

UNIVERSIDADE DE SANTO AMARO
Programa de Mestrado em Odontologia com Área de
Concentração em Implantodontia

Richardson Mondêgo Boaventura

CONDIÇÕES BUCAIS NA POPULAÇÃO INDÍGENA MACUXI NO
ESTADO DE RORAIMA

São Paulo

2017

Richardson Mondêgo Boaventura

**CONDIÇÕES BUCAIS NA POPULAÇÃO INDÍGENA MACUXI NO
ESTADO DE RORAIMA**

Dissertação apresentada à Universidade de Santo Amaro para obter o título de Mestre pelo curso de pós-graduação do programa de Mestrado em Odontologia na área de concentração em Implantodontia com linha de pesquisa em etiopatogenia e diagnóstico das alterações dos tecidos periodontais.

Orientadora: Profa. Dra. Debora Pallos.

Co-orientador: Prof. Dr. Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres.

São Paulo

2017

**Ficha catalográfica elaborada pela
biblioteca Dr. Milton Soldani Afonso – Campus I**

Mondego Boaventura, Richardson

Condições bucais na população indígena Macuxi no Estado de Roraima
/ Richardson Mondego Boaventura. – São Paulo , 2017
54 f.

Dissertação (Mestrado em Odontologia com área de concentração em
Implantodontia) - Universidade de Santo Amaro, 2017

Orientador(a): Debora Pallos,

Coorientador(a): Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres

1.População Indígena. 2.Cárie Dentária. 3.Periodontite. I.Pallos,
Debora, orient. II.Gonçalves Roman Torres, Caio Vinícius, coorient.
III.Universidade de Santo Amaro IV.Título

Boaventura RM. Estudo das condições bucais na população indígena Macuxi no Estado de Roraima. Dissertação apresentada à Universidade de Santo Amaro para obtenção do título de Mestre em Odontologia com concentração em Implantodontia.

Aprovado em: 23/10 /2017

Banca Examinadora

Profa. Dra Debora Pallos

Instituição: UNISA

Julgamento: Aprovado

Prof. Dr. Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres.

Instituição: UNISA

Julgamento: Aprovado

Prof. Dr. Paulo Henrique Braz-Silva

Instituição: USP

Julgamento: Aprovado

À minha vó, Luiza meu anjo salvador, que junto com meu avô Josué, de todos os modos procuraram abrir meus olhos na direção do sucesso e da felicidade.

À minha esposa Danubia e minhas filhas Brenda e Isabela.

Ao meu pai Josué, a minha madrasta Conceição e ao eu irmão Bruno.

À minha mãe Florinda, meu padrasto Campelo e minha irmã Ísis.

Dedico este trabalho.

A Deus sobretudo, que com sua infinita bondade, abençoou-me nesta jornada.

**Ao meu amigo Sérgio Takashi Kussaba, parceiro e incentivador de desafios,
um deles esse Mestrado.**

**À Profa. Dra. Debora Pallos pela sua orientação e paciência durante a
elaboração deste trabalho.**

**Ao Prof. Dr. Caio Vinícius Gonçalves Roman Torres por sua sabedoria e
grande contribuição para este trabalho.**

**Aos indígenas que participaram deste trabalho por serem tão solícitos e
tranquilos.**

Viva aceso, olhando e conhecendo o mundo que o rodeia, aprendendo como um índio(...) seja um índio na sabedoria.

Darcy Ribeiro

RESUMO

Boaventura RM. Estudo das condições bucais na população indígena Macuxi no Estado de Roraima. Dissertação. São Paulo: Universidade de Santo Amaro, Faculdade de Odontologia; 2017. Versão Original.

As doenças bucais, principalmente a cárie e as doenças periodontais assolam populações há muito tempo e são importantes preditoras da qualidade de vida destes povos. Algumas populações estão mais vulneráveis, pois estas doenças estão fortemente relacionadas com o contexto socioeconômico e cultural, dentre elas a população indígena, que tem seus agravos subestimados devido aos poucos estudos existentes que mostrem sua verdadeira situação. Este estudo realizou um levantamento das condições de saúde oral da população Macuxi para verificar sua real situação. Foram avaliados 200 indígenas adstritos na CASAI, dos quais 66 foram incluídos neste estudo. Os indígenas foram divididos em 3 grupos etários, grupo 1 com idade entre 19 e 34 anos; grupo 2 com idade entre 35 e 44 anos e grupo 3 com idade acima de 45 anos. Avaliou-se as condições periodontais como, nível gengival, nível de inserção clínico, sangramento à sondagem, índice de placa e o índice de CPO-d. Os parâmetros periodontais apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos 1 e 3 e entre os grupos 2 e 3 e, somente na profundidade de sondagem, não houve diferença significativa entre os grupos. Com relação ao CPO-d, do grupo total de 17 a 69 anos, a média foi de 12,64; destes, 4,01 (31,7%) representava dentes cariados; 7,03 (55,6%) dentes perdidos e somente 1,59 (12,7%) dentes obturados. Verificou-se que são necessárias políticas públicas de saúde bucal voltadas para as necessidades da população indígena Macuxi e para um atendimento regular e eficaz de modo a reverter o quadro de agravamento da cárie e da doença periodontal para melhorar a qualidade de vida desse povo.

Palavras chaves: População Indígena, Cárie Dentária, Periodontite

ABSTRACT

Boaventura RM. Study of oral conditions in the Macuxi indigenous population in the State of Roraima. Dissertation. São Paulo: University of Santo Amaro, Faculty of Dentistry; 2017. Original version.

Oral diseases, especially caries and periodontal diseases, have affected populations for a long time and are important predictors of the quality of life of these people. Some populations are more vulnerable, as these diseases are strongly related to the socioeconomic and cultural context, among them the indigenous population, which has its underestimates due to the few existing studies that show their true situation of these peoples. This study carried out a survey of the oral health conditions of the Macuxi population to verify their real situation. Sixty-six Indians were divided into three age groups, group 1 aged 19 to 34 years; Group 2 aged between 35 and 44 years and group 3 aged over 45 years. Periodontal conditions such as gingival level, clinical insertion level, bleeding at probing, and plaque index were evaluated, with a statistically significant difference ($p < 0.05$) between groups 1 and 3 and between groups 2 and 3. Regarding the probing depth, there was no significant difference between the groups. Regarding CPO-d, of the total group of 17 to 69 years, the mean was 12.64, of these, 4.01 (31.7%) represented decayed teeth; 7.03 (55.6%) lost and only 1.59 (12.7%) were filled. It has been found that public oral health policies are needed to address the needs of indigenous populations and for regular and effective care to reverse the deterioration of caries and periodontal disease to improve the quality of life of these people.

Keywords: Indigenous Population, Dental Caries, Periodontitis

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CASAI	Casa de Saúde Indígena
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
DSEI-L	Distrito Sanitário Especial Indígena do Leste de Roraima
DSEI-Y	Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami
OMS	Organização Mundial de Saúde
SESAI	Secretaria de Saúde do Índio

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	12
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	15
2.1. Povos indígenas de Roraima.....	15
2.1.1. Hábitos e costumes do povo Macuxi.....	15
2.2. Saúde Indígena.....	17
2.3. Cárie e doença periodontal em não indígenas e indígenas	19
2.3.1. Doença Periodontal.....	20
2.3.2. Cárie.....	23
3. MATERIAIS E MÉTODOS	25
3.1 Forma de análise dos resultados.....	28
4. RESULTADOS.....	29
5. DISCUSSÃO.....	32
6. CONCLUSÃO.....	38
7. REFERÊNCIAS.....	39
Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	44
Anexo 2 – Parecer do Comitê de Ética.....	46
Anexo 3 – Ficha Utilizada na coleta de dados	52

1 INTRODUÇÃO

As doenças bucais assolam populações há muito tempo¹ e são fortes indicadoras de saúde e qualidade de vida, sendo que o conhecimento sobre sua epidemiologia é fundamental para o embasamento de políticas em saúde e para o enfrentamento destes agravos nas mais diversas populações.²⁻⁶

Quando se faz os levantamentos sobre as condições de saúde bucal de uma população, tem-se como verificar a situação em que se encontra, estabelecer prioridades, planejar e intervir para sua melhoria.⁴⁻⁶

Dentre essas doenças, as que mais acometem o homem são a cárie^{6,7} e a doença periodontal,^{6,8} com tendência ao declínio em algumas populações, principalmente em países com melhor renda; Isso por apresentar programas específicos de orientação, profilaxia e tratamento que são embasados na grande quantidade de trabalhos epidemiológicos longitudinais em diversas populações com consequências interventivas por parte de gestores em saúde,^{2,5,6,9,10} enquanto que em outras, como a indígena por exemplo, pelos poucos estudos existentes apresentam menor quantidade de dados epidemiológicos, o que dificulta o desenvolvimento de programas específicos, com agravamento nas condições de saúde bucal nestes povos.^{2,3, 6,11-16}

