

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
Mestrado em Odontologia

Sergio Takashi Kussaba

**COMPARAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DE YANOMAMIS E
MAKUXIS NO ESTADO DE RORAIMA**

São Paulo

2017

Sergio Takashi Kussaba

**COMPARAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DE YANOMAMIS E
MAKUXIS NO ESTADO DE RORAIMA**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Odontologia da Universidade de Santo Amaro - UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Odontologia.

Orientador: Prof. Dr. Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres.

Coorientadora: Profa. Dra. Debora Pallos.

Área de concentração: Implantodontia.

São Paulo

2017

Kussaba, Sérgio Takashi.
K97c Comparação da condição bucal de Yanomamis e
Makuxis no Estado de Roraima / Sérgio Takashi Kussaba.
-- São Paulo, 2017
62 f. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Odontologia) --
Universidade de Santo Amaro - UNISA, 2017.
Orientador: Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres.
Coorientador: Debora Pallos.
Bibliografia: f. 46-51

1. Saúde bucal indígena. 2. Cárie dentária. 3.
Implantodontia. 4. Doença periodontal. I. Torres, Caio
Vinícius Gonçalves Roman. II. Pallos, Debora. III. Título.

Sergio Takashi Kussaba

**COMPARAÇÃO DA CONDIÇÃO BUCAL DE YANOMAMIS E
MAKUXIS NO ESTADO DE RORAIMA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Odontologia – área de concentração Implantodontia do Programa de Pós-Graduação em odontologia da Universidade Santo Amaro, sob orientação do Prof. Dr. Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres.

São Paulo, 23 de outubro de 2017.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres
Doutor em Odontologia – Área de concentração: Periodontia - UNITAU

Prof.^a Dra. Debora Pallos
Doutorado em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria - UNIFESP

Prof. Dr. Paulo Henrique Braz da Silva
Doutor em Patologia pela FO/USP

Dedico este trabalho...

Primeiramente à memória de meu pai, Sotaro Kussaba, que por pouquíssimo tempo não pode presenciar este momento. Verdadeiro herói dos princípios éticos, familiares e do extremo exemplo de retidão de caráter. Eternas saudades!

Com todo amor e gratidão a minha mãezinha Dona Lina, que por 45 anos só me proporcionou alegrias. Mulher maravilhosa!

À minha esposa Luciana, pelo amor, apoio incondicional e constante incentivo, bem como aos meus filhos João Vitor, Juliana e o já iluminado Vinícius frutos desta linda união. Todos vocês que desfrutam comigo a alegria do dia-a-dia e que são parte de mim e que dão sentido a minha vida.

Ao meu orientador professor Doutor Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres pela sabedoria, pelo empenho, paciência e credibilidade, fazendo-me confiar na conquista deste objetivo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Ao professor e coordenador Dr. Wilson Roberto Sendyk por me receber neste programa e não medir esforços em compartilhar seu extenso conhecimento e experiência na área.

A professora Dra. Debora Pallos pela coorientação deste trabalho.

A profa Dra. Letícia Cristina Cidreira Boaro pela análise estatística.

A todos os professores que imensuravelmente transmitiram de forma valiosa seus conhecimentos: profa .Dra Yeon Jung Kim, Dra. Debora Pallos , prof. Dr. Caio Vinícius, profa. Dra. Angélica Castro Pimentel, profa.Dra.Letícia Cristina Cidreira Boaro, profa. Dra. Fabiana Martins e Martins Oliveira, prof. Dr. Willian Cunha Brandt, profa. Dra Karina kogo e prof. Dr. Humberto Osvaldo Schuwartz Filho.

Aos colegas de mestrado pela troca de conhecimentos e agradáveis lembranças que serão para sempre guardadas: Larissa, Juliana, Deyvid, Meca, Moretto, Anizolavo, Délcio, Michel, João e em especial ao amigo Richardson pela parceria que nos tornou capazes de realizar mais um projeto de nossas vidas.

À coordenação do curso da Faculdade Cathedral prof Marcos Botelho pela compreensão das minhas ausências e apoio absoluto nesta conquista.

Ao presidente do CONDISI Alberto Brazão Góes e ao seu povo Yanomami pelo parecer favorável da execução do projeto.

A todos os indígenas que entenderam e aceitaram participar da pesquisa, pois sem os quais o trabalho não teria nenhum sentido.

Muito obrigado.

RESUMO

Introdução: No Estado de Roraima, Brasil, existem populações indígenas que possuem hábitos culturais e características étnicas que divergem da população não-indígena do país. Doença periodontal e lesões de cárie são objetos de estudo para obtenção de indicadores de saúde bucal e representam um impacto significativo na saúde da população sendo fundamentais para o embasamento de políticas públicas de saúde, inclusive para a população indígena. **Objetivo:** comparar a condição bucal de indígenas das etnias Yanomamis (YAN) e Makuxis (MAK) no Estado de Roraima. **Materiais e métodos:** Após aprovação do Comitê de Pesquisa da UNISA, e do Conselho Distrital de Saúde (CONDISI), foram avaliados 157 indígenas – 84 (53,50%) YAN e 73 (46,50%) MAK, submetidos à detalhada anamnese e de exame clínico para avaliação de dentes cariados, perdidos e obturados (índice CPO). Foram observados também índices periodontais de profundidade de sondagem (PS), nível clínico de inserção (NCI), índice de placa (IP) e índice de sangramento (IS). **Resultados:** Os hábitos alimentares mostraram diferença quanto ao consumo de alimentação nativa ou industrializada, os YAN consomem mais alimentação nativa enquanto os MAK têm alimentação predominantemente industrializada. Os MAK significante com valores de CPO maiores que os YAN. Quando avaliados os indivíduos maiores de 35 anos observou-se maior profundidade de sondagem para os YAN com diferença estatística. Para nível clínico de inserção (NCI), foram observados valores maiores para os YAN, mas sem diferença estatística quando comparados entre os grupos. Quando avaliado o índice de placa (IP), observou-se maiores valores para os YAN, com diferença estatisticamente significativa para todos os grupos comparados. Para índice de sangramento (IS), foram observados valores maiores para os YAN, mas não houve diferença estatística entre os grupos. **Conclusão:** a diferença de hábitos alimentares das etnias pode ter influência na diferença no índice CPO observada, com relação aos índices periodontais (IS,NCI,IP), esta influência estaria relacionada a deficiência na Orientação de Higiene Bucal (OHB), respeitando a diversidade etnomédica de cada etnia, favorecendo assim um rotina de higiene bucal corretamente executada.

Palavras-chave: Indígenas. Inquéritos de Saúde Bucal. Cárie dentária. Doença periodontal.

ABSTRACT

Introduction: In the State of Roraima, Brazil, there are indigenous populations that have cultural habits and ethnic characteristics that differ from the non-indigenous population of the country. Periodontal disease and caries lesions are studied to obtain indicators of oral health and represent a significant impact on the health of the population; they are also fundamental for the foundation of public health policies, including the ones for indigenous people. **Goal:** to compare the oral condition of the Yanomamis (YAN) and Makuxis (MAK) ethnic groups in the State of Roraima.. **Materials and methods:** After approval by the UNISA Research Committee and the District Health Council (CONDISI), 157 indigenous patients were evaluated - 84 (53.50%) YAN and 73 (46.50%) MAK were submitted to detailed anamnesis and clinical examination for assessment of decayed, missing and filled teeth (CPO index). Periodontal indices of probing depth (PD), clinical attachment level (CAL), plaque index (PI) and bleeding on probing index (BPI) were also observed. **Results:** Dietary habits showed a difference in the consumption of native or industrialized food, YAN consume more native food while MAK have predominantly industrialized food. MAK have higher and more significant CPO values than YAN. When the individuals older than 35 years were evaluated, a greater probing depth was observed for the YANs with statistical difference. For clinical attachment level (CAL), larger values were observed for YAN, but there was no statistical difference when compared between groups. When the plaque index (PI) was evaluated, higher scores were observed for YAN, with a statistically significant difference for all groups compared. For bleeding on probing index (BPI), larger values were observed for the YAN, but there was no statistical difference between the groups. **Conclusion:** the difference in dietary habits of the ethnicities may have an influence on the difference in the CPO index observed, with respect to the periodontal indexes (BPI, CAL, IP), this influence would be related to deficiency in the Oral Hygiene Guideline (OHG), respecting the ethnomedical diversity of ethnicity, thus favoring a properly performed oral hygiene routine

Keywords: Indigenous population. Dental health surveys. Dental caries. Periodontal diseases.

Lista de Siglas e Abreviaturas

AIS	Agente Indígena de Saúde
CASAI	Casa de Saúde Indígena
CIS	Comissão Inter setorial de Saúde
CONDISI	Conselhos Distritais de Saúde Indígena
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CPO	Cariados, Perdidos e Obturados
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
DSEIY	Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami
EUA	Estados Unidos da América
FUNAI	Fundação Nacional do Índio
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IS	Índice de Sangramento
IP	Índice de Placa
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MAK	Makuxis
MS	Ministério da Saúde
NCI	Nível Clínico de Inserção
OR	Odds Ratio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OHB	Orientação de Higiene Bucal
OS	Profundidade de Sondagem
PNASPI	Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas
Qtde	Quantidade
SB	Saúde Bucal
SESAI	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
YAN	Yanomamis

Lista de Figuras

Figura 1 - Áreas dos distritos destacadas no mapa do Brasil.....	16
Figura 2 - Organização do DSEI e modelo assistencial	17

Lista de Gráficos

Grafico 1 - Valores para profundidade de sondagem – Yanomami e Makuxi	34
Grafico 2 - Valores para nível clinico de inserção – Yanomamis e Makuxis	35
Grafico 3 - Valores para índice de placa – Yanomamis e Makuxis	35
Grafico 4 - Valores para índice de sangramento – Yanomamis e Makuxis	36
Grafico 5 - Valores para índice CPO – Yanomamis e Makuxis	37

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados demográficos dos pacientes avaliados e hábitos divididos pela etnia	33
Tabela 2 - Resultados do teste não paramétrico Mann-Whitney	37

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 Contextualização histórica: Políticas de Saúde Bucal no Âmbito do SUS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena	14
2.2 Hábitos e costumes indígenas	18
2.2.1 Yanomamis	18
2.2.2 Makuxi	20
2.3 Doença periodontal na população não-indígena	21
2.4 Doença periodontal em população indígena	24
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	29
3.1 População Estudada	29
3.2 Critérios de exclusão	30
3.3 Calibração dos examinadores	30
3.4 Exame clínico para análise periodontal – coleta de dados.....	30
3.5 Análise dos resultados	31
4 RESULTADOS	32
5 DISCUSSÃO	38
6 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
APÊNDICE A - AUTORIZAÇÕES	52
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	59
APÊNDICE C - FORMULÁRIO PADRÃO PARA COLETA DE DADOS.....	61

1 INTRODUÇÃO

Após uma política para implementação de ações na atenção em saúde bucal nos últimos anos proposta pelo Ministério da Saúde no Brasil por meio de uma nova reestruturação e reorganização nas diretrizes do programa nacional de saúde bucal, o Brasil Sorridente, pelos resultados principais apresentados no SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal ficou evidente a melhoria das condições bucais da população e, ainda, a ampliação da garantia do acesso ao usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) na assistência odontológica determinada por ações com enfoque coletivo e não mais somente no atendimento individual. (BRASIL, 2012).

Dados do SB Brasil 2010 (BRASIL, 2012) demonstram que, mesmo havendo redução desses índices, ainda são marcantes as diferenças regionais da prevalência e magnitude da cárie e doença periodontal, estabelecendo a região norte e nordeste com os piores indicadores do quesito periodontal em todas as idades e os grupos etários quando comparados as demais regiões do país.

Na população indígena, mesmo não sendo objeto do SB 2003 e SB 2010, os resultados serviram de parâmetros para reorganização assistencial para esses povos diferenciados, assim, foi contemplada tanto na organização assistencial como no incremento considerável de equipes de saúde bucal nos últimos anos, mesmo assim, em contramão tem mostrado um aumento significativo dos indicadores epidemiológicos, onde se esperava um decréscimo. (SILVA, 2013).

A vulnerabilidade da população indígena quando comparada à população não-indígena frente às oportunidades em assistência à saúde, expõe esta população aos maiores índices de acometimento das doenças (COIMBRA JÚNIOR.; SANTOS, 2000). Estudos realizados por Carneiro et al. (2008), Arantes; Santos; Coimbra Júnior (2005) e Moura; Batista; Moreira (2010), demonstraram valores dessemelhantes no índice CPO-D dependendo das etnias, sugestionando a influência nos resultados devido a especificidade de cada região e povo examinado.

Outros autores (DETOGNI, 1994; DONNELLY et al., 1977; TRICERRI, 1985; PARIZOTTO, 2004; RIGONATTO; ANTUNES; FRAZÃO, 2001), atribuíram a deterioração da saúde bucal ao longo dos anos entre os indígenas à introdução do consumo de alimentos industrializados após contato com a população não-indígena. Ainda, corroboram com esse processo de degradação da saúde bucal na população indígena, o despreparo por grande parte das equipes de saúde bucal na aquisição

de competência para superar as adversidades dos aspectos geográficos, linguísticos e culturais, ainda insipientes na observância aos diferentes níveis de concepção dos indígenas sobre o processo saúde/doença, necessitando assim, quebrar paradigmas por parte destes profissionais para melhoria à assistência fragmentada das ações de saúde bucal atualmente proporcionada. (BERTANHA et al., 2012; COIMBRA JÚNIOR.; SANTOS, 2000; FERREIRA; PORTILLO; NASCIMENTO, 2013; LEITE, 2007; SANTOS; COIMBRA JR., 2005).

Outros agravantes da não melhoria das condições bucais na população indígena também são elencados por alguns autores (PEREIRA et al., 1972; CORRINI, 2007) como por exemplo as dificuldades no acesso logístico na utilização dos serviços e deficiência na estrutura da rede de atendimento dos serviços de saúde bucal.

Tanto a doença cárie como a doença periodontal são objetos de estudo para obtenção de indicadores de saúde bucal e representam um impacto significativo na saúde da população sendo fundamentais para o embasamento de políticas públicas de saúde (CORRINI, 2007; ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2014; SANTOS; COIMBRA JÚNIOR, 2005).

A escassez de publicações com metodologias apropriadas na área de saúde bucal em comunidades indígenas (ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2014), especificamente as do Estado de Roraima corrobora com os entraves na execução do planejamento estratégico operacional destas ações de saúde bucal. Essa invisibilidade epidemiológica com poucos trabalhos publicados contribui ainda mais para que condições de saúde bucal dos povos indígenas permanecem obscuras. (ALVES FILHO; SANTOS; VETTORE, 2014).

No Estado de Roraima existe uma grande expressividade da população indígena em relação a população total, mas ao contrário que a maioria imagina, essa grandeza populacional traz consigo também uma ampla diversidade entre estes povos, constituindo um mosaico extremamente heterogêneo com um pluralismo marcante. (INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL).

A língua, a forma de organização social e política, os rituais, os mitos, as formas de expressão artística, as habitações, a maneira de se relacionar com o meio ambiente, o grau de contato com a sociedade não-indígena e os hábitos alimentares são exemplos de fatores que os diferenciam numa identidade multiétnica, fatores que evidenciam entraves que na maioria das vezes torna difícil o estudo

científico nestas populações, desde a aceitação até a atuação para coleta de dados. (BANIWA, 2006; FUNASA, 2007; HAYD et al., 2008).

