



SAÚDE BUCAL EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS DO PARÁ, BRASIL: ANÁLISE EM DOIS MOMENTOS DE ATENDIMENTO

*Rosana Apolônio Reis Andrade**
Glaucy Passos Sakai
Regiane Cristina do Amaral

DOI: <https://doi.org/10.23901/1679-4605.2022v18n1p81-92>

RESUMO

Avaliar as condições de saúde bucal das comunidades ribeirinhas em Santarém-Pará, nos anos de 2013 a 2015, após visitas presenciais às comunidades, considerando execução de tratamento, promoção e prevenção de saúde bucal. O estudo aconteceu com até três visitas em cada comunidade ao longo dos três anos. Cada visita durava três dias em que eram realizados levantamentos epidemiológico, atividades educativas e preventivas, além de tratamento odontológico. A cada dois meses entrava-se em contato com o líder comunitário e professores e novos kits de higiene bucal eram entregues às crianças. Ao longo do período, 2227 crianças/adolescentes passaram por alguma ação voltada para a promoção de saúde bucal e destas, 1255 foram examinadas quanto ao índice ceod/CPOD (dentes cariados perdidos e/ou obturados) segundo critérios da OMS. O ceod médio para a idade de 5 anos foi de 5,7 e o CPOD para idade de 12 anos de 3,4, tendo menor valor no ano de 2015(2,75). Durante o período do estudo foram realizadas 884 aplicações tópicas de flúor gel, 507 tratamentos restauradores atraumáticos e 248 restaurações com cimento de ionômero resinoso. O estudo mostrou índices com valores mais elevados que a média nacional e o quão difícil é realizar ações em saúde bucal em comunidades ribeirinhas, devido à distância e a necessidade da periodicidade das ações.

Palavras-chave: Odontologia. Saúde pública. Cárie dentária. Acesso aos Serviços de Saúde.

ORAL HEALTH IN RIVERSIDE COMMUNITIES IN PARÁ, BRAZIL: ANALYSIS IN TWO MOMENTS OF TREATMENT

ABSTRACT

The aim of this work was to evaluate the oral health conditions of riverside communities in Santarém (Pará State), from 2013 to 2015, after face-to-face visits to the communities, considering the implementation of treatment, the promotion of oral health, and prevention methods. The study involved up to three visits in each community, over three years. Each visit lasted three days, with epidemiological surveys and educational and preventive

* Mestranda do curso de Pós-graduação em Odontologia da Universidade Federal de Sergipe (PRODONTO/UFS), Aracaju/SE. E-mail: rosana.apolonio@gmail.com.

activities, in addition to dental treatment. Every two months, contact was made with the community leader and teachers, and new oral hygiene kits were given to the children. Over the period, 2227 children/adolescents underwent some oral health action, and of these, 1255 were examined using the DMFT index (decayed, missing, or filled teeth), according to WHO criteria. The average DMFT score for the age of 5 years was 5.7. The DMFT score for the age of twelve was 3.4, with a lower value in 2015 (2.75). During the study period, 884 topical applications of fluorine gel, 507 non-traumatic restorative treatments, and 248 resin ionomer restorations were carried out. The study showed that the oral index values were higher than the national average, as well as how difficult it is to carry out oral health actions in riverside communities, due to the distance and the need for regular actions.

Keywords: Dentistry. Public health. Dental cavity. Access to Health Services.

SALUD ORAL EN COMUNIDADES RIBEREÑAS EN PARÁ, BRASIL: UNA EVALUACIÓN LONGITUDINAL

RESUMEN

Evaluar las condiciones de salud bucal de las comunidades ribereñas de Santarém-Pará, de 2013 a 2015, después de visitas presenciales a las comunidades, considerando la implementación del tratamiento, promoción y prevención de la salud bucal. El estudio se llevó a cabo con hasta tres visitas en cada comunidad durante los tres años. Cada visita tuvo una duración de tres días, con encuestas epidemiológicas, actividades educativas y preventivas, además de tratamiento odontológico. Cada dos meses, se estableció contacto con el líder comunitario y los maestros y se entregaron nuevos kits de higiene bucal a los niños. Durante el período, 2227 niños / adolescentes se sometieron a alguna acción de salud bucal, y de estos, 1255 fueron examinados para el índice dmft / CPOD (dientes cariados, dientes perdidos o obturados) de acuerdo con los criterios de la OMS. El promedio de dmft para la edad de cinco años fue de 5,7 y la CPOD para la edad de doce años fue de 3,4, con un valor menor en 2015 (2,75). Durante el período de estudio se realizaron 884 aplicaciones tópicas de flúor, 507 tratamientos restauradores atraumáticos y 248 restauraciones de resina ionomérica. El estudio mostró que los índices bucales tienen valores superiores a la media nacional y lo difícil que es realizar acciones de salud bucal en las comunidades ribereñas, debido a la distancia y la necesidad de periodicidad de las acciones.

