GUSTAVO HERMES SOARES

**A saúde bucal dos povos Kaingang e Guarani da Terra Indígena Guarita:
perspectivas nativas e epidemiológicas**

São Paulo

2017

GUSTAVO HERMES SOARES

**A saúde bucal dos povos Kaingang e Guarani da Terra Indígena Guarita:
perspectivas nativas e epidemiológicas
Versão Original**

Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas para obter o título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Odontologia Social

Orientador: Prof. Dr. Edgard Michel Crosato

São Paulo
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo-na-Publicação
Serviço de Documentação Odontológica
Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo

Soares, Gustavo Hermes.

A saúde bucal dos povos Kaingang e Guarani da Terra Indígena Guarita: perspectivas nativas e epidemiológicas / Gustavo Hermes Soares; orientador Edgard Michel Crosato. -- São Paulo, 2017.

145 p. : fig., tab. graf.; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) -- Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas. Área de Concentração: Odontologia Social -- Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo.

Versão original

1. Índios Sul-Americanos. 2. Saúde de populações indígenas. 3. Saúde bucal. 4. Inquéritos de saúde bucal. 5. Segurança alimentar. I. Crosato, Edgard Michel. II. Título.

Soares GH. A saúde bucal dos povos Kaingang e Guarani da Terra Indígena Guarita: perspectivas nativas e epidemiológicas. Dissertação apresentada à Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: / /2018

Banca Examinadora

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Prof(a). Dr(a). _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Aos meus pais, Valdir e Nair,
Minha origem, força, e motivação.

Aos povos Kaingang e Guarani,
Pela resistência e generosidade.

AGRADECIMENTOS

À Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo pelo suporte e aprendizado que me foi possibilitado ao longo deste percurso.

Ao Professor Doutor Edgard Michel Crosato que me acolheu com muita generosidade, me apontou caminhos e compartilhou seu conhecimento.

Aos Professores do Departamento de Odontologia Social pelas colaborações e ensinamentos, em especial às Professoras Doutoras Fernanda Campos de Almeida Carrer, Maria Ercília de Araújo, Maria Gabriela Haye Biazevic e Mariana Minatel Braga.

Aos Professores Doutores Tatiana Natasha Toporcov e Antonio Carlos Frias pelas valiosas contribuições no Exame de Qualificação.

À Cassia Ferri, que me ofereceu suporte no trabalho de campo durante seu tempo livre.

À Gabriela Cauduro Rosa e Nayara Fernanda Pereira, pela amizade e apoio incondicional.

Aos colegas Adriellyi, Amanda, Henrique, Jaqueline, Paola, Robson e Thaís.

Às secretárias do Departamento de Odontologia Social, Andréia dos Santos Teixeira e Sonia Castro Lucia Lopes, pela disposição para ajudar em todos os processos internos.

À Secretaria de Saúde e Saneamento da Prefeitura de Tenente Portela, em especial à Micheli Vargas e equipe ESF I, pela disponibilização de equipamentos para esterilização de instrumentos de pesquisa.

Ao amigo Sandro Silva, jovem liderança Guarani.

Aos caciques Valdones Joaquim e Fábio Fernandes.

“Só a Antropofagia nos une. Socialmente. Economicamente. Filosoficamente.
Única lei do mundo. Expressão mascarada de todos os individualismos, de
todos os coletivismos. De todas as religiões. De todos os tratados de paz.
Tupi, or not tupi that is the question.
Contra todas as catequeses. E contra a mãe dos Gracos.
Só me interessa o que não é meu. Lei do homem. Lei do antropófago.”

Oswald de Andrade

RESUMO

Soares GH. A saúde bucal dos povos Kaingang e Guarani da Terra Indígena Guarita: perspectivas nativas e epidemiológicas [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2017. Versão Original.

A população indígena brasileira compreende mais de 900 mil indivíduos distribuídos por todos os estados da Federação. Diversos estudos têm apontado para a deterioração da saúde bucal dos povos indígenas ao longo das últimas décadas, embora dados epidemiológicos ainda sejam escassos. A transição para um modelo alimentar baseado em uma dieta rica em gorduras, açúcares e alimentos refinados tem sido indicada como um fator contribuinte para o desenvolvimento de doenças como a obesidade e a cárie dentária em diferentes populações. O objetivo deste estudo é analisar o perfil epidemiológico de saúde bucal da população indígena adulta residente na Terra Indígena Guarita, bem como investigar aspectos subjetivos e determinantes sociais relacionados. Buscou-se, ainda, analisar a experiência de cárie dentária nos povos indígenas da América do Sul. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura e meta-análise referente à severidade de cárie dentária em povos indígenas que habitam países sul-americanos. Além disso, foram conduzidos grupos focais com as etnias Kaingang e Guarani da Terra Indígena Guarita. Os dados produzidos foram analisados por meio da metodologia Grounded-Theory e interpretados a partir da teoria do sociólogo Pierre Bourdieu. Adultos com idade entre 35 e 44 anos de ambas as etnias foram examinados em relação à experiência de cárie, necessidade de tratamento, e uso e necessidade de prótese dentária. Participantes responderam a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar, a versão curta do questionário Oral Health Impact Profile, e a uma entrevista estruturada sobre dados sociodemográficos e uso de serviços odontológicos. Foram observadas altas experiências de cárie entre povos indígenas da América do Sul, contrastantes com a redução da prevalência da doença na população não indígena. Interferências nos sistemas alimentares indígenas afetam aspectos da identidade cultural, da organização social e da saúde das comunidades indígenas. Este fenômeno implica em percepções de vulnerabilidades de saúde bucal e tensões entre o modelo biomédico e as práticas tradicionais de cura. Participantes (n = 109) apresentaram

média de dentes cariados, perdidos e obturados de 14,45 ($\pm$ 5,80). Cerca de dois terços do valor do índice foi composto por dentes perdidos. Necessidade de tratamento foi observada em 93% da população. Foram observadas altas frequências de necessidade de prótese e de experiência de perda dentária. Diferenças significativas na prevalência de dentição funcional foram observadas em relação a sexo e tempo da última consulta odontológica. Cerca de 94% dos participantes vivem em domicílios em situação de insegurança alimentar. Maiores pontuações de insegurança alimentar apresentaram associação com o recebimento do benefício Bolsa Família, maior densidade domiciliar e maior percepção dos impactos da saúde bucal na qualidade de vida. A presença de insegurança alimentar severa foi mais prevalente entre indivíduos que vivem em domicílios com mais de 5 moradores e aqueles com maior pontuação no instrumento OHIP-14. Este estudo apresenta dados epidemiológicos importantes para a compreensão das condições de saúde bucal dos povos Kaingang e Guarani, assim como para o planejamento de serviços de saúde culturalmente apropriados para as necessidades desta população.

Palavras-chave: Índios Sul-Americanos. Saúde de Populações Indígenas. Saúde bucal. Inquéritos de Saúde Bucal. Segurança Alimentar.

ABSTRACT

Soares GH. The oral health of the Kaingang and Guarani peoples of the Guarita Indigenous Reservation: native and epidemiological perspectives [dissertation]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2017. Versão Original.

The Brazilian indigenous population comprises more than 900 thousand individuals distributed throughout all states of the Federation. Several studies have pointed to the deterioration of oral health of indigenous peoples over the last decades, although epidemiological data are still scarce. The transition to a food system based on a diet rich in fat, sugars and refined foods has been pointed out as a contributing factor for the development of diseases such as obesity and dental caries in different populations, including native peoples. This study aims to analyze the oral health epidemiological profile of the adult indigenous population living at the Guarita Reservation, as well as to investigate associated subjective aspects and social determinants. It was also intended to analyze the dental caries experience in the indigenous peoples of South America. A systematic review of the literature and meta-analysis regarding the severity of dental caries in indigenous peoples living in South American countries was carried out. In addition, focus groups were conducted with the Kaingang and Guarani ethnic groups from the Guarita Reservation. The produced data were analyzed through the Grounded-Theory methodology and interpreted using the Pierre Bourdieu's theory. Adults aged 35-44 years of both ethnicities were examined regarding caries experience, treatment need, and use and need of prosthodontics. Participants answered the Brazilian Food Insecurity Scale, the short version of the Oral Health Impact Profile questionnaire, and a structured interview on sociodemographic data and use of dental services. High caries experiences were observed among indigenous peoples of South America, contrasting with the reduction of the prevalence of the disease in the non-indigenous population. Interferences in indigenous food systems seem to affect aspects of cultural identity, social organization, and health of indigenous communities. This phenomenon implicates in perceptions of oral health vulnerabilities and tensions between the biomedical model and traditional healing practices. Participants (n =

109) presented a mean number of decayed, missing and filled teeth of 14.45 ($\pm$ 5.80). About two-thirds of the value of the index was composed of missing teeth. Need for treatment was observed in 93% of the population. It was observed a high frequency of prosthodontic need and experience of tooth loss. Significant differences in the prevalence of functional dentition were observed in relation to sex and time of the last dental visit. Approximately 94% of participants live in food insecure households. Higher food insecurity scores were associated with the *Bolsa Família* benefit, higher household density and greater perception of the oral health impacts on quality of life. The presence of severe food insecurity was more prevalent among individuals living in households with more than 5 residents and those with higher scores on the OHIP-14 instrument. This study presents important epidemiological data for understanding the oral health conditions of the Kaingang and Guarani peoples, as well as for the planning of culturally appropriate health services to the needs of this population.

Keywords: South-American Indians. Health of indigenous peoples. Oral health. Dental health surveys. Food and nutrition security.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 2.1 – Estratégia de busca.....	37
Figura 2.1 – Fluxograma de identificação e seleção dos estudos	39
Figura 2.2 – Distribuição dos estudos de acordo com as regiões das populações indígenas estudadas	40
Figura 2.3 – Modelo de efeito randômico para as médias de ceo/CPOD para as faixas etárias de 5, 12, e 15-19 anos.....	42
Figura 2.4 – Modelo de efeito randômico para as médias de CPOD para as faixas etárias de 35-44 e 65-74 anos.....	43
Tabela 2.1 – Comparação das médias de ceo/CPOD entre indígenas e inquéritos epidemiológico nacionais	44
Tabela 2.2 – Características dos estudos incluídos na revisão sistemática.....	47
Figura 3.1 – Localização da Terra Indígena Guarita	56
Figura 3.2 – Localização das aldeias incluídas no estudo.	57
Figura 3.3 – Percorso metodológico adotado com a associação de grupos focais e Grounded Theory	58
Figura 3.4 – Representação das relações simbólicas entre indígenas e a sociedade circundante no campo da saúde	65

Tabela 4.1 – Características sociodemográficos dos participantes	80
Tabela 4.2 – Número médio e desvio padrão do índice CPOD de acordo com os componentes cariados, perdidos e obturados	80
Tabela 4.3 – Frequência de indivíduos e média do número de dentes com necessidade de tratamento devido a carie dentária.....	81
Figure 4.1 – Frequência de dentes hígidos de acordo com o quadrante e elemento dental	81
Tabela 4.4 – Análise bruta e ajustada para presença de dentes obturados e fatores associados conforme modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta.....	82
Tabela 5.1 – Distribuição dos participantes em relação às variáveis independentes	95
Tabela 5.2 – Distribuição dos indígenas em relação ao uso e necessidade de prótese e prevalência de dentição funcional de acordo com diferentes definições.....	96
Tabela 5.3 – Análise bruta e ajustada para uso e necessidade de prótese e fatores associados conforme modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta.....	97
Tabela 5.4 – Análise bruta e ajustada de dentição funcional e fatores associados conforme modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta	98

Figura 5.1 – Diferenças na prevalência de dentição funcional entre adultos indígenas da TI Guarita e adultos não-indígenas de diferentes nacionalidades	100
Quadro 6.1 – Classificação do nível de segurança alimentar domiciliar de acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)	113
Tabela 6.1 – Distribuição dos participantes em relação ao nível de segurança alimentar domiciliar	115
Figura 6.1 – Correlação entre impacto da saúde bucal na qualidade de vida e insegurança alimentar domiciliar	115
Tabela 6.2 – Análise bruta de insegurança alimentar e fatores associados em indígenas adultos da TI Guarita	116
Tabela 6.3 – Análise ajustada de insegurança alimentar e fatores associados conforme modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta	117
Figura 6.2 – Comparação da distribuição de domicílios em situação de segurança/insegurança alimentar entre diferentes populações	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DF	Dentição Funcional
DP	Desvio Padrão
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
DSEI	Distritos Sanitários Especiais Indígenas
EBIA	Escala Brasileira de Insegurança Alimentar
EMSI	Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Funai	Fundação Nacional do Índio
Funasa	Fundação Nacional da Saúde
IC	Intervalo de Confiança
ISA	Instituto Socioambiental
OHIP	Oral Health Impact Profile
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RP	Razão de Prevalência
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SB	Brasil Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
Sesai	Secretaria Especial de Saúde Indígena
SPI	Serviço de Proteção aos Índios
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Terra Indígena
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO	25
1.1	População e território	29
1.2	Referências	30
2	CAPÍTULO II: EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM POVOS INDÍGENAS SUL-AMERICANOS: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE	35
2.1	Métodos	36
2.2	Resultados	38
2.3	Discussão	43
2.4	Conclusão	48
2.5	Referências	48
3	CAPÍTULO III: TRANSIÇÃO ALIMENTAR E SAÚDE BUCAL NOS POVOS INDÍGENAS KAINGANG E GUARANI: O CAPITAL CULTURAL ÉTNICO EM CONFLITO	53
3.1	Referencial teórico	54
3.2	Percurso metodológico	55
3.3	Resultados	59
3.3.1	Identities indígenas contemporâneas	59
3.3.2	Percepções sobre sistemas alimentares	60
3.3.3	Coexistência de saberes na orientação de uma atenção diferenciada em saúde bucal	62
3.3.4	Capital cultural étnico em conflito	63
3.4	Discussão	65
3.5	Considerações finais	69
3.6	Referências	70
4	CAPÍTULO IV: CÁRIE DENTÁRIA, NECESSIDADES DE TRATAMENTO E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE ADULTOS KAINGANG E GUARANI DA TERRA INDÍGENA GUARITA	77
4.1	Métodos	78
4.2	Resultados	79
4.3	Discussão	82
4.4	Conclusão	86
4.5	Referências	86
5	CAPÍTULO V: FATORES ASSOCIADOS AO USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE E PREVALÊNCIA DE DENTIÇÃO FUNCIONAL EM INDÍGENAS SUL-BRASILEIROS	91

5.1	Métodos	92
5.1.1	Variáveis dependentes	93
5.1.2	Variáveis independentes.....	94
5.1.3	Análise estatística	94
5.2	Resultados.....	95
5.3	Discussão	98
5.4	Conclusão.....	103
5.5	Referências.....	103
6	CAPÍTULO VI: O QUADRO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR DOMICILIAR NA TERRA INDÍGENA GUARITA: RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL E FATORES CONTEXTUAIS.....	111
6.1	Métodos	113
6.2	Resultados.....	114
6.3	Discussão	118
6.4	Conclusão.....	121
6.5	Referências.....	121
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	127
	APÊNDICES	129
	ANEXOS.....	137

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação está estruturada em cinco capítulos relativamente independentes, além da introdução e das considerações finais. Embora apresentem perguntas de pesquisa e metodologias diferentes, cada seção contribui de forma expressiva para a análise das condições de saúde bucal da população indígena residente na Terra Indígena Guarita, objetivo central desta investigação.

A primeira etapa do estudo consistiu na execução de uma revisão sistemática da literatura sobre o perfil de cárie dentária das populações indígenas da América do Sul. As análises desenvolvidas permitiram traçar um panorama epidemiológico da região, além de compreender a magnitude das iniquidades relativas à experiência de cárie dentária entre indígenas e não-indígenas.

A seguir, foi conduzido um estudo de caráter qualitativo com os povos Kaingang e Guarani da TI Guarita. Esta etapa representou um importante momento de estabelecimento de vínculos entre o pesquisador e as comunidades, de apreensão das realidades existentes, e de visibilização das perspectivas indígenas sobre os fenômenos estudados.

Os capítulos IV, V e VI descrevem a realização de um levantamento epidemiológico de saúde bucal com indígenas adultos da TI Guarita. Foram utilizados como desfechos a experiência de cárie dentária, o uso e necessidade de prótese, a prevalência de dentição funcional, e níveis de insegurança alimentar domiciliar.