Tal dessemelhança poderia refletir nas condições bucais destes povos, assim, este estudo teve como objetivo, investigar por meio de exame clínico e análise estatística a comparação entre duas etnias predominantes no Estado de Roraima adstritas na CASAI (Casa de Saúde Indígena), identificando os parâmetros clínicos (PS, NCI, IP, IS, CPO) entre as duas etnias pesquisadas e entre os membros de uma mesma etnia pertencentes à faixas etárias diferentes como forma de subsidiar as ações básicas de saúde bucal proporcionando levantamentos epidemiológicos para elaboração do plano operacional naquela região.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Contextualização histórica: Políticas de Saúde Bucal no Âmbito do SUS e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena

A origem etimológica da palavra Índio ocorreu após erro náutico do Italiano Cristóvão Colombo quando, partindo da Espanha rumo as Índias, em 12 de outubro de 1492, atraca sua frota em terras achando serem as Índias, hoje, o continente americano. Assim, ao avistar os habitantes mais antigos e aqueles que representavam a quase integralidade dos habitantes do continente, alcunhou-lhes como Índios ou indígenas. (BANIWA, 2006; HAYD et al., 2008).

A presença desta população naquela época pode ser justificada pela teoria do estreito de Behring ocorrido há mais de 200.000 anos dos tempos atuais, onde a região conhecida como Beríngea encontrava-se seca permitindo migração entre a Sibéria (Ásia) e o Alasca (América), desta forma, esta população foi ocupando todo o território americano, predominantemente nos tempos atuais, concentrados na América do Sul, na qual está incluído o Brasil, e dentro deste, a região norte do país. (BANIWA, 2006; HAYD et al., 2008). Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a população Indígena como sendo:

Comunidades que vivem dentro ou estão ligadas a habitats tradicionais geograficamente distintos ou territórios ancestrais e que se identificam como sendo parte de um grupo cultural distinto,

descendente de grupos presentes na área antes da criação dos estados modernos e definindo as fronteiras atuais. Geralmente, mantêm identidades culturais e sociais e instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, separadas da sociedade dominante ou da cultura (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2017).

De acordo com o último censo nacional, foram identificadas 274 línguas faladas entre as 305 etnias catalogadas. O norte do País em especial a Amazônia Legal, é a que mais detém da concentração destes povos, são 342,8 mil indígenas, cerca de 55% da população total de indígenas. No Estado de Roraima, há uma grande área de terras regularizadas de preservação destinadas à cultura indígena, sendo catalogadas 32 terras indígenas distribuídas entre os povos indígenas Yanomami, Makuxi, Wapichana, Ingaricó, Patamona, Taurepang, Yecuaana, Wai-Wai, Waimiri-atroari, as que têm maior representatividade são os povos Yanomamis, com 25,7 mil e os Makuxis, com 28,9 mil distintas pelas suas diversidades populacional, política e organizacional. (HAYD et al., 2008; INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL, 2016; IBGE, 2012).

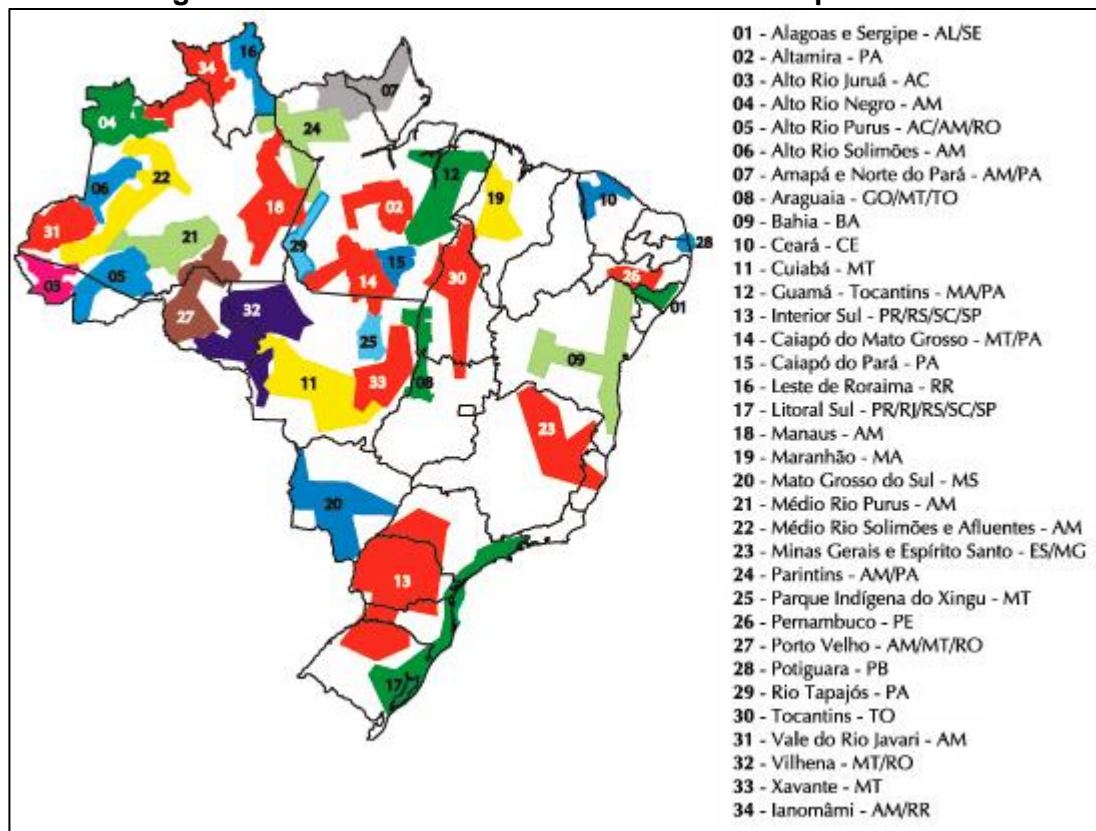
Ainda dentro do contexto histórico, evidenciando a legislação, a Constituição Federal de 1988 torna obsoleto o conceito de tutela indígena e reconhece o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, ainda cria o SUS, regulamentado posteriormente pela Lei 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde – LOS), com a finalidade de modificar a conjuntura de desigualdade na assistência à saúde da população naquela época, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão, sob uma ótica da direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema através do Ministério da Saúde. (FUNASA, 2007).

No início de 1991, pelo Decreto Presidencial nº 23, foi transferida para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade sobre as ações de saúde para os povos indígenas. Na contramão desse processo, já em 1994, outro Decreto Presidencial nº 1.141 constituiu a Comissão Inter setorial 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 uma discussão interna, no âmbito do Governo Federal, visando assumir integralmente esta responsabilidade que concretizou pelo decreto no 3.156, de 27 de agosto de

1999, surgiu então a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em consonância com os princípios do SUS. O modelo seguido foi o dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), concebidos como sistemas locais de saúde, orientados para populações definidas, dentro de espaços geográficos e administrativos específicos. (FUNASA, 2007).

A Lei 9.836/1999, conhecida como “Lei Arouca”, instituiu a criação dos DSEI, passando a unidades sanitárias federais vinculada a FUNASA/ Ministério da saúde. Foram implantados 34 DSEI em todo o país conforme mostra a figura 1. (BRASIL, 2002; FERREIRA; PORTILLO; NASCIMENTO, 2013).

Figura 1 - Áreas dos distritos destacadas no mapa do Brasil

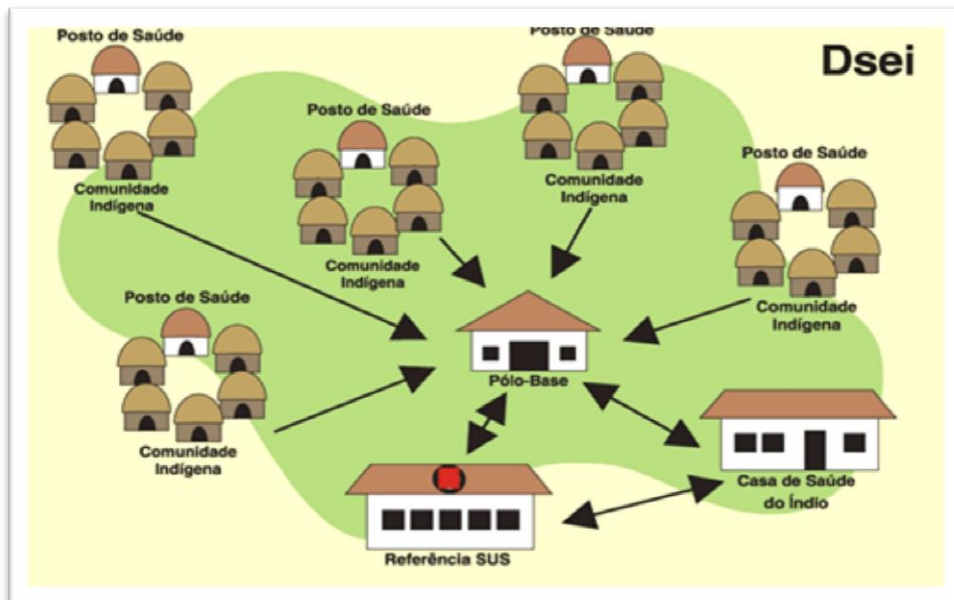


Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

A figura 2, a seguir, representa a rede de atendimento em cada DSEI, cada comunidade indígena tem seu posto de saúde, onde um agente indígena de saúde (AIS), sendo um indígena da localidade, recebe treinamento prévio para dar suporte à equipe multidisciplinar de saúde na tradução linguística, além da interlocução e interpretações das diferentes visões de mundo, de saúde e de doença distintas

daquela comunidade. Os pacientes que não tiveram os agravos de saúde resolvidos no posto de saúde serão direcionados aos Pólos-base da comunidade indígena, respeitando a referência para resolução do diagnóstico. Estes Pólos-base são, geralmente, mais equipados e estrategicamente localizados para resolução de agravos de saúde mais complexos. No entanto, ainda não sendo possível a solução dos casos nesses ambientes, encaminha-se para as referências do SUS, as CASAs, que são as casas de apoio localizadas nos municípios de referência para agendamento de atenção de média e alta complexidades, e de acordo com os diagnósticos, referencia-se para os centros especializados de atendimento do SUS (BRASIL, 2002).

Figura 2 - Organização do DSEI e modelo assistencial



Fonte: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Após uma década de trajetória de assistência à população indígena, este modelo acumulou insatisfações generalizadas principalmente por parte dos usuários indígenas, e por pressão do próprio controle social junto aos órgãos de controle e justiça, instituiu-se uma necessidade de reestruturação do Subsistema de Atenção à Saúde. (FERREIRA; PORTILLO; NASCIMENTO, 2013).

Em 19 de outubro de 2010, pelo Decreto presidencial nº. 7.336, foi instituída a criação da SESAÍ (Secretaria Especial de Saúde Indígena), do Ministério da Saúde do Governo Federal, sendo responsável por essas práticas sanitárias e gerenciais

com foco e linha de atuação na Atenção Básica. No Estado de Roraima são dois, o DSEI-Leste e o DSEI-Yanomami. (BERTANHA et al., 2012; FERREIRA; PORTILLO; NASCIMENTO, 2013; FUNASA, 2007; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

2.2 Hábitos e costumes indígenas

Atualmente, a diversidade cultural entre os povos indígenas e a relação do grau de contato com o não índio interferem nos hábitos e costumes. Mas, de maneira geral, alguns costumes são praticamente iguais para todos os povos indígenas brasileiros e muitos ainda guardam a maneira rudimentar dos tempos antigos, como na alimentação, retirada de produtos da natureza (peixes, carnes de animais, frutos, legumes, tubérculos), sendo predominantemente as práticas de caça e pesca, bem como a da agricultura de coivara, daí a justificativa da migração territorial por busca de terras férteis. (RECINE; RADAELLI, 2008).

Dentre as duas etnias avaliadas neste estudo podemos registrar uma diferença significativa nos hábitos e costumes bem como o grau de contato com o não índio.

2.2.1 Yanomamis

As moradias diferem um pouco de acordo com a proximidade com as cidades, mas na maioria os Yanomamis se agrupam em aldeias representadas, geralmente, por uma casa coletiva plurifamiliar em forma de cone chamada xapono ou também por casas retangulares, mas todas com sua entidade econômica e política autônoma e um representante, líder político, escolhido pelos entes para representar e organizar as aldeias. No campo cultural, os Yanomamis ainda conservam seus rituais com cerimônias de dança, música e pinturas corporais. Em relação aos hábitos de higiene corporal, costumam tomar banhos várias vezes ao dia principalmente em igarapés e lagos próximos às comunidades. Quanto à higienização oral, há relatos de utilizarem formas nativas para este fim, como cinzas, areia ou simplesmente água, mas após o contato com a população não-indígena, é evidente o incremento ao uso de escovas e creme dentais. (PEREIRA et al., 1972).

Entre os Yanomamis, os homens são responsáveis pela caça que é realizada em grupo, enquanto as mulheres têm a responsabilidade de cuidar da roça e das atividades domésticas. Eles realizam cerimônias e rituais acompanhados de dança, música e pinturas corporais. O treinamento das atividades que serão realizadas na vida adulta pelo indivíduo tem início na infância, portanto, as crianças são treinadas desde pequenas e, também, realizam rituais que servem para marcar a passagem da fase da vida da criança para a vida adulta. (PEREIRA et al., 1972).

Quanto às habitações, elas são feitas de elementos da natureza, tais como troncos, galhos de árvores, folhas secas, barro, entre outros, que também servem para a confecção de objetos de arte como vasos de cerâmica, potes, máscara e colares – essas atividades são realizadas pelas mulheres da comunidade. (PEREIRA et al., 1972).

A medicina tradicional tem valores significantes e as doenças são tratadas com ervas naturais acompanhadas de rituais de cura, dirigidos por um pajé. (PEREIRA et al., 1972).

Os Yanomamis têm a cultura de dividir praticamente tudo, sobretudo, os alimentos. A religião dessa população indígena é baseada na existência de forças e espíritos da natureza. Eles utilizam armas como arco e flecha, borduna (porrete de madeira) e zarabatana (tubos de bambu utilizados para atirar setas por meio de sopro).

No Estado de Roraima, a população indígena que tem pouco contato com a população é, em sua maioria, pertencente aos Yanomamis. Poucos são os que introduziram o creme dental e escova na higienização oral, mas alguns realizam a higienização oral de modo alternativo, utilizando elementos da natureza.

Os hábitos alimentares da população indígena diferem de acordo com a etnia e a região geográfica em que está localizada, mas, de modo geral, as populações indígenas mais isoladas como é o caso dos Yanomamis, utilizam a colheita silvestre e a plantação de coivara como fontes de alimentação, além disso, costumam se alimentar de: macaxeira e banana com frequência e, esporadicamente, de pupunha, açaí, cacau, mel e ovos de tartaruga, além da caça e da pesca. (PEREIRA et al., 1972).

