amplas, serviços de saúde não individualizados e modelos de atenção mais específicos para os povos indígenas.

Palavras-chaves: Saúde Bucal; Saúde Bucal Indígena; Gestantes; Epidemiologia; Cárie dentária; Doença Periodontal

ABSTRACT

Introduction: This study was conducted in the Indian Reserve Maxakali, God Water Pole Base, located approximately 12 Km from the town of St Helena Mine, northeast of Minas Gerais. People who live there do not have access to fluoridate water and health care model is mainly based on individual attendances. **Objectives:** To analyze information about the oral health status (caries and periodontal disease) in pregnant women of the indigenous Maxakali Base Good Water Polo in 2010. **Methodology:** This cross-sectional descriptive study was developed by analyzing data from the Information System of Care for Indigenous Health – SIASI – Oral Health Module. **Results:** Analyses expressed a large amount of DMF, and the decayed and extracted components, those responsible for the magnitude of the index. The dental calculus prevailed demanding a basic periodontal treatment by means of scraping, polishing crown and oral hygiene guidelines. **Conclusions:** The results obtained will be useful for planning and organization of the dental service provided to this population. Overall, this study demonstrated the need to implement collective action and broader social, health services are not individualized and more specific models of care for indigenous peoples.

Keywords: Oral Health, Oral Health Indigenous, Pregnancy, Epidemiology, Dental caries, periodontal disease

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	13
2.1 Geral	13
2.2 Específicos	13
3. JUSTIFICATIVA	14
4 METODOLOGIA	15
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 Indígenas Maxakali.....	17
5.2 Política de Saúde Indígena.....	18
5.3 Gravidez e Saúde Bucal.....	20
5.4 O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena.....	21
5.5 Cárie Dental: Uma Doença Multifatorial.....	22
5.6 Índice CPO-D.....	22
5.7 Doença Periodontal.....	23
5.8 Índice Periodontal Comunitário.....	23
6. RESULTADOS	25
6.1 CPO-D médios em gestantes indígenas Maxakali em 2010.....	25
6.2 Índice Periodontal Comunitário em gestantes indígenas Maxakali em 2010.....	26
7. DISCUSSÃO	28
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
9. REFERÊNCIAS	31

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Pirâmide Etária da População Maxakali, Polo Base Água Boa.....18

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Média de CPO-D e proporções de componentes em gestantes Maxakali em 2010.....	26
GRÁFICO 2 - Porcentagem de gestantes Maxakali, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo em 2010.....	27

LISTA DE TABELAS

- 1 - População Maxakali por aldeias e grupos etários do Pólo Base Água Boa em 2011.....15
- 2 - Distribuição de gestantes indígenas Maxakali, Polo Base Água Boa, por aldeia e faixa etária com Primeira Consulta Odontológica em 2010.....25
- 3 - Média de CPO-D e proporções de componentes em gestantes Maxakali em 2010.....26
- 4 - Número e porcentagem de gestantes Maxakali, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo em 2010.....27

LISTA DE ABREVIATURAS

AIS – Agente Indígena de Saúde

CIS – Comissão Intersetorial de Saúde

CPO-D – Dentes Cariados Perdidos e Obturados

DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena

FUNAI – Fundação Nacional do Índio

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IPC – Índice Periodontal Comunitário

OMS – Organização Mundial de Saúde

SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena

SIASI – Sistema de Informação de Atenção da Saúde Indígena

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – World Health Organization

1 INTRODUÇÃO

As tribos indígenas brasileiras sofreram grandes mudanças desde a colonização, com transformações no seu perfil nutricional, social e econômico, que contribuíram no seu processo de viver e adoecer. A perda do seu *habitat* natural, o desmatamento e a expulsão de suas terras, a fome e a miséria, influenciaram de modo significativo a sua saúde e nutrição (BRAND, 2001).

Os povos indígenas no Brasil compõem um mosaico extremamente diversificado do ponto de vista étnico, lingüístico, formas de organização social, expressões culturais, vida produtiva, história do contato e grau de interação com a sociedade nacional (FUNASA, 2009).

O presente estudo foi desenvolvido com gestantes indígenas maxakali do Polo Base Água Boa, localizada no Município de Santa Helena de Minas, nordeste do Estado de Minas Gerais. Esta população indígena maxakali conta com 629 índios distribuídos em nove aldeias localizadas na reserva indígena (FUNASA, 2011).

O serviço de saúde bucal destinado à população indígena Maxakali iniciou-se sob responsabilidade da Fundação Nacional do Índio - FUNAI, com atendimentos esporádicos.

A partir do ano 2000 as ações de saúde indígena na Reserva Indígena Maxakali, foram assumidas pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA. Na atualidade as ações de saúde bucal dirigida a essa população em estudo são encarregadas à Secretaria Especial de Saúde Indígena - SESAI e realizadas por intermédio do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI-MG/ES, contando com um cirurgião-dentista, um auxiliar de saúde bucal e sete agentes indígenas de saúde.

A odontologia atual está inserida em um contexto preventivo, cujos objetivos se enquadram na promoção da qualidade de vida dos pacientes, a partir de cuidados com a saúde bucal. A atenção em saúde bucal deve estar presente no período da gestação, para que a futura mãe seja inserida em um contexto pré-estabelecido de mudança de comportamento e motivação sobre saúde bucal, a fim de instalar hábitos saudáveis em relação à dieta e higiene bucal durante e após este período para gestante e futuramente para a criança (MAGALHÃES *et al.*, 2009).

O ponto de partida deste estudo é a afirmação de que levantamentos ou inquéritos epidemiológicos em saúde bucal são considerados estudos transversais que possibilitam um relato da situação de saúde de uma população. Através da situação das condições das doenças

buciais é possível a realização de um planejamento ou modificação dos serviços de saúde bucal, além da possibilidade de monitorar a eficácia desses serviços (OMS, 1999).

Este trabalho contempla a compreensão de doenças bucais, cárie dentária e doença periodontal, das gestantes indígenas maxakali, do Pólo Base Água Boa, com atendimento odontológico em 2010, mediante a análise dos índices CPO-D e Índice Periodontal Comunitário - IPC obtidos através de dados secundários proveniente do Sistema de Informação da Saúde Indígena – SIASI – Módulo Saúde Bucal do Distrito Sanitário Especial Indígena – DSEI-MG/ES, alimentados mensalmente pela equipe de saúde bucal da localidade.