Palabras clave: Odontología. Salud pública. Cavidad dental. Acceso a servicios de salud

INTRODUÇÃO

A saúde bucal é um componente importante na saúde geral de um indivíduo. Doenças bucais podem resultar em redução significativa da qualidade de vida do indivíduo. Dentre os problemas relacionados à saúde bucal a cárie dentária ainda é considerada um grave problema de saúde pública, afetando 60-90% dos escolares e a grande maioria dos adultos nos países industrializados ([OMS, 2010](#)).

No Brasil, de acordo com o último levantamento epidemiológico do SB Brasil 2010 (Saúde Bucal no Brasil), a cárie dentária ainda é a doença da cavidade bucal com a maior prevalência e com um dos índices mais altos na região Norte e Nordeste ([BRASIL, 2010](#)).

Embora, as ações do Programa Brasil Sorridente (PBS) tenham levado atendimento odontológico às áreas mais pobres, fazendo o país entrar para o grupo de países com baixa prevalência de cárie, isso não se deu de forma igualitária ([BRASIL, 2004](#)). Ainda há grande carência de ações em saúde bucal nas regiões Norte e Nordeste, principalmente em municípios mais distantes das capitais dos Estados ([VASCONCELOS et al., 2018](#)).

Há ainda, uma maior gravidade em relação às comunidades mais isoladas do país, a exemplo das comunidades ribeirinhas do Pará que têm índices de ceo-d (índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) e CPOD (índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) acima do esperado nacionalmente, mesmo comparando-se aos índices da capital do próprio Estado ([CARVALHO et al., 2014](#)).

Povos ribeirinhos e grupo de comunidades chamadas tradicionais, vivem próximos aos rios e sobrevivem da pesca artesanal, atividades extrativistas e roçados para subsistência. Tais comunidades tiveram o seu reconhecimento através do Decreto Presidencial Nº 6.040 de 7 de fevereiro de 2007, o qual instituiu a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais – PNPCT ([BRASIL, 2007](#)).

As condições geográficas e sazonais dessas localidades dificultam a implantação de políticas de promoção de saúde e o acesso aos serviços odontológicos ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

A PNAB (Política Nacional da Atenção Básica) definiu a atenção à saúde dessa população, através da implantação das Equipes de Saúde das Famílias Ribeirinhas (ESFR) e custeio das Unidades Básicas de Saúde Fluviais (UBSF) ([BRASIL, 2011](#)). Porém, a falta do profissional dentista nas equipes de saúde da família limita as ações de saúde bucal.

Os levantamentos epidemiológicos têm como principal finalidade produzir informações sobre as condições de saúde bucal de uma população, com isso subsidiar a elaboração de propostas que mudem os índices encontrados. Assim, estimar a necessidade de tratamento odontológico, associado aos determinantes do processo saúde-doença de uma comunidade, traduz-se na possibilidade de efetivação de práticas que impactem em mudança de paradigmas no contexto da saúde bucal coletiva.

Assim, o presente estudo teve por objetivo avaliar as condições de saúde das comunidades ribeirinhas (Bacia de Afluentes do rio Arapiuns) em Santarém-Pará, nos anos de 2013 a 2015, após visitas presenciais às comunidades, considerando execução de tratamento, promoção e prevenção de saúde bucal.