Os alimentos são preparados moqueados, utilizando uma grelha de pauzinhos verdes, colocada a uns 80 centímetros do fogo, como forma de conservação por longos períodos. Esse método de preparo dos alimentos torna a

carne extremamente dura e exige intenso trabalho mastigatório. Outra forma de preparo é o cozimento de bananas e outras frutas, formando um mingau. A macaxeira é consumida cozida. Essa forma de alimentação pode implicar em um potencial cariogênico. Os Yanomamis também preparam farinhas da macaxeira, que é preparada em pratos de barro e é de fácil transporte e armazenamento, além de ser considerada como um abrasivo para os dentes. A macaxeira também é preparada como 'beiju' um tipo de bolo. A alimentação dos Yanomamis também pode ser assada, eles costumam colocar as carnes para assar e removendo-as e recolocando-as novamente na brasa, esse processo implica na mistura de cinzas e terras ao alimento, o que pode levar ao desgaste nos dentes. (PEREIRA et al., 1972).

O acesso à população não-indígena, faz com que a população indígena de regiões mais próximas às cidades, mudem seus hábitos alimentares e apresentem maiores problemas de saúde devido ao consumo de alimentos industrializados.

2.2.2 Makuxi

Os Yanomamis costumam ficar em regiões mais isoladas da população não-indígena. Já os povos Makuxi e Wapichana estão mais próximos às áreas urbanas e possuem maiores vínculos com a população não-indígena, inclusive com casamentos inter-étnicos e outros hábitos culturais não-indígenas como a alimentação com produtos de origem industrializada, apesar de sua alimentação ser principalmente baseada no consumo de derivados de mandioca (tapioca, beiju, pé de moleque, farinha d'água, etc.). (MANDULÃO et al., 2012).

Os Makuxis consomem uma bebida típica, chamada Pajuaru, que é feita com mandioca a partir de um processo de fermentação. O Pajuaru é consumido em comemorações, trabalhos comunitários e outras festas tradicionais realizadas pelos Makuxis (HAYD et al., 2008; MANDULÃO et al., 2012).

O principal meio de subsistência dos Makuxis é a agricultura familiar e a criação de animais como aves, suínos e bovinos, com predominância desses últimos. (MANDULÃO et al., 2012).

Entre os indígenas a educação é diferenciada daquela da população não-indígena, com o objetivo de preservar as tradições culturais, entretanto, ela é

paralela a educação formal acompanhando-a desde o Ensino Fundamental até o Ensino Médio. Os professores são formados por indígenas da própria comunidade, mas possuem formação superior em licenciatura. O calendário escolar segue os eventos de cada uma das etnias, (MANDULÃO et al., 2012).

Segundo Hayd et al. (2008, p. 92), “nos dias atuais, os Makuxis vêm adotando o padrão familiar formado por casal e filhos, residindo em moradias unifamiliar, praticando a monogamia, comportamento este, adquirido dos não índios”. Outros hábitos da população não-indígena, como a higiene bucal também foram adotados pelos Makuxis.

Os hábitos dos Makuxis foram mudando ao longo dos anos devido ao contato com o não índio, esta proximidade influenciou em vários parâmetros socioculturais como por exemplo fazer as refeições três vezes ao dia, escovar os dentes com pasta e escova, criação de gado como alimentação e moeda de troca, cultuar um Deus cristão, praticar a monogamia. (MANDULÃO et al., 2012).

Segundo Rocha et al. (2012) ainda há relatos entre os Makuxis da utilização de formas alternativas de higienização como a utilização de carvão de casca de mirixi, darora, angico, mori-mori ou pau-rainha, árvores típicas do lavrado; Lavar a boca com fel de boi, pimenta malagueta ou pimenta kanaimé; mastigar raiz de timbó (raiz típica da região); lavar a boca com chá de mangaratai. Alguns indígenas também passam lesma no dente “para ficar mais duro”; outros fazem uso de chá de dente de capivara ou de porco e bochecham para não pegar cárie. Como higienização do espaço interdental alguns utilizam o talo da folha do buriti, côco e outras palmeiras; outros utilizam uma fibra retirada da palha de uma palmeira chamada de Kurawá

2.3 Doença periodontal na população não-indígena

A doença periodontal em sua etiologia é considerada multifatorial, causada pela interação entre agentes microbianos únicos ou múltiplos (fatores etiológicos primários necessários, mas não suficientes), um hospedeiro com algum grau de suscetibilidade e fatores ambientais com influência em ambos. Embora um modelo único de etiopatogenia da doença periodontal ainda não tenha sido validado, é amplamente aceito que esta patologia resulta da ação do biofilme bacteriano no

periodonto do indivíduo suscetível. As bactérias são capazes de sobreviver e crescer no complexo ecossistema deste biofilme devido à sua produção de fatores de virulência. Esses fatores também conferem maior resistência aos mecanismos de defesa do hospedeiro, ou seja, aumentam a capacidade das bactérias para superar a reação inflamatória e a resposta imune à presença do antígeno. (MARTINEZ et al., 2011; WILDER; MORETTI, 2017).

A doença periodontal é caracterizada por infecções localizadas que envolvem os tecidos de suporte dentário e as estruturas que compõem o periodonto (gengiva, ligamento periodontal, cimento radicular e osso alveolar). A designação da doença periodontal inclui processos reversíveis (gengivite) e irreversíveis (periodontite). (MARTINEZ et al., 2011).

A distinção entre a gengivite e a periodontite é baseada na presença de envolvimento do osso alveolar, que ocorre na periodontite e não na gengivite. (WILDER; MORETTI, 2017). A periodontite pode ser leve a moderada ou avançada. (SANTANA et al., 2007).

A doença periodontal é altamente prevalente, a maioria dos estudos nos Estados Unidos da América (EUA) relatou que metade da população tem algum histórico de gengivite e que 14% sofrem de doença periodontal. De fato, os números da doença periodontal podem subestimar sua verdadeira prevalência, já que estudos anteriores descobriram que 25-36% da população foi afetada. As estimativas da epidemiologia desta patologia parecem depender da abordagem diagnóstica adotada (MARTINEZ et al., 2011).

Gomes Filho et al. (2006) analisaram os critérios de diagnóstico relacionados a doença periodontal e concluíram que o padrão-ouro deve considerar pelo menos 4 ou mais dentes, com um ou mais sítios com profundidade de sondagem maior ou igual a 4mm, com perda de inserção clínica maior ou igual a 3mm no mesmo sítio e presença de sangramento à sondagem.

Dados da Saúde Bucal Brasil 2010 sobre a condição periodontal da população brasileira demonstram que:

[...] a prevalência de sangramento gengival aumenta dos 12 anos até a vida adulta, decrescendo nos idosos. Para o país, cerca de um quarto dos adolescentes de 12 anos de idade, um terço dos adolescentes de 15 a 19 anos, aproximadamente a metade dos adultos de 35 a 44 anos de idade e menos de um quinto dos idosos apresentaram sangramento gengival. A presença de cálculo dentário

umenta com a idade, atingindo a maior prevalência entre os adultos, aproximadamente 64%, declinando nos idosos. Bolsas periodontais rasas acometem aproximadamente 10% dos jovens entre 15 e 19 anos, ¼ dos adultos entre 35 e 44 anos e 14% dos idosos. Bolsas profundas são ainda mais raras, pois atingem menos de 1% dos jovens de 15 a 19 anos, menos de 7% dos adultos e aproximadamente 3% dos idosos (BRASIL, 2012, p. 41). [...] Mais da metade (51,5%) dos adultos não apresentaram perda de inserção com significado patológico, ficando entre 0 e 3mm. A perda de inserção mais frequente ficou entre 4 e 5mm. [...] cerca de 1/3 dos indivíduos apresentaram sextantes excluídos como resultados das perdas dentárias ao longo da vida. (BRASIL, 2012, p. 43).

A relação entre o tabagismo e a saúde periodontal tem sido foco de vários estudos. (HAYMAN; STEFFEN; STEVENS, 2011; BOROJEVIC, 2012; VINHAS; PACHECO, 2008; CARVALHO; SANTOS; CURY, 2008; REIS et al., 2012; CÉSAR NETO *et al.*, 2012). Maiores níveis de perda óssea alveolar, mobilidade dentária, profundidade de bolsa à sondagem e perda de dentes foram relatados como sendo mais graves em pacientes fumantes do que em não fumantes. (VINHAS; PACHECO, 2008; CARVALHO; SANTOS; CURY, 2008; REIS et al., 2012).

O tabagismo é um fator de risco para o início, extensão e gravidade da doença periodontal. (CÉSAR NETO et al., 2012). Além disso, fumar pode diminuir as possibilidades de sucesso no tratamento. (HAYMAN; STEFFEN; STEVENS, 2011; BOROJEVIC, 2012, REIS et al., 2012).

Santos e Siqueira (2016) realizaram uma revisão bibliográfica sobre tabaco e doenças periodontais. Foi realizada uma busca no Google, jornais e livros online, da qual foram selecionados 14 artigos, publicados após 1997. Os resultados mostraram que o tabagismo é considerado um dos principais fatores de risco para doenças periodontais. Os autores destacaram a importância de informar os pacientes fumantes sobre as limitações do tratamento e consequentes prejuízos em nível periodontal ao longo do tempo.

Quanto à relação entre o consumo de álcool e as doenças periodontais, existem poucos estudos sobre o estado periodontal relacionado aos perfis microbiológicos e imunológicos entre indivíduos que não utilizam ocasionalmente álcool e aqueles com dependência de álcool. Um estudo recente, realizado com 88 voluntários, demonstrou que os indivíduos com dependência de álcool apresentaram pior estado periodontal. Os autores observaram uma influência negativa do consumo de álcool em parâmetros periodontais clínicos e microbiológicos, bem como uma

ligeira influência sobre os parâmetros imunológicos, sinalizando a necessidade de estudos adicionais. (LAGES et al., 2015).

2.4 Doença periodontal em população indígena

A população indígena que vive isolada da população não-indígena possui hábitos alimentares diferenciados, baseados em alimentos obtidos por meio da caça, da pesca e da natureza. Tais características podem influenciar na saúde bucal dos indígenas. Um estudo realizado por Pereira et al. (1972) com a população Yanomami demonstrou que a prevalência de má oclusão nessa população indígena é bem próxima da população não-indígena, mas com problemas de menor severidade. Os Yanomamis apresentam desgaste oclusal devido à mastigação vigorosa, em que os alimentos são muito duros e contenham partículas abrasivas. Entretanto, a eliminação das cúspides pelo desgaste fisiológico não reduz a eficiência mastigatória. O estudo também demonstrou que a prevalência de cárie foi considerada baixa entre os Yanomamis, com índices significativamente inferiores em comparação com a população não-indígena. Os autores concluíram que, ainda que os Yanomamis não tenham nenhum hábito de higiene bucal, a sua mastigação vigorosa proporciona autolimpeza dos dentes. A eliminação dos traumas oclusais e a diminuição da altura das coroas dentárias, permite melhor estímulo das gengivas pela mastigação, podendo ter contribuído para o melhor status periodontal observados nos Yanomamis. Os autores sugerem ser feito um estudo, com maior casuística para apreciar a influência do desgaste oclusal fisiológico na doença periodontal.

Ronderos, Pilhstrom e Hodges (2001) avaliaram a condição periodontal de indígenas situados em uma região remota da floresta Amazônica e determinaram a associação da doença periodontal com vários fatores demográficos, comportamentais e ambientais. O estudo transversal foi realizado com 244 indígenas, na faixa etária dos 20 a 70 anos. A doença periodontal foi associada à recessão gengival e não a bolsas profundas. A maioria dos indivíduos apresentaram perda de inserção e, apesar da má higiene bucal e inflamação gengival extensa, não apresentaram destruição periodontal grave.

Brennan, Thomson e Spencer (2007) examinaram a saúde bucal dos indígenas australianos em relação aos pacientes odontológicos adultos não-indígenas em termos de experiência de cárie e status periodontal, controlando a idade e o gênero do paciente, tipo de cuidados e localização geográfica. Os resultados demonstraram que os indígenas apresentaram pior estado de saúde bucal que os não-indígenas, com maior porcentagem de pacientes indígenas com bolsas periodontais de 6mm e com dentes mais deteriorados e perdidos.

Corraini (2007) avaliou a prevalência, extensão e severidade de NCI e investigou as possíveis associações entre variáveis demográficas, socioeconômicas e comportamentais com NCI em uma população isolada brasileira. Todos os indivíduos com mais de 12 anos de idade foram identificados por um censo. Eles foram entrevistados por meio de um questionário estruturado e submetidos a exame clínico completo que consistiu na avaliação de seis sítios por dente em toda a boca. Dentre os 214 indivíduos que foram entrevistados e receberam exame clínico completo, NCI \geq 5mm foi observado em 8%, 37%, 70%, 83% e 100% dos indivíduos nas faixas etárias de 12-19, 20-29, 30-39, 40-49 e 50 ou mais anos de idade, respectivamente; enquanto que a prevalência de NCI \geq 7 mm foi de 5%, 8%, 20%, 67% e 83% respectivamente, nas faixas etárias anteriormente descritas. As análises de regressão logística multivariável identificaram quantidade de placa visível (OR=2,8), quantidade de cálculo supra gengival (20-50%, OR=2,9; e >50%, OR=10,6), idade (OR = 11,4) e tabagismo (OR = 2,4) como indicadores de risco para NCI \geq 5 mm; e tabagismo (OR=8,2) para NCI \geq 7 mm. Os resultados demonstraram que a NCI é altamente prevalente na população isolada pesquisada. A alta prevalência de NCI em faixas etárias jovens e a identificação de indicadores de risco tradicionais para NCI nesta população sugerem que fatores microbiológicos ou a susceptibilidade para a exposição de fatores ambientais possam ser considerados fatores-chave para a alta ocorrência encontrada na população pesquisada.

Freitas (2008) analisou os dados produzidos a partir de um levantamento epidemiológico em saúde bucal realizado em comunidades indígenas Yanomami na região do Polo-Base Xitei e subpolo Ketaa. Foram seguidos os critérios preconizados pelo Projeto SB Brasil 2003 e pela OMS. As variáveis observadas foram: índice CPO; necessidade de tratamento; uso e necessidade de prótese; CPI (índice comunitário periodontal) e PIP (perda de inserção periodontal). Foram examinados 823 indígenas de um total de 1220 indígenas residentes na região,

sendo 50,6% do sexo masculino e 49,4% do sexo feminino. A composição etária dessa amostra de conveniência se aproxima a da população total acima de dois anos. A média de dentes atacados pela cárie, na população examinada foi $0,23 \pm 0,60$ para a faixa etária de 12 anos; $0,33 \pm 0,75$ para os indivíduos com idade entre 15 e 19 anos; $1,43 \pm 1,39$ para os indivíduos com mais de 60 anos. Os valores encontrados para o índice CPO-D foram muito baixos, próximos de zero em todas as faixas etárias exceto para os indivíduos acima de 50 anos (CPO-D = 1,21). A grande maioria, 82,3% da amostra estava livre de cáries. Não houve diferenças estatísticas significativas em relação ao índice de cáries entre homens e mulheres. Os resultados encontrados para a condição periodontal demonstraram uma prevalência maior de sangramento, cálculo e bolsas de 4-5 mm quando comparados aos dados nas mesmas faixas-etárias da população brasileira e da Região Norte. As perdas dentárias registradas foram raras entre os indígenas pesquisados e não identificado nenhum paciente que necessitasse de prótese removível ou total. A condição de prevalência de cárie muito baixa encontrada entre os Yanomamis do Polo-Base Xitei, faz supor que a distância dos locais de comercialização de alimentos aliados a estratégia de sistematização nas relações de troca entre indígenas e não-indígenas na região, que não incluem itens estranhos à alimentação tradicional, provavelmente têm influenciado a manutenção de uma boa condição de saúde bucal.