Os estudos com envolvimento de seres humanos aqui descritos receberam aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) sob o parecer de número 1.756.066 (Anexo A). Lideranças indígenas locais foram previamente consultadas e permitiram a realização da pesquisa. Consentimento escrito foi obtido de todos os participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

1 CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO

Historicamente, o termo “indígena” tem sido utilizado de forma genérica para designar uma multiplicidade de povos distintos cujos antepassados habitavam determinados territórios previamente ao processo de assentamento e colonização por uma cultura proveniente de outras regiões do mundo.¹ Em alguns países, estes povos podem ainda ser identificados como “aborígenes”, “Primeiras Nações” (*First Nations*), “povo da montanha” (*hill people*), ou por meio de descritores ocupacionais como “nômades” e “caçadores-coletores” (*hunter-gatherers*).² Diante da imensa diversidade observada entre estas populações, a adoção de uma definição oficial de “indianidade” se apresenta inconsistente e inverossímil. Assim, a Organização das Nações Unidas (ONU) desenvolveu um moderno entendimento do conceito de indígena que destaca aspectos como a autodeterminação, os estreitos laços com o território, e as especificidades culturais.¹

Os significados atribuídos às identidades indígenas modernas ou tradicionais apresentam diferenças importantes em relação à noção de cidadão de uma nação, como mostra Viveiros de Castro:

Ser indígena é ter como referência primordial a relação com a terra em que nasceu ou onde se estabeleceu para fazer sua vida, seja ela uma aldeia na floresta, um vilarejo no sertão, uma comunidade de beira-rio ou uma favela nas periferias metropolitanas. É ser parte de uma comunidade ligada a um lugar específico, ou seja, é integrar um ‘povo’. Ser cidadão, ao contrário, é ser parte de uma ‘população’ controlada (ao mesmo tempo “defendida” e atacada) por um Estado. O indígena olha para baixo, para a Terra a que é imanente; ele tira sua força do chão. O cidadão olha para cima, para o Espírito encarnado sob a forma de um Estado transcendente; ele recebe seus direitos do alto.³ (p.188-189).

De acordo com estimativas da ONU, aproximadamente 370 milhões de indígenas vivem distribuídos entre mais de 70 países.² Em relação aos povos que habitam o território brasileiro, divergências metodológicas entre relatórios oficiais e não oficiais resultam em dados conflitantes a respeito do real contingente populacional. As informações mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), obtidas a partir do Censo Demográfico 2010, indicam a existência de 305 etnias e 896 mil indivíduos que se autodeclaram indígenas.⁴ Por outro lado, a

edição 2011-2016 da série “Povos Indígenas no Brasil”, publicada pelo Instituto Socioambiental (ISA), descreve um universo de 252 povos e 715 mil indígenas.⁵

De qualquer modo, a abordagem de questões demográficas relativas aos povos indígenas deve ser pautada em dimensões plurais que valorizem a sociodiversidade existente do país.⁶ Enquanto 27 etnias possuem contingentes de mais de 5 mil indivíduos, outros 24 grupos são inteiramente compostos por até 100 pessoas. Além disso, 48 povos apresentam comunidades vivendo além das fronteiras transnacionais, o que corresponde a um acréscimo populacional de outros 590 mil indígenas.⁵ Estima-se que 274 línguas indígenas sejam faladas no Brasil.⁴

De 1500 até meados do século XX, centenas de outros grupos étnicos foram dizimados, resultando na extinção de suas respectivas línguas e sistemas culturais. Durante quase cinco séculos, observou-se um acentuado declínio demográfico da população indígena como consequência da violência colonizadora europeia e das epidemias provocadas por doenças como gripe e sarampo trazidas pelo conquistador. Somente a partir de 1970, o contingente populacional indígena passou a apresentar indícios de crescimento populacional.⁶ A etnia Panará representa um caso emblemático de recuperação demográfica após o quase desaparecimento completo da etnia. Grupos considerados extintos ressurgiram por meio de um processo de etnogênese.⁷ O significativo crescimento demográfico dos povos indígenas, intensificado nos últimos 30 anos, é um reflexo de mudanças nas noções de pertencimento étnico, fortalecimento político do movimento indígena, retomada dos territórios tradicionais, e da redução das taxas de mortalidade.^{8, 9}

Os povos originários que atualmente habitam o território brasileiro compõem um intrincado mosaico cultural, social, político, econômico e também epidemiológico. Ao mesmo tempo em que doenças infecciosas e parasitárias persistem como principal causa de morbimortalidade, novas formas de adoecimento têm exercido forte pressão sobre os modos de vida indígenas.¹⁰ Doenças crônicas como hipertensão, diabetes tipo II e câncer, assim como distúrbios sociais como alcoolismo e suicídio, constituem desafios contemporâneos para a saúde destas populações.^{11, 12}

Desde o início do século XX, o Estado brasileiro tem conduzido de forma institucionalizada ações destinadas ao enfrentamento de agravos em saúde que afetam as comunidades indígenas. Estas práticas são invariavelmente executadas

sem o reconhecimento das singularidades relacionadas aos sistemas de medicina indígena e, nessa perspectiva, sustentam relações de poder desiguais, baseadas em vínculos de submissão, uniformização e invisibilidade.¹³ O surgimento do Serviço de Proteção aos Índios (SPI) em 1910, primeiro órgão governamental voltado aos povos indígenas, representou parte de um movimento de expansão do Estado brasileiro iniciado logo nas primeiras décadas do regime republicano. Ao se propor a proteger e integrar os povos indígenas ao ideal de nação que estava sendo construído, o serviço expressava um entendimento do “índio” como uma identidade transitória.¹⁴

Para além da dimensão fundiária da atuação do SPI, o serviço foi também responsável pela execução de intervenções na área da saúde e pela articulação da primeira legislação sobre a tutela dos indígenas pelo Estado, uma associação com repercussões simbólicas e políticas importantes até os dias de hoje.¹⁵ À medida que o SPI adentrou as aldeias com aparato médico ocidental e conduziu práticas sanitárias centradas na ocorrência de doenças, os saberes tradicionais indígenas passaram por um processo contínuo de esvaziamento e deslegitimação.¹⁶ Dessa forma, as operações do SPI no campo da saúde indígena reproduziram o pensamento colonialista por meio de uma nova expressão da colonialidade, como aponta Boaventura Santos e Meneses (2009):

O colonialismo, para além de todas as dominações por que é conhecido, foi também uma dominação epistemológica, uma relação extremamente desigual de saber-poder que conduziu à supressão de muitas formas de saber próprias dos povos e/ou nações colonizados.¹⁷ (p.7).

A extinção do SPI em 1967, resultante de uma Comissão Parlamentar de Inquérito, deu espaço para a criação de um novo órgão responsável pelas políticas indigenistas do Estado, a Fundação Nacional do Índio (Funai). Sob o regime da ditadura militar instituída a partir do golpe de Estado de 1964, a Funai foi responsável pelo exercício do monopólio tutelar das comunidades indígenas em relação a todas as ações de governamentais e jurídicas.¹³ No campo da assistência a saúde, a Funai estabeleceu postos de atendimento dentro de territórios indígenas e organizou equipes volantes de saúde que visitavam as áreas de forma irregular.¹⁸ Nesse período, o Estado Brasileiro promoveu uma cruenta expansão sobre os territórios indígenas da Amazônia como parte de um projeto desenvolvimentista de integração nacional. Ao mesmo tempo em que a região norte era alvo constante de

intervenções da Funai, povos de outras regiões do país eram sistematicamente esquecidos pelo poder público.¹³

De acordo com a investigação conduzida pela Comissão Nacional da Verdade, 8.350 indígenas foram mortos por omissão ou ação direta do Estado entre 1946 e 1988. Diversos povos foram destituídos dos seus territórios e sofreram tentativas deliberadas de extermínio por meio de contágios propositais, oferta de alimentos contaminados, e massacres com armas de fogo.¹⁹ A Constituição de 1988 pôs fim ao regime tutelar, permitindo que organizações indígenas florescessem pelo país como formas de auto representação, e garantiu direitos fundamentais aos povos originários. Conforme estabelece o Capítulo VIII da Constituição:

Art. 231. São reconhecidos aos índios sua organização social, costumes, línguas, crenças e tradições, e os direitos originários sobre as terras que tradicionalmente ocupam, competindo à União demarcá-las, proteger e fazer respeitar todos os seus bens.

Art. 232. Os índios, suas comunidades e organizações são partes legítimas para ingressar em juízo em defesa de seus direitos e interesses, intervindo o Ministério Público em todos os atos do processo.²⁰ (p.174).

A reafirmação do papel do Estado como responsável pela gestão, organização e financiamento de um sistema integral de cuidados à saúde e com cobertura universal não representou a extensão automática da rede de serviços aos povos indígenas.¹⁶ A Lei nº 9.836/99 de 23 de setembro de 1999 estabeleceu a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), alçando as ações relativas a assistência a saúde para a jurisdição da Fundação Nacional de Saúde (Funasa).²¹ Nesse período, a estruturação de 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEIs) permitiu a descentralização e hierarquização dos serviços, além de avançar na construção de uma atenção a saúde *diferenciada*, isto é, mais próxima das particularidades socioculturais de cada povo. A partir de 2010, com a criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena (Sesai), o Subsistema passou a ser diretamente subordinado ao Ministério da Saúde.²²

As diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal constituem um eixo de proposições para a reorientação do modelo de atenção a saúde bucal direcionada a população indígena através da produção do cuidado, incorporação de ações intersetoriais e práticas promotoras de saúde.²³ Nesse

contexto, o Brasil Sorridente Indígena contribuiu de forma significativa para a estruturação e qualificação dos serviços odontológicos nas comunidades indígenas.²⁴

De forma geral, faltam informações quantitativas e qualitativas sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas brasileiros. Estudos de natureza predominantemente transversal têm sido conduzidos desde meados da década de 1960, com forte concentração na região Amazônica. Estes inquéritos tendem a indicar um processo de deterioração da saúde bucal decorrente dos impactos do contato com a sociedade não indígena sobre as formas de subsistência e práticas alimentares tradicionais. No entanto, são escassos os subsídios epidemiológicos que permitem confirmar essa tendência.²⁵ A transição observada no perfil de saúde bucal da etnia Xavante representa um caso excepcional de documentação consistente de dados epidemiológicos ao longo de décadas.²⁶

1.1 População e território

O povo Kaingang corresponde ao terceiro maior grupo indígena no Brasil, com uma população de 45.460 indivíduos distribuídos pelos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná e São Paulo.⁵ A reconstituição da trajetória histórico-sociocultural Kaingang nesta região remonta há cerca de dois mil anos.²⁷ Do ponto de vista linguístico, a sociedade Kaingang pertence à Família Jê do Tronco Macro-Jê, e compõe o grupo de povos Jê meridionais juntamente com os Xokleng.²⁸ A cosmologia Kaingang se caracteriza pela existência de metades patrilineares, complementares e assimétricas, denominadas *Kamé* e *Kainru-kré*. O dualismo Kaingang é visível mais concretamente na organização social deste povo e reflete uma completa concepção do universo na qual todos os seres, objetos e fenômenos são atribuídos a uma das esferas cosmológicas associadas aos gêmeos ancestrais *Kamé* e *Kainru-kré*.²⁸

Membro do tronco linguístico Tupi-Guarani, a etnia Guarani possui a segunda maior população indígena nacional. O grupo é composto por 85.255 indivíduos que vivem em regiões de nove estados brasileiros, do Rio Grande do Sul ao Pará. Além

disso, outros 200 mil Guaraní habitam os países sul americanos da Argentina, Paraguai e Bolívia. Este povo se divide internamente em três subgrupos (Nhandeva, Xavante e Mbyá) que apresentam variações em relação ao modo de falar a língua Guaraní, de praticar sua religiosidade, e de utilizar tecnologias empregadas na relação com o meio ambiente, embora reconheçam a origem e proximidade histórica, linguística e cultural entre si.²⁹ Os Guaraní-Mbyá, especificamente, costumam habitar regiões estratégicas esparsamente distribuídas como ilhas entre a sociedade envolvente. Estes territórios são idealmente os mais ecologicamente preservados de forma a permitir a sobrevivência física e cultural do grupo.³⁰

Apesar do longo contato com o cristianismo, inclusive em episódios marcantes como as Reduções Jesuíticas e os Sete Povos das Missões durante os séculos XVII e XVIII, o povo Guaraní mantém sua identidade étnica, mística e religiosa.³¹ Seu sistema cosmológico-xamanico é centralizado na figura do karaí (pajé) e no poder de cura discursivo das 'boas palavras'.³² Embora sejam politeístas, os Guaraní-Mbyá costumam mencionar apenas a sua principal divindade, Nanderú, de forma a simplificar o entendimento de interlocutores não indígenas (via de regra monoteístas) e evitar estigmatizações.³³

A Terra Indígena (TI) Guarita está localizada na região noroeste do Rio Grande do Sul ocupando parte dos municípios de Tenente Portela, Redentora e Erval Seco. O espaço foi inicialmente designado como um aldeamento oficial em 1848 e teve sua demarcação concluída em 1997.³⁴ Atualmente, a TI Guarita se estende por uma área de 23.406,87 hectares, constituindo o maior território indígena do estado.⁵ A população local, constituída por indígenas das etnias Kaingang e Guaraní-Mbyá, é estimada em 5776 pessoas.⁴

1.2 Referências¹

1. United Nations. Study of the problem of discrimination against indigenous populations [Internet]. Final report. 1982 [citado em 23 Nov 2017]. Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/publications/2014/09/martinez-cobo-study/>.

¹ De acordo com o Estilo Vancouver

2. United Nations. "Who are Indigenous Peoples?" United Nations Permanent Forum on Indigenous Issues [Internet]. 2015 [citado em 23 Nov 2017]. Disponível em: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/5session_factsheet1.pdf
3. Castro EV. Os involuntários da pátria: elogio ao subdesenvolvimento. Belo Horizonte: Edições Chão da Feira; 2016 [citado em 23 Nov 2017]. Disponível em: http://chaodafeira.com/wp-content/uploads/2017/05/SI_cad65_eduardoviveiros_ok.pdf.
4. IBGE. Censo demográfico 2010: Características gerais dos indígenas - resultados do universo [Internet]. 2010 [citado em 24 Nov 2017]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=795>
5. Instituto Socioambiental. Povos indígenas no Brasil: 2011/2016. São Paulo, 2017.
6. Pagliaro H, Azevedo MM, Santos RV. Demografia dos povos indígenas no Brasil: um panorama crítico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
7. Mauro VF. Etnogênese e reelaboração da cultura entre os Krahô-Kanela e outros povos indígenas. Espaço Ameríndio [Internet]. 2013 Jan-Jun [citado em 11 Nov 2017];7(1):37-94. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/33293>.
8. Bartolomé MA. As etnogêneses: velhos atores e novos papéis no cenário cultural e político. Mana. 2006 Abr;12(1):39-68. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-93132006000100002>.
9. Levy MSF. Perspectivas do crescimento das populações indígenas e os direitos constitucionais. Rev Bras Estud Popul. 2008 Jul-Dez;25(2):387-97. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-3098200800020001>.
10. Cardoso AM, Coimbra Jr. CEA, Barreto CTG, Werneck GL, Santos RV. Mortality among Guarani Indians in Southeastern and Southern Brazil. Cad Saúde Pública. 2011;27 Suppl 2:s222-s36. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011001400010>.
11. Orellana JD, Balieiro AA, Fonseca FR, Basta PC, Souza MLPd. Spatial-temporal trends and risk of suicide in Central Brazil: an ecological study contrasting

indigenous and non-indigenous populations. Rev Bras Psiquiatr. 2016 Set;38(3):222-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2015-1720>.

12. Coimbra C, Santos R, Escobar A. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.

13. Lima ACS. Sobre tutela e participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI. Mana. 2015 ago;21(2):425-57. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-93132015v21n2p425>.

14. Brito CAG, Lima NT. Antropologia e medicina: assistência à saúde no Serviço de Proteção aos Índios (1942-1956). Boletim do Museu Paraense Emílio Goeldi Ciências Humanas [Internet]. 2013 Jan-Abr [citado em 13 Nov 2017];8(1):95-112. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/bgoeldi/v8n1/v8n1a06.pdf>.

15. Costa DC. Política indigenista e assistência à saúde Noel Nutels e o serviço de unidades sanitárias aéreas. Cad Saúde Pública. 1987;3:388-401.

16. Confalonieri UEC. O Sistema Único de Saúde e as populações indígenas: por uma integração diferenciada. Cad Saúde Pública. 1989 Out-Dez;5(4):441-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1989000400008>.