Considerando que a análise do fluxo de informação permite a compreensão da situação de saúde bucal da população em estudo, propiciando a construção de instrumentos que orientem os profissionais de saúde de organizarem a atenção em saúde bucal, as hipóteses que se levantam são a existência de desigualdade no nível de saúde bucal e qual a possibilidade de contribuição da equipe de saúde na organização da atenção em saúde bucal das gestantes indígenas maxakali.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar informações sobre as condições de saúde bucal (cárie e doença periodontal) em gestantes indígenas Maxakali.

2.2 Específicos

- Identificar o acesso de gestantes indígenas Maxakali ao serviço de saúde bucal através da análise dos componentes obturados e extraídos;
- Compreender a situação da cárie dental nesta população pela análise da composição interna do índice CPO-D;
- Analisar a situação da doença periodontal nesta população através do índice IPC;

3 JUSTIFICATIVA

No Brasil é muito pouco conhecida a epidemiologia da saúde bucal entre povos indígenas, o que reflete mais um quadro geral de desconhecimento sobre as condições de saúde dessas populações (COIMBRA Jr. & SANTOS, 2000).

Segundo os dados atuais das Políticas Públicas de Saúde, a promoção de saúde bucal é a nova proposta dos cirurgiões-dentistas integrados à estratégia da saúde da família, trabalhar com os pacientes doentes, mas principalmente com as pessoas saudáveis, a fim de orientá-las e educá-las quanto à prevenção (SILVA; MARTINELLI, 2009).

Tem se dado destaque maior à presença do cirurgião-dentista no acompanhamento da saúde da família em paralelo no período pré-natal. Em virtude da falta de conhecimento dos outros membros da equipe multidisciplinar quanto à sintomatologia clínica oral, que, por ventura, vem a ser relatada pelas pacientes durante a gravidez, ocorre uma troca de conhecimentos entre os participantes das equipes multidisciplinares, prevenindo o aparecimento de possíveis problemas existentes (CATARIN *et al.*, 2008).

O fato de conhecer as condições de saúde bucal de gestantes indígenas Maxakali pela compreensão de doenças bucais (cárie dentária e doença periodontal), através de análise dos índices CPO-D e Índice Periodontal Comunitário (IPC), permitirá contribuir para o entendimento de desigualdades no nível de saúde bucal, compreender melhor a situação de saúde bucal da população em estudo por parte da equipe de saúde e dos gestores do sistema de saúde indígena, e, embasar o planejamento das políticas de saúde bucal tornando-as mais eficazes e eficientes, propiciando um maior bem estar para esta população indígena.

Desta forma, justifica-se a importância do presente estudo a fim de contribuir para a saúde das gestantes Maxakali na atenção à saúde bucal.

4 METODOLOGIA

O presente trabalho foi um estudo do tipo transversal e descritivo. A Reserva Indígena Maxakali, Polo Base Água Boa, onde foi desenvolvido este trabalho possui uma população de 629 índios (tabela1).

Tabela 1. População Maxakali por Aldeias e Grupos Etários do Pólo Base Água Boa em 2011.

Aldeia	< 1ano	1 - 4anos	5-19anos	20-49anos	50 e +	Total	%
MARCELO	2	4	8	5	1	20	3,18
ZÉ PIRÃO	2	11	0	13	2	28	4,45
VALDEMAR	0	8	12	11	1	32	5,09
KOKITI	1	10	19	16	2	48	7,63
BADE	4	10	25	17	4	60	9,54
ÃMÃXUX (AMANTCHUI)	5	18	27	19	1	70	11,13
MARIA DIVA	4	20	32	25	2	83	13,20
GILMAR	4	18	49	25	7	103	16,38
JOVIEL	11	32	79	54	9	185	29,41
Total	33	131	251	185	29	629	100,00

Fonte: Siasi_Local Polo Base Tipo II Machacali, DSEI-MG/ES

. A Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena – EMSI do Pólo Base Água Boa é composta por médico, enfermeira, cirurgiã-dentista, auxiliar de saúde bucal, técnico de enfermagem, agente indígena de saúde e agente indígena de saneamento.

Para a identificação das gestantes nas suas aldeias os agentes indígenas de saúde - AIS visitam periodicamente as famílias conversando com as mulheres (quando AIS feminino), com os maridos (quando AIS masculino), buscando saber se há gestante na família. Também são identificadas através de busca pela equipe de saúde em entrevistas e visitas domiciliares, e ou, no consultório odontológico, quando estão na posição supina, a cirurgiã-dentista observa e conversa com a indígena. Quando há suspeita ou confirmação pela AIS ou pela equipe de saúde, a gestante é encaminhada para a consulta médica e para o acompanhamento odontológico, onde é preenchida a ficha odontológica individual.

Algumas dificuldades são encontradas para a realização do pré-natal das gestantes Maxakali, como: resistência da mulher em revelar a gravidez, gestações muito evoluídas, dificuldade de transporte para deslocar a paciente até a unidade de referência, cotas de exames insuficientes e má alimentação.

Para este estudo foi realizada uma análise de dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena que, uma vez em acompanhamento os dados das gestantes são inseridos no Sistema de Informação. Neste estudo, analisou-se dados do SIASI – Módulo

Saúde Bucal de 14 gestantes indígenas Maxakali do Pólo Base Água Boa, atendidas no consultório odontológico da unidade de saúde local em 2010.

Na análise dos dados disponíveis em uma planilha eletrônica, procurou-se identificar:

- o acesso das gestantes aos serviços odontológicos prestados por meio de informações de primeiras consultas odontológicas programáticas;
- a média CPO-D para avaliação da experiência de cárie e situação da doença periodontal pela análise do índice IPC dessa população;

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Indígenas Maxakali

O Povo Indígena Maxakali, ou Povo do Canto, que atualmente encontra-se dividido em quatro grupos situados nos municípios de Bertópolis, Santa Helena de Minas, Ladainha e Teófilo Otoni é registrado por vários pesquisadores como uma das poucas tribos do Nordeste Mineiro que conservou aspectos consideráveis de sua cultura (MAGALHÃES, 2010).