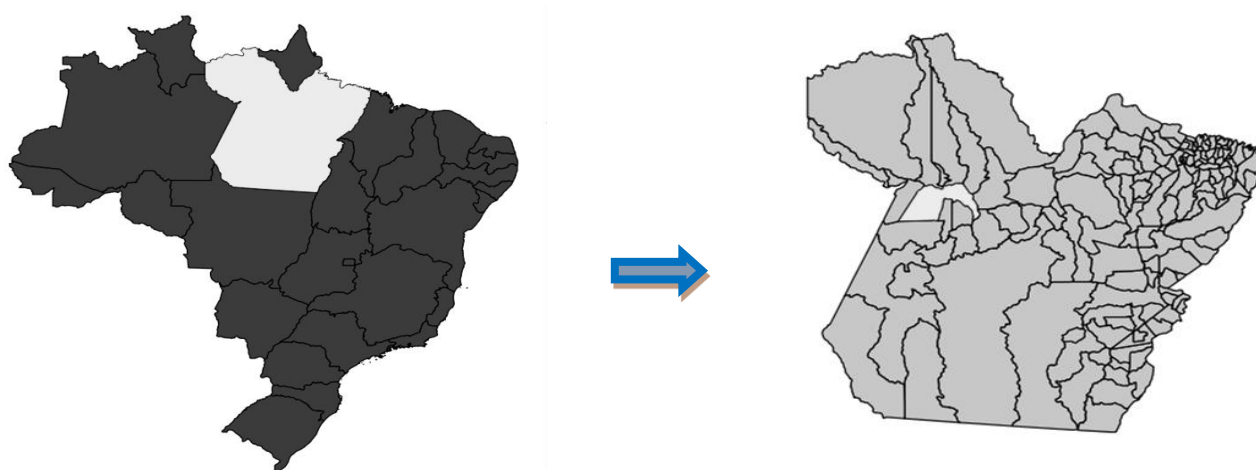
MÉTODOS

Foi realizado um estudo epidemiológico longitudinal interceptivo nas comunidades ribeirinhas localizadas no estado do Pará: Aracati, Cachoeira do Maró, Fé em Deus, Mariazinha, Nova Canaã, Novo Lugar, Prainha do Maró, Repartimento, São Francisco do Aruã, São José e Vista Alegre. Estas comunidades se organizam em torno da Bacia do afluente do rio Arapiuns e possuem, aproximadamente, 20 comunidades ao seu redor. Dessas, oito comunidades são as maiores e possuem melhor estrutura para realização de projetos de pesquisa ([CARVALHO et al., 2014](#)) (Figura 1).

Por conseguinte, optou-se em convidar as crianças e adolescentes das comunidades próximas a participarem do projeto nas comunidades que tinham escolas e igrejas. O

referente estudo foi executado entre os anos de 2013 e 2015, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia em Piracicaba, sob protocolo do número 007/2013.

Figura 1. Localização geográfica de Santarém-PA, 2020.



Fonte: QGiz.

CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO

Estas comunidades utilizam para locomoção entre as comunidades vizinhas ou para a cidade de Santarém-PA, dista aproximadamente 120 km, transportes como barcos-casas, embarcações menores, hidroavião ou helicóptero. A comunidade tem uma alimentação rica em alimentos naturais (caça, pesca, frutas, mandioca-farinha), porém acrescida dos doces trazidos pelo barcos-comércio, associada a uma precária higiene bucal. Há comunidades em que existe saneamento básico, água de abastecimento dos rios ou poços artesianos. Não há disponibilidade de água fluoretada, nem de insumos para a escovação dental.

Nas oito comunidades maiores que são referências para as demais possuem escolas com ensino que variam as ofertas indo do 4º até o 8º ano do ensino fundamental. A disponibilidade de energia elétrica ocorre por meio de geradores, com uso restrito do consumo de até quatro horas diárias. O agente comunitário de saúde (ACS) tem o papel principal de alimentar os bancos de dados dos sistemas de informações do SUS, registrando casos de nascimentos, óbitos e notificações de doenças.

Foi realizado exame clínico utilizando os índices CPOD/ceod (dentes cariados perdidos e/ou obturados) nas crianças/adolescentes – idade de 1 a 15 anos que participaram da pesquisa. Os dentistas examinadores da pesquisa (03 cirurgiões-dentistas) e anotadores participaram por calibração antes da realização dos exames epidemiológicos. Houveram discussões teóricas e práticas quanto às condições para avaliação da população (luz do dia e uso de abaixadores de língua de madeira) ([WHO, 1997](#)). Foram feitas simulações de casos que poderiam ser encontrados durante a execução das atividades.