17. Santos BS, Meneses MP. Epistemologias do sul. Coimbra: Almedina; 2009.

18. Langdon, MEJ. Saúde e povos indígenas: os desafios na virada do século [online]. V Congresso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina; 1999 7-11 Jun; Isla Margarita, Venezuela.

19. Brasil. Comissão Nacional da Verdade. Relatório. Brasília, DF; 2014. (Vol. 2: textos temáticos).

20. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal; 1988.

21. Brasil. Lei no 9.836/99, de 23 de setembro de 1999. Diário Oficial da União 1999; 24 set. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9836.html.

22. Cardoso MD. Saúde e povos indígenas no Brasil: notas sobre alguns temas equívocos na política atual. *Cad Saúde Pública*. 2014 Abr;30(4):860-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00027814>.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes do componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília; 2011.
24. Bertanha WFF, Cavalcante GMS, Cavalcanti AL, Arruda TA, Ávila S. Atenção à saúde bucal nas comunidades indígenas: evolução e desafios - uma revisão de literatura. *Rev Bras Ciênc Saúde [Internet]*. 2012 [citado em 13 Nov 2017];16(1):105-12. doi: 10.4034/RBCS.2012.16.01.16.
25. Arantes R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. *Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil [online]*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2005 [citado em 15 Nov 2017]. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/4454/2/243.pdf>.
26. Arantes R, Santos RV, Frazao P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *Int Dent J*. 2010;60(3 Suppl 2):235-40. Doi: doi:10.1922/IDJ_2569Arantes06.
27. Silva SB. Etnoarqueologia dos grafismos Kaingang: um modelo para a compreensão das sociedades Proto-Jê meridionais. São Paulo: USP; 2001.
28. Silva SB. Dualismo e cosmologia Kaingang: o xamã e o domínio da floresta. *Horizontes Antropológicos*. 2002;8(18):189-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832002000200009>.
29. Azevedo M, Brand A, Heck E, Pereira LM, Melià B. Guarani Retã 2008: povos Guarani na fronteira Argentina, Brasil e Paraguai. São Paulo: CTI; 2008.
30. Ladeira MI, Matta P. Terras Guarani no litoral: as matas que foram reveladas aos nossos antigos avós = Ka'agüy oreramói kuéry ojou rive vaekue ~y. São Paulo: CTI; 2004.
31. Borges LC. Cosmologia, religião e discurso Guarani Mbyá. *RUA*. 2000;6(1):81-112. doi: <http://dx.doi.org/10.20396/rua.v6i1.8640701>.

32. Oliveira MA. Representações e práticas em saúde bucal entre os Guarani Mbyá da aldeia Boa Vista no município de Ubatuba, São Paulo [dissertação]. São Paulo: Secretaria do Estado da Saúde; 2006.

33. Tempass MC. A doce cosmologia Mbyá-Guarani: uma etnografia de saberes e sabores. Curitiba: Appris; 2012.

34. Wisniewski F. A Terra Indígena do Guarita - RS e o seu processo de formação. Anais do 26º Simpósio Nacional de História; 2011 17-22 jul; São Paulo. [Citado em 16 Nov 2017]. Disponível em: http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1300876916_ARQUIVO_ArtigoAnpuh.pdf.

2 CAPÍTULO II: EXPERIÊNCIA DE CÁRIE DENTÁRIA EM POVOS INDÍGENAS SUL-AMERICANOS: REVISÃO SISTEMÁTICA E META-ANÁLISE

Os povos indígenas da América do Sul representam uma afluência de diferentes contextos sociais, culturais e epidemiológicos. Atualmente, é possível estimar que mais de 500 grupos étnicos habitam a região, o que representa um panorama altamente heterogêneo de mais de 20 milhões de pessoas. Os países com maior número de etnias são o Brasil e a Colômbia, com 305 e 102 povos distintos, respectivamente. No outro extremo do espectro está o Uruguai com apenas 2 grupos indígenas. Muitas destas tribos vivem entre lados opostos das fronteiras transnacionais. A maior proporção de indígenas na população nacional é observada na Bolívia (62,2%), enquanto a menor se encontra no Brasil (0,5%).¹

Apesar do complexo mosaico sociocultural característico dos povos originários da América do Sul, características culturais, políticas, espirituais e ecológicas são compartilhadas por diversos grupos étnicos. Similaridades sobre conhecimentos tradicionais, autodeterminação, sistemas de crenças, e uso de recursos naturais são alguns dos aspectos que moldam a noção de indianidade na região, com significativas implicações para o campo da saúde indígena.² No entanto, também existem pontos em comum entre grupos indígenas a respeito de inequidades em saúde, enraizadas em profundas desigualdades sociais de determinantes de saúde e violações de direitos humanos. Sociedades indígenas frequentemente enfrentam altos níveis de extrema pobreza, deslocamentos forçados e desapropriação de seus territórios, conflitos armados, destruição de arranjos sociopolíticos tradicionais, privação de acesso a serviços básicos, e racismo estrutural.³ Como consequência desses fenômenos, povos indígenas tendem a ser particularmente vulneráveis à condições precárias de saúde.

Nas últimas décadas, a maioria dos países sul-americanos apresentaram importantes reduções na prevalência de cárie, especialmente entre crianças e adolescentes, devido a melhorias em indicadores socioeconômicos e políticas públicas de saúde, como fluoretação das águas de abastecimento.^{4,5} Contudo, disparidades em saúde bucal permanecem substanciais dentro e entre países da

América do Sul como consequência de diferentes práticas alimentares, acesso a fluoretos, e empoderamento social. A carga dos problemas bucais afeta principalmente grupos socialmente desfavorecidos, que acumulam maiores impactos das doenças.⁶ Estudos epidemiológicos que analisaram a saúde bucal de povos indígenas sul-americanos tem apontado para um aumento da prevalência de cárie dentária. Os determinantes sociais associados a esta tendência de deterioração da saúde bucal incluem fatores como idade, gênero, mudanças nos sistemas alimentares tradicionais, ausência de programas preventivos, e descontinuidade da assistência à saúde.⁷

Dados sobre a saúde indígena são escassos, e a inexistência de um sistema de informações sobre as condições de saúde dos indígenas da América do Sul dificulta a compreensão do perfil epidemiológico dessas populações.² Embora alguns países tenham conduzido levantamentos de saúde bucal periódicos, estes estudos têm sido concentrados em populações urbanas, excluindo comunidades rurais e indígenas.⁸⁻¹¹

A invisibilidade epidemiológica relativa à saúde bucal dos povos indígenas prejudica a construção de estratégias de promoção de saúde e acentua a vulnerabilidade social destas populações. Assim, torna-se crucial reunir os dados disponíveis sobre cárie dentária em povos indígenas e aprimorar a compreensão do impacto das doenças para essas populações.

O objetivo deste estudo foi conduzir uma revisão sistemática sobre a experiência de cárie dentária em povos indígenas sul-americanos.

2.1 Métodos

Foi conduzida uma revisão sistemática de estudos publicados em periódicos indexados e literatura cinzenta que apresentaram dados relativos à experiência de cárie dentária em povos indígenas sul-americanos. Este estudo foi preparado de acordo com o protocolo MOOSE e foi registrado na plataforma Prospero com o número CRD42017065215.

As busca na literatura foram conduzidas entre outubro e novembro de 2016 nos seguintes bancos de dados eletrônicos: MEDLINE/PubMed, SCOPUS, SciELO, e LILACS. Além disso, foram verificados websites governamentais de todos os países da América do Sul que poderiam fornecer dados epidemiológicos suplementares. As listas de referências dos artigos incluídos na revisão foram examinadas a fim de identificar estudos que eventualmente não foram listados pela busca inicial.

A estratégia de busca apresentada no Quadro 2.1 foi desenvolvida pelo grupo de pesquisa especificamente para a plataforma MEDLINE, e posteriormente adaptada para outros bancos de dados. A busca incluiu três blocos de descritores referentes ao desfecho (carie dentária), à população (povos indígenas), e a localização (países da América do Sul), respectivamente, combinados com o operador booleano “AND”. Não foram aplicadas restrições relativas a idioma e ano de publicação. Os resultados foram cruzados com o objetivo de eliminar duplicatas.

Quadro 2.1. Estratégia de busca

```
("oral health"[All Fields] OR "dental caries"[All Fields] OR "caries"[All Fields] OR "decay*" [All Fields] OR carious[All Fields]) AND (indigenous[All Fields] OR indians[All Fields] OR ("population groups"[MeSH Terms] OR ("population"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "population groups"[All Fields] OR "natives"[All Fields]) OR ("population groups"[MeSH Terms] OR ("population"[All Fields] AND "groups"[All Fields]) OR "population groups"[All Fields] OR "tribes"[All Fields]) OR "indigenous people*" [All Fields]) AND ("South America*" [All Fields] OR ("brazil"[MeSH Terms] OR "brazil"[All Fields]) OR ("chile"[MeSH Terms] OR "chile"[All Fields]) OR ("uruguay"[MeSH Terms] OR "uruguay"[All Fields]) OR ("paraguay"[MeSH Terms] OR "paraguay"[All Fields]) OR ("bolivia"[MeSH Terms] OR "bolivia"[All Fields]) OR ("argentina"[MeSH Terms] OR "argentina"[All Fields]) OR ("venezuela"[MeSH Terms] OR "venezuela"[All Fields]) OR ("colombia"[MeSH Terms] OR "colombia"[All Fields]) OR ("ecuador"[MeSH Terms] OR "ecuador"[All Fields]) OR ("peru"[MeSH Terms] OR "peru"[All Fields]) OR ("guyana"[MeSH Terms] OR "guyana"[All Fields]) OR ("french guiana"[MeSH Terms] OR ("french"[All Fields] AND "guiana"[All Fields]) OR "french guiana"[All Fields]) OR ("suriname"[MeSH Terms] OR "suriname"[All Fields]))
```

Fonte: o autor.

A seleção dos estudos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente. Os parâmetros definidos para a seleção dos estudos foram: (a) estudos observacionais; (b) que abordassem saúde bucal; (c) que envolvessem um

ou mais grupos indígenas sul-americanos. Cada pesquisador revisou o título e o resumo de todos os estudos listados pela busca, e foram selecionados aqueles que atendiam aos critérios de inclusão (teste Kappa = 0,75).

Posteriormente, ambos os revisores avaliaram de forma independente o conteúdo completo dos artigos para determinar se apresentavam os dados necessários sobre a severidade de cárie (teste Kappa = 0,82). Os seguintes critérios de exclusão foram aplicados: (a) estudos que não apresentaram frequência de indivíduos com ou sem cárie e/ou médias para o índice CPOD; (b) estudos com populações mistas de indígenas e não indígenas que não apresentaram dados separados para cada grupo.

As seguintes informações foram coletadas de cada estudo e apresentadas em tabelas: autores, ano de publicação, ano da realização do inquérito, país, região, idioma, tipo de estudo, tamanho da amostra, método amostral, grupos étnicos participantes, faixas etárias, prevalência de cárie não tratada, e médias do índice CPOD para as faixas recomendadas pela OMS (5 anos; 12 anos; 15-19 anos; 35-44 anos; 65-74 anos) combinadas com uma medida de dispersão.

A qualidade metodológica dos estudos e o risco de viés foram avaliados através da ferramenta *Critical Appraisal Checklist for Studies Reporting Prevalence Data*, desenvolvido pelo The Joanna Briggs Institute.

Para a meta-análise, foi utilizado um modelo de efeito randômico a fim de determinar a média dos índices ceo/CPOD para cada faixa etária. Valores para o desvio padrão não foram descritos em 9 estudos, de modo que optou-se por imputar o maior número observado entre os artigos para estes casos. Tendências temporais das médias de CPOD para cada faixa etária foram calculadas através de meta-regressão. Heterogeneidade dos dados foi avaliada usando o teste i-quadrado. Todas as análises foram realizadas com o software Stata, versão 13.1 (StataCorp LP, College Station, Texas, USA).

2.2 Resultados

A estratégia de busca listou 698 estudos, dos quais 241 eram duplicados (Figura 2.1). Assim, a busca inicial obteve 457 artigos únicos. Apenas 70 estudos (12%) atenderam aos critérios de inclusão e foram selecionados para a leitura completa do conteúdo. A maioria dos estudos não apresentaram as informações requeridas (n=26) ou não foram localizados (n=13). Dentre os 28 estudos incluídos, 8 são dissertações acadêmicas ou teses não publicadas.¹²⁻¹⁹

Figura 2.1 – Fluxograma de identificação e seleção dos estudos

Fonte: o autor.

A maioria dos estudos apresentou metodologia transversal (n=24). O ano de publicação variou entre 1964 e 2016. A coleta de dados mais recente foi realizada

em 2013. Grupos não indígenas foram incluídos em 2 estudos. As amostras variaram entre 31-300 participantes em 17 estudos, entre 300-930 em 7, e foram maiores que 1000 em 4. Um significativo número de artigos não apresentou dados referentes a nenhuma das faixas etárias recomendadas pela OMS para a realização de inquéritos de saúde bucal.

Os estudos foram conduzidos em 5 países sul-americanos, de acordo com a seguinte distribuição: Brasil (n=20); Venezuela (n=4); Chile (n=2); Equador (n=1); e Peru (n=1). As populações estudadas incluíram 31 etnias diferentes. O povo indígena Xavante foi o grupo que apresentou maior frequência entre os estudos (n=4). As localizações das populações estudadas foram classificadas em regiões e apresentadas na Figura 2.2.

Figura 2.2 – Distribuição dos estudos de acordo com as regiões das populações indígenas estudadas

Fonte: o autor.

Prevalência de cárie não tratada ou frequência de indivíduos com CPOD maior que zero foram descritas em 20 estudos, embora a maioria das informações tenham sido apresentadas para a amostra total, independentemente de idade. A falta de dados completos para cada faixa etária impediu a análise quantitativa da prevalência da cárie dentária, de forma que a meta-análise foi concentrada na severidade da doença.

A meta-análise incluiu dados extraídos de 18 estudos. Em relação à dentição primária, a severidade de cárie na faixa etária de 5 anos foi calculada e resultou em média para o índice ceo de 5,729 ($p < 0,001$). Foi observado CPOD médio de 3,137 entre grupos com 12 anos ($p < 0,001$). O modelo de efeito randômico para as idades de 15-19 anos originou uma média de 5,532 dentes afetados ($p < 0,001$) (Figura 2.3). As médias de CPOD para adultos com idade entre 35 e 44 anos foi de 19,409 ($p < 0,001$), e de 28,192 para idosos entre 65-74 anos ($p < 0,001$) (Figura 2.4). Foi observada redução estatisticamente significativa das médias de CPOD ao longo dos anos apenas entre o último grupo ($p = 0,031$).

Altas frequências de heterogeneidade foram observadas em todas as faixas etárias, com variação entre 79,705% e 99,734% (Figura 2.3). A análise visual dos *funnel plots* e os resultados obtidos pelo teste de Eggers sugerem ausência de viés de publicação para as faixas etárias de 5, 35-44, e 65-74. Por outro lado, foi observada assimetria nos *funnel plots* realizados para os grupos de 12 e 15-19 anos. A possibilidade de viés de publicação nestas categorias foi confirmada pelo teste de Egger (12 anos: $I = 8.206$; $IC = 0.4687; 15.943$; $p = 0.0199$); (15-19 anos: $I = -19.085$; $IC = 3.6803; 34.4911$; $p = 0.0230$).

Figura 2.3 – Modelo de efeito randômico para as médias de ceo/CPOD para as faixas etárias de 5, 12, e 15-19 anos

5 anos

12 anos

15-19 anos

Fonte: o autor.

Figura 2.4 – Modelo de efeito randômico para as médias de CPOD para as faixas etárias de 35-44 e 65-74 anos

35-44 anos

65-74 anos

Fonte: o autor.

2.3 Discussão

A estratégia de busca inicial foi intencionalmente desenvolvida para ser abrangente e, como esperado, resultou em um grande número de estudos sem relevância para o escopo desta revisão sistemática. No entanto, metade dos estudos incluídos foram apenas identificados através da verificação das listas de referências dos artigos inicialmente selecionados. A maioria dos estudos foram conduzidos no Brasil, o que reflete a grandiosidade numérica de povos indígenas que habitam o território nacional. Diversos estudos foram excluídos por usarem métodos diferentes

dos índices ceo/CPOD para avaliar a experiência de cárie, ou por avaliarem outras condições bucais.