A origem deste povo indígena é apontada à região Sudeste da Bahia e por questões de sobrevivência este grupo se refugiou nas Matas do Mucuri no território entre os braços dos rios Itanhém e Jucuruçu, próximos às fronteiras da Bahia a partir do avanço da sociedade dominante (CARVALHO *et al.*, 2009; POPOVICH, 1980).

O seu território consiste nas terras indígenas de Água Boa e Pradinho totalizando cinco mil hectares, nos Municípios de Santa Helena de Minas e Bertópolis. Após um conflito interno ocorrido entre os indígenas e a cisão entre os grupos ocorrida em 2004, a Fundação Nacional do Índio – FUNAI adquiriu mais duas terras, ambas com 500 hectares: Aldeia Verde, no município de Ladainha e Aldeia Cachoeirinha, no município de Teófilo Otoni (TUGNY, 2007). Os grupos têm origem em diferentes regiões que se estendem desde o litoral até os cursos dos rios Jequitinhonha, Mucuri, São Mateus, Itanhém e Jucuruçu (MAGALHÃES, 2010). Hoje, praticam dez grandes grupos ritualísticos que indicam por várias razões uma possível origem clânica. Os termos de vários destes grupos ritualísticos foram registrados como autodenominações de grupos falantes do Maxakali nos séculos XVIII e XIX (TUGNY, 2007). Eles estão entre os mais resistentes do leste brasileiro, uma vez que conseguiram conservar sua língua e cultura, apesar de todo o processo de colonização. Mesmo estando em contato com direto com a civilização externa a mais de duzentos e setenta anos, sua estrutura social, cultural e língua permanecem vivas e caracteristicamente tribais (POPOVICH, 1980, TUGNY, 2007).

Atualmente, o povo Maxakali é a segunda maior população indígena aldeada do estado de Minas Gerais. A população atual do Polo Base Água Boa localizado no município de Santa Helena de Minas é de 629 pessoas. A pirâmide etária se concentra na faixa etária de 0 a 5 anos. Poucos são os adultos com mais de 45 anos, como pode ser observado na figura 1.

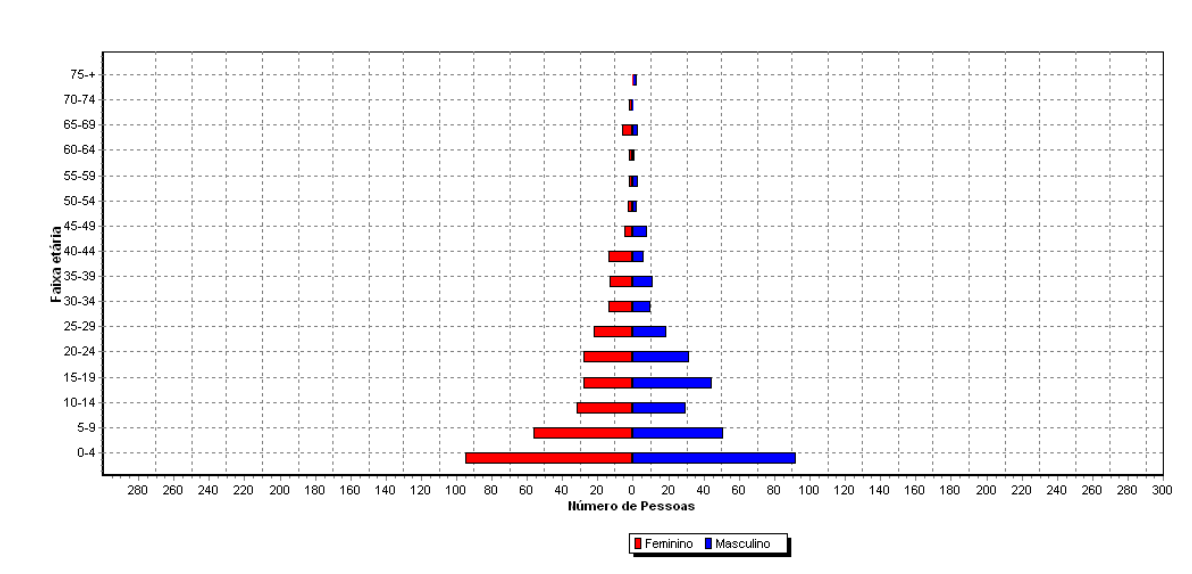


Figura 1. Pirâmide Etária da População Maxakali, Polo Base Água Boa, em 2011

Fonte: Siasi_ Local Polo Base Tipo II Machacali, DSEI-MG/ES.

Os Maxakalis vivem atualmente do plantio de mandioca, batata, banana, abóbora, milho e cana de açúcar, da caça de animais como coelho do mato e subsídios fornecidos por programas do Governo Federal, como Vale Gás, Bolsa Escola, Bolsa Família, Fome Zero, Pensões, Benefícios, Auxílio Maternidade, empregos públicos (professora, cantineira, cozinheira) e do auxílio do Instituto de Desenvolvimento do Norte de Minas – IDENE, que fornece leite para as famílias com renda per capita inferior a um salário mínimo e as crianças recebem alimentação através dos Polos de Saúde da Terra Indígena de segunda a sexta-feira (MAGALHÃES, 2010).

5.2 Política de Saúde Indígena

A Constituição Federal de 1988 estipulou o reconhecimento e respeito das organizações sócio-culturais dos povos indígenas, assegurando-lhes a capacidade civil plena, tornando obsoleta a instituição da tutela, e, estabeleceu a competência privativa da União para legislar e tratar sobre a questão indígena. A Constituição também definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde – SUS, posteriormente regulamentados pela Lei nº. 8.080/1990, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde (FUNASA, 2009).

Para debater a saúde indígena, especificamente, foram realizadas, em 1986 e 1993, a I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio e a II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas, por indicação da VIII e XIX Conferências Nacionais de Saúde, respectivamente. Essas duas Conferências propuseram a estruturação de um modelo de atenção diferenciada, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir aos povos indígenas o direito ao acesso universal e integral à saúde, atendendo às necessidades percebidas pelas comunidades e envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações (FUNASA, 2009).