Durante a realização dos exames epidemiológicos, 10% da amostra foi reexaminada para a obtenção do erro intraexaminador, sendo o índice de concordância percentual variando entre 0,86 a 1, para a experiência de cárie (índice ceod/CPOD) e estatística kappa de 0,95.

O estudo aconteceu nos anos de 2013 a 2015, com até três visitas em cada comunidade ao longo desses 3 anos. Foram visitadas 14 comunidades, a equipe ia em cada comunidade em intervalo de 2 a 3 meses, dependendo dos períodos de seca e enchentes do rio.

A cada ida da equipe a região do Alto Arapiuns era visitado rapidamente cada comunidade ou conversado com um líder comunitário e entregue kits de higiene bucal, assim toda comunidade recebia kits a cada 2 ou 3 meses. Após esta entrega era escolhida (por meio de agenda) uma comunidade na qual a equipe fixava sua estadia por três dias. Nesta estadia, eram realizados na comunidade o levantamento epidemiológico (primeiro dia de estadia) e nos dois dias seguintes, as atividades educativas (orientação sobre higiene bucal) e preventivas (distribuição de creme e escova dental, escovação supervisionada e aplicação de flúor), além de tratamento odontológico pela técnica de TRA (tratamento restaurador atraumático).

Como índices de cárie foram utilizados o ceo-d (índice de dentes decíduos cariados, extraídos e obturados) e CPOD (índice de dentes permanentes cariados, perdidos e obturados) em parte das crianças da comunidade, de acordo com a disponibilidade da família ou desejo da criança/adolescente em participar. Foram realizados atendimentos clínicos com restaurações seja por meio de TRA ou com cimento de ionômero de vidro resinoso, bem como atividade de aplicação tópica de flúor (ATF) ou exodontias quando havia necessidade.

Dentre as atividades de promoção e prevenção houveram orientações sobre hábitos saudáveis e importância da higiene bucal com entrega de kits individualizados (copo, escova dental, dentífrico fluoretado e fio dental) para cada criança/adolescente. Durante as atividades educativas e preventivas, trabalhou-se de forma lúdica com o uso de fantoches, manequim da arcada dentária, desenhos e vídeos educativos, além da escovação supervisionada acompanhada pelos pais e aplicação tópica de flúor fosfato acidulado (ATF), de acordo com o risco de cárie.

Os tratamentos odontológicos, foram realizados por cirurgiões-dentistas de acordo com a necessidade levantada, priorizando atendimentos restauradores menos invasivos pela técnica do TRA (tratamento restaurador atraumático).

Os dados obtidos nesta pesquisa foram digitados numa planilha Excel e feitas as análises descritivas dos dados.

RESULTADOS

Ao longo do período de 2013 a 2015, foram realizadas 17 visitas às comunidades e 2227 crianças/adolescentes passaram por alguma ação voltada para a promoção de saúde bucal. Todas as crianças incluídas no presente estudo tiveram participação nas atividades de educação em saúde e escovação supervisionada.

Destas, 1255 foram examinadas quanto ao índice ceod/CPOD (dentes cariados perdidos e/ou obturados) segundo critérios da OMS. O ceod médio para a idade de 5 anos foi de 5,7 e o CPOD para idade de 12 anos foi de 3,4, tendo o último, menor valor no ano de 2015 (2,75). Durante o período do estudo foram realizadas 884 aplicações tópicas de flúor gel, 507 tratamentos restauradores atraumáticos e 248 restaurações com cimento de ionômero resinoso.

Pode-se observar na Tabela 1 que apesar da equipe se alojar em comunidades maiores e mais estruturadas, equipadas com gerador de energia, pessoas de comunidades menores compareceram em busca de atendimento odontológico.

Tabela 1. Número de atendimentos realizados e comunidades visitadas, no período de 2013 a 2015. Santarém, 2021.