Medina et al. (2008) avaliaram a experiência de cárie entre escolares indígenas (Naporunas) e não-indígenas (colonizadores recentes de origem étnica variada) com idade entre 6 e 12 anos, residentes na Bacia Amazônica do Equador. Foram realizados 1449 exames clínicos que demonstraram uma alta incidência de cárie nos dois grupos, com predominância de lesões não tratadas em todas as idades. Os dados referentes aos escolares indígenas sugerem a adoção de uma alimentação não tradicional. É necessário melhorar as condições de saúde bucal da população em geral (indígena e não-indígena) a partir de ações baseadas na prevenção e promoção da saúde bucal.

Vieira (2009) avaliou as condições de saúde bucal de oito etnias (Umutina, Paresi, Bororo, Bakairi, Kayabi, Irantxe, Nambikwara e Terena) que residem na terra indígena Umutina, no Estado do Mato Grosso. Participaram do estudo 291 indígenas, de ambos os sexos e com idade variando de 1 a 96 anos, patologias bucais e alterações de normalidade foram observadas em 132 indivíduos, evidenciando uma elevada ocorrência de anquiloglossia (108 casos – 37,11%),

glossite migratória benigna (5 casos – 1,72%); torus mandibular e candidose (3 casos – 1,03%), dentre outras. Nenhuma lesão de caráter maligno foi observada nessa população. As condições dentárias foram avaliadas para identificar a prevalência de cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico das crianças da aldeia Ymutina, por meio de um estudo epidemiológico transversal. Os resultados demonstraram a necessidade de melhorias nas condições de higiene bucal. Quanto à doença periodontal, a periodontite agressiva não foi observada nas comunidades, mas a maioria da população examinada apresentou gengivite ou periodontite crônica.

Silva e Solis (2010) analisaram estudos sobre a prevalência periodontal em populações indígenas. Foi observada uma pior saúde periodontal nas populações indígenas devido às maiores frequências de perda clínica de inserção, índice de placa e gengival. Os autores concluíram que em populações isoladas a manifestação da doença periodontal é peculiar, sendo necessárias políticas públicas voltadas para a promoção da saúde bucal para priorizar o atendimento nestas populações.

Skilton et al. (2011) afirmaram em seu estudo que a doença periodontal é generalizada e representa um problema substancial entre as populações aborígenes australianas, em que 20% dos adultos apresentam formas leves de doença periodontal e cerca de 1 em 40 adultos apresentam formas mais graves da doença, aumentando para 3 em cada 10 adultos quando a população indígena foi considerada isoladamente. A prevalência de perda dentária devido à doença periodontal entre as populações aborígenes também é alta.

Alves Filho, Santos e Vettore (2014) identificaram fatores associados à cárie e às doenças periodontais em populações indígenas na América Latina. A partir da análise de artigos sobre o tema, os autores concluíram que o aumento da idade e diferenças entre sexos são possíveis fatores associados ao aumento da cárie dentária e doenças periodontais nas etnias Xavante e Guarani, localizadas no Brasil.

Thomson et al. (2014) documentaram os três principais indicadores de destruição periodontal severa e avaliaram os fatores associados a esses indicadores em uma população indígena urbana na Austrália. Foi realizada uma pesquisa transversal de uma amostra de conveniência de adultos aborígenes de uma área urbana australiana. Os dados sociodemográficos e o status de tabagismo foram coletados por entrevista e estado de saúde por meio de uma auditoria de registro

médico. A perda de inserção clínica foi utilizada para determinar a prevalência, extensão e gravidade da periodontite severa. Fatores com associação significativa com indicadores periodontais no nível bivariado foram ainda incluídos na análise multivariada que controla a idade e o gênero. Participaram do estudo 251 adultos aborígenes. Os autores concluíram que uma alta proporção da população aborígene urbana apresentava doença periodontal grave associada ao tabagismo e ao diabetes.

Miranda (2016) avaliou a prevalência de doença periodontal na população indígena e comparou com a população não-indígena. A associação dos grupos etários com os índices periodontal comunitário (CPI) e de perda de inserção periodontal (PIP), foram avaliados por meio do teste Rao-Scott chi-square. O teste Pearson foi utilizado para análise residual. Quando os componentes do CPI dos indígenas e não-indígenas foram comparados, os indígenas com 12 anos de idade ($p=0,01$) e entre 35 e 44 anos de idade ($p=0,00$) mostraram condições periodontal menos favoráveis que os indivíduos não-indígenas. A conclusão foi de que as condições bucais dos indígenas que residem em áreas urbanas no que se refere à cárie e doença periodontal são piores que as condições dos indivíduos não-indígenas. A autossatisfação em relação à saúde bucal da população indígena está diretamente ligada à utilização recente dos serviços odontológicos, sendo maior entre aqueles que foram atendidos no serviço público.

Viegas (2008) relatou as formas não habituais de uso do tabaco identificando preparações para absorção pelas mucosas com objetivo de serem livres de fumaça como apresentação na forma de snuff, tabaco moído muito fino colocado entre a mucosa e a gengiva podendo ser na apresentação seca ou úmida e também na apresentação conhecida como snuss forma úmida comercializada na Suécia e Noruega em pequenos sachets para ser colocado na boca. Enfatiza que o uso desse tipo de tabaco não é uma forma segura de substituição do tabagismo convencional, e relata que existe danos à saúde como câncer oral e pancreático, dependência da nicotina, leucoplaquia, doença periodontal, abrasão dos dentes, perda óssea e de dentes.

Selau et al. (1988) em estudo com população indígena Yanomami relataram como fatores de proteção à cárie, o desgaste oclusal fisiológico aliado ao uso constante de folhas de tabaco enroladas em cinzas, utilizadas desde a primeira infância, colocadas no fundo de vestíbulo bucal. Freitas (2008) observou que

praticamente toda a população adulta dos Yanomamis da comunidade Xitei fazia uso de folhas de tabaco enroladas em cinzas, benehé, que provocam manchas extrínsecas não patogênicas no esmalte dos dentes.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 População estudada

A pesquisa foi realizada com duas etnias indígenas (Yanomami e Makuxi) predominantes no estado de Roraima, adstrita da CASAI, município de Boa Vista, durante o período de seis meses, com permanência dos avaliadores em dias agendados.

Foram avaliados 157 indígenas – 84 da etnia Yanomami e 73 da etnia Makuxi, de ambos os gêneros, na faixa etária de 17 a 70 anos, que aceitaram voluntariamente a participar de exames clínicos para análise periodontal, por meio de amostra de conveniência.

Para uma anamnese mais fidedigna principalmente com os Yanomamis foi utilizado auxílio de intérprete indígena, uma vez que a maioria deste povo ainda não entende ou fala a língua portuguesa, já para os Makuxis não havendo essa necessidade, visto que todos compreendiam e falavam a língua portuguesa.

O presente estudo foi submetido à anuência de instituições relacionadas à ética em pesquisa científica e/ou à proteção indígena no Brasil (apêndice A), tais como:

- DSEIY: Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami;
- CONDISI: presidência dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena;
- CASAI: chefia da Casa de Saúde Indígena;
- CONEP: Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.

Os indígenas que aceitaram participar da pesquisa assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – apêndice B), elaborado de acordo com as diretrizes do CONEP, sob aprovação do parecer nº 1.998.028.

3.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão foram os seguintes:

- Idade \leq 16 anos;
- Não aceitação da realização dos exames clínicos para a análise periodontal;
- Solicitação de saída da pesquisa.

3.3 Calibração dos examinadores

A calibração dos examinadores foi realizada por intermédio de mensurações dos parâmetros clínicos periodontais e comparados por intra-examinador e inter-examinador pelos testes erro padrão da medida e teste de Kappa ($k > 0,8$).

3.4 Exame clínico para análise periodontal – coleta de dados

O levantamento de dados seguiu os parâmetros abaixo, assegurando uma uniformidade na interpretação dos resultados a partir de critérios na coleta de dados para as diversas condições observadas.

Os parâmetros clínicos avaliados foram os seguintes:

- **PS:** Profundidade de Sondagem (mm); realizada medindo-se a distância, em milímetros, da margem gengival ao fundo do sulco ou bolsa gengival, incluindo seis sítios: disto-vestibular, vestibular, méso-vestibular, disto-lingual, lingual e méso-lingual; (ALVES et al., 2007).
- **NCI:** Nível Clínico de Inserção (mm); definido como a distância entre a JCE e o fundo do sulco gengival/bolsa periodontal; (ALVES et al., 2007).
- **IP:** Índice de Placa (%): definido como presença ou ausência de placa nas faces vestibular, lingual/palatina, mesial e distal de todos os elementos dentários presentes após mastigação de pastilhas

evidenciadoras de placa bacteriana eviplac (Biodinâmica Química e Farmacêutica LTDA, Paraná, Brasil).

- **IS:** Índice de Sangramento (%): definido como o sangramento à sondagem quando foram feitos os exames de PS, vistos nas faces vestibular, lingual/palatina, mesial e distal de cada elemento presente nas arcadas.
- **CPO:** Índice Cariados Perdidos e Obturados: é um índice usado para medir a ocorrência de cárie em epidemiologia oral. Este índice é baseado no exame visual de cavidades cariosas nas superfícies oclusal/incisal, mesial, distal, vestibular e lingual/palatina dos elementos dentários. Também verifica o número de elementos dentários perdidos e obturados. (ALVES et al., 2007).

Na avaliação da cavidade oral, para análise periodontal dos parâmetros clínicos supracitados, todos os dentes presentes foram examinados, inclusive os terceiros molares por este elemento dental estar presente na população indígena e em condições de avaliação. Devido à falta de informações de saúde bucal da população pesquisada, optou-se por avaliar todos os dentes presentes, e não apenas os dentes-índice, para que a prevalência da doença periodontal não fosse subestimada.

Os dados foram coletados a partir de formulários padrão (Apêndice C) e com bandeja clínica composta por sonda, espelho bucal, pinça clínica e sonda periodontal milimetrada. A iluminação foi realizada com o uso de uma lanterna, afixada com um dispositivo de cinta, colocada na testa do examinador. As anotações foram realizadas por auxiliares devidamente treinados.

3.5 Análise dos resultados

Os dados obtidos nos exames clínicos para avaliação dos parâmetros periodontais foram submetidos a análise de variância (ANOVA), para comparação das médias dos valores clínicos e a comparação entre as duas etnias e entre os membros de uma mesma etnia em diferentes faixas etárias.

Para amostra utilizou-se de procedimentos não paramétricos diretamente para a análise, em função da baixa performance dos testes de aderência à

normalidade, então o teste usado foi o teste não paramétrico Mann-Whitney para comparações duas a duas. Nível de significância adotado foi de 5%.

4 RESULTADOS

Na presente pesquisa, no total foram examinados 157 indígenas, sendo 84 (53,5%) pertencentes aos Yanomamis e 73 (45,50%) pertencentes aos Makuxis.

Quanto à idade, 98 (62,42%) tinham 35 anos ou menos (YAN= 58 – 69,05%; MAK= 40 – 54,79%); e 59 (37,58%) tinham mais de 35 anos (YAN= 26 – 30,95%; MAK= 33 – 45,31%).

Em relação ao gênero, 77 (49,04%) pertenciam ao sexo masculino (YAN= 41 – 48,81%; MAK= 36 – 49,32%); e 80 (50,96%) pertenciam ao sexo feminino (YAN= 43 – 51,19%; MAK= 37 – 50,68%).

Foram relatadas poucas alterações sistêmicas entre os indígenas pesquisados, sendo apenas 2 (1,27%) de ordem geral (YAN= 1 – 1,19%; MAK= 1 – 1,37%);

A OHB progressiva foi observada em 93 (59,24%) dos integrantes, sendo 39 (46,42%) entre os Yanomamis e 54 (73,97%) entre os Makuxis, com diferença estatística ($p=0,046$), com relação aos hábitos de higiene bucal 85,7% dos Yanomamis relataram utilizar diariamente contra 100% dos Makuxis. Os hábitos alimentares mostraram diferença quanto ao consumo de alimentação nativa ou industrializada, os Yanomamis consomem mais alimentação nativa ($p=0,027$) enquanto os Makuxis têm alimentação predominantemente industrializada ($p=0,008$) com diferença estatística. (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados demográficos dos pacientes avaliados e hábitos divididos pela etnia

Etnia indígena →		YANOMAMI		MAKUXI		TOTAL	
		Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%
Total população Examinados		84	53,50%	73	46,50%	157	100%
Idade	≤ 35 anos	58	69,05%	40	54,79%	98	62,42%
	> 35 anos	26	30,95%	33	45,21%	59	37,58%
Gênero	Masc.	41	48,81%	36	49,32%	77	49,04%
	Fem.	43	51,19%	37	50,68%	80	50,96%
Alterações sistêmicas	Todas	1	1,19%	1	1,37%	2	1,27%
OHB – pregressa		39	46,42%	54	73,97%* (p=0,046)	93	59,24%
Autocuidado – escovação		72	85,71%	73	100,00%	145	92,36%
Uso do álcool		49	58,33%	34	46,58%	83	52,87%
Uso do tabaco		65	77,38%* (p=0,015)	14	19,18%	79	50,32%
Alimentação predominante	Nativa	57	67,86%* (p=0,027)	13	17,81%	70	44,59%
	Industrial	27	32,14%	60	82,19%* (p=0,008)	87	55,41%

Fonte: elaborado pelo autor

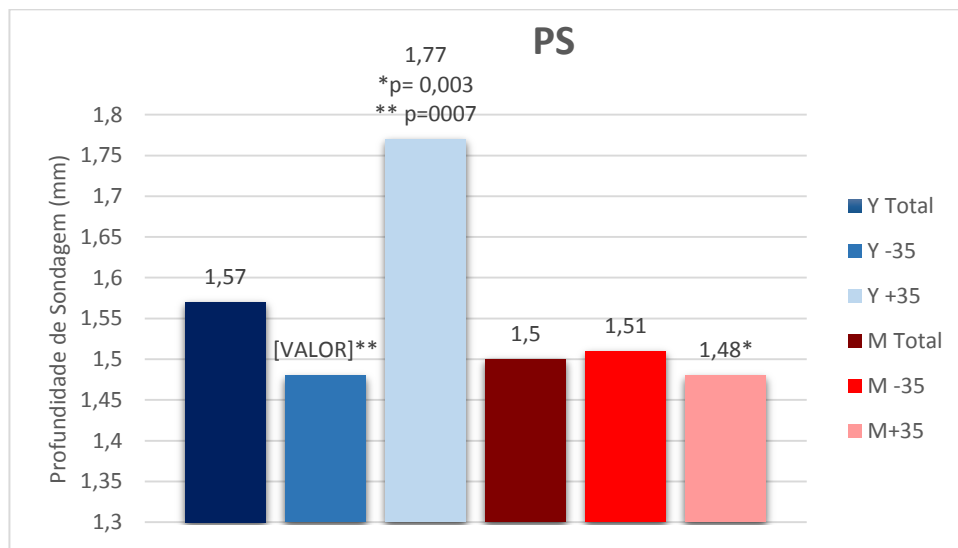
Os gráficos 1-4 apresentam os dados periodontais de profundidade de sondagem (PS), nível clínico de inserção (NCI), índice de placa (IP) e índice de sangramento a sondagem (IS). Todos os dados não apresentaram normalidade, então o teste usado foi o teste não paramétrico Mann-Whitney para comparações duas a duas. Nível de significância adotado foi de 5%. O gráfico 5 refere-se a análise dos o índice de CPO, sendo os indivíduos foram divididos de acordo com a faixa etária em grupo 1 de 19-34 anos de idade, grupo 2 de 35 a 44 anos e grupo 3 de 45 a 70 anos.