No início de 1991, pelo Decreto Presidencial nº. 23, foi transferida para o Ministério da Saúde a responsabilidade sobre as ações de saúde para os povos indígenas. Nesse mesmo ano o Conselho Nacional de Saúde instituiu a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (CISI), com a função de assessorá-lo no acompanhamento da política governamental no campo da saúde indígena. Na contramão desse processo, em 1994, o Decreto Presidencial nº. 1.141 constituiu a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS) e, na prática, devolveu ao Ministério da Justiça/FUNAI a coordenação das ações de saúde. A partir daí o Ministério da Saúde/Funasa e o Ministério da Justiça/ FUNAI passaram a dividir a responsabilidade sobre a saúde indígena, executando, cada um, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. No final de 1998, diante da situação precária de atenção à saúde do índio, o Ministério da Saúde /Funasa abriu discussão interna, no âmbito do Governo Federal, visando assumir integralmente esta responsabilidade. Além disso, abriu um processo público de discussão sobre o assunto, com a realização de dezesseis grandes seminários regionais, com ampla participação de lideranças indígenas e de seus aliados, onde apresentou uma proposta concreta de Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Essas reuniões expressaram com nitidez a necessidade de reformulação da atenção à saúde indígena e enriqueceram a proposta formulada pelo Ministério da Saúde, fortalecendo, ainda, as bases políticas para a decisão governamental, ocorrida em agosto de 1999), de transferir definitivamente para o Ministério da Saúde a completa responsabilidade pela atenção à saúde do índio (FUNASA, 2009).

A implantação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas, em consonância com os princípios do SUS, requereu a adoção de um modelo organizacional dos serviços, que levou em conta as especificidades culturais, epidemiológicas e operacionais desses povos. O modelo adotado foi o dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs), concebidos com sistemas locais de saúde, orientados para populações definidas, dentro de

espaços geográficos e administrativos específicos, contemplando um conjunto de atividades técnicas, que visam prover medidas racionais e qualificadas de atenção, promovendo a organização da rede de serviços de saúde e o repensar das práticas sanitárias, levando em consideração as especificidades culturais dos usuários e efetivando o controle social (FUNASA, 2009).

Foi criada em 2010, a Secretaria Especial de Saúde Indígena – SESAI – área do Ministério da Saúde criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena em todo Território Nacional. A SESAI tem como missão principal a proteção, a promoção e a recuperação da saúde dos povos indígenas e exercer a gestão de saúde indígena, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada Distrito Sanitário Especial Indígena - DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS. Cabe a SESAI coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do Subsistema de Saúde Indígena; promoção, articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuam interface com a atenção à saúde indígena. É responsabilidade da Secretaria também identificar, organizar e disseminar conhecimentos referentes à saúde indígena e estabelecer diretrizes e critérios para o planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de saneamento ambiental e de edificações nos Distritos Sanitários Especiais indígenas. Em relação ao controle social e responsabilidade da SESAI a promoção, o fortalecimento e apoio o exercício pleno do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades organizacionais (BRASIL, 2011).

5.3 Gravidez e Saúde Bucal

A gravidez destaca-se em relação aos outros períodos da vida, pois, em nenhuma ocasião, uma vida depende tanto da saúde e bem-estar da outra. Durante o período gestacional, a mãe e a criança apresentam um íntimo e inseparável relacionamento. Portanto, a saúde física e mental da mãe, antes e durante a gestação, tem um profundo efeito no estado de saúde do seu filho no período pré e pós-parto (PEREIRA *et al.* , 2003).

A maternidade é um momento de muito impacto e mudanças no ciclo vital feminino, no qual a mulher tem oportunidade de alcançar novos níveis de integração e desenvolvimento da personalidade. Mais ainda, no período da gravidez surge comumente a necessidade de um

novo equilíbrio dinâmico na família (COSTA *et al.*, 2002). A gestação representa um período crítico no ciclo vital feminino, com alterações orgânicas naturais. As alterações observadas nesta fase, ao contrário de reações patológicas, representam processos fisiológicos normais decorrentes da preparação do organismo feminino para a geração do bebê. Muito embora os profissionais de saúde necessitem de conhecimentos e de estarem atentos a estas alterações, sejam elas fisiológicas ou psíquicas para uma abordagem diferenciada (MOIMAZ *et al.*, 2008). As gestantes são consideradas pacientes especiais por ser um grupo de risco para doenças bucais, devido ao fato de terem alterações físicas, biológicas e hormonais que influenciam na resposta das doenças periodontais. Com a diminuição fisiológica do estômago devido à pressão que ocorre na barriga faz com que a gestante passe a ingerir alimentos em menores quantidades, mas com maior frequência, o que pode aumentar o risco à cárie dentária durante a gestação (FILHO *et al.*, 2006).

A gestante pode ser considerada uma paciente com risco temporário, maior que o normal para desenvolver complicações periodontais agravando o estado nutricional da criança podendo dar a luz a crianças prematuras e de baixo peso. Faz parte do trabalho educativo de conscientização das gestantes a importância de desenvolver hábitos de higiene bucal saudáveis, uma alimentação equilibrada e a necessidade do acompanhamento pelo dentista durante a gestação, fornecendo ferramentas necessárias, para que esses indivíduos possam manter uma rotina que lhes propicie qualidade de vida e bem estar (SILVA *et al.*, 2009).

5.4 O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

O Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena – SIASI é um sistema dinâmico com as condições de gerar informações para subsidiar o corpo técnico e os diversos níveis gerenciais no atendimento integral à saúde indígena. Refere-se, também a execução, monitoramento, análise e avaliação de desempenho, auxiliando como instrumento de apoio ao processo decisório sobre capacidades e recursos disponíveis ou necessários à aplicação das ações de atenção à saúde indígena. Permite gerar condições para controlar as atividades relacionadas ao registro e ao acompanhamento de dados e informações sobre o atendimento integral a saúde indígena. É composto por Módulo Demográfico que permite cadastrar as famílias indígenas; Módulo Imunização para o controle da cobertura vacinal; Módulo de Morbidade com a função de acompanhar o estado de saúde dos índios mediante o controle ambiental e Módulo Saúde Bucal que disponibiliza informações referentes às ações coletivas

e individuais, associadas à Saúde Bucal, visando prevenir, tratar e acompanhar as enfermidades bucais nas diversas comunidades indígenas (FUNASA, 2007).