Sexo	Anos avaliados		
	2013	2014	2015
Feminino	504	334	266
Masculino	483	336	304
Pessoas atendidas em cada comunidade			
Andirobau	6	3	3
Aracati	42	42	
Cachoeira do Maró			162
Fé em Deus	259	86	6
Jacaréa Canga			2
Mariazinha	56	56	
Nova Canaã	84	79	78
Nova Canaã/Porto Rico	3	3	4
Novo Lugar			103
Novo Paraíso		30	
Parintins	7	7	7
Pioneira	3	2	2
Piracuí	87	29	
Porto Alegre	7	7	
Porto Rico	6	4	2
Prainha Maró	260	130	128
Repartimento	67	67	
São Francisco	74	85	
São José 3			28
São Raimundo		13	
Vila Nova			4
Vista Alegre	26	26	28
Procedimentos realizados (N)			
Aplicação Tópica de Flúor gel	374	302	208
Exodontias	134	159	170
Restaurações em resina/cimento de ionômero resinoso	48	67	133
Tratamento Restaurador Atraumático	113	184	210
Profilaxias	337	373	344

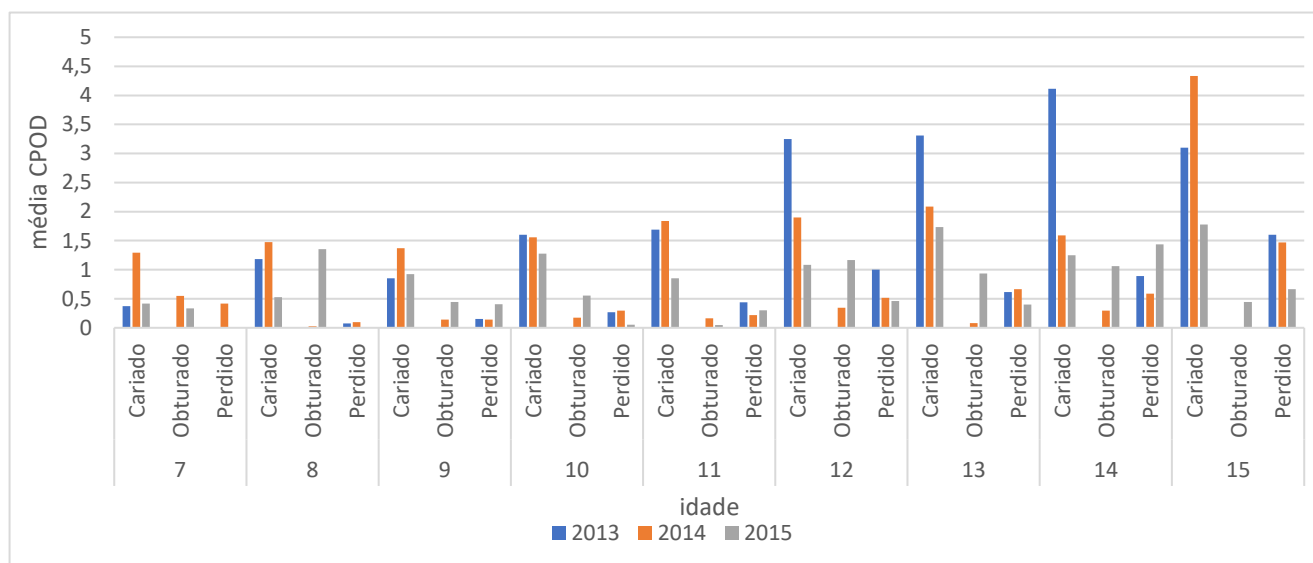
Observa-se pela Tabela 2 que os índices médios de ceod/CPOD são maiores que as médias nacionais apresentadas pelo [SB Brasil \(BRASIL, 2010\)](#).

Tabela 2. Número de crianças/adolescentes examinados quanto ao índice ceod/CPOD no período de 2013 a 2015. Santarém, 2021.

Anos avaliados			
Sexo/idade	2013	2014	2015
0 a 6 anos			
Feminino	94	119	71
Masculino	89	117	69
Idade/valor médio ceod			
1	0.2	0.35	0.33
2	1.62	2.24	1.3
3	2.33	3.38	1.55
4	3.9	4.84	2.94
5	5.33	5.53	6.3
6	4.45	5.26	5.33
Sexo/idade 7 a 15 anos			
Feminino	124	139	89
Masculino	109	140	95
idade/valor médio CPOD			
7	0.37	2.25	0.75
8	1.26	1.69	1.88
9	1	1.77	1.81
10	1.93	2.21	1.89
11	2.31	2.59	1.2
12	4.25	3.21	2.75
13	3.92	2.92	3.2
14	5	2.88	3.75
15	4.7	5.87	2.89