O agravamento destas doenças em populações indígenas se deve ao fato de estas serem consideradas vulneráveis frente aos problemas de saúde, seja pelo contato histórico com os não indígenas, ao contraírem as mais diversas doenças e não possuírem os hábitos e informações suficientes para preveni-las e até mesmo curá-las;^{2,11,14,15,17} seja pela discriminação e exclusão social em relação ao restante da sociedade envolvente e, quando abandonam o seu meio para viver em grandes centros, ficam a margem desta sociedade, com menos oportunidades para melhoria da sua condição de vida.^{3,11-13,18}

Os povos indígenas são os habitantes mais antigos presentes nas américas de que se tem notícia,^{14,19} eles estão presentes em todo continente americano sendo que sua predominância ocorre principalmente na América do Sul, na qual está incluído o Brasil e neste, o Estado de Roraima, onde há uma imensa faixa de terras de preservação destinadas à cultura destes povos.^{14,18,20}

A maior parte da população indígena que vive no Estado de Roraima mora em áreas de difícil acesso, e os atendimentos básicos em saúde são realizados através do deslocamento das equipes multidisciplinares feito por meio de aeronaves, barcos, carros com tração nas quatro rodas ou até mesmo longas caminhadas através do lavrado e floresta.^{14, 21}

Dentre os povos indígenas que habitam este estado estão as etnias: Yanomami, Wapichana, Macuxi, Ingaricó, Patamona, Taurepang, Yecuaana, Wai-Wai, Waimiri-atroari, assim como outras etnias que migram em busca de melhores condições de vida. Estas comunidades indígenas formam grupos étnicos, considerado um só grupo pelos não índios, mas que na realidade são tão diferentes entre si culturalmente, socialmente, linguisticamente, ou seja, nos seus modos de vida, sendo difícil classificá-los como um só grupo. Diferem até mesmo com relação ao tempo de contato com os não índios e a influência destes sobre sua cultura que foram feitos em épocas diferentes, com diferentes graus de interferência.^{11,14,16,20-22}

A saúde indígena está sob responsabilidade dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas desde 1999, quando foram criados pela portaria n. 852/1999 do Ministério da Saúde e representam espaços étnicos e administrativos de cuidados com a saúde em conformidade com o Sistema Único de Saúde (SUS).^{21,23,24}

A atenção à saúde aos povos indígenas de Roraima está agrupada em duas grandes unidades de responsabilidade sanitária Federal denominadas Distrito Sanitário Especial Indígena Leste (DSEI-Leste) e Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEI-Y), vinculados à Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) do Ministério da Saúde no Governo Federal.^{20,23,25}

Todas as etnias dos dois DSEI contam com uma população escasseada de indivíduos, principalmente pelo longo contato histórico com os não índios, o que,

segundo relatos históricos, ocorreu em grande parte pelas doenças que foram disseminadas após o contato,^{11,20,26,27} levando-se à necessidade de uma atenção diferenciada em intervenções na saúde destes povos para minimizar os efeitos devastadores que ocorreram ao longo dos anos.^{2,3,11} Mesmo neste contexto organizacional de assistência básica a 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 as mesmas, sem a devida atenção continuada à saúde bucal, deixando-a vulnerável. Realizam-se apenas os atendimentos eletivos por demanda espontânea e quando o indígena é referenciado dentro do Sistema Único de Saúde (SUS),^{2,24} ocorre a protelação do atendimento, pela falta de comprometimento de estados e municípios que não atendem ao princípio da equidade proposto pelo SUS, pois não possuem atenção diferenciada para esses povos, agravando ainda mais o quadro de doenças orais como cáries e doença periodontal.^{3,14}

A literatura referente a ocorrência de doenças bucais em comunidades indígenas é muito escassa, particularmente nas populações com pouco grau de contato como acontece com os povos indígenas do estado de Roraima.^{2,3,11,14}

Considerando a grande expressividade da população indígena no Estado de Roraima; a ampla diversidade; e ainda se esta dessemelhança pode refletir nas condições bucais destes povos, justifica-se este estudo que tem como objetivo um levantamento epidemiológico das condições periodontais e cárie da população indígena adstrita na CASAI (Casa de Saúde Indígena) do Estado de Roraima, avaliando-se os parâmetros clínicos periodontais e o índice de dentes cariados, perdidos e obturados (CPO-D), utilizando-se esses dados para subsidiar as ações básicas de saúde bucal e elaboração do plano operacional naquela região.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Povos Indígenas de Roraima

O censo demográfico indígena revela que a população atual indígena brasileira, é de 896,9 mil indígenas, distribuídos em 305 etnias e que falam 274 línguas. Também mostra que foram demarcadas 505 terras indígenas. Estas terras representam 12,5% do território brasileiro (106,7 milhões de hectares), onde residem 517,4 mil indígenas (57,7% do total).²⁸ A terra com maior população indígena é a Yanomami, abrangendo os estados do Amazonas e Roraima, com 25,7 mil indígenas, sendo o grupo indígena da região com menor grau de contato com a civilização ocidental,²⁹ no entanto, no Estado de Roraima, a maior população é a de índios da etnia Macuxi, com aproximadamente 23.658 indivíduos, que vivem nas áreas de lavrado e serras, entre as cabeceiras dos rios Branco e Rupununi.^{14,18,27-29}

2.1.1. Hábitos e costumes do povo Macuxi

Os Macuxi são um povo guerreiro, cujo tronco linguístico pertence à família Karib que, em busca de territórios mais propícios para o seu desenvolvimento e fugindo da dominação de colonizadores europeus vieram migrando da América Central guerreando com os outros povos indígenas presentes na região, chegaram no atual estado de Roraima na fronteira com a Venezuela, onde se instalaram definitivamente.^{11,14,27} Este povo vive da plantação da mandioca, da qual extraem um sumo denominado tucupi e fabricam a farinha d'água que possui grânulos grossos capazes de provocar grande desgaste dentário. Também com o processamento da mandioca fabricam o beiju, que serve para sua alimentação diária. Através da fermentação do beiju ou da própria mandioca produzem o caxiri doce, levemente fermentado, usado diariamente, e o pajuaru, bebida alcoólica feita da fermentação do beiju que serve para festejos.^{14,20,27}

Com a proximidade com os não índios, os Macuxi criaram hábitos cada vez mais aproximado com esses como, fazer as refeições três vezes ao dia, criação de gado para alimentação e moeda de troca, cultuar um Deus cristão, praticar a monogamia. Começaram ainda a utilizar escova e creme dental em seus hábitos

higiênicos diários,^{14,21,27,30} porém, uma boa parte da população ainda acredita em alguns hábitos ancestrais como, o fato de que existe um feitiço que causa cárie e faz cair os dentes; quando um casal estiver com bebê novo ou quando uma menina menstrua pela primeira vez, tem que pedir para rezar antes de comer milho, jerimum, goiaba, do contrário poderá ter cárie; para os dentes não caírem, a mãe deve orientar a moça que está na menarca para não comer peixe caído do anzol.²¹

Os Macuxi também utilizam formas alternativas de higienização, principalmente os idosos, 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. Para a 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.²¹

Em regiões, onde a população indígena tem um relacionamento mais estreito com a população regional não indígena, nota-se o aparecimento de novos hábitos alimentares e conseqüentemente problemas de saúde relacionados às mudanças introduzidas no seu modo de vida como a grande presença de produtos industrializados^{14,20,31,32} com uma gama de ingredientes nocivos à saúde, como sal e açúcar, o que levou a um aumento de doenças crônicas não transmissíveis como hipertensão e diabetes.¹⁵ O contato também levou doenças transmissíveis agudas e crônicas, como gripe, sarampo, hepatites, helmintoses, tuberculose e uma gama de doenças infecto-contagiosas responsáveis pela diminuição significativa do número de indivíduos desse povo.^{2,21,33}

As populações originais do continente Americano, desde os primeiros contatos, vêm sendo vítima de males e dentre estes, muitas doenças, das quais não estavam preparados para enfrentar, o que contribuiu grandemente para a diminuição de seus indivíduos.^{2,15,21,33-35}