5.5 Cárie Dental: Uma Doença Multifatorial

A cárie dental é reconhecida como uma doença infecto-contagiosa, resultado de uma perda mineral localizada cuja causa são os ácidos orgânicos provenientes da fermentação microbiana dos carboidratos da dieta (LOESCHE, 1993).

É uma das doenças crônicas mais frequentes em todo o mundo, causando grande impacto nas populações devido ao alto custo do seu tratamento e suas conseqüências debilitantes para a saúde dos indivíduos (BARATIERI *et al.*, 2002).

A doença tem um caráter multifatorial dependendo seu aparecimento da interação de três fatores essenciais: hospedeiro (dente), a microbiota e a dieta (substrato). Esse modelo simplificado (KEYES, 1962), aceito universalmente nas últimas décadas, aponta de maneira genérica os fatores ecológicos necessários para o aparecimento da cárie dental.

A cárie requer um hospedeiro com tecidos suscetíveis colonizados por uma microbiota potencialmente cariogênica, consumindo constantemente uma dieta rica em sacarose, que devem estar presentes em um período de tempo significativo (NEWBRUN, 1988).

O aparecimento de lesões cariosas na dentição humana é o sinal clínico patognomônico da atividade dessa doença (BARATIERI *et al.*, 2002). Sabe-se que o evento mais cruento para o desencadeamento do processo carioso é a seleção e dominância de certos grupos específicos. Entre os considerados cariogênicos destacam-se os *Streptococcus mutans*.

5.6 Índice CPO-D

O índice CPO-D mede o ataque de cárie por dente e foi originalmente formulado por Klein e Palmer em 1937. Ele continua sendo o índice mais utilizado em todo o mundo e serve de referência para o diagnóstico das condições dentais e para formulação e avaliação de programas de saúde bucal. Tendo em vista o caráter cumulativo da cárie dentária o índice CPO-D deve ser expresso por idade ou por grupo etário, pois quanto mais avançada à idade, mais alto é o CPO-D (PINTO, 2000)

Quando a unidade de medida é o dente permanente, temos o índice CPO-D, ou seja, Dentes Cariados, Perdidos e Obturados. Ainda que a denominação mais correta, neste último

caso, seja “Restaurado”, para efeitos do índice se mantém a inicial “O” como uma concessão à sua melhor eufonia. Cáries radiculares não estão incluídas, pois o índice é específico para problemas verificados na região da coroa dentária (PINTO, 1996).

5.7 Doença Periodontal

A expressão doença periodontal representa um grupo de patologias que afeta os tecidos periodontais. São infecções causadas por microorganismos que colonizam as superfícies dos dentes, vivendo em simbiose com os indivíduos. O principal fator etiológico é a placa bacteriana, também chamada de biofilme bacteriano. Ocorrem com maior prevalência em adolescentes, adultos e idosos (PEREIRA *et al.*, 2003).

As doenças periodontais podem ser divididas em dois grandes grupos: as gengivites e as periodontites. Aquelas induzidas por placa bacteriana exibem um ou mais sinais clínicos do processo inflamatório: edema, vermelhidão, aumento do fluido gengival e da temperatura dos tecidos, perda do contorno marginal e sangramento à sondagem. O sangramento à sondagem é o principal sinal de diagnóstico da presença da inflamação. Os tecidos periodontais inflamados tendem ao sangramento quando da introdução de uma sonda devido à presença de microulcerações no epitélio que reveste a parede de tecido mole do sulco ou da bolsa periodontal (PEREIRA *et al.*, 2003).

5.8 Índice Periodontal Comunitário (IPC)

O Índice Periodontal Comunitário, deriva-se do índice de necessidades de tratamento periodontal comunitário e tem como indicadores a presença ou a ausência de sangramento à sondagem, cálculo supra ou subgengival e subdivisão das bolsas periodontais em rasas (4 a 5 mm) e profundas (6 mm ou mais). Como instrumento, utiliza o espelho clínico e uma sonda periodontal WHO-621, que apresenta a extremidade na forma de esfera de 0,5 mm de circunferência e áreas coloridas com medidas de 3,5 e 5,5mm. A boca é dividida em sextantes definidos pelos dentes: 18-14; 13-23; 24-28; 38-34; 33-43; 44-48. O sextante é examinado somente se houver dois ou mais dentes presentes e não indicados para extração. Quando o sextante apresentar somente um dente remanescente, esse deve ser incluído no sextante adjacente. Há duas modalidades de exame: exame de todos os dentes do sextante, anotando o

escore mais alto encontrado, ou exame simplificado, examinando dentes estabelecidos (PEREIRA *et al.*, 1993).

6 RESULTADOS

O objetivo desta análise é obter resultados através dos dados coletados do Sistema de Informação de Atenção à Saúde Indígena de gestantes maxakali do Pólo Base Água Boa em 2010, tais como: índice CPO-D; percentual de dentes hígidos, cariados, extraídos e obturados; índice periodontal comunitário (IPC).

A tabela 2. apresenta a distribuição das gestantes indígenas do Polo Base Água Boa, por aldeia e faixa etária, que receberam a 1ª Consulta Odontológica em 2010.

Tabela 2. Distribuição de gestantes indígenas Maxakali, Polo Base Água Boa, por aldeia e faixa etária com Primeira Consulta Odontológica em 2010.