Os resultados da meta-análise foram comparados a dados epidemiológicos dos inquéritos nacionais *SB Brasil 2010 – Pesquisa Nacional de Saúde Bucal*,⁹ *Primeiro Levantamento Nacional de Saúde Bucal no Chile*,¹⁰ *Levantamento de Saúde Bucal Uruguaio 2015*,¹¹ e *Perfil epidemiológico de saúde bucal entre etnias venezuelanas 2008*.²⁰ É evidente o número significativamente maior de dentes afetados pela cárie em populações indígenas do que na população geral do Brasil, Chile, Uruguai e Venezuela em todas as faixas etárias. No grupo de 5 anos, crianças indígenas apresentaram ceo médio duas vezes maior que o escore observado entre crianças brasileiras (Tabela 2.1).

Tabela 2.1 – Comparação das médias de ceo/CPOD entre indígenas e inquéritos epidemiológico nacionais

Faixa etária	Meta-análise	Brasil	Chile	Uruguai	Venezuela
5	5.729	2.43	-	-	-
12	3.137	2.07	-	-	1.23
15-19	5.532	4.25	-	-	-
35-44	19.408	16.75	15.06	15.2	9.47
65-74	28.192	27.53	21.57	24.12	21.4

Fonte: o autor.

Embora a análise da prevalência de cárie não tenha sido realizada devido à incompletude de informações, é possível especular a distribuição da doença a partir das médias do índice CPOD. De acordo com Batchelor, a prevalência de cárie e os escores médios da severidade do agravo estabelecem relações matematicamente definidas. Incrementos na prevalência implicam em maiores valores para o CPOD, e vice-versa. Baixa severidade de cáries sugere a concentração da doença em uma minoria da população, devido a sua menor distribuição. A partir dessa perspectiva, como comunidades indígenas apresentam maiores escores de experiência de cárie dentária que o restante da população nacional, estima-se que a distribuição da doença também seja maior entre esses grupos. Estas inferências são

particularmente relevantes para o desenvolvimento de estratégias de prevenção. Abordagens populacionais devem ser adotadas em detrimento de estratégias que focam em indivíduos de alto risco, de modo a estender os benefícios das intervenções para a maioria da população.²¹

O complexo arranjo de determinantes sociais impossibilita um delineamento mais apurado das tendências temporais da experiência de cárie em povos indígenas sul-americanos. Grupos étnicos diferem consideravelmente em relação a sistemas alimentares, interação com sociedades circundantes, acesso a serviços de saúde e fatores socioeconômicos. Enquanto alguns estudos relatam aumentos na ocorrência de cárie nas últimas décadas, outros trabalhos observaram importantes reduções nas médias do índice CPOD ao longo do tempo.^{18,22} As diferentes trajetórias em relação às condições de saúde bucal podem explicar os resultados não estatisticamente significantes das análises das tendências temporais para a maioria das faixas etárias.

Estas observações são contrastantes com a já bem documentada redução da incidência de cárie em populações não indígenas no Brasil,⁹ e na América Latina.⁴ Melhorias das condições de saúde de uma população são frequentemente observadas em associação com níveis mais acentuados de inequidades. Comunidades indígenas tendem a ser menos beneficiadas pelo desenvolvimento econômico nacional e políticas públicas não específicas em comparação com a população em geral. Além disso, os povos originários enfrentam barreiras geográficas e institucionais para acessar serviços de saúde, geralmente não recebem água potável fluoretada, são frequentemente expostos a deslocamentos forçados e à violência, e submetidos a mudanças culturais como resultado do declínio da disponibilidade de recursos naturais.²³⁻²⁵

As altas frequências de heterogeneidade observadas na meta-análise são explicadas pela natureza observacional dos estudos incluídos e pelas características individuais das populações abordadas.²⁶ O modelo de efeito randômico, que considera as diferenças entre os estudos incluídos como um processo de amostragem aleatória, foi escolhido como uma forma de modelar a alta heterogeneidade. É provável que as assimetrias detectadas nos *funnel plots* de

algumas faixas etárias sejam resultantes de diferenças metodológicas entre os estudos e não de verdadeiro viés de publicação.²⁷

Apesar das expressivas diferenças no número de publicações entre os países, uma análise de subgrupo por região se apresentou inviável, uma vez que reduziria excessivamente a amostra de estudos em cada faixa etária. Embora este tipo de análise pudesse aprimorar o entendimento sobre as particularidades epidemiológicas de povos indígenas de diferentes áreas, os resultados apresentariam inferência estatística substancialmente reduzida. Assim, análises de subgrupo foram conduzidas apenas em relação às faixas etárias.

Um número significativo de povos indígenas foi abordado nos estudos, embora algumas publicações não distinguíssem os achados de acordo com o grupo étnico. Foram observadas falhas metodológicas em muitos artigos, principalmente em relação à ausência de informações importantes sobre o procedimento de amostragem e o processo de calibração (Tabela 2.2). Diversos estudos não consideraram a metodologia para inquéritos de saúde bucal endossada pela OMS, que estabelece cinco faixas etárias específicas como alvos. O uso de outras faixas etárias para a apresentação dos achados impossibilita a comparação entre estudos e prejudica a construção de dados epidemiológicos sólidos.

Uma análise mais abrangente das publicações sobre cárie dentária em povos indígenas sul-americanos não foi alcançada uma vez que excluímos artigos que empregavam metodologias com índices diferentes do ceo/CPOD. Também reconhecemos que a alta diversidade intrínseca às populações indígenas torna problemática a delimitação de um padrão epidemiológico geral, com o risco de simplificação excessiva de um cenário complexo.

Tabela 2.2 – Características dos estudos incluídos na revisão sistemática

Autor	País	Ano da coleta	Tamanho amostral	Método amostral	Apresenta cálculo amostral	Descreve calibração	Grupos étnicos	Faixas etárias
Aliaga (2008) ²⁸	Peru	2003	7286	Censo	Não	Não	Quechua	12;
Alves (2009) ⁷	Brasil	2006	508	Censo	Não	Sim	Guarani	5; 12; 15-19; 35-44; 65-74;
Angel (2010) ³⁰	Chile	2009	64	AAS	Sim	Sim	Mapuche-Huilliche	65-74;
Arantes (2001) ³¹	Brasil	1997	228	Censo	Não	Não	Xavante	5; 12; 15-19; 35-44;
Arantes (2010) ³²	Brasil	1999; 2004; 2007	212; 281; 370	-	Não	Não	Xavante	-
Aros (2002) ⁴⁴	Chile	-	100	Censo	Não	Sim	Mapuche	-
Carneiro (2008) ³³	Brasil	2004	590	Censo	Não	Sim	Baniwa	5; 15-19;
Detogni (2007) ¹²	Brasil	1995; 1999; 2002; 2005	185; 203; 245; 253	Censo	Não	Sim	Enawene-Nawe	5; 35-44; 65-74
Diab (2008) ²²	Brasil	-	158	NP	Sim	Sim	Xakriabá	12;
Donnelly (1977) ³⁵	Venezuela	1971	220	Censo	Não	Não	Yanomami	-
Dumont (2008) ³⁶	Brasil	2005	2246	Censo	Não	Sim	Xakriabá	-
Figueiredo (2013) ³⁷	Brasil	2011	215	AAS	Sim	Não	Kiriri	-
Freitas (2008) ¹³	Brasil	2007	823	Censo	Não	Sim	Yanomami	5; 12; 15-19; 35-44;
Hirooka (2014) ³⁴	Brasil	2007	492	Censo	Não	Sim	Kisêdje; Tapayuna; Kaiabi; Ikpeng; Yudjá; Mehinaku; Waurá; Panará; Kamaiurá; Trumai	5; 35-44;
Lemos (2016) ¹⁶	Brasil	2007; 2013	368; 423	DS	Não	Sim	Kaiabi	5; 12; 15-19;
Mauricio (2012) ¹⁴	Brasil	2010	233	AAS	Sim	Sim	Xukuru do Ororubá	12;
Medina (2008) ³⁸	Equador	1998	1449 (930 indígenas)	Censo	Não	Não	Naporunas	12;
Morón (2008) ²⁰	Venezuela	-	54712 (3337 indígenas)	Estratificada	Sim	Sim	Bari; Yukpa; Wayuu; Añu; Kariña; Warao; Jiwie; Piaroa; Pemones	5; 35-44; 65-74;
Moura (2007) ¹⁹	Brasil	2007	111	Censo	Não	Sim	Guarani-Mbya	5;
Neel (1964) ³⁹	Brasil	1962	46	-	Não	Não	Xavante	-
Niswander (1967) ⁴¹	Brasil	-	246	-	Não	Não	Xavante; Bakairi	-
Nunes (2003) ¹⁵	Brasil	2001	240	AAS	Não	Não	Arawak; Tukano; Maku	5; 12; 15-19; 35-44
Pacagnella (2007) ¹⁷	Brasil	2001; 2003; 2006	473; 442; 600	Censo	Não	Sim	Kisêdje; Kaiabi; Ikpeng; Yudjá	-
Parizotto (2004) ¹⁸	Brasil	-	190	AAS	Sim	Sim	Kaiowá-Guarani	5;
Rigonatto (2001) ⁴⁰	Brasil	1991	288	Censo	Não	Não	Yawalapiti; Aweti; Mehinaku; Kamaiura	-
Sampaio (2010) ⁴²	Brasil	2007	1461	Sistematizada	Sim	Sim	Potiguara	5; 12; 15-19; 35-44; 65-74;
Triana (2005) ⁴³	Venezuela	2003	110	-	Não	Sim	Ticuna; Jaguas; Witotos	5;
Zambrano (2014) ⁴⁵	Venezuela	2011	31	NP	Não	Sim	Panare	-

Fonte: o autor.

AAS – Amostragem aleatória simples

NP – Não-probabilística

DS – Dados secundários

2.4 Conclusão

A cárie dentária persiste como um problema de saúde pública para os povos indígenas sul-americanos e representa uma manifestação das inequidades em saúde bucal. Nesta revisão sistemática, foram observadas altas experiências de cárie entre indígenas, contrastantes com a redução da prevalência da doença no restante da população. Políticas públicas e estratégias de prevenção devem abordar o problema considerando as especificidades culturais de cada grupo. Parâmetros metodológicos devem ser aprimorados em futuros inquéritos de saúde bucal com povos originários.

2.5 Referências

1. CEPAL. Os povos indígenas na América Latina: avanços na última década e desafios pendentes para a garantia de seus direitos. Santiago: Chile; 2015.
2. Montenegro RA, Stephens C. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*. 2006 Jun;367(9525):1859-69. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68808-9.
3. United Nations. The health of indigenous Peoples. World Conference on Indigenous Peoples; 2014 Jun [citado em 16 Nov 2017]. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/#&panel1-1>.
4. Bonecker M, Cleaton-Jones P. Trends in dental caries in Latin America and Caribbean 5–6 & 11–13-yr-old children. A systematic review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2003 Apr;31(2):152–7. doi: 10.1034/j.1600-0528.2003.00009.x
5. Gimenez T, Bispo BA, Souza DP, Vigano ÂME, Wanderley MT, Mendes FM, et al. Does the decline in caries prevalence of Latin American and Caribbean children continue in the new century? Evidence from systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE*. 2016;11(10). doi:10.1371/journal.pone.0164903.
6. Edelstein BL. 2006. The dental caries pandemic and disparities problem. *BMC Oral Health*. 2006 Jun;6 Suppl 1:52. doi:10.1186/1472-6831-6-S1-S2.

7. Alves PF, Santos RV, Vettore MV. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. *Rev Panam Salud Publica*. 2014 Jan;35(1):67–77.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2000-2003. Brasília, DF; 2003.
9. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF; 2012.
10. Urzua I, Mendoza C, Arteaga O, Rodríguez G, Cabello R, Faleiros S, et al. Dental caries prevalence and tooth loss in Chilean adult population: first National Dental Examination Survey. *Int J Dent*. 2012;2012:810160 doi:10.1155/2012/81017.
11. Álvarez L, Liberman J, Abreu S, Mangarelli C, Correa MB, Demarco FF, et al. Dental caries in Uruguayan adults and elders: findings from the first Uruguayan National Oral Health Survey. *Cad Saúde Pública*. 2015 Aug;31(8):1663-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00132214>.
12. Detogni AM. Práticas e perfil em saúde bucal: o caso Enawene-Nawe, MT, no período 1995-2005 [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva; 2007.
13. Freitas LP. Saúde bucal dos Yanomami da região de Xitei e Ketaa- Roraima-Brasil [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas; 2008.
14. Mauricio HA. A saúde bucal do povo indígena Xukuru do Ororubá na faixa etária de 10 a 14 anos [dissertação]. Recife: Fundação Osvaldo Cruz, Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães; 2012.
15. Nunes SAC. Avanços e desafios na implementação da Atenção Básica em Saúde Bucal dos povos indígenas nos rios Tiquié e Uaupés – Distrito Sanitário Especial Indígena – Alto Rio Negro – Amazonas: análise de uma experiência [dissertação]. Bauru: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru; 2003.
16. Lemos PN. Atenção à saúde bucal de povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, no período de 2004 a 2013 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública; 2016.

17. Pacagnella RC. Perfil epidemiológico de saúde bucal da população do Parque Indígena do Xingu, entre os anos de 2001 e 2006 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; 2007.
18. Parizotto SPCOL. Prevalência de cárie dental na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia; 2004.
19. Moura PG. População indígena: condição bucal e estado nutricional materno infantil [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde; 2007.
20. Morón-Borjas A. Perfil epidemiológico bucal de las etnias venezolanas. Primer reporte nacional. Cien Odontol. 2008 Dec;5(3):11–134.
21. Batchelor P, Sheiham A. The limitations of a 'high-risk' approach for the prevention of dental caries. Community Dent Oral Epidemiol. 2002 Aug;30:302–12. doi: 10.1034/j.1600-0528.2002.00057.x.
22. Diab AD, Lucas SD. Cárie dentária em crianças indígenas Xakriabá. Epidemiol Serv Saúde. 2008 Jun;17(2):149-53.
23. Gómez-Restrepo C, Rincón CJ, Urrego-Mendoza Z. Mental health, emotional suffering, mental problems and disorders in indigenous Colombians. Data from the National Mental Health Survey 2015. Rev Colomb Psiquiatr. 2016 Dec-0;45(1):119-26. doi: 10.1016/j.rcp.2016.09.005.
24. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. Rev Panam Salud Publica. 2015 Aug;38(2):96-109.
25. Coimbra CEAJ, Santos RV, Escobar AL. Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2005.
26. Sutton AJ, Abrams KR. Methods for meta-analysis in medical research. Chichester: John Wiley; 2000.
27. Hedges LV, Vevea JL. Fixed- and random-effects models in meta-analysis. Psychol Method. 1998;3(4):486-504.

28. Aliaga G, Durand M. Diagnóstico de la Situación de salud en las comunidades alto andinas del departamento de Áncash – Perú. *Rev Peruana Epidemiol.* 2008 Abr;12(1):1-7.
29. Alves FP, Santos RV, Vettore MV. Saúde bucal dos índios Guaraní no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009;25(1):37-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100004>.
30. Angel P, Fresno MC, Cisternas P, Lagos M, Moncada G. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi. *Rev Clin Period Implantol Rehabil Oral.* 2010 Ago;3(2):69-72. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000200002>
31. Arantes R, Santos RV, Coimbra Jr. CE. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2001 Mar-Abr;17(2):375-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200012>.
32. Arantes R, Santos, RV, Frazao P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *Int Dent J.* 2010;60(3 Suppl 2):235-40. doi: 10.1922/IDJ_2569Arantes06.
33. Carneiro MCG, Santos RV, Garnelo L, Rebelo MAB, Coimbra Jr. CEA. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008 Nov-Dez;13(6):1985-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600034>
34. Hirooka LB, Mestriner JW, Mestriner SF, Nunes SAC, Lemos PN, Franco LJ. Dental caries in mother-child pairs from Xingu. *Braz J Oral Sci.* 2014 Jan-Mar;13(1):43-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-3225v13n1a09>.
35. Donnelly CJ, Thomson LA, Stiles HM, Brewer C, Neel JV, Brunelle JA. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomámi Indians, Venezuela. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1977 Jan;5(1):30-9.
36. Dumont AFS, Salla JT, Vilela MBL, Moraes PC, Lucas SD. Índice de necessidade de tratamento odontológico: o caso dos índios Xakriabá. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008 Maio-Jun;13(3):1017-22. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000300024>.
37. Figueiredo A, Soares S, Lopes HC, dos Santos JN, Ramalho LMP, 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. doi: 10.1111/jcpe.12147.