Nas comunidades indígenas Macuxi não foi diferente pois, nota-se uma grande influência dos colonizadores diante destes povos. Hábitos antes não

encontrados como o consumo de bebidas destiladas, o que provocou um grande número de indígenas alcóolatrás; o consumo de açúcar industrializado agravando o diabetes; consumo de sal industrializado, provocando um aumento expressivo de hipertensos;¹⁵ utilização de armas de fogo, aumentando o índice de violência e criminalidade entre estes povos; culto à um Deus cristão, representando à submissão aos hábitos cristãos com alguns pontos negativos como a fixação dos povos em um só local, pois antes eram povos nômades, o que faz com que haja um esgotamento dos recursos naturais locais,¹⁰ deixando o indígena cada vez mais dependente de produtos produzidos pelos não índios; trabalho em fazendas como ajudante de vaqueiro e posteriormente como vaqueiro, o que contribuiu grandemente para a mudança de cultura e perda da língua materna, pois o falar a língua materna era uma vergonha para eles; sem falar na grande quantidade de doenças infecto contagiosas que, se não matavam, cronificavam-se e deixavam sequelas para o resto da vida alastrando-se aos demais indivíduos da comunidade.^{14,20}

Após observação de que vivem há muito tempo em contato com a sociedade nacional com grande interferência desta e impactos culturais e ambientais desastrosos, os Macuxi resolveram lutar pelas demarcações de suas terras, principalmente da reserva indígena Raposa Serra do Sol e desintrusão dos não indígenas destas terras, tentando restabelecer antigos hábitos de vida mais afastados e com menos grau de nocividade, como por exemplo a proibição pelos tuxauas e lideranças indígenas da entrada de bebidas alcóolicas destiladas nesta reserva, pois segundo alguns estudos, a influência de grupos não indígenas próximos a estes, traz doenças que não são comuns entre este povo, como aumento da prevalência de cárie e doenças periodontais, entre tantas outras.^{31,15} Pode-se observar que em comunidades que não são tão próximas de não indígenas, tem menos prevalência de cárie e doenças periodontais do que os que estão mais próximos.^{15,31,36-38}

2.2. Saúde Indígena

Durante muito tempo as populações indígenas foram tuteladas pela União, iniciando-se em 1910 com o Serviço de Proteção aos Índios (SPI) e Localização de Trabalhadores Nacionais pela preocupação que se tinha com as expansões de

ocupação e exploração do território nacional que entravam em guerra com os indígenas locais, passando pela extinção do SPI em 1967 e com o início da tutela indígena pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI)²⁶

Com a Constituição Federal de 1988 tornou-se obsoleto o conceito de tutela indígena e reconheceu-se o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas e ainda criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS),³⁴ regulamentado posteriormente pela Lei nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde), com o objetivo de mudar a forma como era feita a saúde até então para torná-la mais democratizada permitindo o acesso universal e igualitário, tornando obrigatório o atendimento público e gratuito a qualquer cidadão.³⁹

Com a disputa pela saúde indígena entre os Ministérios da Justiça/FUNAI e pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), a atenção em saúde desenvolvida na época se tornou muito precária e depois de intensas discussões, a responsabilidade ficou com a FUNASA, assumindo integralmente a atenção à saúde pelos povos indígenas consolidada pelo Decreto Presidencial nº 3.156, de 27 de agosto de 1999. A partir de então existiu a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas dentro dos 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.^{14,24,25,27}

O atendimento às comunidades indígenas foi então regulamentado pela Lei Nº 9.836 de 24 de setembro de 1999, conhecida como *Lei Arouca*, que faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecida como subsistema de atenção à saúde dos povos indígenas⁴⁰ onde se tem a regulação do atendimento, que é feito de forma peculiar pelos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) onde ocorre a organização do serviço, dentro do Programa Nacional de Saúde Bucal, em consonância com o SUS e estabelece a coleta de informações como suprimento à avaliação epidemiológica.

Os DSEI são onde se concentram as decisões administrativas e se localizam em regiões próximas às comunidades. Nos DSEI, há o preparo das equipes

multidisciplinares de saúde e após, estas equipes são deslocadas para os polos-base que são centralizados estrategicamente em relação à configuração geográfica das comunidades a serem atendidas e funcionam como um centro de apoio à equipe. Destes polos as equipes partem para o atendimento direto na comunidade e após a avaliação da situação, faz-se o atendimento. Quando a solução não é possível, encaminha-se o indivíduo para os centros de referência do SUS, tendo as Casas de Apoio à Saúde do Índio (CASAI) como locais de primeira referência. As CASAI, são locais nas cidades que servem de abrigo e onde ficam a equipe de apoio que agendam a referência dos pacientes dentro do SUS. Em algumas CASAI, existem equipes de atendimento médico-odontológico, como é o caso da CASAI Roraima, sendo que esse atendimento não é previsto como papel destas instituições e sim prestar apoio para que tudo transcorra dentro da normalidade quando os indígenas forem atendidos nos centros de referências, inclusive com o uso de interpretes quando o indígena não falar o português.^{14,25}

Após vários anos de atendimento precário tanto pela FUNAI quanto pela FUNASA, houve uma movimentação muito grande dos atores sociais envolvidos e por discussões intensas a respeito do modelo a ser adotado até que, em 2010, através do decreto presidencial n. 7.336 de 19 de outubro de 2010, criou-se a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), vinculada diretamente ao Ministério da Saúde, com responsabilidade direta pela gestão dos DSEI.²⁴

No Estado de Roraima se encontram os DSEI Leste de Roraima e o DSEI Yanomami, perfazendo 32 terras indígenas em diferentes estágios de regularização fundiária, com uma extensão total de 3.250.256 hectares e uma população autodeclarada indígena de 49.637 indivíduos, completando um percentual de 15% da população total do estado, com predominância da etnia Macuxi no DSEI Leste e da etnia Yanomami no DSEI-Y.^{14,41}

2.3. Cárie e Doença Periodontal em não Indígenas e em Indígenas

A cárie e a doença periodontal são as doenças orais que, do ponto de vista da saúde pública, propagam-se muito rapidamente e alteram o modo de vida das

peças, que passa a ter menos qualidade.³⁶ Estas doenças estão relacionadas com fatores socioeconômicos; alterações nos hábitos alimentares com consumo de comidas industrializadas; hábitos precários de higiene e ausência ou falta de continuidade de assistência em saúde.^{2,34}

2.3.1. Doença Periodontal

As doenças periodontais são doenças inflamatórias de origem microbiana⁴² associada a fatores de risco como hábitos precários de higienização oral. Afeta indivíduos do mundo todo, tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento com prevalência maior nestes, estando associadas não só a problemas orais estéticos e funcionais, mas também ao agravamento de outras situações como parto prematuro, diabetes, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias.^{34,35}

A utilização da epidemiologia para embasar as ações em saúde das doenças periodontais está relacionada à coleta dos dados que serão utilizados para avaliação através dos índices e indicadores da doença.⁴² Os parâmetros clínicos avaliados e coletados serão submetidos a análises para verificação dos sinais de inflamação e destruição tecidual que correspondem à doença em evolução, o que, em associação com dados anamnésicos, culturais e comportamentais faz com que haja uma orientação quanto aos fatores causais e de risco.⁴³ Os dados clínicos mais comumente coletados são o sangramento gengival;⁴⁴ o cálculo dental; a profundidade de sondagem,⁴⁵ o nível gengival e a perda de inserção clínica,⁴⁶ que é considerada um fator preditor de evolução da doença.^{43,47}

Em alguns países desenvolvidos, observa-se taxas menores na prevalência de perda do nível de inserção, que está relacionada a evolução da doença periodontal, já em países em desenvolvimento, estas taxas são mais elevadas, sugerindo associação entre fatores socioeconômicos e culturais e maiores índices de doença periodontal.^{34,35,46}

Na população brasileira, alguns estudos mostram que 79% dos indivíduos, com idade igual ou acima de 30 anos, apresentam perda de inserção periodontal ≥ 5 mm em 36 % dos dentes e 52% tem perda ≥ 7 mm em 16% dos dentes³⁵ com alta prevalência das doenças gengivais e periodontais em situações de precária higiene oral, não se encontrando relação significativa entre os fatores sócio econômicos e a

idade.⁴² Com o devido embasamento epidemiológico feito através de ferramentas científicas cada vez mais discutidas e aprimoradas para levantamento de dados junto à população, desenvolve-se uma importante forma de produção de dados para a formulação de políticas públicas de saúde, para isso, o projeto SB Brasil⁴⁸ vem se consolidando na produção de dados primários inseridos no eixo da Vigilância em Saúde da Política Nacional de Saúde Bucal.⁴⁹

No que diz respeito às condições periodontais, avaliadas pelo Índice Periodontal Comunitário (IPC), em termos populacionais, tais problemas aumentam, de modo geral, com a idade. Os resultados do Projeto SB Brasil 2010 indicam que o percentual de indivíduos sem nenhum problema periodontal foi de 63% para a idade de 12 anos, 50,9% para a faixa de 15 a 19 anos, 17,8% para os adultos de 35 a 44 anos e somente 1,8% nos idosos de 65 a 74 anos. A presença de cálculo e sangramento é mais comum aos 12 anos e entre os adolescentes. As formas mais graves da doença periodontal aparecem de modo mais significativo nos adultos (de 35 a 44 anos), em que se observa uma prevalência de 19,4%. Nos idosos, os problemas gengivais têm pequena expressão em termos populacionais, em decorrência do reduzido número de dentes presentes. Quanto às diferenças regionais, cabe menção ao percentual de adolescentes sem problemas gengivais, que varia de 30,8% na Região Norte a 56,8% na Região Sudeste.⁴⁸