Aldeia	15 a 19 anos	20 a 30 anos	31 a 40 anos	> 40	TOTAL
JOVIEL	0	3	1	0	4
BADE	1	1	0	0	2
CACHOEIRA	1	1	0	0	2
GILMAR	0	2	0	0	2
MARIA DIVA	0	2	0	0	2
AMANTCHUI	0	0	0	1	1
KOKITI	0	1	0	0	1
MARCELO	0	0	0	0	0
VALDEMAR	0	0	0	0	0
VILA NOVA	0	0	0	0	0
ZÉ PIRÃO	0	0	0	0	0
TOTAL	2	10	1	1	14

Fonte: Siasi_Local – Módulo Saúde Bucal, Polo Base Tipo II Machacali, DSEI-MG/ES

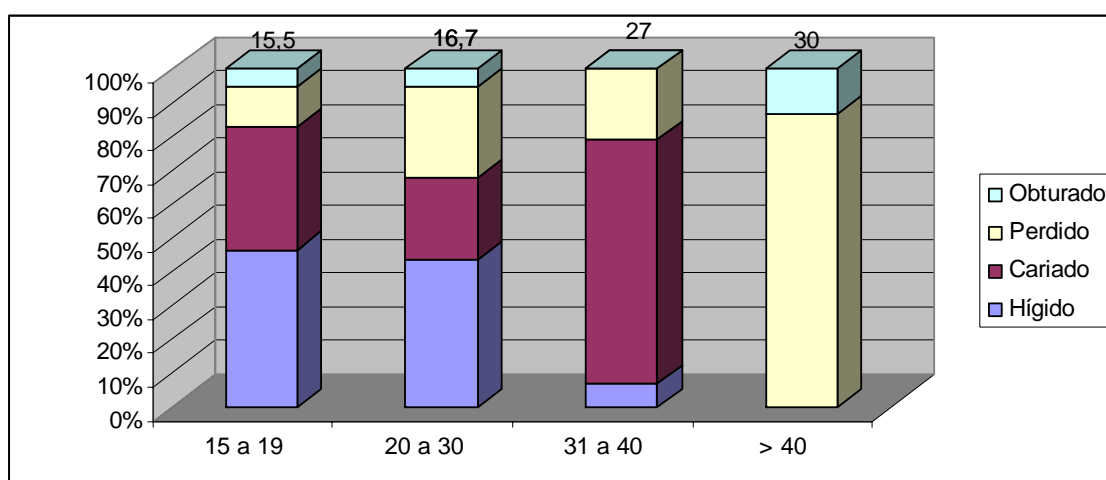
6.1 CPO-D médios em gestantes indígenas Maxakali em 2010

A partir da tabela 3 e gráfico 1, observaram os valores do índice CPO-D de 15,5 na faixa etária de 15 a 19 anos, 16,7 na de 20 a 30 anos, 27 no grupo etário de 31 a 40 anos e o valor 30 para a faixa etária > 40 anos. Observaram-se que o índice CPO-D apresentou-se crescente com a idade, mesmo com a distribuição não homogênea de gestantes por grupo etário. Com relação ao total de dentes analisados, 27,6 % do índice foi composto por dentes cariados, 28,8% por dentes perdidos e 5,33% por dentes obturados. É preciso considerar que o percentual de dentes obturados é bem menor que o de dentes perdidos e cariados. Cerca de 40% dos dentes presentes estavam hígidos, mas o número de exodontias é preocupante.

Tabela 3. Média de CPO-D e proporções de componentes em gestantes Maxakali em 2010.

Grupo Etário	n	%	Nº	Hígido		Cariado		Perdido		Obturado		Média CPO-D
				n	%	n	%	n	%	n	%	
15 a 19	2	14,29	58	27	46,55	21	36,21	7	12,1	3	5,17	15,5
20 a 30	10	71,43	296	129	43,58	72	24,32	80	27	15	5,07	16,7
31 a 40	1	7,14	29	2	6,89	21	72,41	6	20,7	0	0	27
> 40	1	7,14	30	0	0	0	0	26	86,7	4	13,33	30
TOTAL	14	100,00	413	158	38,25	114	27,6	119	28,8	22	5,33	18,21

Fonte: Siasi_Local – Módulo Saúde Bucal, Polo Base Tipo II Machacali, DSEI-MG/ES

**Gráfico 1. Média de CPO-D e proporções de componentes em gestantes Maxakali em 2010**

Fonte: Siasi_Local – Módulo Saúde Bucal, Polo Base Tipo II Machacali, DSEI-MG/ES.

6.2 Índice Periodontal Comunitário em gestantes indígenas Maxakali em 2010

Na tabela 4 e gráfico 2, são mostrados os resultados da prevalência de doença periodontal em gestantes indígenas Maxakali, considerando o maior escore CPI (Índice Periodontal Comunitário) por indivíduo em 2010.

A porcentagem de pessoas sem nenhum problema periodontal foi de 30%, observada na faixa etária 20 a 30 anos de idade e 100% na indígena maior de 40 anos de idade. Quanto à doença periodontal severa (bolsas periodontais), observou-se bolsa periodontal de 4-5 mm em uma única gestante examinada na faixa etária de 31 a 40 anos. Não foram detectados indivíduos com bolsa periodontal profunda (6mm e +). A condição mais grave encontrada foi o cálculo dentário com percentagens de 100% e 70%, nos grupos etários 15 a 19 e 20 a 30

anos, respectivamente. Nenhuma das pessoas examinadas apresentaram sextante excluídos, ou seja, sem nenhum dente presente ou com apenas um dente funcional.

Tabela 4. Número e porcentagem de gestantes Maxakali, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo em 2010.

Grupo Etário	Gestantes (1ª Consulta)	Condição Periodontal (CPI)											
		Sadio		Sangramento		Cálculo		Bolsa 4-5mm		Bolsa 6mm e +		Excluído	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 a 19	2	0	0	0	0	2	100	0	0	0	0	0	0
20 a 30	10	3	30	0	0	7	70	0	0	0	0	0	0
31 a 40	1	0	0	0	0	0	0	1	100	0	0	0	0
> 40	1	1	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: Siasi_Local – Módulo Saúde Bucal, Polo Base Tipo II Machacali, DSEI-MG/ES