38. Medina W, Hurtig AK, San Sebastián M, Quizhpe E, Romero C. Dental caries in 6-12-year-old indigenous and non-indigenous schoolchildren in the Amazon basin of Ecuador. *Braz Dent J*. 2008;19(1):83–6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-64402008000100015>.

39. Neel JV, Salzano FM, Junqueira PC, Keiter F, Maybury-Lewis D. Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso. *Am J Hum Genet*. 1964 Mar;16(1):52–140.

40. Rigonatto DL, Antunes JL, Frazão P. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brasil. *Rev Inst Med Trop S Paulo*. 2001 Mar-Abr;43(2):93–8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652001000200008>.

41. Niswander JD. Further studies on the Xavante Indians. VII. The oral status of the Xavantes of Simões Lopes. *Am J Hum Genet*. 1967 Jul;19(4):533–43.

42. Sampaio FC, Freitas CHSM, Cabral MBF, Machado ATAB. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010 Apr;27(4):246–51. doi: 10.1111/jcpe.12147.

43. Triana F, Rivera S, Soto L, Bedoya A. Estudio de morbilidad oral en niños escolares de una población de indígenas amazónicos. *Colomb Med*. 2005 Oct-Dec;36(4):26–30.

44. Aros RV, Catrileo MH. Estudio de prevalencia de caries en escolares de las comunidades rurales Mapuches de Panguilague, Puquiñe y Lago Neltume. Provincia de Valdivia. X Región de Los Lagos. *Rev Dent Chile*. 2002;93(3):3-8.

45. Zambrano JG, Urbina-Blanco VH, Esis-Villarroel IM, Montero M, Acevedo A M. Patrón de caries dental en indígenas residentes en Corozal, Maniapure, Estado Bolívar, Venezuela. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 2014 [citado em 04 Jun 2017];52(1). Disponível em: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-13/>

3 CAPÍTULO III: TRANSIÇÃO ALIMENTAR E SAÚDE BUCAL NOS POVOS INDÍGENAS KAINGANG E GUARANI: O CAPITAL CULTURAL ÉTNICO EM CONFLITO

Povos nativos de diversas regiões têm enfrentado mudanças significativas em suas práticas tradicionais de subsistência como consequência da crescente globalização econômica. Estudos com populações originárias da Austrália,¹ Brasil,² Canadá,³ Nigéria,⁴ México,⁵ e Estados Unidos⁶ observaram mudanças dos sistemas alimentares indígenas em direção a dietas cada vez mais industrializadas. Estas transformações têm atingindo até mesmo os grupos mais remotos, com sérias repercussões socioeconômicas, demográficas e epidemiológicas.⁷

A associação entre saúde bucal e dieta está consideravelmente bem estabelecida na literatura.⁸ Diversos estudos epidemiológicos têm mencionado as mudanças nos padrões alimentares indígenas como elementos explicativos para a transição em saúde bucal observada em muitos grupos étnicos.⁹⁻¹² Este fenômeno foi predominantemente descrito na literatura odontológica como resultado de um processo de “aculturação” da população indígena.¹³⁻¹⁵ Surgido na produção etnográfica brasileira da década de 1960, o termo pressupõe a completa e irreversível assimilação dos povos indígenas ao restante da sociedade ocidental.¹⁶ Esta perspectiva implicaria no entendimento de que sistemas culturais estariam sujeitos a um processo progressivo de perda de suas características particulares, o que eventualmente resultaria no agravamento das condições de saúde e desaparecimento das identidades indígenas.

No entanto, a crescente presença de indígenas nas universidades e o uso intenso de smartphones nas aldeias mostram que as fronteiras identitárias não são fixas e, ao contrário do que previa o assimilacionismo, os povos indígenas reestruturam e reafirmam suas identidades de forma dinâmica diante das relações com a cultura ocidental.¹⁷ Além disso, a compreensão sobre os mecanismos que influenciam a relação entre alimentação, saúde bucal e cultura em povos originários continua bastante limitada, e a perspectiva indígena segue invisibilizada.

Os povos originários que habitam o território brasileiro possuem históricos variados de interação com as sociedades envolventes. Compreender estas relações certamente não é tarefa simples. Ao defender que os indígenas brasileiros nunca viveram socialmente separados de outros grupos, e que, por outro lado, é preciso reconhecer os processos de dominação que a sociedade ocidental impôs aos povos tradicionais e que produziram séculos de etnocídio e colonialismo, Cohn levanta a questão sobre como podemos contribuir para a sobrevivência física e cultural dos povos indígenas sem devolvê-los a um isolamento que nunca conheceram.¹⁸

Entendemos que só é possível especular respostas legítimas a esse questionamento se forem considerados os saberes e percepções particulares de cada grupo indígena. Assim, assumindo uma perspectiva não-substancialista de cultura, pretendemos analisar as transformações nos sistemas alimentares indígenas e seus efeitos sobre a saúde bucal a partir das representações sociais dos grupos Guarani-Mbyá e Kaingang da TI Guarita.

3.1 Referencial teórico

Este estudo adotou como referencial teórico o trabalho do sociólogo francês Pierre Bourdieu. Ao conduzir seus primeiros trabalhos empíricos, o autor analisou o choque de diferentes sistemas sociais conectados em relações assimétricas de poder material e simbólico. Opondo-se à noção de aculturação, a abordagem de Bourdieu entende que as sociedades capitalistas realizam a reprodução das estruturas sociais através de um processo de imposição e legitimação da cultura dominante. Os mecanismos que permitem a naturalização desta imposição cultural são chamados pelo autor da violência simbólica.¹⁹

Como um princípio mediador entre as estruturas sociais e as práticas individuais, Bourdieu concebeu a noção de *habitus*, definida como:

um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações - e torna possível a realização de

tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas.²⁰ (p.65).

Embora o capital cultural represente uma forma de patrimônio não econômico envolvido na dominação e hierarquia social à medida que as classes se diferenciam pelo gosto e preferências,²¹ adotamos o termo capital cultural étnico para referir aos sistemas culturais e cognitivos que distinguem e estruturam os povos indígenas.

3.2 Percurso metodológico

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, desenvolvido com indígenas das etnias Kaingang e Guarani-Mbyá residentes na Terra Indígena Guarita (Figura 3.1). O percurso metodológico incluiu a condução de grupos focais associados à abordagem construtivista *Grounded Theory*.

3.2.1 Participantes

A fim de observar diferentes perspectivas a respeito das interações com a sociedade circundante, foram selecionadas para participar do estudo a aldeia Gengibre, única comunidade Guarani do território e que apresenta maior isolamento geográfico, e a comunidade Kaingang da aldeia Pedra Lisa, devido a sua proximidade ao perímetro urbano (Figura 3.2).

A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada pelos líderes indígenas das respectivas comunidades. Sete participantes Kaingang foram incluídos no grupo focal conduzido na aldeia Pedra Lisa. O grupo focal realizado entre os Guarani envolveu nove indivíduos e foi acompanhado pela cirurgiã-dentista e pela assistente de saúde bucal que atendem a comunidade. A composição dos grupos compreendeu informantes de ambos os gêneros e diferentes faixas etárias, com idades variando entre 18 e 64 anos.

Figura 3.1 – Localização da Terra Indígena Guarita

Fonte: Mapa Guarani Digital (www.guarani.map.as)

Figura 3.2 – Localização das aldeias incluídas no estudo

Fonte: Mapa Guarani Digital (www.guarani.map.as)

- Aldeia Kaingang Pedra Lisa
- Aldeia Guarani Gengibre

3.2.2 Produção dos dados

O roteiro semiestruturado que orientou as conversas incluiu a exibição de imagens retratando cenas do cotidiano de diferentes povos indígenas, além de perguntas sobre hábitos alimentares, mudanças culturais e percepções sobre saúde bucal (Apêndice B). Nenhuma pergunta foi feita antes da apresentação das imagens, de forma que as reações dos interlocutores pudessem ser capturadas. Os encontros transcorreram em espaços abertos, sombreados, próximos às casas das lideranças.

3.2.3 Análise dos dados

As falas foram gravadas e, posteriormente, manualmente transcritas na íntegra com o auxílio do software *Express Scribe Transcription* (v. 6.00, Camberra, Austrália). A sistematização e análise do material produzido seguiu o modelo teórico-metodológico *Grounded Theory*, que almeja a formulação de uma teoria central abrangente e representativa das relações entre os elementos das análises.²²

As transcrições foram lidas sistematicamente e submetidas a um processo de codificação aberta em que foram identificados e categorizados os conceitos apresentados nos discursos. Posteriormente foi realizada a codificação axial, conduzida por dois leitores independentes, que desenvolveu e aprimorou as categorias por meio da comparação e das conexões entre os conceitos resultantes do procedimento inicial. Estes processos analíticos foram realizados através de um fluxo de deslocamento entre as codificações aberta e axial (Figura 3.3). A elaboração da teoria central e das demais categorias dialogou com conceitos da teoria social de Pierre Bourdieu, como *habitus*, campo e violência simbólica.

Figura 3.3 – Percurso metodológico adotado com a associação de grupos focais e Grounded Theory

Fonte: o autor.

3.3 Resultados

Ao tentar representar os processos que medeiam as transformações nos costumes alimentares e seus efeitos e significados para a saúde bucal dos grupos Kaingang e Guarani-Mbyá, foi possível identificar uma dinâmica entre elementos que permeiam as práticas e representações de ambos os grupos. A partir das relações entre as categorias i. *Identidades indígenas contemporâneas*; ii. *Percepções sobre sistemas alimentares*; e iii. *Coexistência de saberes na orientação de uma atenção diferenciada em saúde bucal*, foi possível a emergência da categoria central *Capital cultural étnico em conflito*, que orientou a construção de um modelo teórico alicerçado em conceitos da teoria de Bourdieu.

3.3.1 Identidades indígenas contemporâneas

O *habitus* indígena foi reconhecido pelos interlocutores através da comparação com outros grupos indígenas (“parentes”) e não-indígenas (“brancos”, “fóg”, “juruá”). Os sistemas alimentares indígenas e as variadas práticas de cultivo e de obtenção de alimentos foram vistos como características culturais comuns entre os povos tradicionais, enquanto condições sociais e idioma foram identificados como elementos diferenciadores.

A habilidade de falar português marcou diferenças na forma de relação dos indígenas com a sociedade circundante. Enquanto as narrativas Kaingang foram todas realizadas em língua portuguesa, a comunicação com os Guarani exigiu a presença de um mediador-tradutor: um membro da comunidade com conhecimento dos dois sistemas linguísticos e vivência entre os “juruá”, como mostra o excerto:

“Na verdade os Guarani é dificilmente eles falar assim meio direto o português, tem que sempre ter um tradutor junto. Não é como os parente Kaingang”.

Transformações culturais vividas pelos Kaingang foram percebidas como adaptações mandatórias para o atendimento de novas necessidades do grupo. Ao

mesmo tempo em que os interlocutores se identificaram como agentes de uma indianidade que atua na contemporaneidade, foram feitas várias referências a uma noção de capital cultural Kaingang situado em tempos passados e que foi sendo perdido ao longo do tempo.

A presença crescente de dispositivos eletrônicos nas aldeias expõe alguns aspectos das relações que os povos indígenas do Guarita estabelecem com as transformações do capital cultural étnico. Os informantes viram este fenômeno como uma necessidade moderna que faz parte da realidade dos indígenas brasileiros:

“É normal, né. Que a gente não é um bicho lá do mato que não pode ter comunicação com as outras pessoas. A gente é como igual outro”.

Embora as interferências ocidentais no modo de vida Guarani sejam menos pronunciadas, elementos externos inseridos no cotidiano da comunidade foram ressignificados e articulados à cultura do grupo. A tecnologia, por exemplo, assume uma importância para além da finalidade de comunicar e passa a ser vista como um dispositivo que permite o fortalecimento da identidade Guarani:

“Na verdade o celular hoje em dia é importante para todos os indígenas mostrar a sua cultura, o seu trabalho, o seu costume, a sua tradição”.

3.3.2 Percepções sobre sistemas alimentares

As práticas alimentares das comunidades Kaingang e Guarani foram caracterizadas pelos interlocutores como aspectos constitutivos do capital cultural étnico e da identidade indígena. A execução de tarefas relacionadas ao preparo dos alimentos foi associada ao próprio conceito de indianidade. Estas acepções ficam evidentes em trechos como:

“Os irmãos descascam a mandioca: esses mostram que são índio mesmo”.

Entre os Guarani, predomina um entendimento sobre a importância do sistema alimentar para a coletividade. A agricultura de subsistência praticada pelo grupo representa a principal forma de obtenção de alimentos e pode ser vista como

uma estratégia consciente de resistência e reprodução cultural. As pequenas plantações Guarani permitem que a comunidade se mantenha relativamente independente dos produtos industrializados e das interferências que estes representam:

“Como vê a mandioca ali, todo mundo tem plantado, milho também, tem bastante milho, e a gente deixa um pouco de comprar de fora”.

Por outro lado, a eventual necessidade de adquirir produtos de “fora” é entendida pelos Guarani como um fenômeno contemporâneo que se articula com os hábitos alimentares tradicionais:

“Tudo faz parte de hoje em dia. Que a gente tá usando as duas coisas, um pouco quando a gente acha dinheiro, trabalho, a gente compra um pouco da cidade, do mercado. Mas a maioria das coisas que a gente tem aqui é através do plantio daqui”.

Os Kaingang descreveram mudanças recentes nas práticas alimentares como reflexo de conflitos intergeracionais e transformações no modo de vida do grupo. A inserção no mercado de trabalho formal e a necessidade de seguir horários fixos exigem que os indivíduos passem a consumir “comida de branco”. A descontinuidade nas práticas de cultivo de alimentos foi atribuída ao desinteresse dos jovens pelas comidas tradicionais e interferência de tecnologias como a internet. É evidente nas falas dos interlocutores o aspecto afetivo dos alimentos tradicionais (“*fuá*”, carne de caça), que atualmente são preparados apenas em situações especiais.

Embora a Terra Indígena Guarita seja reconhecida legalmente como um território tradicional ocupado pelos povos Kaingang e Guarani, ainda persistem questões fundiárias que afetam a produção de alimentos. O arrendamento das terras demarcadas para uso de não indígenas foi relatado pelos Kaingang como um processo que prossegue há décadas. Este fenômeno restringe o acesso à terra e marca o longo histórico de dependência financeira vivida pelos Kaingang.

3.3.3 Coexistência de saberes na orientação de uma atenção diferenciada em saúde bucal

Problemas importantes de saúde foram identificados como elementos externos produzidos pelo modo de vida ocidental. Os sistemas alimentares indígenas foram percebidos como fonte de saúde e longevidade, enquanto que a “comida de branco causa doença de branco”. O consumo de alimentos industrializados também foi associado a impactos negativos na saúde bucal, principalmente à ocorrência de cárie dentária.

A doença cárie é considerada pelos grupos um problema de saúde bucal que afeta indivíduos de todas as faixas etárias. No entanto, os maiores impactos na qualidade de vida são decorrentes das perdas dentárias, que dificultam a interação social. As falas dos informantes destacam o constrangimento gerado pelo edentulismo como uma característica marcante dos indígenas:

“Tem muitos que vão dar um sorriso e colocam a mão na boca. É a primeira coisa que os índio tem”.

Opiniões conflitantes sobre a saúde bucal foram observadas em ambas as etnias. Entrevistados jovens e adultos atribuíram importância para os aspectos funcionais e sociais dos dentes naturais, enquanto membros mais velhos associaram a manutenção dos dentes à possibilidade de dor.

Iniquidades em saúde bucal foram atribuídas a desigualdades de renda, acesso a serviços odontológicos privados e diferenças na forma de auto cuidado:

“Eu fico pensando, né, não sei por que que os índio estragam bastante os dente. Não sei se é por que não cuidam. E os branco que eu olho e dão uma risada com os dente bonito. E os índio não né. Não sei que motivo tem, não sei se eles cuidam bem. Deve ter os dentistas deles particular que cuida dos próprios dente dele”.

É perceptível na fala dos entrevistados a reprodução do discurso biomédico que opera nos serviços odontológicos. A saúde dos dentes foi associada a hábitos e comportamentos individuais como a escovação regular e consultas odontológicas de

prevenção. Além da responsabilização exclusiva dos pacientes pelo adoecimento, a repetição destas perspectivas clínicas pelos agentes indígenas indica um movimento de deslocamento da comunidade em direção à lógica dos serviços de saúde para a garantia de acesso aos cuidados demandados.