Há também, além dos parâmetros clínicos como a perda de inserção periodontal e a profundidade de sondagem, novas formas de abordagem como a utilização de marcadores genéticos, mediadores imuno-inflamatórios e bactérias específicas com resultados promissores.⁴⁶

Na população indígena há uma escassez de estudos,^{2,3,11} alguns destes, mostram que as maiores prevalências de perda 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,⁴⁹ outros autores, relacionam o surgimento destas doenças de maneira intrínseca, por motivos socioeconômico-culturais, ou pelo contato com civilizações não indígenas.^{3,12,14,50-51}

Dentro da população indígena, alguns estudos mostram as relações da doença periodontal com esta população. Em um estudo feito em adultos indígenas

de uma região remota da floresta tropical da Amazônia associando a doença periodontal a vários fatores demográficos, ambientais e comportamentais, foram avaliados 244 indivíduos com idades entre 20-70 anos onde se verificou a profundidade de bolsa (PB), nível clínico de inserção (NIC), sangramento à sondagem (SS) e também o índice dentário de Ramfjord para placa e cálculo, chegando-se a resultados como, a PB era bem rasa (de 2,45 mm em 20-29 anos de idade para 2,73 mm em 50 anos de idade) e não aumentou significativamente com a idade, a média do NIC (de 0,57 mm em 20-29 anos e 2,26 mm de 50 anos de idade) e a localização média da margem gengival livre em relação à junção cimento-esmalte alterou significativamente com a idade ($P < 0,0001$), este estudo revelou ainda que o aumento da idade, sangramento à sondagem e contagens de cálculo foram positivamente associado com o NIC médio ($p < 0,01$). Gênero, etnia, nível de aculturação moderna, o uso de coca ou o tabaco em pasta, frequência de visitas ao dentista e placa não foram associados com média NIC e as conclusões foram de que a doença periodontal foi associada principalmente com recessão gengival em vez de bolsas profundas e a maioria das pessoas tinha perda de inserção clínica, mas apesar de má higiene oral e extensa inflamação gengival, eles não tinham destruição periodontal muito avançada.⁵²

Em estudo sobre a prevalência da doença periodontal avançada e seus indicadores de risco em 215 índios Kiriri no Nordeste do Brasil com idade maior ou igual a 19 anos onde se observou a perda de inserção clínica nestes indivíduos. Os resultados mostraram que a doença periodontal é altamente prevalente nesta população e indivíduos com idade igual ou superior a 35 anos, do gênero masculino e diabéticos mostraram um risco mais elevado para periodontite avançada, sendo necessária uma ação de saúde pública com programas preventivos e curativos para que haja uma melhora no quadro de periodontites nestes indivíduos.⁴⁹

Em uma revisão sistemática de literatura sobre cárie e doença periodontal em comunidades indígenas onde mais uma vez se evidencia a pouca disponibilidade de trabalhos publicados com metodologia adequada, comunidades indígenas como os Guarani e os Xavante, apresentaram forte associação entre perda dental e aumento da idade. A maior proporção de sangramento gengival ocorreu em adolescentes do gênero masculino e as mulheres apresentaram maior número de sextantes

excluídos por perda dental, concluindo-se que o aumento da idade e diferenças entre gêneros são possíveis fatores associados ao aumento da cárie dentária e doenças periodontais.²

2.3.2. Cárie

A doença cárie está relacionada à fatores sociais, econômicos, comportamentais, culturais e étnicos, que desempenham importante papel no seu desenvolvimento. Em países mais pobres, o índice de dentes cariados, perdidos e obturados é bem mais elevado do que em países com melhores condições de desenvolvimento humano.^{10,50}

Na população brasileira de maneira geral, o projeto SB Brasil 2010 mostra que a porcentagem de indivíduos livres de cáries nas faixas etárias entre 35 e 44 anos foi de 0,9% e entre 65 a 74 anos foi de 0,2%. Quanto ao CPO-D médio foi de 16,75 para a faixa etária de 35 a 44 anos e de 27,53 para a faixa etária de 65 a 74 anos, sendo o componente perdido de 44,7 % para 35 a 44 anos e de 92% para a faixa de 65 a 74 anos de idade.⁴⁸

No Estado de Roraima, na capital Boa Vista, em uma amostra de 179 indivíduos com idade entre 35 a 44 anos a média de CPO-D foi de 17,98; sendo 13,3% de cariados; 27,3% de obturados e 54,1% de média de perdidos. Na faixa etária de 65 a 74 anos a média de CPO-D foi de 27,68 para uma amostra de 192 indivíduos sendo que o componenteariado teve um percentual de 2,6%; já obturado foi de 2,1% e o de perdido foi de 94,9%.⁴⁸

A experiência de cárie entre índios está muito relacionada ao contato com os não índios. Nas décadas de 60 e 70, estudos feitos para avaliar a prevalência de cárie em comunidades indígenas brasileiras mostraram que estes tinham prevalência menor do que a medida na população urbana.^{37,38} Atualmente, em algumas comunidades, que são mais isoladas, o índice de cárie é bem melhor do que em muitos países desenvolvidos, já em outras, onde há um contato maior com a cultura e os hábitos dos não indígenas, como os de missionários e garimpeiros, os índices de cárie são bem maiores do que média dos países,³¹ o que está

relacionado com a inserção de produtos industrializados como o açúcar refinado e carboidratos mais pastosos e pegajosos que são difíceis de se remover, associado com a ausência de hábitos higiênicos bucais eficazes contra estes tipos de alimentos.^{15,34,37}

3. Materiais e Métodos

Este estudo foi submetido à anuência da Coordenação do Distrito Sanitário Especial Indígena Yanomami (DSEIY); da presidência dos Conselhos Distritais de Saúde Indígena (CONDISI) e da chefia da Casa de Saúde Indígena (CASAI). Também foi submetido ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com parecer número 1.998.028 (Anexo 1).

Os pacientes avaliados estavam na CASAI para tratamento das enfermidades aos quais foram referenciados ou estavam retornando para reavaliação de tratamentos realizados juntos com seus acompanhantes.

A participação foi voluntária e mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido do mesmo ou do seu responsável (Anexo 2). A pesquisa foi realizada na CASAI localizada no Município de Boa Vista, Estado de Roraima, durante um período de 6 meses, com permanência dos avaliadores em dias programados e agendados.

Foi utilizada uma ficha odontológica individual padronizada elaborada de acordo com o objetivo da coleta de dados e dividida em dados pessoais, anamnese, exames intra-bucais com odontograma e periograma (Anexo 3).

A metodologia do levantamento de dados se baseou no levantamento SB Brasil 2010 - Pesquisa Nacional de Saúde Bucal,⁴⁸ com o objetivo de assegurar a uniformidade de interpretação dos critérios de coleta de dados e resultados para as diversas condições observadas. Na avaliação da cavidade oral foi realizado o exame de todos os dentes presentes incluindo-se os terceiros molares pelo fato desse dente estar presente e em condições de avaliação nas populações indígenas.

Os parâmetros clínicos avaliados foram:

- Profundidade de Sondagem (PS), 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,^{35,43}

- Nível Gengival (NG), definido como a distância, em milímetros, da junção cimento-esmalte (JCE) até a gengiva marginal livre, quando for negativa, haverá uma hiperplasia gengival e quando for positiva, haverá uma retração gengival,³⁵
- Nível Clínico de Inserção (NCI) definido como a distância entre a JCE e o fundo do sulco gengival/bolsa periodontal, ou seja, é a soma da PS com o NG;³⁵
- Índice de Placa (IP) definido como presença ou ausência de placa nas faces vestibular, lingual/palatina, mesial e distal de todos os elementos dentários presentes.⁵³
- Índice de Sangramento (IS) definido como o sangramento à sondagem quando foram feitos os exames de PS e NG, vistos nas faces vestibular, lingual/palatina, mesial e distal de cada elemento presente nas arcadas.⁴⁴
- Índice de Dentes Cariados, Perdidos e Obturados (CPO-D) 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.⁵⁰

Os indivíduos foram divididos de acordo com a faixa etária em 3 grupos, seguindo o padrão da OMS⁵⁴ utilizado pelo SB Brasil 2010, com algumas alterações para que não haja perdas de dados e a pesquisa se torne a mais fiel possível e que haja uma padronização facilitando as comparações entre outros estudos realizados nesta ou em outras comunidades indígenas sobre análise de dados periodontais e CPO-d. Os grupos foram divididos de acordo com a faixa etária em grupo 1 de 19-34 anos de idade; grupo 2 de 35-44 anos de idade e grupo 3 maiores de 45 anos de idade. Todos os 32 elementos dentários foram avaliados.