Para profundidade de sondagem (PS – gráfico 1), os valores observados foram próximos quando avaliados a média das etnias, nos indivíduos abaixo dos 35

anos. Quando avaliados os indivíduos maiores de 35 anos observou-se maior profundidade de sondagem para os YAN com diferença estatística ($p=0,003$).

Quando observados isoladamente as etnias, verifica-se que os valores de PS para os YAN aumentam na faixa etária maior que 35 anos, com diferença estatística ($p=0,0007$) e para os MAK os valores são discretamente menores para a faixa etária maior que 35 anos, sem diferença estatística.

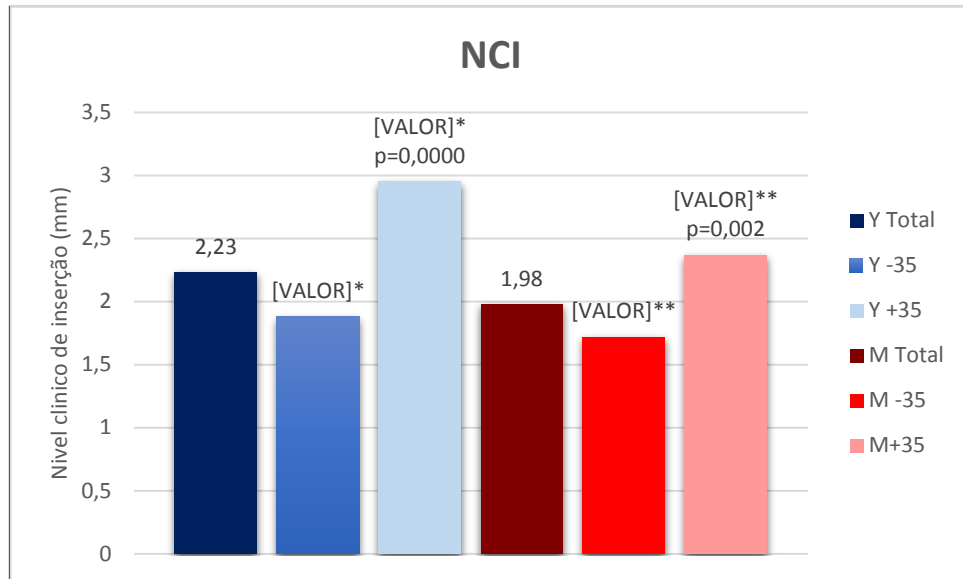
Gráfico 1 - Valores para profundidade de sondagem – Yanomami e Makuxi



Fonte: elaborado pelo autor

Para nível clínico de inserção (NCI), na comparação entre as etnias, foram observados valores maiores para os YAN, mas sem diferença estatística, (gráfico 2), e quando comparados entre os mesmos grupos, ambas etnias os valores na faixa etária maior que 35 anos são maiores que os valores na faixa etária menor de 35 anos, com diferença estatística, YAN ($p=0,0000$) e MAK ($p=0,0002$) na Tabela 2.

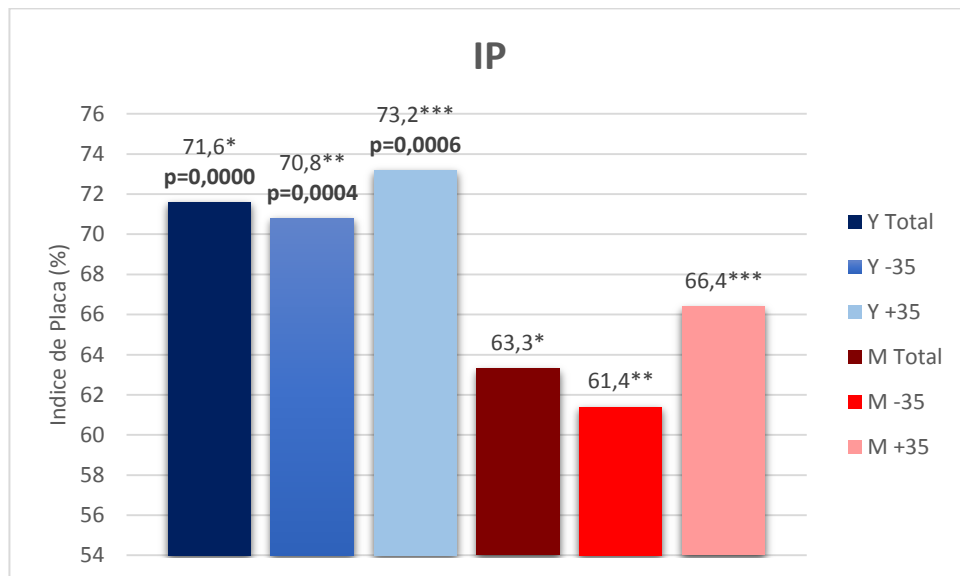
Gráfico 2 - Valores para nível clínico de inserção – Yanomamis e Makuxis



Fonte: elaborado pelo autor

Quando avaliado o índice de placa (IP) (Gráfico 3), observou-se maiores valores para os Yanomamis, com diferença estatisticamente significativa para todos os grupos comparados (Yanomamis x Makuxis; abaixo de 35 anos e acima de 35 anos).

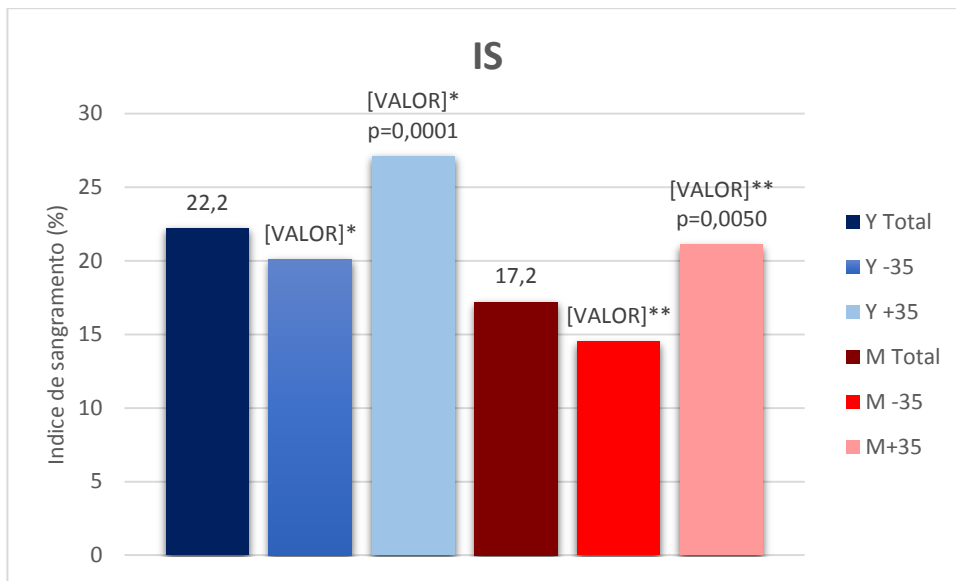
Gráfico 3 - Valores para índice de placa – Yanomamis e Makuxis



Fonte: elaborado pelo autor

Para índice de sangramento (IS) a sondagem, foram observados valores maiores para os Yanomamis, no total e quando divididos entre os grupos também, mas não houve diferença estatística (Gráfico 4). Quando observados as etnias isoladamente verificou em ambas etnias maiores valores para o grupo maior de 35 anos, com diferença estatística, YAN ($p=0,0001$) e MAK ($p=0,0050$).

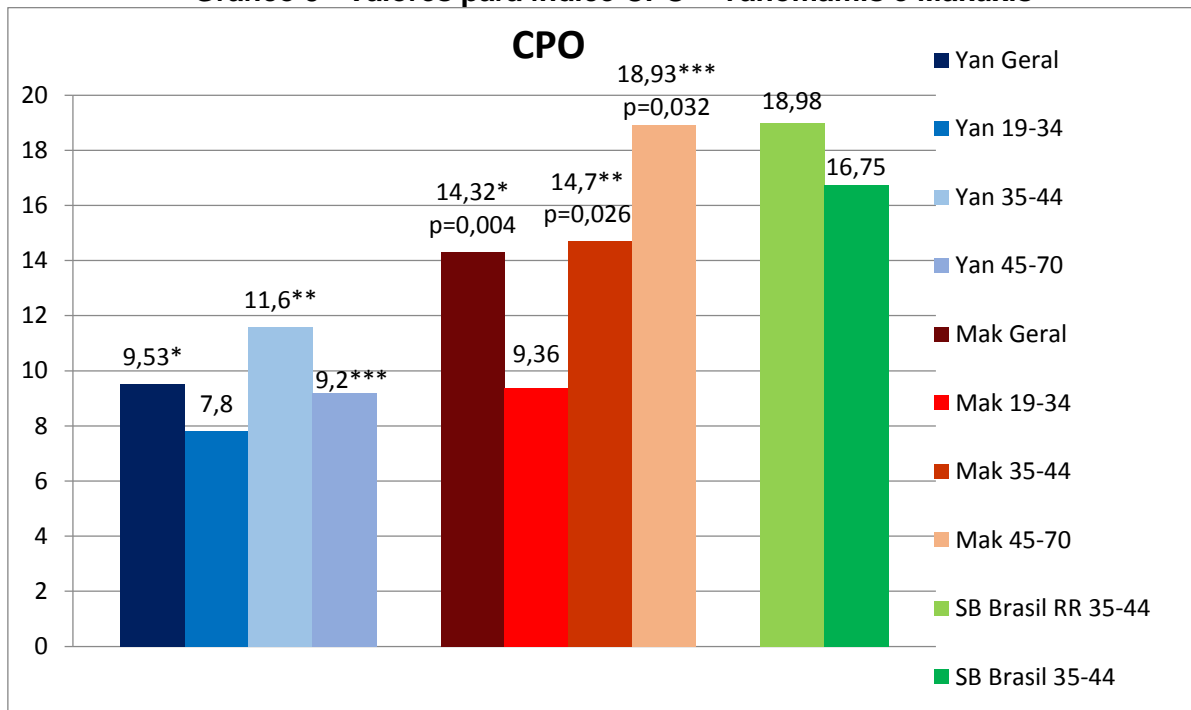
Gráfico 4 - Valores para índice de sangramento – Yanomamis e Makuxis



Fonte: elaborado pelo autor

O gráfico 5 mostra os resultados na avaliação do índice CPO, os indivíduos incluídos no estudo foram divididos de acordo com as faixas etárias da OMS, observamos uma média do índice CPO significativa superior no grupos dos Makuxis e nas faixas etárias de 35-44 e 45-70. Quando comparados aos valores obtidos no levantamento do SB Brasil, 2010, observamos no grupo 35-44 valor médio de 18,98 para o estado de Roraima e de 16,75 para a média nacional.

Gráfico 5 - Valores para índice CPO – Yanomamis e Makuxis



Fonte: elaborado pelo autor

A tabela 2 apresenta os resultados do teste não paramétrico Mann-Whitney para comparações duas a duas, com nível de significância global de 5%.

Tabela 2 - Resultados do teste não paramétrico Mann-Whitney

Tipos de comparação	PS	NCI	IP	IS	CPO
< 35 ANOS Yanomami X Makuxi	p=0,5644	p=0,9540	p=0,0004	p=0,9124	p=0,0572
> 35 ANOS Yanomami X Makuxi	p=0,003	p=0,2768	p=0,0006	p=0,0503	p=0,0017
TODAS AS IDADES Yanomami X Makuxi	p=0,3751	p=0,5101	p=0,0000	p=0,2228	p=0,0001
YANOMAMI < 35 anos X > 35 anos	p=0,0007	p=0,0000	p=0,0614	p=0,0001	p=0,0633
MAKUXI < 35 anos X > 35 anos	p=0,3902	p=0,0002	p=0,0159	p=0,0050	p=0,0000

Fonte: elaborado pelo autor

Os dois tipos de análise dos resultados da análise periodontal (teste Mann-Whitney e estatística) foram classificados em: abaixo de 35 anos; acima de 35 anos e todas as idades, para as duas populações indígenas (Yanomamis e Makuxis).

O teste de Mann-Whitney na comparação entre as populações indígenas Yanomamis e Makuxis, na faixa etária abaixo de 35 anos, o IP apresentou diferenças estatísticas ($p=0,0004$) já na comparação entre as populações indígenas Yanomamis e Makuxis, na faixa etária acima de 35 anos, foram observadas diferenças nos seguintes índices: PS ($p=0,003$) IP ($p=0,0006$) e CPO ($p=0,0017$). Na comparação entre todas as idades (Geral) , entre os Yanomamis e os Makuxis, foram observadas as seguintes diferenças: IP ($p=0,0000$) e CPO ($p=0,0001$). Na comparação dentro da própria população Yanomami entre as faixas etárias abaixo de 35 anos e acima de 35 anos, foram observadas as seguintes diferenças: PS ($p=0,0007$), NCI ($p=0,0000$), IS ($p=0,0001$) já as diferenças na comparação entre todas as idades entre a população Makuxi foram: NCI ($p=0,0002$), IP ($p=0,0159$), IS ($p=0,0050$) e CPO ($p=0,0000$).

5 DISCUSSÃO

As doenças periodontais são patologias comuns na população em geral, que podem variar de uma gengivite até a periodontite (ALVES et al., 2007; SANTANA et al., 2007; MARTINEZ et al., 2011; WILDER; MORETTI, 2017). Alguns estudos abordaram questões relacionadas à doença periodontal na população indígena no Brasil (PEREIRA et al., 1972; RONDEROS; PILHSTRO; HODGES, 2001; CORRINI, 2007; FREITAS, 2008; VIEIRA, 2009; SILVA; SOLIS, 2010; ALVES; SANTOS; VETTORE, 2014; MIRANDA, 2010) e em outros países, como os estudos sobre os indígenas australianos (aborígenes) (BRENNAN; THOMSON; SPENCER; 2007; SKILTON et al., 2011; THOMSON et al., 2014. KAPELLAS et al., 2014) e a população indígena no Equador (MEDINA et al., 2008). Doença periodontal e lesões de cárie são objetos de estudo para obtenção de indicadores de saúde bucal e representam um impacto significativo na saúde da população sendo fundamentais para o embasamento de políticas públicas de saúde, inclusive para a população indígena.

O estudo realizado por Vieira (2009) com oito etnias indígenas brasileiras demonstrou que a periodontite agressiva não foi observada naquelas populações indígenas, apesar da baixa qualidade da higiene bucal. Esses resultados corroboram os achados nos estudos realizados por Pereira et al. (1972) e Freitas (2008). Mesmo não sendo analisados as variáveis clínicas com intuito de classificar a doença periodontal nas duas etnias comparadas, esta pesquisa, observou que os YAN em comparação com MAK possuem maiores valores para PS, NCI, IP e IS, caracterizando a presença de inflamação, mas não havendo o desenvolvimento de bolsas periodontais nas duas etnias.