Práticas biomédicas intervencionistas e pontuais inseridas nas aldeias por equipes multiprofissionais de saúde coexistem com saberes indígenas tradicionais que são acionados pelos Guarani em estágios iniciais de adoecimento. Isto implica em uma menor dependência dos serviços de saúde para os membros daquela comunidade em comparação com os Kaingang.

Os Kaingang demonstraram maior resistência ao tratamento odontológico devido à baixa resolutividade e dificuldades de acesso aos serviços de saúde. A alta rotatividade de cirurgiões-dentistas nas aldeias foi vista como um obstáculo para a criação de vínculos entre os profissionais e a comunidade. Os interlocutores identificaram a necessidade da equipe de saúde bucal conhecer o contexto familiar e reorientar a assistência odontológica com foco nas necessidades da família através de visitas domiciliares.

3.3.4 Capital cultural étnico em conflito

Respeitadas as diferenças étnicas relativas às cosmologias e trajetórias dos povos Kaingang e Guarani-Mbyá, é importante reconhecer que os grupos abordados neste estudo compartilham o mesmo espaço social e territorial e, assim, constituem agentes de um campo onde se desenvolvem lutas simbólicas comuns. Isto significa que tais indivíduos estão implicados nos mesmos mecanismos de dominação que se conformam na relação entre indígenas, enquanto categoria indiferenciada, e a sociedade circundante.

A dominação cultural promovida por meio da violência simbólica está presente no discurso de participantes de ambas as etnias, evidenciada pela associação da noção de “normal” a certas características da cultura hegemônica ocidental. Elementos externos, sejam alimentos industrializados ou o discurso biomédico, são

revestidos por uma imagem de normalidade e incorporados ao cotidiano das comunidades Kaingang e Guaraní, de forma que os agentes indígenas são impedidos de reconhecer a influência ocidental.

Os interlocutores se posicionaram em diferentes pontos em relação à reprodução dos costumes alimentares indígenas, ora como agentes inseridos no sistema de práticas, ora distanciados do capital cultural étnico. A adoção de hábitos alimentares ocidentais, embora frequentemente naturalizada, foi entendida como uma ameaça para a saúde dos indivíduos, com impactos importantes nas condições bucais. Representações negativas sobre a saúde bucal e a assistência odontológica se mostraram associadas a maiores níveis de interferência do modelo capitalista nos modos de vida indígena. Por outro lado, as práticas alimentares tradicionais não promovem apenas a saúde do corpo biológico, como também do corpo cultural coletivo.

A capacidade de rearticulação das identidades indígenas por meio da diferenciação cultural impõe barreiras aos avanços da violência simbólica sobre o *habitus*, que é continuamente atravessado e transformado. A ressignificação de elementos incorporados permite o surgimento de saberes híbridos e de estratégias de resistência ao processo de epistemicídio.

Os saberes híbridos dizem respeito à coexistência dos modelos de saúde indígena e ocidental, embora seja evidente que esta articulação não se apresente equilibrada e necessite de ajustes. O cultivo de alimentos em pequenas plantações foi identificado como uma estratégia Guaraní importante de resistência a mudanças significativas no sistema alimentar tradicional.

O capital cultural étnico se apresenta ora capturado pela violência simbólica e pela imposição cultural, ora fortalecido pela reorganização das fronteiras identitárias. Diferentes concepções sobre cultura, por vezes definida como um arquétipo ultrapassado e incompatível com os modos de vida atuais, e em outras ocasiões apresentada como um sistema dinâmico que promove a singularização do grupo, direcionam o sentido em que essas forças se manifestam (Figura 3.4).

Figura 3.4 – Representação das relações simbólicas entre indígenas e a sociedade circundante no campo da saúde

Fonte: o autor.

3.4 Discussão

Os povos tradicionais têm sido desafiados a questionar suas noções de indianidade em tempos de crescente globalização. O *habitus* do indivíduo contemporâneo é construído através de interações entre espaços distintos, e resulta em padrões múltiplos de conduta.²³ O contato com a sociedade ocidental a fim de atender as novas necessidades das comunidades indígenas, como o acesso à alimentação e à saúde, exige a ressignificação contínua de um *habitus* indígena que foi adquirido através de um violento processo de negação e negociação de uma

identidade.²⁴ No entanto, as fronteiras entre indígenas e não indígenas permanecem delimitadas e dinâmicas. O uso de tecnologias modernas para promover o fortalecimento da identidade cultural indígena e até mesmo melhorar as condições de saúde,²⁵ assim como o ressurgimento de movimentos indígenas que promovem uma agenda por autonomia, autodeterminação e cidadania diferencial, são exemplos de elementos que contribuem para moldar as identidades indígenas contemporâneas.²⁶

Os sistemas alimentares indígenas estão profundamente interligados com as diferentes dimensões do capital cultural étnico. Os usos particulares dos alimentos parecem estar simbolicamente ligados às noções de pertencimento à cultura,²⁷ e desempenham um papel importante no fortalecimento das identidades étnicas e políticas.^{28, 29} As sociedades indígenas brasileiras são conhecidas por serem tradicionalmente envolvidas em modelos coletivos de produção, distribuição e consumo de alimentos que promovem a coesão social e o bem-estar comunitário.³⁰ Esses pressupostos são notáveis no caso da estética alimentar Guarani e suas formas de obter, preparar e consumir alimentos, que são consistentes com os preceitos cosmológicos do grupo e representam facilitadores para a comunicação com os deuses.³¹

Estudos realizados entre populações indígenas de todo o mundo têm descrito uma tendência generalizada de transição para uma dieta ocidentalizada, com significativa redução de valores nutricionais e implicações para a segurança alimentar desses grupos. Esses casos, semelhantes à situação do grupo Kaingang da TI Guarita, estão associados a transformações ambientais, rápido desenvolvimento econômico regional, acesso a supermercados e menor preço de alimentos refinados.^{4, 6, 32}

No entanto, algumas comunidades indígenas têm sido capazes de elaborar respostas a tais interferências através de estratégias que combinam alimentos tradicionais e produtos industrializados.^{3, 5} Da mesma forma que o grupo Guarani observado neste estudo, uma comunidade Guarani de São Paulo relatou a manutenção de plantações tradicionais em associação a alimentos refinados para fins suplementares. A substituição de alimentos, como a troca de mel por açúcar refinado, ocorre apenas quando o ingrediente não está mais disponível no território

adjacente à aldeia. O declínio da atividade de caça levou o grupo a desenvolver táticas para a preservação dos reduzidos recursos animais e, assim, manter as formas tradicionais de obtenção de alimentos.²

A distinção traçada entre alimentos tradicionais como fonte de boa saúde e produtos industrializados como fator causal do adoecimento, encontrada nos grupos Guarani e Kaingang, pode ser explicada pela visão holística intrínseca às cosmologias indígenas. Enquanto as plantações sagradas indígenas fornecem alimento para o corpo e a alma, as "doenças da Terra" são atribuídas a dietas ricas em produtos químicos e gorduras.² Percepções sobre sistemas alimentares similares também foram observadas em uma comunidade indígena do Equador.³³

Há evidências de que as mudanças culturais, ambientais e econômicas enfrentadas por muitos povos indígenas afetam seu estado de saúde nutricional e bucal.³⁴ Um estudo transversal comparou a prevalência de cárie entre duas comunidades Maias do México com diferenças significativas em relação ao modelo econômico de subsistência. A aldeia com dieta tradicional, apesar do forte consumo de alimentos à base de milho, apresentou condições de saúde bucal significativamente melhores do que o grupo com acesso a alimentos e bebidas processados.³⁵ Outros estudos epidemiológicos apontaram para a transição alimentar vivida pelos povos indígenas como a explicação para a crescente prevalência de cáries dentárias, mas falharam na tentativa de estabelecer uma relação causal.^{10, 11, 36, 37}

Percepções negativas relacionadas à saúde bucal e à manutenção de dentes foram observadas em outros estudos com populações vulneráveis e comunidades indígenas.^{38, 39} A extração dentária como primeira escolha de tratamento tem sido associada a um baixo capital cultural e ao ajuste das preferências individuais às reais possibilidades materiais de tratamento.⁴⁰ No entanto, os agentes que manifestaram o desejo de "livrar-se" de seus dentes foram, neste estudo, os indivíduos mais velhos de cada etnia, que apresentam maior capital cultural étnico acumulado. Acreditamos que isso reflete uma desconfiança destes indivíduos em relação às práticas normativas de saúde bucal, ao invés de um traço cultural.

Os interlocutores Kaingang e Guarani manifestaram atitudes ambivalentes em relação ao modelo biomédico de atenção à saúde, que vão desde a reprodução dos

discursos normativos à resistência aos tratamentos. As noções preventivas articuladas pelos participantes tendem a ser uma imitação de instruções formais, padronizadas e desprovidas de significado que são rotineiramente prescritas por dentistas. A abordagem profissional que emprega esses jargões inespecíficos não reconhece as diferenças dos pacientes a respeito de gênero, geração, posição no espaço social e condições de vida, e resultam no aprofundamento das inequidades.⁴⁰ Intervenções de saúde convencionais baseadas em mudanças comportamentais no nível individual são culturalmente incompatíveis com as cosmologias holísticas indígenas, além de altamente ineficazes entre essas populações.⁴¹

Um estudo qualitativo analisou as percepções de equipes multidisciplinares do Distrito Especial de Saúde Indígena Litoral Sul do estado do Rio Grande do Sul, cujo departamento é responsável pelos serviços de saúde oferecidos aos povos Kaingang e Guarani da TI Guarita, entre outras comunidades indígenas da região Sul. Apesar da recente implementação de abordagens que promovem a intermedicalidade, observou-se divergências importantes quanto aos conceitos e práticas de saúde entre a medicina tradicional indígena e a biomedicina.⁴²

O modelo biomédico, reconhecido como único modo legítimo de saber, funciona como uma forma de violência simbólica que priva os agentes indígenas do seu capital cultural étnico e suas características diferenciadoras e empoderadoras.²⁴ As ideologias neoliberais que operam no modelo de saúde ocidental contribuem para sustentar as formas contemporâneas de colonialismo, expressas como iniquidades em saúde para os povos indígenas.⁴³ Essas desigualdades são resultado de interações complexas entre os determinantes de saúde inseridos em contextos históricos, sociais, econômicos e políticos. Os efeitos da industrialização sobre a saúde indígena, por exemplo, podem acentuar as disparidades de saúde entre grupos indígenas e não indígenas, perpetuando o legado do colonialismo através de impactos culturais advindos da desapropriação ambiental.⁴⁴

O fenômeno histórico de exploração do território Kaingang por não indígenas é uma forma evidente de desapropriação das suas formas tradicionais de subsistência. Como consequência, a comunidade apresenta significativa dependência de alimentos industrializados e elevadas necessidades de cuidados em

saúde. A desapropriação do capital indígena não está apenas relacionada à terra, mas também à história, cultura, linguagem e conexões.⁴³ A perda da noção de lugar está associada ao enfraquecimento da identidade cultural, empobrecimento da saúde da comunidade,⁴⁵ e barreiras ao acesso de serviços de saúde.⁴³ O grande impacto da industrialização sobre o modo de vida Kaingang pode implicar na redução da capacidade de desenvolver estratégias adequadas para enfrentar as novas configurações socioeconômicas que impõe ameaças para a saúde do grupo.⁴⁶

Por outro lado, a coexistência de saberes pode orientar a produção de uma atenção em saúde chamada diferenciada, isto é, culturalmente sensível. Há uma crescente discussão sobre estratégias promotoras de saúde que combinam práticas empíricas com métodos indígenas de cura para a abordagem de comportamentos relacionados à saúde,⁴⁷ violência,⁴⁸ suicídios,⁴¹ câncer⁴⁹, e doenças sexualmente transmitidas.⁵⁰ A combinação de componentes ocidentais e não-ocidentais é aqui classificada como saberes híbridos, no mesmo sentido adotado por Boaventura Santos. De acordo com o trabalho do autor, a conjunção de diferentes epistemologias confronta a monocultura da ciência moderna e lança luz sobre o Sul Global não imperial onde se situam as culturas periféricas.⁵¹

A violência simbólica que atua sobre as comunidades tradicionais sob a forma de dependência de alimentos industrializados e do sistema biomédico de saúde representa um mecanismo de perpetuação do colonialismo na contemporaneidade. No entanto, é fundamental reconhecer que o avanço da sociedade ocidental sobre os povos indígenas brasileiros não opera exclusivamente no plano das lutas simbólicas. Os deslocamentos forçados, as disputas territoriais, os conflitos armados e a privação de acesso a serviços sociais básicos são formas concretas de violência que interferem na saúde e nos modos de vida dos povos indígenas.

3.5 Considerações finais

As intensas mudanças nos sistemas alimentares indígenas parecem interferir nas esferas cosmológicas da identidade cultural, da organização social e da saúde das comunidades, impedindo que os indivíduos desenvolvam estratégias de

enfrentamento adequadas para abordar as modificações em seu capital cultural étnico. Este fenômeno implica em percepções de maiores vulnerabilidades de saúde, pior estado de saúde bucal, alta demanda por tratamento e elevada tensão entre indígenas e os serviços de saúde. A manutenção de plantações tradicionais em associação a produtos industrializados suplementares, bem como a hibridização dos saberes ocidental e indígena, pode contribuir para redefinir fronteiras culturais e promover a segurança alimentar e o bem-estar social dos povos tradicionais.

3.6 Referências

1. Colles SL, Maypilama E, Brimblecombe J. Food, food choice and nutrition promotion in a remote Australian Aboriginal community. *Aust J Prim Health*. 2014;20(4):365-72. doi: 10.1071/PY14033.
2. Scalco N, Rodrigues E. Changes in the acquisition and consumption of food plants and their relationship with indigenous perceptions of health in a Guarani village, São Paulo, Brazil. *Public Health Nutr*. 2013 Oct;16(10):1820-6. doi: 10.1017/S136898001200434X.
3. Skinner K, Hanning RM, Desjardins E, Tsuji LJ. Giving voice to food insecurity in a remote indigenous community in subarctic Ontario, Canada: traditional ways, ways to cope, ways forward. *BMC Public Health*. 2013 May;13:427. doi: 10.1186/1471-2458-13-427.
4. Ezeomah B, Farag K. Effects of development on indigenous dietary pattern: A Nigerian case study. *Appetite*. 2016;107:59-68. doi: 10.1016/j.appet.2016.07.025.
5. Chaudhari LS, Begay RC, Schulz LO. Fifteen years of change in the food environment in a rural Mexican community: the Maycoba project. *Rural Remote Health* [Internet]. 2013 [citado em 20 Ago 2017];13(3):2404. Disponível em: <https://www.rrh.org.au/journal/article/2404>.
6. O'Connell M, Buchwald DS, Duncan GE. Food access and cost in American Indian communities in Washington State. *J Am Diet Assoc*. 2011 Sep;111(9):1375-9. doi: 10.1016/j.jada.2011.06.002.

7. Valeggia C. The global and the local: health in Latin American indigenous women. *Health Care Women Int.* 2016;37(4):463-77. doi: 10.1080/07399332.2014.954704.
8. Mobley C, Marshall TA, Milgrom P, Coldwell SE. The contribution of dietary factors to dental caries and disparities in caries. *Acad Pediatr.* 2009 Nov-Dec;9(6):410-4.
9. Neel JV, Salzano FM, Junqueira PC, Keiter F, Maybury-Lewis D. Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso. *Am J Hum Genet.* 1964 Mar;16(1):52-140.
10. Pose SB. Avaliação das condições de saúde bucal dos índios Xavante do Brasil Central. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1993.
11. Medina W, Hurtig AK, San Sebastian M, Quizhpe E, Romero C. Dental caries in 6-12-year-old indigenous and non-indigenous schoolchildren in the Amazon basin of Ecuador. *Braz Dent J.* 2008;19(1):83-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-64402008000100015>.
12. Crittenden AN, Sorrentino J, Moonie SA, Peterson M, Mabulla A, Ungar PS. Oral health in transition: The Hadza foragers of Tanzania. *PLoS One.* 2017;12(3):e0172197.
13. Sampaio FC, Freitas CH, Cabral MB, Machado AT. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. *Rev Panam Salud Publica.* 2010 Apr;27(4):246-51. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892010000400002>.
14. Donnelly CJ, Thomson LA, Stiles HM, Brewer C, Neel JV, Brunelle JA. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomamo Indians, Venezuela. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1977 Jan;5(1):30-9.
15. Niswander JD. Further studies on the Xavante Indians. VII. The oral status of the Xavantes of Simoes Lopes. *Am J Hum Genet.* 1967 Jul;19(4):543-53.
16. Oliveira JPd. Uma etnologia dos "índios misturados"? Situação colonial, territorialização e fluxos culturais [Internet]. *Mana.* 1998 [citado em 23 Ago 2017];4(1):47-77. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-93131998000100003.