Um intérprete indígena auxiliou nos momentos em que o indivíduo avaliado não falasse português.

A verificação clínica foi feita com sonda exploradora, espelho bucal, pinça clínica e sonda periodontal milimetrada de ponta romba modelo OMS (Golgran, São Paulo – SP, Brasil). A iluminação foi feita com uma lanterna de testa fixada na cabeça de cada examinador. Uma auxiliar estudante de Odontologia da Faculdade Cathedral previamente instruída e treinada atuou como anotadora. Os examinadores foram 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 ($k > 0,8$).

Em respeito às formas tradicionais de atendimento a esses povos e pelo fato de que, na CASAI de Roraima, o gabinete odontológico estava desativado nos momentos em que se realizavam a coleta dos dados, resolveu-se fazer a coleta em locais próximos às instalações dos indígenas acomodando-os em cadeiras para melhor visualização da cavidade oral.

O índice de placa era feito após mastigação de pastilhas evidenciadoras de placa bacteriana eviplac (Biodinâmica Química e Farmacêutica LTDA, Paraná, Brasil).

Critérios de inclusão: Indígenas da etnia Macuxi que apresentavam idade ≥ 19 anos.

Critérios de exclusão: Indivíduos que tinham realizado tratamento odontológico periodontal nos últimos 6 meses; indivíduos submetidos a antibioticoterapia nos últimos 6 meses; indígenas que necessitavam de medicação para avaliação clínica e indivíduos edêntulos totais.

Todos os indivíduos investigados foram encaminhados à Faculdade Cathedral através do projeto extramuro para a resolução dos problemas de saúde bucal encontrados durante a coleta dos dados.

3.1. Forma de análise dos resultados

A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para comparar as médias dos valores clínicos. As análises e gráficos do presente estudo foram realizadas com o auxílio do programa estatístico graphPad Prism versão 4.0. Foi feito pós-teste Turkey para comprovar as comparações estatísticas.

4. Resultados

Foram avaliados cerca de 200 indígenas adstritos da CASAI das diferentes etnias que compõem o mosaico cultural indígena do Estado de Roraima, de ambos os gêneros e com idade entre 19 e 70 anos dos quais 66 estavam dentro dos critérios de inclusão (etnia Macuxi).

Dos 66 indígenas da etnia Macuxi, 32 eram do gênero masculino e 34 do gênero feminino. A idade variou de 19 a 69 anos, com média de idade de $34,03 \pm 12,45$. Nenhuma mulher era fumante, e entre os homens fumantes, todos fumavam com uma frequência menor do que 10 cigarros por dia. Com relação ao consumo de álcool dos 66 indivíduos, trinta e um declararam consumir bebida alcoólica, sendo que 23 eram do gênero masculino e 8 do feminino. A Tabela 1 apresenta os dados demográficos e hábitos.

Tabela 1. Dados demográficos dos pacientes avaliados e hábitos divididos pelo gênero.

	Masculino	Feminino	Total
N	32	34	66
Média de idade ± desvio padrão	$35,53 \pm 14,18$	$32,61 \pm 10,60$	$34,03 \pm 12,45$
Fumante	11	0	11
Uso de álcool	23	8	31

Do grupo total, 29 indivíduos relataram fazer a frequência de escovação uma vez ao dia, 29 também relataram fazer duas escovações por dia e oito relataram fazer a higiene bucal 3 vezes ao dia.

A Tabela 2 apresenta os dados clínicos periodontais. Após o tratamento estatístico pode-se verificar que apenas a profundidade a sondagem não teve diferença entre os grupos.

O nível gengival (NG), o nível clínico de inserção (NCI) e o sangramento à sondagem (SS) foram maiores no grupo 3 em relação aos grupos 1 e 2, sendo esta diferença significativa ($p < 0,0001$), mas não houve diferença entre o grupo 1 e o grupo 2 (Figura 1).

O índice de placa (IP) foi maior no grupo 3 em relação aos grupos 1 e 2 com diferença significativa ($p = 0,0026$) entre o grupo 3 e o grupo 1 e entre o grupo 3 e o grupo 2, mas entre os grupos 1 e 2 não houve diferenças significativas (Figura 1).

Tabela 2. Média e desvio padrão dos parâmetros clínicos periodontias divididos por faixa etária.

		Nível gengival	PS (mm)	NIC (mm)	Sangramento		Placa	
					Média(DP)	%	Média(DP)	%
Grupo 1	n=37	0,20 ± 0,15	1,50 ± 0,37	1,71 ± 0,41	0,14 ± 0,14	0,04	0,61 ± 0,08	61
Grupo 2	n=15	0,34 ± 0,42	1,52 ± 0,23	1,87 ± 0,47	0,16 ± 0,16	0,04	0,61 ± 0,08	61
Grupo 3	n=14	1,37 ± 0,99	1,44 ± 0,50	2,81 ± 1,19	0,25 ± 0,25	0,13	0,71 ± 0,10	71

PS – profundidade à sondagem, NIC – nível clínico de inserção.

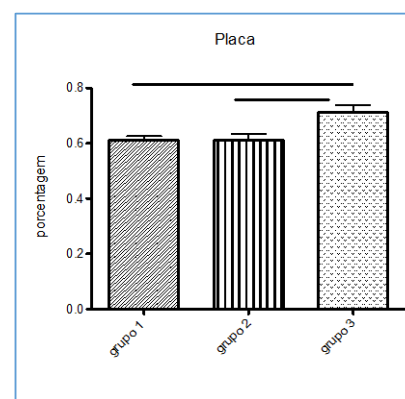
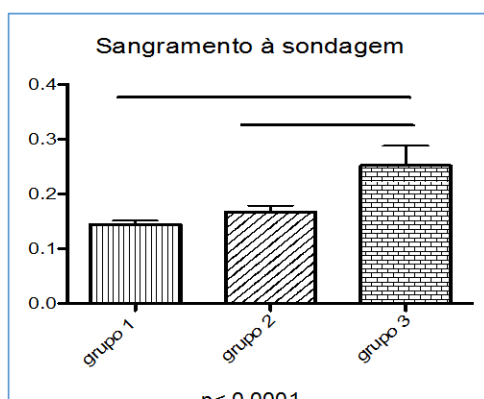
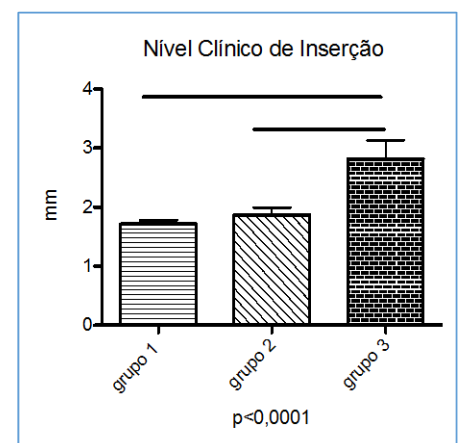
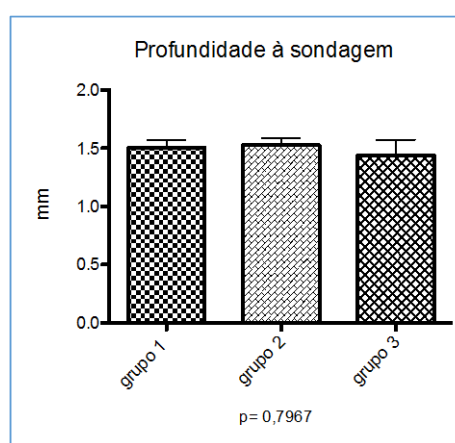
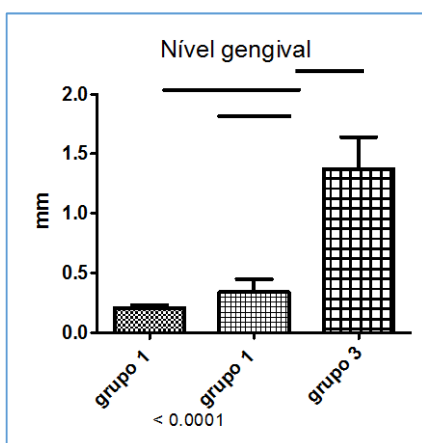


Figura 1. Média e desvio padrão dos parâmetros periodontais

Na avaliação do índice de CPOd o grupo total de 17 a 69 anos o valor foi de 12,64 dente cariados, perdido e obturados. Destes, 4,01 (31,7%) representava dentes cariados; 7,03 (55,6%) de dentes perdidos e somente 1,59 de dentes obturados (12,7%) (Tabela 3).