No estudo realizado por Ronderos, Pilhstrom e Hodges, (2001), com indígenas de uma área geográfica isolada na floresta Amazônica, a doença periodontal, de leve a moderada, foi relacionada à recessão gengival, com má higiene bucal, inflamação gengival extensa. Posteriormente, o estudo realizado com indígenas da Bacia Amazônica do Equador indicou que a população indígena daquela região não realizava a higiene bucal adequadamente e apresentavam problemas de saúde bucal semelhantes ao da população não-indígena da mesma região (MEDINA et al., 2008), estes estudos corroboram com a pesquisa atual pois verificou-se que em relação ao autocuidado pela escovação dental, os YAN apresentavam menores valores para esta prática em comparação aos MAK, conseqüentemente os YAN apresentaram maiores valores para IP, com diferença estatisticamente significativa para todos os grupos comparados (total; abaixo de 35 anos e acima de 35 anos) e IS, mas sem diferença estatística.

Quando questionado sobre o autocuidado relacionado à escovação, 145 (92,36%) dos participantes realizam escovação diariamente, sendo 72 (85,71%) entre os Yanomamis e 73 (100%) entre os Makuxis, podemos observar uma mudança desta prática ao decorrer dos anos, pois no estudo realizado por Pereira et al. (1972) demonstrou que, naquela época, os Yanomamis não tinham hábito de higiene bucal. O aumento do contato com as práticas de higienização realizadas pelo não índio trazidas pelo contato tanto pela proximidade com as áreas geográficas com população não-indígena e principalmente pelo aumento ao acesso as equipes de saúde bucal dos DSEI junto as comunidades incrementando as ações de cunho coletivo, pôde influenciar a mudança dos hábitos e costumes em relação à higiene bucal a longo prazo tanto dos YAN como dos MAK.

Estudos realizados com aborígenes australianos demonstraram que eles apresentam pior estado de saúde bucal em comparação com a população não-indígena, com maiores índices de bolsas periodontais e dentes cariados e perdidos. (BRENNAN; THOMSON; SPENCER, 2007; SKILTON et al., 2011; THOMSON et al., 2014; KAPELLAS et al., 2014).

O estudo realizado por Skilton et al. (2011) demonstrou que entre os aborígenes australianos, 3 em cada 10 adultos, possuem problemas periodontais graves, levando a perda dentária e alta prevalência de doença periodontal. No estudo realizado por Thomson et al. (2014), a alta prevalência de doença periodontal entre a população aborígine, que vive em regiões urbanizadas, foi relacionada ao tabagismo e ao diabetes. Kapellas et al. (2014) em estudo de um total de 312 aborígenes australianos 87,5% apresentavam periodontite; 3,5 vezes a das estimativas de nível nacional. A doença cárie não tratada foi cinco vezes maior que a associado a idade mais avançada, sexo masculino e presença de diabetes. Este estudo não condiz com os resultados desta pesquisa, pois mesmo os YAN apresentando maiores índices nas variáveis periodontais em comparação com MAK, nas duas etnias avaliadas não foram encontrados dados estatístico que justificasse significativamente o agravamento da doença periodontal.

Dados desta pesquisa demonstraram que o consumo de álcool foi declarado por 83 (52,87%) dos pesquisados, sendo 49 (58,33%) entre os Yanomamis e 34 (46,58%) entre os Makuxis. Poucos estudos abordam a relação entre a dependência de álcool e doenças periodontais, geralmente estão associados ao sinergismo com o tabagismo, entretanto, o estudo realizado por Lages et al. (2015) concluiu que os indivíduos com dependência de álcool são mais suscetíveis aos problemas periodontais, o que corrobora com este estudo uma vez que os YAN apresentaram piores índices periodontais comparados aos MAK. Vale ressaltar que tanto os Mak como os YAN mesmo mantendo suas tradições culturais na fabricação de suas bebidas alcoólicas típicas já sofrem com alcoolismo devido à proximidade com a população não indígena sendo preocupante o uso de bebidas alcoólicas destiladas, principalmente quando em trânsito nas cidades próximas de suas comunidades.

Na presente pesquisa, o uso do tabaco foi declarado por 79 (50,32%) dos pesquisados, sendo 65 (77,38%) entre os YAN e 14 (19,18%) entre os MAK. Apenas na etnia Yan foi detectado o uso de tabaco na forma de absorção pelas mucosas (Benehé), 39 (60%) do total de YAN que relataram uso de tabaco. O tabagismo é

citado em vários estudos como um fator de risco para a periodontite (HAYMAN; STEFFEN; STEVENS, 2011; BOROJEVIC, 2012; VINHAS; PACHECO, 2008; CARVALHO; SANTOS; CURY, 2008; REIS et al., 2012; CÉSAR NETO et al., 2012; SANTOS; SIQUEIRA, 2016), com maiores níveis de perda óssea alveolar, mobilidade dentária, profundidade de sondagem e perda de dentes. (VINHAS; PACHECO, 2008; CARVALHO; SANTOS; CURY, 2008; REIS et al., 2012).

Na população aborígine o tabagismo foi relacionado à maior gravidade da doença periodontal entre os indígenas que vivem em regiões urbanizadas. (THOMSON et al., 2014).

Selau et al. (1988) em estudo com população indígena Yanomami relataram como fatores de proteção à cárie, o desgaste oclusal fisiológico aliado ao uso constante de folhas de tabaco enroladas em cinzas, utilizadas desde a primeira infância, colocadas no fundo de vestibulo bucal. Freitas (2008) observou que praticamente toda a população adulta dos Yanomamis da comunidade Xitei fazia uso de folhas de tabaco enroladas em cinzas, benehé, que provocam manchas extrínsecas não patogênicas no esmalte dos dentes. Na pesquisa observamos índices periodontais com maiores valores para os YAN comparados aos índices dos MAK e coincidentemente um maior uso do tabaco pelo YAN na forma fumada ou absorvidas pela mucosa.

Dados desta pesquisa demonstram que a análise da profundidade de sondagem (PS) em comparação entre os YAN e MAK apresentou diferenças estatísticas para os indivíduos com mais de 35 anos pertencentes a etnia YAN, com maior profundidade de sondagem. Quando observados isoladamente as etnias, verifica-se que os valores de PS para os YAN aumentam na faixa etária maior que 35 anos, com diferença estatística ($p=0,0007$) e para os MAK os valores são discretamente menores para a faixa etária maior que 35 anos, sem diferença estatística. O estudo realizado por Freitas (2008), corrobora, pois, a condição periodontal dos YAN demonstrou maiores índices de sangramento, cálculo e bolsas de 4-5mm quando comparada a população não indígena. Apesar disso, foram observadas poucas perdas dentárias e baixa prevalência de cáries. O estudo realizado por Silva e Solis (2010) demonstrou piores condições relacionadas à saúde periodontal da população indígena em comparação com a população não-indígena, com frequente perda clínica de inserção, índice de placa e gengival. Dowsett et al. (2001) em estudo com indígenas descendentes do Maias na Guatemala, que verificou uma leve diminuição de PS com decorrer da

idade, o que corrobora com os achados nesta pesquisa quando comparado aos valores dos MAK, sendo contrários quando comparados à etnia YAN, visto um aumento de PS na faixa etária maior de 35 anos.

Na presente pesquisa, a análise do NCI demonstrou maiores valores para os YAN, em todas as faixas etárias, em comparação com os MAK, mas sem diferenças estatísticas significantes. No estudo realizado por Corraini (2007), que verificou a perda de inserção periodontal em uma população brasileira isolada que vivia em uma ilha, na faixa etária acima de 30 anos, o NCI foi superior em comparação com os indivíduos com idades inferiores a 30 anos, assim como no presente estudo. Nosso objetivo foi comparar as etnias e entre elas não existe diferença para NCI e os resultados observados em ambas as etnias e nas faixas etárias avaliadas mostram valores baixos para NCI quando relacionamos as medidas observadas com os hábitos de higiene oral diária realizado pelos indivíduos incluídos no estudo e longe do ideal preconizado por dentistas.

A análise do IP, na presente pesquisa, demonstrou maiores valores para os Yanomamis em comparação com os Makuxis, com diferenças estatisticamente significantes para todos os grupos comparados. Os MAK quase em sua totalidade receberam instruções de higiene bucal e provavelmente devido a este fato o controle de biofilme diário se faz de forma mais eficaz, fato este relacionado também com a maior frequência de visitas das equipes de saúde bucal consequentemente ampliando as ações de cunho coletivo nestas comunidades. O DSEI-Y a logística de deslocamento das equipes é muito mais dificultosa devido às dificuldades decorrentes das grandes distâncias geográficas, dos problemas de acesso na maioria das comunidades, da falta de infra-estrutura adequada, comunicação, qualificam o DSEI-Y numa situação ímpar aos demais Distritos influenciando no plano anual de ação das equipes de saúde bucal nas comunidades, tendo um impacto importante nos resultados epidemiológicos da saúde bucal em cada DSEI. Poderíamos associar aos hábitos alimentares e verificou diferenças na alimentação entre as etnias, YAN com alimentação mais nativa e MAK industrializados. Pensávamos que uma alimentação mais industrializada poderia favorecer o acúmulo de biofilme por ser mais pastosa e fácil de aderir às superfícies dentárias, mas o observado foi o inverso pois a alimentação nativa é característica dos YAN, este fato pode ser justificado

através da adesão das atividade de escovação dental sendo maiores nos MAK do que nos YAN, bem como OHB sendo mais eficiente nos MAK.

A análise do IS a sondagem, de acordo com os resultados desta pesquisa, demonstrou valores maiores para os Yanomamis em comparação com os Makuxis, corroborando a esta pesquisa, o estudo realizado por Freitas (2008) a população indígena Yanomami apresentou índices de sangramento superiores aos observados na população brasileira. Os valores relatados no SB Brasil 2010, também corroboram com os valores encontrados tanto nos YAN como nos MAK, pois verifica-se crescente de acordo com aumento da faixa etária. Outro que corrobora foi o estudo de Dowsett et al., (2001) onde estudou indígenas descendentes dos Maias na Guatemala, e verificou que o índice de sangramento gengival aumenta com decorrer da idade e também com aumento estatisticamente significativo do nível de inserção clínico com o avançar da idade; a profundidade de sondagem teve uma leve diminuição nas últimas faixas etárias corroborando o estudo com os achados de PS dos indígenas Makuxis.

A análise do índice CPO, na presente pesquisa, demonstrou diferenças significantes na comparação entre os indivíduos das duas etnias. Os Yanomamis apresentam melhores valores de CPO que os Makuxis, mas com diferença estatística apenas nas faixas etárias de 35 – 44 e 45 - 70. Corrobora com estes dados o trabalho de Freitas (2008) que descreveu valores de CPO muito baixos, próximos a zero da população Yanomami participante de sua pesquisa, CPO aos 19 anos = 0,3 e 35 a 44 = 0,6, exceto acima de 50 anos, CPO = 1,21. A alimentação, na presente pesquisa, pode justificar as condições acima mencionadas de maiores índices de CPO para os MAK. A análise da alimentação predominante demonstrou que entre os Makuxis que convivem mais próximos à população não-indígena, o consumo de alimentos industrializados é maior do que entre os YAN, que vivem mais afastados da população não-indígena, sendo que 70 (44,59%) dos pesquisados consomem predominantemente alimentação nativa (YAN= 57 – 67,86%; MAK= 13 – 17,81%), enquanto 87 (55,41%) pesquisados consomem predominantemente alimentos industrializados (YAN= 27 – 32,14%; MAK=60 – 82,19%). Quando comparado com os valores do CPO do SB Brasil 2010, verificamos que os Makuxis são os que mais se aproximam dos valores regionais. (Estado de Roraima) e dos valores Nacionais corroborando com nossos achados e

ratificando haver algum fator e proteção em relação a doença cárie, podendo aqui ser o baixo consumo de alimentos industrializados.

Arantes, Santos e Coimbra Júnior (2001), em estudo com etnia Xavante, argumentou que mudanças na dieta (notadamente consumo de açúcar e de outros produtos industrializados), relacionadas a alterações socioeconômicas e ambientais advindas da interação com a sociedade nacional envolvente pela proximidade de suas comunidades, aliadas à escassez de programas preventivos, estão entre as principais causas da deterioração nas condições de saúde bucal dos Xavantes, corroborando com a atual pesquisa pois os MAK são os que apresentam maior proximidades e mudanças de hábitos alimentares relatados.

Nesta pesquisa, as principais diferenças nas variáveis da análise periodontal entre os Yanomamis e Makuxis não foram observadas na comparação entre as duas populações indígenas, mas sim, na comparação entre as faixas etárias (< 35 anos versus > 35 anos) nas próprias populações indígenas. A população com idade abaixo dos 35 anos, tanto entre os YAN como entre os MAK, apresentou menores índices em comparação com a população acima dos 35 anos.

O estudo realizado por Alves Filho, Santos e Vettore (2014) corrobora esta assertiva, uma vez que os autores concluíram que as condições periodontais da população indígena pesquisada apresentaram-se mais precárias com o avanço da idade. Assim, podemos relacionar estes quadros provavelmente à resistência ou mesmo a dificuldade dos indígenas idosos a aderirem às atividades coletivas propostas pela equipe de saúde bucal dos DSEI, muitas das vezes mantendo seus métodos de higienização tradicional ou até mesmo não utilizando nada, sendo, portanto, ineficientes para o controle da saúde bucal uma vez ser grande e continuo o incremento da alimentação industrializada para estes povos em detrimento aos índices periodontais e CPO.

Estudos realizados com populações indígenas, no Brasil (PEREIRA et al., 1972; RONDEROS; PILHSTROM; HODGES, 2001),; CORRINI, 2007; FREITAS, 2008; VIEIRA, 2009; SILVA; SOLIS, 2010; ALVES; SANTOS; VETTORE, 2014; MIRANDA, 2010), e em outros países (BRENNAN; THOMSON; SPENCER, 2007; MEDINA et al., 2008; SKILTON et al., 2011; THOMSON et al., 2014; KAPELLAS et al., 2014), concluíram pela necessidade de melhorar as condições de saúde bucal da população indígena, tanto daqueles que vivem em regiões urbanizadas, próximas

à população não-indígena, como para aqueles que vivem em regiões remotas (RONDEROS; PILHSTROM; HODGES, 2001; CORRAINI, 2007).

6 CONCLUSÃO

Os Yanomamis vivem em áreas geográficas mais isoladas em comparação aos Makuxis, com alimentação e hábitos diferentes. Provavelmente este fato influenciou um menor IP para os MAK devido as orientações de higiene bucal recebidas, como também um maior índice CPO para os MAK devido a uma alimentação industrializada. Ações de educação em saúde bucal em consonância com as diversidades etnomédicas em ambas as etnias faz se necessária, nos YAN para um bom controle de biofilme e nos MAK uma reeducação nos hábitos alimentares.