17. Oliven AC, Bello L. Negros e indígenas ocupam o templo branco: ações afirmativas na UFRGS. *Horizontes Antropol.* 2017 Set-Dez;23(49):339-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-71832017000300013>.
18. Cohn C. *Culturas em transformação: os índios e a civilização*. São Paulo Perspect. 2001 Abr-Jun;15(2):36-42.
19. Wacquant L. Following Pierre Bourdieu into the field. *Ethnography.* 2004 Dec;5(4):387-414.
20. Bourdieu P. *Sociologia*. São Paulo: Ática; 1983.
21. Bourdieu P. *Distinction: A social critique of the judgement of taste*. Cambridge: Harvard University Press; 1984.
22. Charmaz K. *Constructing Grounded Theory: A practical guide through qualitative analysis*. London: Sage; 2006.
23. Setton MdGJ. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. *Rev Bras Educ.* 2002;(20)60-70. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000200005>.
24. Azevedo ALMd, Gurgel IGD, Tavares MA. O poder de acessar a saúde: uma análise do acesso à saúde na etnia indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira (PE). *Cad Saúde Coletiva.* 2014;22(3):275-80. doi: 10.1590/1414-462X201400030009.
25. Rice ES, Haynes E, Royce P, Thompson SC. Social media and digital technology use among Indigenous young people in Australia: a literature review. *Int J Equity Health.* 2016 May;15:81. doi: 10.1186/s12939-016-0366-0.
26. Teixeira CC, Silva CDd. The construction of citizenship and the field of indigenous health: A critical analysis of the relationship between bio-power and bio-identity. *Vibrant: Virtual Brazi Anthropol [online]*. 2015;12(1):351-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-43412015v12n1p351>.
27. Cantarero L, Espeitx E, Gil Lacruz M, Martín P. Human food preferences and cultural identity: the case of Aragón (Spain). *Int J Psychol.* 2013;48(5):881-90. doi: 10.1080/00207594.2012.692792.

28. Maurice AC, Philip J, Bersamin A. Yup'ik identity and socioeconomic status are associated with child consumption of traditional food and weight in rural Yup'ik communities. *Ethn Health*. 2017 May;1-11. doi: 10.1080/13557858.2017.1331338.

29. Chuck C, Fernandes SA, Hyers LL. Awakening to the politics of food: Politicized diet as social identity. *Appetite*. 2016 Dec;107:425-36. doi: 10.1016/j.appet.2016.08.106.

30. Tempass MC. O belo discreto: a estética alimentar Mbyá-Guarani. *Espaço Ameríndio* [Internet]. 2007 Jul-Dez [citado em 22 Ago 2017];1(1):170-94. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/EspacoAmerindio/article/view/2567/1568>.

31. Tempass MC. Comida e gênero entre os Mbyá-Guarani. *Cad Espaço Feminino* [Internet]. 2008 [citado em 27 Ago 2017];19(1):287-309. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/2112>.

32. Silva RJN, Garavello ME, Eduardo P. Alterações nas estratégias de subsistência: o caso dos índios brasileiros Xavantes. *Segur Aliment Nutr* [Internet]. 2009 [citado em 28 Ago 2017];16(1):32-48. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/1810>.

33. Levin A, Sokal-Gutierrez K, Hargrave A, Funsch E, Hoeft KS. Maintaining traditions: a qualitative study of early childhood caries risk and protective factors in an indigenous community. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Aug;14(8). doi: 10.3390/ijerph14080907.

34. Moura PGd, Batista LRV, Moreira EAM. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. *Rev Nutr*. 2010;23(3):459-65. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300013>.

35. Vega Lizama EM, Cucina A. Maize dependence or market integration? Caries prevalence among indigenous Maya communities with maize-based versus globalized economies. *Am J Phys Anthropol*. 2014 Feb;153(2):190-202. doi: 10.1002/ajpa.22418.

36. Arantes R, Santos RV, Coimbra CE, Jr. Oral health among the Xavante Indians in Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2001 Mar-Abr;17(2):375-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200012>.

37. Gonçalves É, Cavalcanti LC, Firmino RT, Ribeiro GL, Granville-Garcia AF, Menezes VA. Dental caries experience among indigenous children and adolescents. *J Oral Sci.* 2015 Jun;57(2):123-9. doi: 10.2334/josnurd.57.123.
38. Chand R, Parker E, Jamieson L. Differences in, and frames of reference of, indigenous Australians' self-rated general and oral health. *J Health Care Poor Underserved.* 2017;28(3):1087-103. doi: 10.1353/hpu.2017.0099.
39. Amarasena N, Kapellas K, Skilton M, Maple-Brown L, Brown A, Bartold PM, et al. Oral health behaviours and perceptions reported by Indigenous Australians living in Darwin, Northern Territory. *Community Dent Health.* 2014 Mar;31(1):57-61. doi: 10.1002/ajpa.22418.
40. Chaves SC, Vieira-da-Silva LM. Inequalities in oral health practices and social space: an exploratory qualitative study. *Health Policy.* 2008 Apr;86(1):119-28. doi: 10.1016/j.healthpol.2007.10.001.
41. Barker B, Goodman A, DeBeck K. Reclaiming Indigenous identities: Culture as strength against suicide among Indigenous youth in Canada. *Can J Public Health.* 2017 Jun;108(2):e208-e10. doi: 10.17269/cjph.108.5754.
42. Falkenberg MB, Shimizu HE, Bermudez XPD. Social representations of the health care of the Mbyá-Guarani indigenous population by health workers. *Rev Latino-Am Enf.* 2017 Feb;25. doi: 10.1590/1518-8345.1505.2846.
43. Brown HJ, McPherson G, Peterson R, Newman V, Cranmer B. Our land, our language: connecting dispossession and health equity in an indigenous context. *Can J Nurs Res.* 2012 Jun;44(2):44-63.
44. Kryzanowski JA, McIntyre L. A holistic model for the selection of environmental assessment indicators to assess the impact of industrialization on indigenous health. *Can J Public Health.* 2011 Mar-Apr;102(2):112-7.
45. Windsor JE, McVey JA. Annihilation of both place and sense of place: the experience of the Cheslatta T'En Canadian First Nation within the context of large-scale environmental projects. *Geog J.* 2005 Jun;171(2):146-65. doi: 10.1111/j.1475-4959.2005.00156.x.
46. Luginaah I, Smith K, Lockridge A. Surrounded by chemical valley and 'living in a bubble': the case of the Aamjiwnaang First Nation, Ontario. *J Environmental Plann Man.* 2010;53(3):353-70. doi: <https://doi.org/10.1080/09640561003613104>.

47. Waterworth P, Dimmock J, Pescud M, Braham R, Rosenberg M. Factors affecting indigenous West Australians' health behavior: indigenous perspectives. *Qual Health Res.* 2016 Jan;26(1):55-68. doi: 10.1177/1049732315580301.
48. Shepherd SM, Delgado RH, Sherwood J, Paradies Y. The impact of indigenous cultural identity and cultural engagement on violent offending. *BMC Public Health.* 2017 Jul;18(1):50. doi: 10.1186/s12889-017-4603-2.

49. Berger-González M, Stauffacher M, Zinsstag J, Edwards P, Krütli P. Transdisciplinary research on cancer-healing systems between biomedicine and the Maya of Guatemala: A Tool for Reciprocal Reflexivity in a Multi-Epistemological Setting. *Qual Health Res.* 2016 Jan;26(1):77-91. doi: 10.1177/1049732315617478.

50. Orellana ER, Alva IE, Cárcamo CP, García PJ. Structural factors that increase HIV/STI vulnerability among indigenous people in the Peruvian amazon. *Qual Health Res.* 2013 Sep;23(9):1240-50. doi: 10.1177/1049732313502129.

51. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. *Novos Estudos - CEBRAP.* 2007 Nov;(79)71-94. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>

4 CAPÍTULO IV: CÁRIE DENTÁRIA, NECESSIDADES DE TRATAMENTO E USO DE SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS ENTRE ADULTOS KAINGANG E GUARANI DA TERRA INDÍGENA GUARITA

O perfil epidemiológico da cárie dentária em populações indígenas é complexo e heterogêneo, como consequência de um panorama sociocultural altamente multifacetado. Um número significativo de estudos tem associado as condições de saúde bucal de povos nativos a diversos determinantes sociais de saúde, desde fatores estruturais tais como condições de vida precárias, nutrição inadequada e discriminação racial, até determinantes individuais como gênero e comportamentos relacionados à saúde.¹⁻³

De fato, povos indígenas de todo o mundo geralmente se encontram em um contexto de desvantagem social em relação aos seus pares não indígenas. Tais injustiças sociais são responsáveis pela manutenção de significativas desigualdades em saúde, com resultados desfavoráveis para indígenas independentemente do nível de desenvolvimento do país em que vivem.^{4,5} O hiato na saúde bucal entre indígenas e não indígenas segue o mesmo padrão das demais condições de saúde. Independentemente do país, indivíduos pertencentes a grupos étnicos indígenas apresentam maiores prevalências de cárie dentária não tratada, dentes perdidos, dentição inadequada, e doença periodontal, além de menor número de dentes restaurados.^{6,7}

A Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB Brasil 2010 reuniu dados epidemiológicos sobre as condições dentárias de 308 indivíduos auto-declarados indígenas que residem em regiões urbanas do país.⁸ Embora o estudo tenha sido eficiente em evidenciar importantes disparidades de saúde bucal, a amostra indígena é pouco representativa do universo de 305 grupos étnicos que habitam o território brasileiro. Aproximadamente 64% da população indígena do Brasil vive em terras demarcadas ou áreas remotas.⁹ A maioria das informações disponíveis sobre a saúde bucal indígena tem sido obtida a partir de estudos transversais realizadas esporadicamente com diferentes grupos desde a década de 1970. No entanto, grande parte dos achados epidemiológicos está concentrada na população indígena que vive na região amazônica, o que implica na invisibilização das condições de

saúde de diversos grupos.¹⁰ O perfil de saúde bucal do povo Kaingang, por exemplo, terceira maior população indígena do país, não apresenta dados disponíveis na literatura científica por não ter sido objeto de interesse acadêmico ou dos serviços de vigilância epidemiológica.

A construção de dados epidemiológicos sólidos sobre cárie dentária é essencial para a compreensão de sua determinação e distribuição, além de contribuir para o desenvolvimento de estratégias preventivas e para a estruturação de níveis adequados de atenção à saúde.^{11,12} Assim, o objetivo deste estudo foi analisar a experiência de cárie dentária, necessidade de tratamento e uso de serviços odontológicos em indígenas adultos das etnias Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guarita.

4.1 Métodos

Foi realizado um inquérito de saúde bucal com adultos Kaingang e Guarani residentes em todas as aldeias da Terra Indígena Guarita entre fevereiro e agosto de 2017. Foram incluídos no estudo indivíduos com idade entre 35 e 44 anos conforme preconizado OMS para a avaliação das condições de saúde bucal de adultos. Todas as famílias foram visitadas e indivíduos dentro da faixa etária selecionada foram convidados a participar da pesquisa. Os exames bucais foram realizados por um único examinador (GHS) previamente treinado através de discussões teóricas e avaliações clínicas com duração total de vinte horas. Participantes foram examinados sentados, em áreas abertas perto das suas respectivas residências, sob luz natural indireta, e utilizando instrumentos clínicos esterilizados (espelho bucal plano e sonda padrão OMS) e equipamentos de proteção individual. As condições das coroas dentárias foram avaliadas através do índice de dentes cariados, perdidos ou obturados (CPOD). Necessidade de tratamento foi avaliada com base na metodologia empregada na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010, que inclui necessidade de restauração (uma e duas ou mais superfícies), tratamento endodôntico, extração dentária e aplicação de selantes. Após a realização dos exames, os participantes responderam a um questionário

estruturado a fim de caracterizar a população em relação ao uso de serviços odontológicos e aspectos sociodemográficos.

Foram realizadas análises descritivas para obtenção da média e do desvio padrão (DP) dos componentes do índice CPOD e das frequências de necessidade de tratamento. A prevalência de dentes hígidos foi calculada para cada elemento dentário excluindo o número de dentes cariados, perdidos e obturados. Regressões logísticas foram utilizadas para verificar a associação entre as variáveis independentes (gênero, município, educação, renda, programa de transferência de renda e idade) e a presença de dentes restaurados. Este desfecho foi empregado como um indicador de acesso a cuidados odontológicos satisfatórios. Medidas de associação foram apresentadas através das razões de prevalência bruta e ajustada e respectivos intervalos de confiança. Associações foram consideradas estatisticamente significativas ao nível de probabilidade de 5% ($p \leq 0,05$). Todas as análises foram realizadas por meio do software STATA 14.0 (StataCorp, College Station, Texas, EUA).

4.2 Resultados

Um total de 109 indivíduos foram examinados. A maioria dos participantes eram do sexo feminino (76,15%), com renda familiar mensal inferior a R\$468,00 (52,27%), e residentes nas aldeias localizadas nos municípios de Redentora e Erval Seco (68,81%). Foi observada média de 39,43 (DP 3,32) anos de idade e 4,79 (DP 3,85) anos de educação formal. A última consulta odontológica ocorreu dentro do período de dois anos para 73,39% da população. Cerca de um terço dos participantes apresentaram bolsa periodontal rasa ou profunda. (Tabela 4.1)

Cerca de 92% dos participantes apresentaram lesões de cárie não tratada. Observou-se um CPOD médio de 14,45 ($\pm 5,80$). O número médio de dentes perdidos correspondeu a 65% da pontuação total do índice, enquanto o componente obturado representou apenas 6% (Tabela 4.2). Ao considerar os dentes restaurados que apresentam lesões cariosas, categorizadas inicialmente como cariados, a média de dentes restaurados é discretamente elevada para 1,21 ($\pm 1,56$).

Tabela 4.1 – Características sociodemográficos dos participantes

Variável	Categoria	N.	%
Sexo	Masculino	26	23.85
	Feminino	83	76.15
Município	Tenente Portela	34	31.19
	Outros	75	68.81
Escolaridade	Até 4 anos	52	47.71
	Mais que 4 anos	57	52.29
Renda	Até R\$463,00	46	52.27
	Mais que R\$463,00	42	47.73
Bolsa Família*	Sim	81	74.31
	Não	28	25.68
Ultima consulta	SUS	98	89.90
	Privado	2	1.8
	Nenhum	9	8.30
Tempo da consulta	Até 2 anos	80	73.39
	3 anos ou mais	29	26.61
Idade	Média ± DP	39.43 ±3.32	100

Fonte: o autor.

*Programa de transferência de renda

Tabela 4.2 – Número médio e desvio padrão do índice CPOD de acordo com os componentes cariados, perdidos e obturados

Componente	Média	DP	Min.	Max.
Cariados	4.25	3.04	0	17
Perdidos	9.38	6.13	0	26
Obturados	0.82	1.35	0	7
CPOD	14.45	5.80	3	29

Fonte: o autor.

DP – Desvio Padrão

Necessidade de pelo menos um tipo de tratamento foi observado em 92% dos participantes (n = 98). A frequência de indivíduos que necessitam de tratamento odontológico devido à cárie, bem como o número médio de dentes, é apresentada na Tabela 4.3.

Tabela 4.3 – Frequência de indivíduos e média do número de dentes com necessidade de tratamento devido a carie dentária

Tratamento	n.	%	Média	DP	Min.	Max
Restauração 1 superfície	77	70.64%	1.97	1.99	0	11
Restauração 2+ superfícies	64	58.72%	1.15	1.37	0	6
Tratamento endodôntico	15	13.76%	0.17	0.47	0	2
Extração	38	34.86%	0.87	1.97	0	14

Fonte: o autor.

*Número médio de dentes

DP – Desvio padrão

As maiores frequências de elementos dentários hígidos foram observadas na região anterior da mandíbula, variando de 88% a 94%, em contraste com as baixas prevalências dos primeiros molares inferiores de 11% e 15%. Diferenças substanciais na frequência de dentes saudáveis foram mais marcantes entre incisivos centrais superiores e inferiores (Figura 4.1).