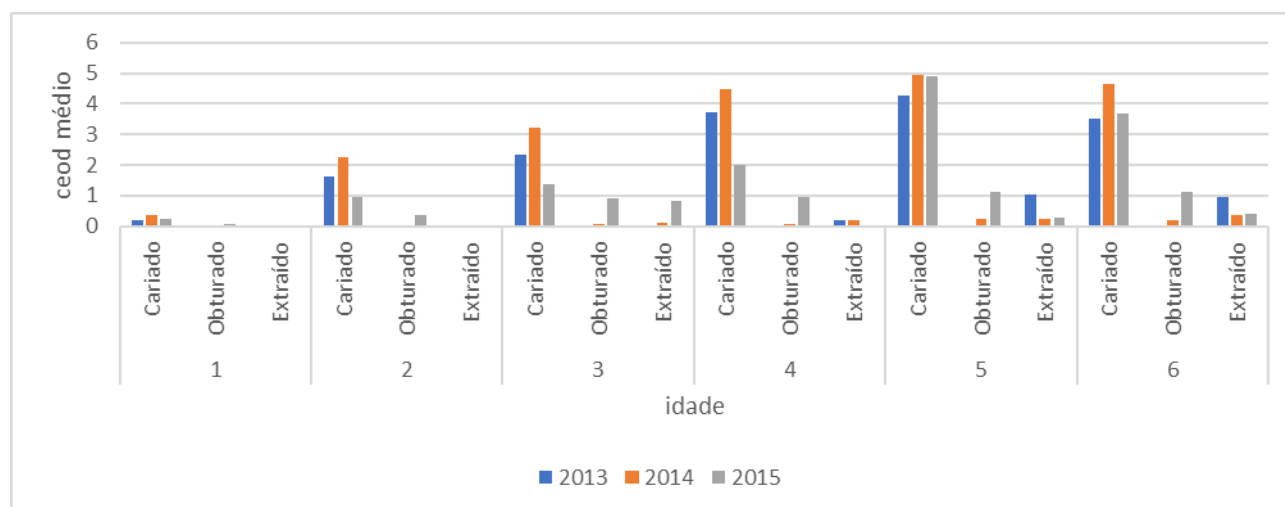
Ao se avaliar os elementos do índice ceod verifica-se que o elemento cariado é o mais prevalente para todas as idades, com diminuição ao longo dos anos para a idade de 2, 3, 4 e 6 anos (Figura 2).

Figura 2. Elementos do índice ceod (dentes decíduos cariados, extraídos, obturados) no período de 2013 a 2015, para crianças de 1 a 6 anos.



Ao se avaliar os elementos do índice CPOD verifica-se que o elemento cariado é o mais prevalente para todas as idades, com diminuição ao longo dos anos para todas as idades avaliadas (Figura 3).

Figura 3. Elementos do índice CPOD (dentes permanentes cariados, perdidos, obturados) no período de 2013 a 2015, para crianças de 7 a 15 anos.



DISCUSSÃO

Diversos estudos tem apontado que as comunidades tradicionais, a exemplo das populações indígenas e ribeirinhas, não só no Brasil, como em outros países do mundo, apresentam condições precárias de saúde bucal tendo os determinantes sociais, desigualdade socioeconômica, a falta ou dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos cuidados odontológicos básicos, como os fatores agravantes para essa situação ([FRANCO et al., 2015](#); [SCHUCH et al., 2017](#)).

No presente estudo o índice ceod para idade de 5 anos encontrado mostra-se superior ao apresentado no último levantamento epidemiológico nacional, SB Brasil 2010 ([BRASIL, 2010](#)) para a capital do Estado (Belém), com ceod igual a 2,14. Este dado indica que em comunidades remotas, a falta de assistência a este público traz consequências em relação à saúde bucal. Estudos semelhantes apontaram que distância entre comunidades ribeirinhas e a capital, ou até mesmo de cidades com unidades de saúde estruturadas, torna o acesso aos cuidados em saúde bucal esporádico, por isso há diferenças entre os índices encontrados em pesquisas nacionais ([AMARAL et al., 2017](#); [AMARAL et al., 2018](#)).