Tabela 3. Dados de CPOd divididos pelos parâmetros e idades.

		C	P	O	CPOd
Grupo 1	n=37	3,89	3,13	1,83	8,86
Grupo 2	n=15	4,42	8,42	2,28	15,14
Grupo 3	n=14	3,93	15,33	0,33	19,60
Total	N=66	4,01	7,03	1,59	12,63

5. Discussão

Os indígenas acometidos pelas mais diversas enfermidades que não podem ser tratadas na comunidade, são enviados para a CASAI em Boa Vista, capital do Estado de Roraima, junto com os seus acompanhantes. Muitos destes são acometidos por cárie e periodontites, doenças consideradas de abordagens eletivas que podem ter seu tratamento protelado para um momento mais oportuno, em que a equipe se desloca em direção à área indígena para a sua resolução.^{14,20,24,25,40}

A opção de avaliar todos os dentes presentes, e não apenas os dentes-índice, deveu-se à quantidade de informações perdidas nos registros parciais, que subestimam a prevalência da doença. Um exame em toda dentição fornece uma avaliação mais exata da situação periodontal dos indivíduos examinados, já que em estudos feitos apenas com dentes índices podem subestimar a presença da doença com modificações na forma e nos planos de tratamentos para estas populações.⁵⁵

Os resultados obtidos correspondem com uma boa parte dos estudos feitos em populações indígenas pois, após a análise dos dados, verificou-se que a faixa etária que se sobressaiu com diferenças significativas em relação aos demais grupos na maioria das variáveis era a de indivíduos mais idosos, só não teve essa correspondência em relação à profundidade de sondagem que foi estatisticamente sem significância, mas que está de acordo com muitos estudos.^{36,52}

De encontro a isso, no SB Brasil 2010, a população brasileira mostrou que a prevalência de sangramento gengival cresce até a faixa etária dos 35 aos 44 anos, chegando até a metade desses indivíduos e a partir daí começa um decréscimo chegando a menos de um quinto nos idosos,⁴⁸ já na comunidade Macuxi ocorreu um aumento crescente nas faixas etárias de 17 a 34 anos com um ligeiro acréscimo nas faixas de 35 a 44 anos e um salto significativo para as faixas de 45 acima, o que se deve provavelmente a introdução de hábitos deletérios de populações não indígenas, o que torna os métodos de higienização tradicional indígena, utilizados principalmente pelos mais idosos, ineficazes, principalmente diante da inserção de alimentos cada vez mais açucarados e pastosos. Ainda segundo a SB Brasil 2010

Bolsas profundas são raras, pois atingem menos de 1% dos jovens de 15 a 19 anos, menos de 7% dos adultos e aproximadamente 3% dos idosos⁴⁸, o que corrobora com este estudo pois, bolsas periodontais profundas são raramente encontradas entre os macuxi, até mesmo nos elementos dentais remanescentes em idosos, que geralmente possuem um acentuado desgaste, formando um platô nos seus molares.³⁰

Quanto à perda de inserção, foi significativamente mais pronunciada em idosos em relação as outras faixas etárias o que vai contra os índices nacionais pois neste a perda maior foi na faixa etária de 35 a 44 anos, a explicação para isso talvez esteja no fato de ter havido mais perdas de elementos dentários na população idosa nacional com 90,1% de sextantes excluídos⁴⁸ já na população Macuxi, normalmente os idosos possuem ainda muitos elementos na cavidade oral.

Em um estudo com os índios Xavante da comunidade de Etéñitépa na terra indígena Pimentel Barbosa, no Estado do Mato Grosso, em contato permanente com os não indígenas desde a década de 40, comparou-se inquéritos feitos em 1962, 1991 e 1997, que mostra dados entre o início do contato e após alguns anos de contato, onde se observou uma tendência ao aumento de doenças orais nesta comunidade.³⁴

As características desse povo são muito parecidas com as dos demais povos indígenas, inclusive a Macuxi, pois os mesmos viviam da caça, pesca e coleta de raízes. Atualmente possuem uma dependência muito grande de produtos industrializados sem saber praticar a higienização oral com a forma e a frequência necessária para se evitar as doenças orais. Nesse estudo, avaliou-se 228 indivíduos, dos quais apenas 25 pertenciam a faixa etária dos 15 aos 19 anos com CPO-d de 4,60; 39 indivíduos dos 20 aos 29 anos com CPO-d de 8,53; 20 indivíduos dos 30 aos 39 anos com CPO-d de 15,05; 17 indivíduos dos 40 a 49 anos com CPO-d 14,29 e 10 indivíduos com 50 anos ou mais com CPO-d 19,60 que são valores muito próximos aos dos encontrados nas comunidades Macuxi, o que ocorre provavelmente, devido as características desses povos serem tão parecidas, como a de um intenso contato com a sociedade não indígena envolvente, mudanças em hábitos culturais e alimentares, assistência em saúde irregular e precária, dentre muitos outros fatores que foram citados neste trabalho.³⁶

Em outro estudo comparativo, feito na mesma comunidade de Etênhiritipá, na região Centro-Oeste do Brasil com 212 indígenas do povo Xavante, divididos em grupos etários de 6 a 12 anos, 13 a 19, 20 a 34 e 35 a 60 anos de idade examinados em 1999 sendo que dos 212 indivíduos, 128 foram re-examinados em 2004, o que representou uma amostra de 60,4% dos indivíduos estudados em 1999. Para título de comparação consideraremos apenas os grupos acima de 20 anos, onde se observou que ocorreu um aumento no índice de CPO-d em todas as faixas etárias com o aumento da idade, principalmente na faixa acima dos 35 anos, o que se deve ao grande número de dentes perdidos nestas faixas etárias, dados estes iguais aos do povo Macuxi. O estudo se refere ainda à dúvida se este aumento se deve ao fato da proximidade com os não índios e seus alimentos industrializados, pois como não existem muitos trabalhos anteriores com metodologia apropriada em relação aos dados de CPOD, ficou difícil confirmar este fato, dúvida esta que pode ser utilizada também como os Macuxi, pois, apesar de muitas evidências de que o contato traz consigo o aumento da doença cárie, também não se tem outros estudos anteriores desses povos para comprovar isto. Existe alguns estudos sugerindo uma avaliação mais criteriosa com relação a outras causas como a dieta, fluxo e composição da saliva, higiene oral, exposição ao flúor, nível socioeconômico e educacional.¹⁶

Em um estudo feito com o povo da etnia Wai-Wai na comunidade Wakri onde foram examinados 43 indígenas com idades entre 15 e 75 anos onde o índice CPO-d apresentou em média 15,45 dentes cariados, perdidos ou obturados, dos quais 13% estavam cariados; 77% perdidos e 10% obturados, a porcentagem de dentes hígidos em relação aos dentes cariados, perdidos ou obturados foi de 51%,¹⁰ resultados estes muito aproximados ao dos povos Macuxi com uma diferença no percentual de dentes cariados, talvez pelo maior tempo de contato dos Macuxi com a sociedade de não indígenas envolvente.

Outro estudo, com faixa etária diferente, mas que, dentro das faixas etárias, os resultados se aproximam do estudo com os Macuxi, foi realizado com os índios Guarani no Rio de Janeiro. A média de CPOD foi de 9,0 na faixa etária entre 25 e 34 anos e 24,8 entre 65 e 74 anos com os componentes obturados superando os perdidos na faixa de 20 a 24 anos e diminuição considerável em faixas mais

elevadas, igual ao povo Macuxi, sendo que o número de dentes presentes variou de 25,4 dos 20 aos 24 anos para 4,2 na faixa etária acima dos 75 anos.⁵⁶

Estudo feito com os índios Potiguara, na Paraíba, que apresenta características de contato com a sociedade nacional parecida com a dos Macuxi. Esse contato com os não indígenas, que ocorreu logo após a descoberta, com os Potiguara e, por volta do século XVIII, com os Macuxi, provocou interferências muito grandes no modus vivendi das duas etnias. No estudo, realizado com 1461 índios potiguara, onde se avaliou o CPO-d, dividiu-se em grupos etários de 15 a 19, 35 a 44 e de 65 a 74 anos e verificou-se que a média de CPO-d na faixa etária de 15 a 19 anos foi de $7,13 \pm 4,95$, muito próxima a deste estudo que, para uma faixa etária de 17 a 34 anos, foi de 8,36. Para a faixa etária de 35 a 44 anos foi de $16,43 \pm 7,56$ e com os Macuxi foi de 15,14. Entre 65 a 74 anos foi de $22,86 \pm 8,63$ para os potiguaras e neste estudo para os indivíduos acima de 45 anos foi de 19,60 com índices altíssimos de dentes perdidos em ambos os estudos para esta faixa etária. Em ambos os estudos, o componente obturado teve baixos índices para todas as faixas etárias e o componente cariado teve índices mais elevados do que este sugerindo que os atendimentos por equipes de saúde nestes povos são feitos de maneira irregular e de forma precária com priorização de extrações dentárias.³⁷