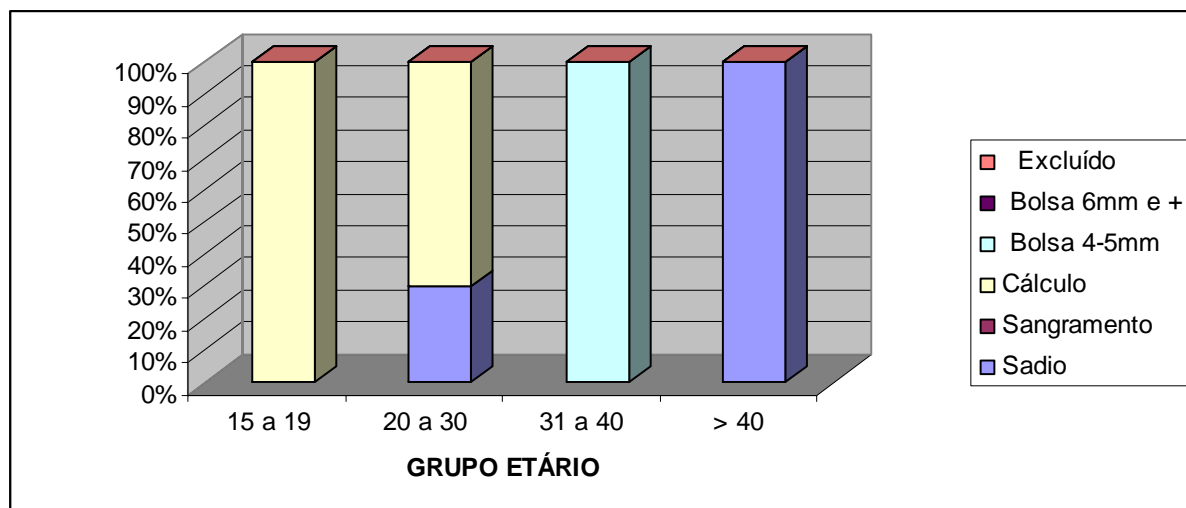


Gráfico 2. Porcentagem de gestantes Maxakali, segundo o maior grau de condição periodontal observado no indivíduo em 2010

Fonte: Siasi_Local – Módulo Saúde Bucal, Polo Base Tipo II Machacali, DSEI-MG/ES.

7 DISCUSSÃO

São escassos dados globais e confiáveis sobre a situação de saúde da população indígena do Brasil. Os poucos que existem são parciais e precários, mostrando taxas de morbidade e mortalidade de três a quatro vezes maiores que as encontradas na população brasileira em geral (PACAGNELLA, 2007).

Além disso, a deficiência dos sistemas de informação em saúde voltada às necessidades específicas dessas pessoas, considerando sua identidade étnica e domicílio, contribui para a não construção do perfil epidemiológico desses povos, criando dificuldades para a sistematização de ação voltadas para sua atenção à saúde (FUNASA, 2002).

O sucesso nas ações dos serviços de saúde depende basicamente de um adequado planejamento, acompanhado de sua organização e monitoramento. Entretanto, quando se propõe ações para um grupo específico, faz-se necessário conhecer não só a sua necessidade, mas, sobretudo, o modo como se reconhecem (ROSELI *et al.*, 2010).

É importante ressaltar que este trabalho se desenvolveu analisando dados do sistema de informação coletadas de exames realizados no consultório odontológico do Polo Base, com uma população indígena que foi a procura do serviço ofertado e não por meio de levantamento epidemiológico no qual uma amostra representativa de toda população é examinada. Os resultados desta pesquisa somente serão úteis para fins de planejamento e organização do serviço odontológico disponibilizados para esta população.

A análise de dados clínicos em gestantes indígenas não tem sido tema de estudos recentes, destacando-se aí a importância deste trabalho que teve como proposta analisar indicadores objetivos do sistema de informação de atenção à saúde indígena, relativos à condição de saúde bucal em gestantes indígenas Maxakali do Pólo Base Água Boa.

A gestação em si não é um fator determinante para a doença cárie, mas as condições biológicas e psicossociais em que a maioria das mulheres se encontra no período gestacional, assim como os limitados conhecimentos sobre técnicas de higiene bucal podem levar ao desenvolvimento de novas lesões de cárie ou agravar aquelas já pré-existentes (ROSELI *et al.*, 2010).

Neste estudo, em relação aos achados sobre cárie dentária, o índice CPO-D apresentou-se crescente com a idade. O CPOD médio analisados das gestantes Maxakali nas faixa etária deste estudo foi maior quando confrontado ao encontrado por Ramos et.al (2006) que avaliou gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracaju-SE, no qual CPOD médio das gestantes estudadas foram 3,10; 5,48; 8,66 e 8,71 nas faixas etárias < 20, 20 a 30, 31 a 40 e > 40 anos de idade, respectivamente. Um baixo percentual de dentes restaurados foi encontrado e a quantidade de dentes cariados se equiparou aos perdidos por cárie ou outra razão. Contudo observou-se que aproximadamente 40% dos dentes examinados nas gestantes apresentava-se hígidos, mas com um número preocupante de exodontias. A análise dos componentes perdido e obturado mostra que as gestantes indígenas tinham acesso ao serviço odontológico. O componente cariado foi próximo ao componente perdido, e ambos correspondem a mais de 50% do total do CPOD. Tal fato ilustra uma condição bastante precária de saúde. O alto percentual de exodontias decorre de um modelo assistencial cirúrgico restaurador, ou se, mesmo tendo acesso a um serviço com ênfase na promoção de saúde, as gestantes Maxakali somente o procuram quando não há mais possibilidade de restauração dos elementos dentários ou ainda se não há oferta de atenção secundária/ terciária que possibilitem sua preservação.

Em relação à doença periodontal durante a gestação, vários estudos suportam a hipótese de que a doença periodontal durante a gravidez é um fator de risco independente, que favorece a prematuridade, baixo peso ao nascimento e restrição do crescimento fetal.

Nesta pesquisa o código 2 (presença de cálculo) do IPC foi o mais prevalente, com uma gestante apresentando bolsa de 4-5 mm. Apenas duas indígenas com condição periodontal satisfatória.

Os dados analisados mostram uma maior demanda por tratamento periodontal básico, por meio de raspagem e alisamento radicular, além de instrução de higiene oral.

A busca de explicações sobre os determinantes de saúde bucal precisa ser mais aprofundada em outros estudos para que os planejadores possam ter mais clareza de como enfrentar os problemas de saúde bucal com mais equidade, já que há diferenças no acometimento de doenças bucais na população.