[Nobrega et al. \(2018\)](#), apontam que a cárie dentária é uma das principais doenças da infância, produz impactos negativos na qualidade vida das mesmas e se mostra prevalente em muitas comunidades.

No presente estudo, na avaliação do ceod verifica-se que o elemento cariado foi o mais prevalente. Resultados similares foram encontrados no estudo de [Maia et al. \(2016\)](#) em que crianças de 5 anos apresentavam como único componente do ceod o elemento cariado, típico de comunidades remotas que não tem acesso aos serviços de saúde bucal. A alta prevalência de lesão de cárie nessas comunidades devem-se a fatores como dificuldades de acesso aos serviços odontológicos, falta de orientação sobre os cuidados com a saúde bucal e baixas condições socioeconômicas ([SCHUCH et al., 2017](#)).

O aumento do número em dentes decíduos obturados na cavidade bucal dos indivíduos investigados no presente estudo, mostrou cumprir a função de manter estes elementos na cavidade bucal, evitando sua perda precoce. A necessidade da manutenção do espaço biológico do dente em crianças é importante para manter o equilíbrio do sistema estomatognático, evitando o desenvolvimento de hábitos deletérios, dificuldades mastigatórias, alterações de fala e estética do paciente ([MAIA et al., 2016](#)).

Nas Figuras 1 e 2, observa-se aumento do elemento perdido, o que demonstra fragilidade anterior a ação do projeto. O aumento do elemento obturado decorrente do atendimento odontológico é um fator positivo para a saúde bucal, apesar de aumentar o índice de CPOD. Assim para esta situação é necessário verificar os elementos e não o índice em média como um todo. Isto é esperado visto que o índice ceod/CPOD não determina estágios iniciais da doença, nem tampouco cáries ocultas. Desta forma como o paciente recebeu atendimento clínico, com diagnóstico mais preciso em relação a cárie dentária, dentes considerados com índice sem cárie passaram por restaurações.

Observa-se ainda que houve mudança do elemento cariado para o obturado, ou seja, esta população teve acesso a atendimento. Contudo, para vermos mudanças significativas de hábito em saúde bucal, haveria necessidade de acompanhamento por maior tempo ([NOBREGA et al., 2018](#); [MAIA et al., 2016](#)).

Apesar do estudo em questão ser também de cunho curativo, com o uso da técnica de TRA e restaurações com cimento de ionômero de vidro modificado por resina, o atendimento aconteceu anualmente ou em espaço maior de tempo devido as dificuldades de acesso. Esta foi uma dificuldade encontrada no estudo, devido à distância entre as comunidades, períodos de seca e o fato de ter na região muitas comunidades.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de [Franco et al. \(2015\)](#) no qual os autores apontam que 21,5% dos atendimentos foram de TRA e 42,85% dos atendimentos foram relacionados à educação em saúde bucal e escovação supervisionada. No estudo de [Franco et al. \(2015\)](#) observou-se a necessidade de aprimorar o acesso das populações ribeirinhas a serviços essenciais, mantendo-se atendimentos regulares e contínuos, para a realização de atividades de educação e promoção de saúde com efetividade.

Todas as crianças incluídas no presente estudo tiveram participação nas atividades de educação em saúde e escovação supervisionado. No estudo de [Baldiasserotto et al. \(2019\)](#), realizado com comunidades indígenas, os autores verificaram que estudos longitudinais e de vigilância da saúde bucal precisam ser realizados para poder compreender as mudanças culturais, hábitos sociais e alimentares e como interferem nos processos saúde/doença dessas comunidades ([BALDISSEROTTO et al., 2019](#)).

No Brasil, são poucas as informações epidemiológicas sobre as populações ribeirinhas da Amazônia, apesar da importância desse tipo de estudo para o levantamento sobre determinantes de morbidades e desigualdades sociais ([GAMA et al., 2018](#)). Na região onde vivem as comunidades ribeirinhas é um grande desafio realizar as atividades de promoção à saúde. Para se fazer valer os princípios da universidade, direito à saúde é necessário ressaltar problemas a serem superados como a falta de profissionais de saúde, o saneamento básico e as dificuldades impostas pela geografia local ([AMARAL et al., 2017](#)).