Em estudo feito com 288 indivíduos de comunidades Xavante no Alto Xingu em 4 comunidades mostra resultados parecidos com os deste estudo com faixas etárias um pouco diferentes, mas bem aproximadas. Para a faixa etária de 14 a 20 anos, com 37 indivíduos examinados, teve-se um CPO-d médio de 9,14; entre 21 e 30 anos, o CPO-d foi de 13,31; entre 31 e 50 anos o CPO-d foi de 17,93 e acima de 50 anos o CPO-d foi de 19,33. O número elevado de média de CPO-d, principalmente na faixa etária acima de 50 anos, mostra o descaso com a assistência em saúde para essas populações.³⁸

Na contramão desse processo, povos indígenas mais isolados tem níveis baixos de CPO-d, em um estudo com populações Yanomami, os indígenas que habitavam comunidades mais próximas a missões e povoados não indígenas apresentavam maiores índices de dentes cariados do que os que moravam mais afastados.³¹ No estudo com os Macuxi, as comunidades têm contato desde o século

XVIII, colocando em situação de níveis elevados de dentes cariados, perdidos, com baixos índices de dentes obturados.

Quanto às doenças periodontais no estudo com os índios Xavante da comunidade de Etéñitépa na terra indígena Pimentel Barbosa, no Estado do Mato Grosso, relata que bolsas periodontais estão mais presentes em grupos etários mais avançados, mas com índices baixos em relação aos outros índices periodontais e casos avançados de doenças periodontais não são vistos com frequência, dados estes parecidos com o que foi visto nas comunidades Macuxi.³⁶

Ao contrário do relatado neste estudo, em um estudo com indígenas na Austrália, encontrou-se elevados índices de bolsas periodontais profundas com 6 mm ou mais em idades mais avançadas na faixa etária de 45 a 64 anos.⁵⁷

Um estudo em comunidades indígenas australianas avaliou a presença de cárie e alterações periodontais como sangramento gengival, placa dental e presença de cálculo. De 312 pessoas avaliadas, 273 tinham periodontite de moderada a severa, ou seja, uma prevalência de 87,5% o que equivale a 3,5 vezes a média da população urbana e a faixa etária mais acometida por doença periodontal severa era de 32 a 52 anos de idade, onde havia pelo menos um local interproximal maior ou igual a 2mm, com nível de inserção clínico maior ou igual a 6mm e ao menos um local com profundidade de sondagem maior ou igual a 5mm. Este estudo não condiz com o dos Macuxi pois nestes não foram encontrados diferenças estatisticamente significativas na profundidade de sondagem entre as faixas etárias e também não havia números significativos de doença periodontal avançada.⁹

Em um estudo com os indígenas Tz'utujil, descendentes dos Maias, uma comunidade da Guatemala, na América Central, dividido em 2 estudos, um com 239 indivíduos de 12 a 75 anos, chamado de estudo I dividido em 6 faixas etárias, de 12 a 17, 18 a 34, 35 a 44, 45 a 54, 55 a 64 e acima de 65 anos de idade e outro somente com 125 indivíduos com idade entre 18 e 75 anos retirados do estudo I, onde se excluiu somente a primeira faixa etária e foi chamado de estudo II, para um estudo mais detalhado das condições periodontais feitas no estudo I. Os resultados foram muito similares aos encontrados nos povos Macuxi com o aumento do

sangramento à sondagem em idades mais avançadas; também com aumento estatisticamente significativo do nível de inserção clínico com o avançar da idade.⁵⁸

A atenção à saúde aos povos indígenas, pela sua peculiaridade, tem que ser acompanhada de forma mais frequente e em períodos mais uniformes e curtos, pois pela pequena quantidade de trabalhos publicados, fica difícil saber se a maneira como os atendimentos estão sendo conduzidos estão surtindo efeito. Mais estudos de acompanhamentos são necessários para se ter uma noção mais exata sobre a verdadeira condição de saúde oral desses povos.

6. Conclusão

Pela análise dos dados coletados e comparação com outros estudos observa-se uma piora nos índices e indicadores de saúde bucal ao longo dos anos na população Macuxi apesar de não apresentarem muitos casos de doenças periodontais avançadas.

7. Referências

1. Goldberg HJ, Weintraub JA, Roghmann KJ, Cornwell WS. Measuring periodontal disease in ancient populations: root and wear indices in study of American Indian skulls. *J Periodontol*. 1976;47(6):348-51.
2. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Factors associated with dental caries and periodontal diseases in Latin American indigenous peoples: a systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(1):67-77.
3. Coimbra Jr CEA, Santos RV. Saúde, minorias e desigualdades: algumas teias de inter-relações com ênfase nos povos indígenas no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*. 2000;5(1):125–32.
4. Roncalli AM, Cortes MIS, Peres KGA. Perfis epidemiológicos de saúde bucal no Brasil e os modelos de vigilância. *Cad. Saúde Pública* 28 (2012): S58-S68
5. Presson SM, Niendorff WJ, Martin RF. Tooth loss and need for extractions in American Indian and Alaska Native dental patients. *J Public Health Dent*. 2000;60 Suppl 1:267-72.
6. Baelum V, Helderman WVP, Hugoson A, Yee R, Fejerskov O. A global perspective on changes in the burden of caries and periodontitis: implications for dentistry. *J Oral Rehabil*. 2007 Dec;34(12):872-906.
7. Arora G, Mackay DF, Conway DI, Pell JP. Ethnic differences in oral health and use of dental services: cross-sectional study using the 2009 Adult Dental Health Survey. *BMC Oral Health*. 2017; 17:1.
8. Brown JL & Loe H. Prevalence, extent, severity and progression of periodontal disease. *Periodontol 2000* 1993; 2: 57-71.
9. Kapellas K et al. Periodontal disease and dental caries among Indigenous Australians living in the Northern Territory, Australia. *Aust Dent J*. 2014; 59: 93–99.
10. Nascimento S, Scabar LF. Levantamento epidemiológico de cárie, utilizando os índices CPO-D, ceo-d e IHOS, nos índios da aldeia Wakri no Estado do Pará. *Rev Inst Ciênc Saúde*. 2008;26(2):246-53.
11. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 2006;367(9525):1859–69

12. Perry GE, Arias OS, López JH, Maloney WF, Servén L. Poverty reduction and growth: virtuous and vicious circles. Washington: The World Bank; 2006.
13. Hughes J. Gender, equity and indigenous women's health in the Americas. Washington: PAHO; 2004.
14. Hayd RLN *et al.* Um olhar sobre a saúde indígena no Estado de Roraima. *Mens Agitat*, v. 3, n. 1, p. 89-98, 2008.
15. Arantes R, Santos RV, Frazão R. Diferenciais de cárie dentária entre os índios Xavante de Mato Grosso, Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2010; 13(2): 223-36.
16. Arantes R, Santos RV, Frazão R, Coimbra Jr CEA. Caries, gender and socio-economic change in the Xavante Indians from Central Brazil. *Ann Hum Biol*, 2009; 36(2): 162-175.
17. Sousa Júnior JS. Ciências da Natureza – Licenciatura Intercultural: Proposta de Trabalho. In.: Sousa Júnior JS, Silva LM, Rocha BM. Ciência, Tecnologia e Saúde: Memorial Formativo. Maricá – RJ: Ponto Cult. 2012. p. 23-37
18. Rocha BM, Sousa Junior JS, Kussaba ST, Boaventura RM, Ribas MB. A Higiene Bucal e a Medicina Tradicional entre os Macuxi. In.: Sousa Júnior JS, Silva LM, Rocha BM. Ciência, Tecnologia e Saúde: Memorial Formativo. Maricá – RJ: Ponto Cult. 2012. p. 43-50.
19. Mann CC. Oldest civilization in the Americas revealed. *Scienc.* 2005 Jan 7;307(5706):34-5.
20. Maior APCS, Santili P, Campos C, Grund LK. Roraima Serra e Lavrado. In.: Povos Indígenas do Brasil 2006/2010. São Paulo–SP. Inst Sóc Amb, 2011. p. 247-71.
21. Mandulão G, et al. Projeto Vidas Paralelas Indígena: revelando os povos Macuxi e Wapixana de Roraima, Brasil. *Temp Act Saúde Colet.* 2012. 6.1: 63-70.
22. Mellati JC. Diversidade de Culturas e Situações. In.: Índios do Brasil. São Paulo: Ed. USP, 2007:75-94.
23. Cardoso AM, Santos RV, Coimbra Junior CEA. Políticas Públicas em Saúde Para os Povos Indígenas. In.: Vigilância Alimentar e Nutricional