As análises deste estudo não podem ser generalizadas para todas as etnias indígenas. No entanto podemos dizer que pelo acesso às medidas coletivas e pela prioridade dos serviços de saúde bucal assumidas pelos gestores responsáveis, poderemos alcançar um controle das doenças bucais para esta população.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se observar, nesta análise de dados, o acometimento de cárie dentária e doença periodontal em gestantes indígenas Maxakali do Pólo Base Água Boa, bem como o pouco acesso das gestantes ao tratamento restaurador no serviço ofertado, demonstrando a necessidade de um programa de atenção odontológica que priorize tal grupo populacional e seja focado na prevenção e tratamento das doenças bucais.

Com base nos resultados obtidos pela análise do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Bucal Indígena, este estudo sugere a construção de um protocolo de atenção à saúde bucal para gestantes indígenas Maxakali, baseado na literatura, na experiência em saúde indígena e respeitando a cultura do povo Maxakali.

A comunidade indígena Maxakali precisa ser envolvida no planejamento de estratégias de prevenção e promoção da saúde bucal, adaptadas à realidade local, para que estas se tornem realmente efetivas.

Os serviços de atenção à saúde bucal, ainda que presentes nesta área, precisam ser expandidos e/ou novas estratégias formuladas, particularmente em relação às gestantes. Neste contexto, observando a cultura e costumes do povo Maxakali, faz-se necessário analisar as necessidades e saber como estas se relacionam com as demandas e os serviços disponíveis, reconhecendo que esses dados são fundamentais para o direcionamento de programas de atenção à saúde, sob os enfoques da promoção, prevenção e/ou reabilitação da saúde desta população indígena.

9 REFERÊNCIAS

- 1 BARATIERI, L. N. *et al.* **Odontologia restauradora**. 1. ed. Rio de Janeiro:Quintessence, 2002.
- 2 BRASIL, Ministério da Saúde. **Conheça a SESAI - Secretaria Especial de Saúde Indígena**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1708. Acesso em 01/09/2011.
- 3 BRAND, A. J. Desenvolvimento local em comunidades indígenas no Mato Grosso do Sul: a construção de alternativas. **Revista Internacional de Desenvolvimento Local**, v. 1, n. 2, p.59-68, mar. 2001.
- 4 CATARIN, R.F.Z.; ANDRADE, S.M.; IWAKURA, M.L.H. Conhecimentos, práticas e acesso a atenção à saúde bucal durante a gravidez. **Revista Espaço Para a Saúde**, v. 10, n.1, p. 16-24, dez. 2008.
- 5 CARVALHO, M. F. et al. Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n.3, mar. 2008.
- 6 COIMBRA Jr, C. E. A. & SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de interrelações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, p. 125-132, mai. 2000.
- 7 COSTA, I. C. C.; SALIBA, O.; MOREIRA, A.S.P. Atenção odontológica à gestante na concepção médico-dentista-paciente: representações sociais dessa interação. **Revista Pós-Graduação**, v.9, n.3, p. 232-243, jul./set 2002.
- 8 FILHO, A.D.S.; JÚNIOR, G.A.P. Saúde bucal. **Cad. Atenção Básica**, n.17, p. 64-67, 2006.
- 9 FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. **Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas**. Brasília. Mimeo. 2002.
- 10 FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. **Sistema de informação da atenção da saúde indígena: manual de utilização de sistemas**. Brasília. Mimeo. 2007.
- 11 FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Departamento de Saúde Indígena. **Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos distritos sanitários especiais indígenas: manual técnico**. Brasília. Mimeo. 2009.
- 12 FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Distrito Sanitário Especial Indígena Minas Gerais e Espírito Santo – Dsei MG/ES**. Maio de 2011.
- 13 KEYES, P.H. Recent advances in dental research. Bacteriology. **Int Dent J**, v. 12, n. 4, p. 443-64, Dec. 1962.

- 14 LOESCHE, W.J. **Cárie dental: uma infecção tratável**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1993.
- 15 MAGALHÃES A.C. *et al.* Estratégias educativo-preventivas para a promoção de saúde bucal na primeira infância. **Rev. Odontologia Clínica Científica**, v. 8, n. 3, p. 245-249, jul./set. 2009.
- 16 MAGALHÃES, D.C. **Avaliação do estado nutricional de crianças Maxakali menores de cinco anos no município de Santa Helena de Minas-MG**. Monografia de conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.
- 17 MOIMAZ, S.A.S. *et al.* O acesso de gestantes ao tratamento odontológico. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**, v.19, n.1, p. 39-45, jan./abr. 2007.
- 18 NEWBRUN, E. **Cariologia**. 2.ed. São Paulo: Santos, 1988.
- 19 OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Levantamentos básicos em saúde bucal**. 4. ed. São Paulo: Santos, 1999.
- 20 PACAGNELLA R.C. **Perfil epidemiológico de saúde bucal da população do Parque Indígena do Xingu, entre os anos de 2002 e 2006**. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2007.
- 21 PEREIRA A.C, *et al*, eds. **Odontologia em Saúde Coletiva**. 1. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 22 PINTO, V. G. **Estudo epidemiológico sobre prevalência da cárie dental em crianças de 3 a 14 anos: Brasil, 1993**. Brasília, 1996.
- 23 PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. São Paulo: Santos, 2000.
- 24 POPOVICH, F. B. **A organização social dos Maxakali**. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Sociologia, Universidade do Texas, 1980.
- 25 RAMOS, T. M.; ALMEIDA JÚNIOR, A. A.; RAMOS, T. M.; NOVAIS, S. M. A.; GRINFELD, S.; FORTES, T. M. V.; PEREIRA, M. A. S. Condições bucais e os hábitos de higiene oral de gestantes de baixo nível sócio-econômico no município de Aracajú - SE. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, v.6, n3, p. 229-235, set./dez 2006.
- 26 ROSELI, F.L. *et al.* Auto percepção e condições de saúde bucal em gestantes. **Rev. Odontologia Clínico-Científica**.v. 9, n.4, out./dez. 2010. Disponível em www.cro-pe.or.br.> Acesso em 2 out . 2011.

27 SILVA, M.V.; MARTINELLI, P.J.L. Promoção em Saúde Bucal. **Revista Odontologia Clínico-Científica**. v. 1, n. 219, out. 2009. Disponível em <http://bvsalud.org/regional/index.php> Acesso em 6 out 2011.

28 TUGNY, R.P.A. **Nomadismo musical entre os Maxakali**. (Mimeogr.), 2007.