Apesar do atual cenário brasileiro ter-se medidas de saúde pública que envolvam unidades fluviais de saúde ([BRASIL, 2004](#)), é importante salientar que grandes embarcações muitas vezes não conseguem chegar a pequenas comunidades, devido a profundidade dos rios, cachoeiras entre outros, o que faz com que certas populações fiquem sem acesso aos serviços de saúde.

CONCLUSÃO

É de fundamental importância a realização de estudos como este, que avalie as condições de saúde bucal dessas populações para planejar e produzir ações que mudem os índices epidemiológicos. As ações de promoção, prevenção e tratamento precisam acontecer de forma regular e contínua e chegar a todos, para permitir acesso a saúde. No presente estudo foi encontrado índices de cárie dentária acima da média nacional para a região, o que faz necessário planejamento para o acesso a estas comunidades.

AGRADECIMENTOS

Ao projeto Alto Arapiuns na figura da pessoa do seu coordenador Lelis Fachini Filho, aos dentistas Dirceu Carvalho e Andreas Coren, que auxiliaram no levantamento epidemiológico e aos dentistas voluntários que contribuem para a melhoria da saúde bucal da região. À aluna Tercília Maria de Jesus com auxílio de tabulação dos dados.

SUBMETIDO EM: 29/06/2020.

ACEITO EM: 08/05/2022.

REFERÊNCIAS

[AMARAL, R. C. et al.](#) Report of experience of dental care, preventive and restorative, in a riverside community. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 43, p. 124-127, 2018.

[AMARAL, R. C. et al.](#) A relação entre a saúde bucal e a cárie dentária em oito comunidades ribeirinhas-Pará, Brasil. **Revista Brasileira de Odontologia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 1, p. 18-22, 2017.

[BALDISSEROTTO, J. F.; FERREIRA, A. M.; WARMLING, C. M.](#) Condições de saúde bucal da população indígena guarani moradora no Sul do Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 468-475, 2019.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. **Programa SB Brasil**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf. Acesso em: 04 jun. 2020.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. Decreto 6.040 de 7 de fevereiro de 2007. Institui a Política Nacional de Desenvolvimento Sustentável dos Povos e Comunidades Tradicionais. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, p. 316, 08 fev. 2017. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6040.htm. Acesso em: 04 jun. 2020.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2020.

[BRASIL](#). Ministério da Saúde. **Programa Brasil Sorridente**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/brasilsorridente>. Acesso em: 11 out. 2021.

[CARVALHO, D. A.; PASSOS, G. L.; AMARAL, R. C.](#) Prevalência de cárie e necessidade de tratamento em duas comunidades ribeirinhas – Pará, Brasil. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 23-27, 2014.

[FRANCO, E. C. et al.](#) Promoção da saúde da população ribeirinha da região amazônica: relato de experiência. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 17, n. 5, p. 1521-1530, 2015.

[GAMA, A. S. M. et al.](#) Inquérito de saúde em comunidades ribeirinhas do Amazonas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002817>. Acesso em: 04 jun. 2020.

[MAIA, B. N. B. et al.](#) Projeto Tembé: ações de saúde bucal em seis aldeias Indígenas de Tomé Açu-Pará. **Revista Saúde UNG**, Guarulhos, v. 10, n. 4, p. 34-46, 2016.

[NOBREGA, M. L.; BARBOSA, C. C. N.; BRUM, S. C.](#) Implicações da perda precoce em odontopediatria. **Revista Pró-UniverSUS**, Vassouras, v. 9, n. 1, p. 61-67, 2018.

[OMS \(Organização Mundial de Saúde\)](#). **The world oral health report**. [S.l.], 2010. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>. Acesso em: 04 jun. 2020.

[SCHUCH, H. S. et al.](#) The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Hoboken, v. 45, n. 5, p. 431-441, 2017.

[VASCONELOS, F. G. G. et al.](#) Evolução dos índices ceo-d/CPO-D e de cuidados odontológicos em crianças e adolescentes com base no SB Brasil 2003 e SB Brasil 2010. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 4, p. 333-340, 2018.

[WHO](#). **Oral health surveys: basic methods**. 4nd. ed. Geneve: WHO, 1997. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41905>. Acesso em: 04 jun. 2020.