REFERÊNCIAS

- ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Revista Panam Salud Publica**, v. 35, n. 1, p. 67-77, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892014000100010>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- ALVES, C. et al. Mecanismos patogênicos da doença periodontal associada ao diabetes melito. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, São Paulo, v. 51, n. 7, p. 1050-1057, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302007000700005>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 375-384, mar-abr, 2001. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200012>>. Acesso em: 10 mar. 2017.
- BANIWA, G. dos S. L. **O Índio Brasileiro**: o que você precisa saber sobre os povos indígenas do Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade; LACED/Museu Nacional, 2006. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001545/154565por.pdf>>. Acesso em: jan. 2017.
- BERTANHA, W. D. F. F. et al. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma revisão de literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 16, n. 1, p. 105–112, 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/view/10116/7097>>. Acesso em: 14 jan. 2017.
- BOROJEVIC, T. Smoking and Periodontal Disease. **Mater Sociomed**, Bosnia, v. 24, n. 4, p. 274-276, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633395/>>. Acesso em: 14 jan. 2017.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SB Brasil 2010**: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf>. Acesso em: jan. 2017.
- BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_indigena.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2017.

BRENNAN, D. S.; THOMSON, K. F. R.; SPENCER, A. J. Oral health of Indigenous adult public dental patients in Australia. **Australian Dental Journal**, Austrália, v. 52, n. 4, p. 322-328, 2007. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2007.tb00509.x/epdf>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

CARNEIRO, M. C. G. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1895-1992, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600034>>. Acesso em: 11 fev. 2017.

CARVALHO, A. E.; SANTOS, I. G.; CURY, V. F. A influência do tabagismo na doença periodontal: revisão de literatura. **SOTAU Revista. Virtual de Odontologia**, São José dos Campos, v. 5, n. 2, p. 7-12, 2008.

CÉSAR NETO, J. B. et al. Smoking and periodontal tissues: a review. **Brazilian Oral Research**, São Paulo, v. 26, suppl 1, p. 25-31, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242012000700005>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 125–132, 2000. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232000000100011>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

CORRAINI, P. **Perda de inserção periodontal em uma população isolada brasileira**: prevalência, extensão, severidade e indicadores de risco. 2007. 79 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Odontológicas)–Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

VIEGAS, C. A. de A. Formas não habituais de uso do tabaco. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v. 34, n. 12, p. 1069-1073, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1806-37132008001200013>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

DETOGNI, A. De volta às origens. **Associação Brasileira de Odontologia**, v. 2, p. 138–142, 1994.

DONNELLY, C. J. et al. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomami Indians, Venezuela. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, Denmark, v. 5, n. 1, p. 30–39, 1977.

DOWSETT, S. A. et al. Periodontal disease status of an indigenous population of Guatemala, Central America. **Journal Clinical Periodontol**, United States, v. 28, n. 7, p. 663–671, 2001.

FERREIRA, L. B.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. do. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**,

Brasília, v. 7, n. 4, p. 83–95, 2013. Disponível em:
<<http://dx.doi.org/10.18569/tempus.v7i4.1419>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

FREITAS, L. P. **Saúde bucal dos Yanomami da região de Xitei e Ketaa Roraima – Brasil**. 2008. 89 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia)–Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 2008. Disponível em:
<<http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/3449>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

FUNASA. **Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas**. 2007. Disponível em:
<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=saude-indigena-119&alias=339-diretrizes-para-a-atencao-a-saude-bucal-nos-distritos-sanitarios-especiais-indigenas-9&Itemid=965>. Acesso em: 14 jan. 2017.

GOMES FILHO, I. S. et al. Comparação de critérios que determinam o diagnóstico clínico da doença periodontal. **Revista Odonto Ciência Odonto/PUCRS**, v. 21, n. 51, p.77-81, jan-mar, 2006. Disponível em:
<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fo/article/view/1085>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

HAYD, R. L. N. et al. Um olhar sobre a saúde indígena no Estado de Roraima. **Mens Agitat**, v. III, n. 1, p. 89-98, 2008. Disponível em:
<<https://sis.funasa.gov.br/portal/publicacoes/pub1569.pdf>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

HAYMAN, L.; STEFFEN, M. J.; STEVENS, J. Smoking and periodontal disease: discrimination of antibody responses to pathogenic and commensal oral bacteria. **Clinical and Experimental Immunology**, England, v. 164, n. 1, p. 118-126, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21303363>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Brasil tem quase 900 mil índios de 305 etnias e 275 idiomas**. Disponível em:
<<http://www.brasil.gov.br/governo/2012/08/brasil-tem-quase-900-mil-indios-de-305-etnias-e-274-idomas>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

INSTITUTO SOCIOAMBIENTAL. **Povos Indígenas no Brasil**. Disponível em:
<<https://pib.socioambiental.org/pt/c/quadro-geral>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

KAPELLAS K. et al. Periodontal disease and dental caries among Indigenous Australians living in the Northern Territory, Australia. **Australian Dental Journal**, Austrália, v. 59, n. 1, p. 93–99, 2014. Disponível em:
<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12135/full>>. Acesso em: 27 nov. 2016.

LAGES, E. J. et al. Alcohol consumption and periodontitis: quantification of periodontal pathogens and cytokines. **Journal of Periodontology**, v. 86, n. 9, p. 1058-1068, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1902/jop.2015.150087>>. Acesso em: 18 dez. 2016.

LEITE, M. S. **Transformação e persistência**: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. São Paulo: FIOCRUZ, 2007.

MANDULÃO, G. et al. Projeto vidas paralelas indígena: revelando os povos Macuxi e Wapixana de Roraima, Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 63-70, 2012. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1097>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

MARTINEZ, A. B. et al. Periodontal disease and diabetes-Review of the Literature. **Medicina oral, patología oral y cirugía bucal**, Spain, v. 16, n. 6, p. e722-729, 2011. Disponível em: <http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv16_i6_p722.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2017.

MEDINA, W. et al. Dental caries in 6-12 year-old indigenous and non-indigenous schoolchildren in the Amazon Basin of Ecuador. **Brazilian Dental Journal**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, p. 83-86, 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-64402008000100015>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. **Mais sobre SESAI**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai/mais-sobre-sesai/9540-destaques>>. Acesso em: 20 jun. 2017.

MIRANDA, K. C. O. **Avaliação do estado de saúde bucal de indígenas brasileiros com base no levantamento de saúde bucal Brasil**. 2010. 80 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)–Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

MOURA, P. G.; BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 459-465, mai-jun, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300013>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Health services indigenous**. 2017. Disponível em: <http://www.who.int/topics/health_services_indigenous/en/>. Acesso em: 17 jun. 2017.

PARIZOTTO, S. P. C. O. L. **Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco**. 2004. 111 f. Tese (Doutorado em Odontologia)-Faculdade de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004. Disponível em: <<10.11606/T.23.2004.tde-02022005-083542>>. Acesso em: 14 jan. 2017

PEREIRA, C.B. et al. Saúde periodontal, oclusão, desgaste e outras características dentárias dos índios Yanomamis (aborígenes brasileiros). **Revista de Ortodontia da Sociedade Paulista de Ortodontia**, v. 5, n.1-2, p.39-54, jan-ago, 1972. Disponível em: <<http://www.cleber.com.br/spoyano.html>>. Acesso em: 29 jan. 2017.

RECINE, E.; RADAELLI, P. **Alimentação e cultura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cultura.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017.

REIS, A. R. et al. Influência do tempo de cessação do hábito de fumar na condição periodontal. **Journal of the Health Sciences Institute**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 31-36, 2012. Disponível em: <https://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/01_jan-mar/V30_n1_2011_p31-36.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2017

RIGONATTO, D. L.; ANTUNES, J. L.; FRAZÃO, P. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 93–98, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-46652001000200008>. Acesso em: 14 mar. 2017.

ROCHA, B. M. et al. A Higiene Bucal e a Medicina Tradicional entre os Macuxi. In: SOUSA JÚNIOR, J. S.; SILVA, L. M.; ROCHA, B. M. **Ciência, Tecnologia e Saúde: memorial formativo**. Maricá, Rio de Janeiro: Ponto da Cultura, p. 43-50, 2012.

RONDEROS, M.; PILHSTROM, B. L.; HODGES, J. S. Periodontal disease among indigenous people in the Amazon rain forest. **Clinical Periodontol**, United States, v. 28, n. 11, p. 995-1003, 2001. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-051X.2001.281102.x/abstract>>. Acesso em: 14 mar. 2017.

SANTANA, T. D. et al. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos dentados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 637-655, mar, 2007. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300022>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. In: COIMBRA JUNIOR, C. E. A.; SANTOS, R. V.; ESCOBAR, A. L. (Org.). **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/bsmtd/pdf/coimbra-9788575412619-02.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SANTOS, V. T. A.; SIQUEIRA, L. C. B. Tabaco e doenças periodontais. **Revista Científica Multidisciplinar UNIFLU**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, 2016. Disponível em: <<http://revista.uniflu.edu.br/2016-1-tabaco.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2017.

SELAU, M. C. G. et al. Uma política diferenciada de saúde para populações isoladas e/ou recém –contatadas: os Yanomami no Brasil. **Saúde em Debate**, p. 52-59, jan, 1988. Disponível em: <http://www.academia.edu/4966590/Uma_pol%C3%ADtica_diferenciada_de_sa%C3

%BAde_para_popula%C3%A7%C3%B5es_isoladas_e_ou_rec%C3%A9m-contatadas_Os_Yanomami_no_Brasil>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SILVA, J. M.; SOLIS, A. C. O. Prevalência da doença periodontal em populações indígenas. Uma revisão de literatura. In: XIV Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e X Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. 2010, Paraíba. **Anais...**Paraíba: Universidade do Vale do Paraíba, 2010. p. 1-5.

SILVA, W.V.M. **Avaliação da atenção à saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil.** 2013. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia)- Universidade Federal do Amazonas; Instituto Leônidas e Maria Deane (Fiocruz); Universidade Federal do Pará Universidade Federal do Pará, Manaus, 2013. Disponível em: <<http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/3410>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

SKILTON, M. R. et al. The effect of a periodontal intervention on cardiovascular risk markers in Indigenous Australians with periodontal disease: the PerioCardio study. **BMC Public Health**, England, n. 11, p. 729, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3189892/>>. Acesso em: 20 mar. 2017.

THOMSON, K. F. R. et al. Prevalence, extent and severity of severe periodontal destruction in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander population. **Australian dental journal**, Austrália, v. 59, n. 1, p. 43-47, 2014. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adj.12138/abstract>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

TRICERRI, F. J. Breve passagem odontológica entre índios do Alto Solimões, Amazonas, Brasil. **Revista da Fundação SESP**, v. 30, p. 151–160, 1985.

VIEIRA, E. M. M. **Estudo das condições de saúde bucal e avaliação da microbiota periodontopatogênica de uma população indígena brasileira.** 2009. 115 f. Tese (Doutorado em Odontologia)-Universidade Estadual Paulista, Araçatuba, 2009. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/102343>>. Acesso em: 10 mar. 2017.

VINHAS, A. S.; PACHECO, J. J. Tabaco e doenças periodontais. **Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial**, v. 49, n. 1, p. 39-45, 2008.

WILDER, R. S.; MORETTI, A. J. Gingivitis and periodontitis in adults: Classification and dental treatment. **Uptodate**. 2017. Disponível em: <<http://www.uptodate.com/contents/gingivitis-and-periodontitis-in-adults-classification-and-dental-treatment>>. Acesso em: 10 abril 2017.

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÕES

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo das condições bucais em populações Indígenas no Estado de Roraima

Pesquisador: CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMAN TORRES

Área Temática: Estudos com populações Indígenas;

Versão: 5

CAAE: 60086116.2.0000.0081

Instituição Proponente: Universidade de Santo Amaro - UNISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.998.028

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

A população indígena, assim como a não indígena, vem sendo assolada por doenças orais no decorrer da sua história. Dentro da população de um modo geral, as doenças periodontais exibem grande expressividade, elas aparecem como as doenças crônicas mais comuns, porém, na população indígena verifica-se certa invisibilidade epidemiológica. Nesta população, há uma escassez nos estudos, alguns destes mostram que as maiores prevalências de perdas do nível de inserção e de profundidade de sondagem ocorrem em indivíduos com idade mais avançada e que eles são acometidos de doenças periodontais leves e moderadas sendo pouco acometidos com doenças periodontais severas, outros autores, relacionam o surgimento destas doenças de maneira intrínseca, por motivos socioeconômico-culturais, ou pelo contato com civilizações não indígenas. Baseado na explicação da teoria do estreito de Behring, os povos indígenas são os habitantes mais antigos presentes nas Américas de que se tem notícia, eles estão presentes em todo continente americano sendo que sua predominância ocorre principalmente na América do Sul, na qual está incluído o Brasil, e dentro deste, a região norte do país. O estado de Roraima possui uma imensa faixa de terras de preservação destinadas à cultura destes povos. Dentre os povos indígenas que habitam este estado estão as etnias: Yanomami, Wapichana, Macuxi, Ingariçô, Patamona, Taurepang, Yecuana, Wai-Wai, Waimiri-atroari, assim como outras etnias que migram

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.990.008

em busca de melhores condições de vida, compondo um mosaico extremamente heterogêneo e notável do ponto de vista étnico, léxico, suas formas de organização social, expressões culturais, vida produtiva, história do contato e grau de interação com a sociedade nacional. No campo da saúde estão agrupados em duas grandes unidades de responsabilidade sanitária federal denominada Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI), vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde do Governo Federal. Todas as etnias dos dois DSEI, conta com uma população escasseada de indivíduos principalmente pelo longo contato histórico com os não índios, o que pressupõe ter alastrado doenças, levando, à necessidade de atenção diferenciada de intervenções na saúde destes povos para minimizar os efeitos devastadores que ocorreram com estas populações ao longo dos anos. Mesmo neste contexto organizacional de assistência básica à saúde, ainda há outros agravantes como a própria região geográfica em que se encontram as comunidades indígenas, dificultando o acesso do atendimento na comunidade, ficando a mesma, sem a devida atenção continuada à saúde bucal, deixando-a vulnerável apenas aos atendimentos eletivos por demanda espontânea, quando o indígena procura o atendimento nas referências do sistema, por consequência, ocorre a protelação do atendimento, agravando ainda mais o quadro de doenças orais como cáries e doença periodontal. Poucas são as literaturas abordadas referentes a ocorrência de doenças bucais em comunidades indígenas, particularmente nas populações com pouco grau de contato com comunidades não indígenas como acontece com os povos indígenas do estado de Roraima. Considerando a grande expressividade da população indígena no estado de Roraima, a ampla diversidade entre estes povos e ainda se esta dessemelhança poderia refletir nas condições bucais destes povos, este estudo tem como objetivo, investigar por meio de exame clínico e análise estatística as condições periodontais da população indígena adstrita na CASAI (Casa de Saúde Indígena) do estado de Roraima, identificando a severidade, extensão e prevalência da doença periodontal, desgaste oclusal e CPO-D como forma de subsidiar as ações básicas de saúde bucal proporcionando levantamentos epidemiológicos para elaboração do plano operacional naquela região.

HIPÓTESE

Populações indígenas que moram mais próximos a unidades de assistência odontológica possuam condições de saúde oral melhores dos que moram em regiões mais afastadas destes centros de atendimento.