- Para a Saúde Indígena. Organizado por Barros DC, Silva DO, Gugelmin AS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007:75-91.
24. Ferreira L B, Portillo JAC, Nascimento W F. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. *Temp Act Saúd Colet.* 2013; 7(4):83-95.
 25. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico / Fund Nac Saúde. Brasília: Funasa, 2007.
 26. Lima ACS. Sobre Tutela e Participação: Povos Indígenas e Formas de Governo no Brasil, Séculos XX/XXI. *Mana.* RJ. 2015; 2(21):425-457.
 27. Mandulão G *et. al.* "Projeto Vidas Paralelas Indígena: revelando os povos Macuxi e Wapixana de Roraima, Brasil. *Temp Act Saúd Colet.* 2012; 6.1: 63-70.
 28. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no Censo Demográfico 2010. RJ. 2012.
 29. Brasil. Portal Brasil. Governo Federal. População indígena no Brasil. 2015.
 30. Leite MS. Sociodiversidade, Alimentação e Nutrição Indígena. In.: *Vigilância Alimentar e Nutricional Para a Saúde Indígena.* Organizado por Barros DC, Silva DO, Gugelmin AS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2007:181-210.
 31. Donnelly CJ, Thomson LA, Stiles HM, Brewer C, Neel JV, Brunelle JA. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomamö Indians, Venezuela. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1977;5(1):30-9.
 32. Vieira EMM *et al.* Evaluation of Oral Health in a Community of Native Brazilians of the Umutina Reservation, Mato Grosso State *Int. J. Odontostomat.* 2011; 5(1):59-63.
 33. Coimbra Junior CEA, Santos RV, Cardoso AM. Processo Saúde-Doença. In.: *Vigilância Alimentar e Nutricional Para a Saúde Indígena.* Organizado por Barros DC, Silva DO, Gugelmin AS. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz. 2007: 47-74.
 34. Buchwald S, Kocher T, Biffar R, Harb A, Holtfreter B, Meisel P. Tooth loss and periodontitis by socio-economic status and inflammation in a longitudinal population-based study. *J Clin Periodontol* 2013; 40: 203–211.
 35. Susin C, Dalla Vecchia CF, Oppermann RV, Haugejorden O, Albandar JM. Periodontal attachment loss in an urban population of Brazilian adults:

- effect of demographic, behavioral, and environmental risk indicators. *J Periodontol.* 2004 Jul;75(7):1033-41.
36. Arantes R, Santos RV, Coimbra Junior CEA. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001; 17(2):375-384.
 37. Sampaio FC, Freitas CHSM, Cabral MBF, Machado ATAB. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* João Pessoa-PB. 2010;27(4):246–51.
 38. Rigonatto DDL, Antunes JLF, Frazão P. Dental Caries Experience In Indians Of The Upper Xingu, Brazil. *Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo*, 2001; 43(2): 93-98.
 39. Brasil. Lei n. 8080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília: DF. 1990.
 40. Brasil. Lei no 9.836 de 23 de setembro de 1999. Brasília: DF. 1999.
 41. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Os indígenas no Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro, 2012.
 42. Chambrone L, Lima LAPA.; Chambrone LA. Prevalência das Doenças Periodontais no Brasil. Parte II. 1993-2003. *Rev Odonto.* 2008; 16(31):69-76.
 43. Segundo TK, Ferreira EF, Costa JE. Periodontal disease in the Arturo's black community in Contagem, Minas Gerais, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):596-603.
 44. Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S. Absence of bleeding on probing. An indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol* 1990; 17:714-21.
 45. Greenstein G. Contemporary interpretation of probing depth assessments; Diagnostic and therapeutic implications. A literature review. *J Periodontol* 1997; 68:1194-205.
 46. Oppermann RV. An overview of the epidemiology of periodontal diseases in Latin America. *Braz Oral Res* 2007;21(Spec Iss 1):8-15.
 47. Claffey N, Nylund K, Kiger R, Garrett S, Egelberg J. Diagnostic predictability of scores of plaque, bleeding, suppuration and pocket depths for probing attachment loss: 3 1/2 years of observation following initial therapy. *J Clin Periodontol.*1990; 17:108-14.

48. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: MS, 2012.
49. Figueiredo A, Soares S, Lopes H, dos Santos JN, Ramalho LM, Cangussu MC, Cury PR. Destructive periodontal disease in adult Indians from Northeast Brazil: cross-sectional study of prevalence and risk indicators. *J Clin Periodontol*. 2013 Nov;40(11):1001-6.
50. Santosh ABR, Ogle OE, Williams D, Woodbine EF. Epidemiology of Oral and Maxillofacial Infections. *Dent Clin N Am*. 2017; 61:217–233.
51. Goldberg HJ, Weintraub JA, Roghmann KJ, Cornwell WS. Measuring periodontal disease in ancient populations: root and wear indices in study of American Indian skulls. *J Periodontol*. 1976;47(6):348-51.
52. Ronderos M, Pihlstrom BL, Hodges JS. Periodontal disease among indigenous people in the Amazon rain forest. *J Clin Periodontol*. 2001 Nov;28(11):995-1003.
53. Figuero E, Nobrega DF, Garcia-Gargallo M, Tenuta LMA, Herrera D, Carvalho JC. Mechanical and chemical plaque control in the simultaneous management of gingivitis and caries: a systematic review. *J Clin Periodontol*. 2017; 44(18):S116–S134.
54. WHO (World Health Organization). Oral Health Surveys – Basic Methods. Geneva: WHO; 2013.
55. Eaton KA, Duffy S, Griffiths GS, Gilthorpe MS, Johnson NW. The influence of partial and full-mouth recordings on estimates of prevalence and extent of lifetime cumulative attachment loss: a study in a population of young male military recruits. *J Periodontol*. 2001;72(2):140-5.
56. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúd Pública*. 2009; 25(1):37-46.
57. Brennan DS, Roberts-Thomson KF, Spencer AJ. Oral health of Indigenous adult public dental patients in Australia. *Aust Dent J*. 2007;52:(4):322-328.
58. Dowsett SA, Archila L, Segreto VA, Eckert GJ, Kowolik MJ. Periodontal disease status of an indigenous population of Guatemala, Central America. *J Clin Periodontol* 2001; 28:663–671.

ANEXO 1 – 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 clinico 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.

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 dactiloscópica

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 / /

Pesquisador Responsável: -Caio Vinicius Gonçalves Roman Torres- -Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP- -Tel.: -13-991304774¶
CEP-UNISA: -Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP- -Tel.: -2141-8687.¶

ANEXO 2 – Parecer do Comitê de Ética

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: 1.980.030

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: (51)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.998.028

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 ($p < 0,05$).

Desfecho Primário:

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

Desfecho 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: 1.998.020

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 esta 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 3ª ANDAR, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.750-621
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3315-5878 E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 1.998.028

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	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P	05/03/2017		Aceito

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A, 3ª 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: 1.996.020

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

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)3315-6878 E-mail: conep@saude.gov.br

ANEXO 3: Ficha Clínica

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"/> outros: _____																		
12- Sua gengiva sangra?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		espontâneo <input type="checkbox"/> provocado <input type="checkbox"/>		13. Sente mal hálito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>												
14. Respirador bucal?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		15. Hábitos parafuncionais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		aperta os dentes <input type="checkbox"/> range <input type="checkbox"/> outros: _____												
16. Já fez cirurgia na boca?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		17. Já fez tto periodontal?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>												
18. Sente dor na ATM?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		20. Alérgico? _____														
19. Toma algum medicamento?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Qual? _____		20. Alérgico? _____												
21. Faz uso de álcool		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?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		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?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		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?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		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?		Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		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"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	47/46	41/31	36/37
<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"/>
26 - condição periodontal individual - CPI <input type="checkbox"/>																		
27- anotações para o Índice de desgaste dental. Há presença de facetas de desgastes? EscORES 0 - 1 - 2 - 3																		
Sextante 1				Sextante 2														
17	16	15	14	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"/>											
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"/>											
27	26	25	24	23	22	21												
Sextante 3				Sextante 5														
37	36	35	34	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"/>											
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"/>											
47	46	45	44	43	42	41												
Sextante 4				Sextante 6														
37	36	35	34	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"/>											
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"/>											
47	46	45	44	43	42	41												
28 -Índice básico para desgaste dental -BEWE																		
	1	2	3	4	5	6	BEWE total											
Sextante	(17-14)	(13 - 23)	(24 - 27)	(37 - 34)	(33 - 43)	(44 - 47)	$\Sigma = 1 a 6$ (0 a 18).											
Maior Valor do sextante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
							29 -Nível de Risco e conduta (A-B-C-D)											
							<input type="checkbox"/>											