METODOLOGIA

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.090.000

O presente projeto foi submetido à anuência da Coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami, da presidência do CONDISI e da chefe da CASAI. Serão avaliados cerca de 200 Indígenas adstritos da CASAI das etnias supracitadas, de ambos os gêneros e com idade entre 17 e 70 anos, com participação voluntária e mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido do mesmo ou do seu responsável. A pesquisa será realizada na CASAI localizada no Município de Boa Vista, Estado de Roraima, durante o período de 6 meses, com permanência dos avaliadores em dias programados e agendados. A metodologia do levantamento de dados se baseará no levantamento SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal, com o objetivo de assegurar a uniformidade de interpretação dos critérios coleta de dados e resultados para as diversas condições observadas. Os parâmetros clínicos que serão avaliados são os de Profundidade de Sondagem (PS), Nível Clínico de Inserção (NCI), Índice de Placa (IP), Índice de Sangramento (IS), Classificação de Desgaste Dental e Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D); A coleta de dados será feita com formulário padrão e com bandeja clínica composta por sonda, espelho bucal, pinça clínica e sonda periodontal milimetrada. Os seguintes critérios de exclusão: Indivíduos que tenha realizado tratamento odontológico nos últimos 6 meses; Indivíduos submetidos a antibioticoterapia nos últimos 6 meses; necessidade de medicação para avaliação clínica. Os examinadores serão previamente calibrados por meio de mensurações dos parâmetros clínicos periodontais e comparados Intra-examinador e Inter-examinador pelos testes erro padrão da medida e teste de Kappa ($k > 0,8$). Os dados obtidos serão tabulados e receberão tratamento estatístico adequado ($p < 0,05$).

Destecho Primário:

Os indivíduos com melhor acesso aos programas de saúde bucal realizados pela Secretaria de Saúde terão melhores condições bucais.

Destecho Secundário:

Os indivíduos mais velhos apresentarão piores condições bucais.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Indivíduos que tenha realizado tratamento odontológico nos últimos 6 meses;
- Indivíduos submetidos a antibioticoterapia nos últimos 6 meses;
- Necessidade de medicação para avaliação clínica.

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-PLAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.898.028

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo do presente estudo observacional transversal será avaliar as condições bucais de indígenas do estado de Roraima, comparando hábitos e condições de higiene em cada etnia avaliada.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

O exame clínico que será realizado é imprescindível para determinar o diagnóstico periodontal. O exame clínico consiste na sondagem dos dentes e quando há presença de inflamação pode acontecer leve desconforto e por vezes sangramento que deverá cessar em poucos segundos; assim que relatado ao pesquisador qualquer necessidade do paciente o exame será imediatamente interrompido para solução da sintomatologia relatada.

BENEFÍCIOS

Os indivíduos examinados terão acesso a informações de higiene bucal, e terão um mapeamento das condições bucais e orientação quanto aos tratamentos necessários e onde e como realizar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Vide item "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTA AO PARECER CONSUBSTANCIADO CONEP N° 1.858.541

1. Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido intitulado "TCLEINDIOSOF.doc":

RESPOSTA: O TCLE foi ajustado;

ANÁLISE: Pendência Atendida

1.1 O TCLE está redigido em forma de declaração. Solicita-se que o TCLE seja redigido EM FORMA DE CONVITE, uma vez que se entende por processo de Consentimento Livre e Esclarecido todas as etapas a serem necessariamente observadas para que o convidado a participar de uma pesquisa possa se manifestar, de forma autônoma, consciente, livre e esclarecida (Item IV da Resolução CNS

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.996.028

nº 466 de 2012).

RESPOSTA: O TCLE foi redigido em forma de convite;

ANÁLISE: Pendência Atendida

1.2 Solicita-se que os procedimentos adotados estejam explicitados de forma menos sintética no TCLE (Resolução CNS nº 466 de 2012 Item IV.3.a).

RESPOSTA: Os procedimentos a serem realizados foram explicitados;

ANÁLISE: Pendência Atendida

1.3 Na página 1 de 3, lê-se: "Benefícios para o participante: Diagnóstico bucal e conhecimento das doenças bucais que poderão estarem presentes. Tratamento odontológico parcial ou total na clínica de Odontologia da Faculdade Cathedral - RR.". Solicita-se apresentar anuência do gestor da clínica de Odontologia da Faculdade Cathedral – RR para realização do tratamento mencionado.

RESPOSTA: Foi anexado documento de anuência da clínica onde poderão ter atendimento os envolvidos no estudo;

ANÁLISE: Pendência Atendida

2. Considerando que foi mencionado no TCLE que será fornecido o tratamento parcial ou total, solicita-se esclarecer como e onde será realizado este tratamento.

RESPOSTA: Foi determinado onde deverá ser realizado tratamento quando necessário.

ANÁLISE: Pendência Atendida

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PE_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	05/03/2017		Aceito

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A, 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.990.000

Básicas do Projeto	ETO_733033.pdf	11:37:31		Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLEINDIOSof1.docx	05/03/2017 11:32:43	CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMÁN TORRES	Acelto
Recurso Anexado pelo Pesquisador	respostasdasconsideracoesCONEP.docx	25/02/2017 18:32:34	CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMÁN TORRES	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuenciacathedral.pdf	25/02/2017 18:31:58	CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMÁN TORRES	Acelto
Declaração de Pesquisadores	cartapesquisaCASAI.pdf	17/10/2016 15:51:25	CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMÁN TORRES	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecerCONDISI.pdf	18/09/2016 17:31:44	CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMÁN TORRES	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecerCaloRTorres.pdf	18/09/2016 17:31:06	CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMÁN TORRES	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoIndiosof.docx	18/09/2016 17:29:41	CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMÁN TORRES	Acelto
Folha de Rosto	fohaderostoCAIOROMANTORRES.pdf	18/09/2016 17:25:27	CAIO VINICIUS GONÇALVES ROMÁN TORRES	Acelto

Situação do Parecer:
Aprovado

BRASILIA, 03 de Abril de 2017

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-521
UF: DF Município: BRASILIA
Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

Parecer N.º 01 / 2016

Referência: Projeto de pesquisa na Casa de Saúde Indígena de Roraima (CASAI)

CONSELHO DISTRITAL DE SAÚDE INDÍGENA DO DISTRITO SANITÁRIO ESPECIAL INDÍGENA YANOMAMI e YE'KUANA (CONDISI) no uso de suas competências regimentais e atribuições legais conferidas pela lei 8.080, de dezanove de setembro de 1990, pela lei 8.142, de vinte e oito de dezembro de 1990 e da resolução CNS/MS nº 453, de 10 maio de 2012 e pela portaria 755, de 18 de abril de 2012 e

Considerando a intenção apresentada pelos cirurgiões dentistas Sergio Takashi Kussaba e Richardson Mondego Boaventura em desenvolverem um projeto de pesquisa relacionado condições bucais em populações indígenas no Estado de Roraima,

Considerando propostas de ações de saúde bucal que venham beneficiar a atenção básica de saúde bucal durante e após o término do projeto,

- I- O Conselho Distrital de Saúde Indígena Yanomami e Yekuana vem prestar parecer favorável ao referido projeto de pesquisa e,
 - a) Por parte obriga os pesquisadores diretamente ou indiretamente a observação e cumprimento da Resolução nº 304, de 09 de agosto de 2000, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislação do código de ética e pesquisa em área e comunidades indígenas;
 - b) Aos pesquisadores propõe a necessidade de levantamento de demanda da população indígena adstrita à CASAI, formular e formalizar proposta de atendimento à saúde bucal, como contrapartida da pesquisa em benefício aos indígenas;
 - c) Para formulação da proposta deverão fazer parte a chefia da CASAI e o Responsável técnico da saúde bucal do DSEI-Y;
 - d) Obriga-se ainda ao cumprimento e zelo pela integridade física, moral e cultural do indivíduo e da instituição a ser pesquisada;
 - e) Pede-se observar os princípios tradicionais e culturais de cada etnia para que estes sejam rigorosamente respeitados;
 - f) Os materiais a serem publicados deverão ser levados ao conhecimento dos responsáveis da saúde indígena antes e após de sua publicação.
- II- Caberá a Chefia da CASAI e CONDISI diretamente ou indiretamente acompanhar o referido projeto em todo seu processo de desenvolvimento.

Este parecer entra em vigor na data de sua assinatura.

Boa Vista, 08 de agosto de 2016.


Assinatura e carimbo
Presidente do CONDISI

Alberto Brazão Góes
Presidente
Conselho Distrital de Saúde Indígena
CONDISI

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este TCLE deverá ser lido na frente de testemunha imparcial, sem envolvimento direto com o projeto de pesquisa.

PROJETO: Estudo das condições bucais em populações indígenas no Estado de Roraima

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária, no projeto **Avaliação clínica e microbiana de técnica de desinfecção total de boca em indivíduos com periodontite crônica**, do Curso de Odontologia da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pelos pesquisadores Caio Vinicius Gonçalves Roman Torres, Sergio Takashi Kussaba e Richardson Mondego Boaventura.

Justificativa: Para um propósito de estudo específico em uma determinada região ou população faz necessário o conhecimento deste território e suas populações adstritas. Considerando as poucas literaturas abordadas referentes a ocorrência de doenças bucais em comunidades indígenas, particularmente nas populações do estado de Roraima, na sua grande maioria encontram-se distantes do acesso assistencial preconizado no SUS, e ainda, considerando a grande representatividade desta população indígena no estado de Roraima com sua ampla diversidade entre eles e que todas essas condições possam refletir diretamente na saúde bucal destas populações, propusemos este estudo das condições bucais nesta população com intuito que os resultados obtidos subsidiará as ações básicas de saúde bucal proporcionando levantamentos epidemiológicos para elaboração do plano operacional naquela região, tendo uma grande expressividade para literatura regional.

Objetivo principal: Investigar por meio de exame clínico e análise estatística as condições periodontais da população indígena adstrita na CASAI (Casa de Saúde Indígena) do estado de Roraima, identificando a severidade, extensão e prevalência da doença periodontal, desgaste oclusal e CPO-D.

Descrição dos Procedimentos:

Identificação do paciente, Preenchimento da ficha (anamnese), Exame clínico intrabucal, Encaminhamento do paciente para tratamento odontológico

Possíveis riscos e desconfortos:nenhum risco diante dos procedimentos que deverão ser realizados, o exame clínico consiste da sondagem dos dentes, pode gerar leve desconforto e assim que relatado ao pesquisador o exame será imediatamente interrompido para solução da sintomatologia relatada.

Benefícios para o participante: Diagnóstico bucal e conhecimento das doenças bucais que poderão estarem presentes. Tratamento odontológico parcial ou total na clínica de Odontologia da Faculdade Cathedral - RR.

É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para **esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações** sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O pesquisador responsável é o Prof. Caio Vinicius Gonçalves Roman Torres, que pode ser encontrado no endereço Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP, Telefone(s) 011 2141-8502. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687, os pesquisadores responsáveis pela coleta serão Sergio Takashi Kussaba e Richardson Mondego Boaventura que poderão ser imediatamente contatados nos endereços: Via das Flores, 1813- Pricumã. Roraima - RR (95) 36284255, e Rua Freijó, 383 – Paraviana. (95) 3624 8817 Roraima – RR.

É **garantida sua liberdade da retirada de consentimento** a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo. As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, **não sendo divulgada a identificação** de nenhum deles.

Não há **despesas pessoais** para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há **compensação financeira** relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dano pessoal, diretamente relacionado aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica **assegurado ao participante o respeito a seus direitos legais**, bem como procurar obter **indenizações** por danos eventuais.

Uma via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

Boa Vista, ____/____/____

Prof. Dr. Caio Vinicius Gonçalves Roman Torres

Se você concordar em participar desta pesquisa assine no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação

Impressão

Nome:.....

Doc. Identificação:.....

Declaro(amos) que obtive(mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3 a 6.

Assinatura do pesquisador responsável pelo estudo

Data /

APÊNDICE C - FORMULÁRIO PADRÃO PARA COLETA DE DADOS

Ficha Odontológica Individual

01-DSEI	02-Pólo-base	03- Aldeia	4-Data Nascimento / /																				
05- Nome		06- Idade	07- Sexo	08-Nº Resid.	09- Nº Família																		
10- Filiação																							
Pai:			Mãe:																				
Anamnese																							
11-História Progressa																							
Fatores sistêmicos: Diabetes <input type="checkbox"/> estresses <input type="checkbox"/> alterações hormonais <input type="checkbox"/> (menopausa <input type="checkbox"/> gravidez <input type="checkbox"/> adolescência <input type="checkbox"/>)																							
Fatores gerais : doenças infecto contagiosas <input type="checkbox"/> hipertensão <input type="checkbox"/> hepatites <input type="checkbox"/> outras: _____																							
12- Sua gengiva sangra? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		espontâneo <input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/>		13. Sente mal hálito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																			
14. Respirador bucal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		15. Hábitos parafuncionais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		aperta os dentes <input type="checkbox"/> range <input type="checkbox"/> outros _____																			
16. Já fez cirurgia na boca? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		17. Já fez tto periodontal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		18. Sente dor na ATM? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																			
19. Toma algum medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Qual? _____		20. Alérgico? _____																			
21. Faz uso de álcool <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não / <input type="checkbox"/> industrializados <input type="checkbox"/> nativo - tipo: () fermentada () destilada freq. () as vezes () todo dia																							
22- Aspecto culturais																							
Uso de tabaco? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Tempo em anos _____		Fuma <input type="checkbox"/> freq /dia () 10 ou menos () + de 10 / Masca <input type="checkbox"/> freq. () as vezes () todo dia																			
Práticas de auto-cuidado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		escova e creme dental <input type="checkbox"/> () 1 () 2 () 3 () + de 3 / Hábitos etnicos _____ Qual? _____		fio dental <input type="checkbox"/> () 1 () 2 () 3 () + de 3																			
Adorno ou modificação na cavidade bucal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Qual? _____																					
23- Hábitos alimentares:																							
Alimentação Principal: <input type="checkbox"/> industrializados <input type="checkbox"/> nativos /tipos de alimento: () ácidos () duros () moles freq.:() 3 () + de 3																							
Alimentação Secund.: <input type="checkbox"/> industrializados <input type="checkbox"/> nativos /tipos de alimento: () ácidos () duros () moles freq.:() 3 () + de 3																							
Identificado algum alimento abrasivo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual(is)? _____																							
exames																							
24- Odontograma				25. Índice periodontal comunitário - sextante																			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	17/16	11/21	26/27					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47/46	41/31	36/37					
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	26 - condição periodontal individual - CPI <input type="checkbox"/>							
27-anotações para o Índice de desgaste dental.						Há presença de facetas de desgastes? _____		Escore 0 - 1 - 2 - 3															
Sextante 1						Sextante 2																	
17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	13	12	11						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	I	P	V	I	P	V	I	P
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
27	26	25	24	23	22	21	11	12	13	14	15	16	17	18	23	22	21						
Sextante 3						Sextante 4																	
37	36	35	34	33	32	31	21	22	23	24	25	26	27	28	33	32	31						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	I	P	V	I	P	V	I	P
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	43	42	41						
Sextante 5						Sextante 6																	
37	36	35	34	33	32	31	21	22	23	24	25	26	27	28	33	32	31						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	O	P	V	I	P	V	I	P	V	I	P
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	43	42	41						
28 -Índice básico para desgaste dental -BEWE						29 -Nível de Risco e conduta (A-B-C-D)																	
Sextante	1 (17-14)	2 (13 - 23)	3 (24 - 27)	4 (37 - 34)	5 (33 - 43)	6 (44 - 47)	BEWE total Σ = 1 a 6 (0 a 18).	<input style="width: 100px; height: 40px;" type="text"/>															
Maior Valor do sextante																							