Figure 4.1 – Frequência de dentes hígidos de acordo com o quadrante e elemento dental

Fonte: o autor.

Indivíduos com até 4 anos de escolaridade apresentaram prevalência significativamente menor de dentes restaurados quando comparados aqueles com maior tempo de educação formal. No entanto, a associação perdeu significância quando ajustada pelas demais variáveis independentes (Tabela 4.4).

Tabela 4.4 – Análise bruta e ajustada para presença de dentes obturados e fatores associados conforme modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta

Fatores	Categoria	Dentes obturados					
		Univariada			Multivariada		
		RP	IC 95%	p	RP _a	IC 95%	p
Sexo	Masculino	0.76	0.30-1.92	0.566	1.16	0.38-3.53	0.785
Município	Tenente Portela	1.88	0.82-4.31	0.133	1.47	0.58-3.74	0.413
Educação	Até 4 years	0.42	0.19-0.93	0.034	0.51	0.20-1.26	0.148
Renda	< R\$463,00	0.80	0.34-1.89	0.627	0.75	0.28-1.99	0.564
Bolsa Família*	Sim	0.82	0.34-1.98	0.670	0.78	0.26-2.37	0.668
Idade	Em anos	0.93	0.83-1.05	0.272	0.93	0.81-1.06	0.280

RP – Razão de prevalência

RP_a – Razão de prevalência ajustada

IC – Intervalo de Confiança

*Programa de transferência de renda

Fonte: o autor.

4.3 Discussão

A distribuição da doença cárie entre os adultos da Reserva Guarita é altamente pervasiva. Quase todos os indivíduos foram afetados por lesões cariosas não tratadas e não houve participante com DMFT=0. Este panorama é acompanhado por uma alta proporção de dentes perdidos e taxas proeminentes de necessidade de tratamento odontológico devido à cárie.

Este estudo apresentou limitações inerentes ao desenho metodológico transversal como a impossibilidade de estabelecer relações de causalidade. Os exames bucais foram realizados fora do ambiente clínico, o que impediu uma avaliação criteriosa das lesões de mancha branca. É provável que a ausência de associações estatisticamente significantes entre as variáveis independentes e o desfecho estudado tenha sido afetada pelo tamanho da amostra. No entanto, fatores

como a alta distribuição dos participantes entre as aldeias permitem inferir esses achados à população adulta da TI Guarita com relativa segurança.

Altas taxas de prevalência de cáries não tratadas foram registradas entre povos indígenas da América do Sul como os Panares da Venezuela, etnias do Parque do Xingu no Brasil, e os Mapuche-Huilliche do Chile, com taxas que chegam a 71%, 81% e 100% das respectivas comunidades.¹³⁻¹⁵ Por outro lado, estudos realizados com populações nativas da bacia amazônica brasileira nas décadas de 1960 e 1970 observaram frequências de carie dentária significativamente baixas.^{16,17} Inquéritos de saúde bucal realizados desde então com diferentes etnias do território brasileiro tem indicado uma tendência de aumento da prevalência de cárie entre estes grupos. Os Xavantes do Parque do Xingu, por exemplo, representam um caso clássico de transição epidemiológica ao longo do final do século XX em direção a um perfil de maior experiência de cárie.¹⁸ Embora este fenômeno não tenha sido restrito à população Xavante, é provável que algumas comunidades indígenas isoladas, dentre as muitas cujo estado de saúde bucal é desconhecido, ainda apresentam baixa prevalência de cárie dentária.

A severidade da cárie dentária observada neste estudo, expressa pelo índice CPOD, é similar aos escores observados entre indígenas adultos dos povos Guarani (13,9) e Xavante (14,25) na faixa etária de 35 a 44 anos.^{19,20} Maiores pontuações do índice CPOD foram descritas entre adultos das etnias Potiguara (16.43), Xavante (20.2) e brasileiros não indígenas (16.75).^{8,21,22}

A fim de mensurar saúde e bem-estar, pesquisadores e clínicos tem empregado indicadores que estimam a incidência ou prevalência de doenças, bem como seus fatores de risco associados. O índice CPOD, proposto por Klein e Palmer em 1938, continua sendo o indicador mais utilizado para avaliar a cárie na epidemiologia da saúde bucal.²³ No entanto, esses marcadores estatísticos, essencialmente clínicos, não indicam questões mais amplas de bem-estar físico e social.² O CPOD, por exemplo, não inclui a avaliação das necessidades de tratamento, além de atribuir o mesmo peso a dentes com perdidos, com lesões de cárie, e satisfatoriamente restaurados. Embora a primeira limitação só possa ser superada por uma avaliação adicional das demandas de tratamento, a última é facilmente resolvida através do desmembramento dos componentes do índice. De

fato, a fragmentação do CPO geralmente fornece informações importantes sobre a carga da doença, o acesso aos serviços de saúde, e o modelo de atendimento odontológico oferecido às populações.

A Atenção Primária a Saúde (APS) funciona como a base do Subsistema de Saúde Indígena, operacionalizada principalmente através da Estratégia de Saúde da Família, e a inclusão de Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena (EMSI) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) em territórios indígenas.²⁴ Os dados aqui apresentados sugerem que cobertura da APS na TI Guarita de fato abrange todas as aldeias e a maioria - se não a totalidade - da população. Os participantes deste estudo dependem fortemente dos serviços odontológicos oferecidos na UBS de cada comunidade. Esta modalidade constitui a única alternativa de cuidados bucais para praticamente todos os participantes devido a restrições financeiras e a acessibilidade geográfica dos serviços.

No entanto, o acesso à APS é muito mais complexo do que a mera localização de uma instalação de saúde dentro ou perto das aldeias indígenas.²⁵ Concentrar exclusivamente no aspecto geográfico do acesso a saúde negligencia questões importantes para a saúde das populações indígenas, como a capacidade do serviço de incorporar características socioculturais, provisão de cuidados por parte de trabalhadores indígenas, promoção de espaços livres de discriminação, inclusão das comunidades e das famílias no processo de cuidado, e o tipo de atendimento prestado às necessidades de saúde identificadas.²⁶

Assumindo que a presença de um ou mais dentes restaurados ou perdidos requer acessar o sistema de saúde, e que 90% dos participantes realizaram a última consulta odontológica nas UBSs das aldeias, seria seguro afirmar que os serviços odontológicos oferecidos para a população indígena da TI Guarita são capazes de capturar as demandas de cuidados bucais das comunidades.

Por outro lado, a alta proporção de dentes perdidos:obturados revela a abordagem de caráter mutilador que predomina na APS das aldeias em detrimento de tratamentos conservadores e preventivos. Na verdade, trata-se de um reflexo não apenas do atual modelo de assistência como também do efeito cumulativo da cárie dentária e da falta de cuidados adequados ao longo da vida. A reorientação das práticas odontológicas torna-se um componente vital para garantir o tratamento

adequado da alta frequência de cárie não tratada e evitar a execução de extrações desnecessárias em muitos dos dentes que podem ser conservadoramente restaurados.

Embora o CPOD médio observado entre a população adulta brasileira na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 (SB Brasil 2010) seja maior que o valor relatado neste estudo, brasileiros não indígenas apresentaram uma proporção equivalente de dentes perdidos e obturados (44% e 43 % do total do índice CPOD, respectivamente). Além disso, o número médio de dentes cariados foi significativamente menor na amostra nacional (1.94), o que implica em iniquidades em saúde bucal, com cargas expressivamente maiores da doença para os indígenas da TI Guarita.⁸ Essas diferenças representam desigualdades na experiência de cárie muito provavelmente relacionadas ao acesso a cuidados adequados de saúde bucal. Nesse sentido, um estudo realizado na Austrália observou maiores efeitos do gradiente social sobre desigualdades no tratamento odontológico do que sobre diferenças na experiência de cárie.²⁷

A ausência de adição de flúor na água de abastecimento da TI Guarita pode explicar parcialmente a morbidade de cárie relatada para essa população. Intervenções que analisaram a implementação de sistemas comunitários de fluoretação da água em aldeias indígenas tem apresentado resultados bastante significativos na redução da incidência da doença, especialmente entre crianças.^{28,29} No entanto, existem evidências que indicam que essas medidas não são suficientes para remover as desigualdades na experiência de cárie entre indígenas e não indígenas.^{30,31}

Determinantes sociais da saúde são inequivocamente relevantes para a compreensão das iniquidades em saúde bucal. Vulnerabilidade socioeconômica constitui um dos mais fortes preditores de más condições de saúde bucal, acima até mesmo de fatores de nível individual altamente relacionados a ocorrência de cárie como a alta ingestão de açúcar e a frequência de escovação.³² Embora as especificidades culturais dos povos indígenas dificultem a sua classificação em relação ao tradicional conceito de estratos sociais, é evidente que as populações Kaingang e Guarani observadas neste estudo vivem em um contexto de vulnerabilidade, com implicações importantes para sua saúde bucal. É vital, portanto,

o desenvolvimento de políticas e ações destinadas a enfrentar fatores estruturais associados às desigualdades em saúde bucal, caso contrário as injustiças sociais e de saúde permanecerão, em sua maioria, inalteradas.

4.4 Conclusão

Adultos Kaingang e Guarani apresentaram altas frequências de cáries não tratadas e necessidades não atendidas. Cerca de dois terços da média do CPOD foram constituídos pelo componente perdidos, enquanto obturados representaram apenas 5% do índice. Essa disparidade é uma consequência direta de cuidados de saúde bucal inadequados e mutiladores oferecidos aos indígenas ao longo de décadas. O perfil epidemiológico de saúde bucal dos indígenas da TI Guarita está inserido em um contexto amplo de determinantes sociais de saúde, revelando a necessidade de abordar fatores estruturais e de discutir formas de produção do cuidado a fim de minimizar as desigualdades na ocorrência de cárie dentária.

4.5 Referências

1. Jamieson LM, Do LG, Bailie RS, Sayers SM, Turrell G. Associations between area-level disadvantage and DMFT among a birth cohort of Indigenous Australians. *Aust Dent J*. 2013 Mar;58(1):75-81. doi: 10.1111/adj.12017.
2. Gracey M, King M. Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *Lancet*. 2009 Jul;374(9683):65-75. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60914-4.
3. Arantes R, Frazao P. Income as a Protective Factor for Dental Caries among Indigenous People from Central Brazil. *J Health Care Poor Underserved*. 2016 Feb;27(1 Suppl):81-9. doi: 10.1353/hpu.2016.0043.
4. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005 Mar 19-25;365(9464):1099-104. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71146-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71146-6).
5. Anderson I, Robson B, Connolly M, Al-Yaman F, Bjertness E, King A, et al. Indigenous and tribal peoples' health (The Lancet-Lowitja Institute Global

Collaboration): a population study. *Lancet*. 2016 Jul;388(10040):131-57. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00345-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00345-7)

6. Jamieson LM, Elani HW, Mejia GC, Ju X, Kawachi I, Harper S, et al. Inequalities in Indigenous Oral Health: Findings from Australia, New Zealand, and Canada. *J Dent Res*. 2016;95(12):1375-80. doi: <https://doi.org/10.1177/0022034516658233>.

7. Schuch HS, Haag DG, Kapellas K, Arantes R, Peres MA, Thomson WM, et al. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 Oct;45(5):434-441. doi: 10.1111/cdoe.12307.

8. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF; 2012.

9. IBGE. Censo demográfico 2010: características gerais dos indígenas - resultados do universo. 2010.

10. 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 Jan;35(1):67-77.

11. Frazão P. Epidemiology of dental caries: when structure and context matter. *Braz Oral Res*. 2012;26 Suppl 1:108-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242012000700016>.

12. Splieth CH, Christiansen J, Foster Page LA. Caries epidemiology and community dentistry: chances for future improvements in caries risk groups. Outcomes of the ORCA Saturday Afternoon Symposium, Greifswald, 2014. Part 1. *Caries Res*. 2016;50(1):9-16. doi: 10.1159/000442713.

13. Zambrano JG, Urbina-Blanco VH, Esis-Villarroel IM, Montero M, Acevedo AM. Patrón de caries dental en indígenas residentes en corozal, maniapure, Estado Bolívar, Venezuela. *Acta Odontol Venez* [Internet]. 2014 [citado em 12 Out 2017];52(1). Disponível em: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-13>.

14. Detogni AM. Práticas e perfil em saúde bucal: o caso Enawenw-Nawe, MT, no período 1995-2005 [dissertação]. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, Instituto de Saúde Coletiva; 2007.

15. Angel P, Fresno MC, Cisternas P, Lagos M, Moncada G. Prevalencia de caries, pérdida de dientes y necesidad de tratamiento en población adulta Mapuche-Huilliche de Isla Huapi. *Rev Clin Period Implantol Rehabil Oral*. 2010 Ago;3(2):69-72. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-01072010000200002>
16. Neel JV, Salzano FM, Junqueira PC, Keiter F, Maybury-Lewis D. Studies on the Xavante Indians of the Brazilian Mato Grosso. *Am J Hum Genet*. 1964 Mar;16(1):52-140.
17. Donnelly CJ, Thomson LA, Stiles HM, Brewer C, Neel JV, Brunelle JA. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomamo Indians, Venezuela. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1977 Jan;5(1):30-9.
18. Arantes R, Santos RV, Frazao P. Oral health in transition: the case of Indigenous peoples from Brazil. *Int Dent J*. 2010;60(3 Suppl 2):235-40. doi: 10.1922/IDJ_2569Arantes06
19. Arantes R, Santos RV, Coimbra CE. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2001 Abr;17(2):375-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200012>.
20. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Oral health of Guaraní Indians in the State of Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):37-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100004>.
21. Sampaio FC, Freitas CH, Cabral MB, Machado AT. Dental caries and treatment needs among indigenous people of the Potiguara Indian reservation in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(4):246-51. doi: 10.1111/jcpe.12147.
22. Hirooka LB, Mestriner- Junior W, Mestriner SF, Nunes SAC, Lemos PN, Franco LJ. Dental caries in mother-child pairs from Xingu. *Braz J Oral Sci*. 2014 Jan-Mar;13(1):43-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1677-3225v13n1a09>.
23. Broadbent JM, Thomson WM. For debate: problems with the DMF index pertinent to dental caries data analysis. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2005 Dec;33(6):400-9. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00259.x.
24. Rissardo LK, Carreira L. Organization of healthcare and assistance to the elderly indigenous population: synergies and particularities of the professional context. *Rev Esc Enf USP*. 2014 Fev;48(1):73-81. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000100009>.

25. Davy C, Harfield S, McArthur A, Munn Z, Brown A. Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *Int J Equity Health*. 2016;15(1):163. doi: <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>.
26. Gibson O, Lisy K, Davy C, Aromataris E, Kite E, Lockwood C, et al. Enablers and barriers to the implementation of primary health care interventions for Indigenous people with chronic diseases: a systematic review. *Implement Sci*. 2015;10:71. doi: <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0261-x>.
27. Mejia G, Jamieson LM, Ha D, Spencer AJ. Greater inequalities in dental treatment than in disease experience. *J Dent Res*. 2014 Oct;93(10):966-71. doi: 10.1177/0022034514545516.
28. Baillie RS, Stevens M, Armfield JM, Ehsani JP, Beneforti M, Spencer J. Association of natural fluoride in community water supplies with dental health of children in remote indigenous communities - implications for policy. *Aust N Z J Public Health*. 2009 Jun;33(3):205-11. doi: 10.1111/j.1753-6405.2009.00376.x.
29. Johnson NW, Lalloo R, Kroon J, Fernando S, Tut O. Effectiveness of water fluoridation in caries reduction in a remote Indigenous community in Far North Queensland. *Aust Dent J*. 2014; Sep;59(3):366-71. doi: 10.1111/adj.12190.
30. Lalloo R, Jamieson LM, Ha D, Ellershaw A, Luzzi L. Does fluoride in the water close the dental caries gap between Indigenous and non-Indigenous children? *Aust Dent J*. 2015 Sep;60(3):390-6. doi: 10.1111/adj.12239.
31. Schluter PJ, Lee M. Water fluoridation and ethnic inequities in dental caries profiles of New Zealand children aged 5 and 12-13 years: analysis of national cross-sectional registry databases for the decade 2004-2013. *BMC Oral Health*. 2016;16:21. doi: 10.1186/s12903-016-0180-5.
32. Mejia GC, Parker EJ, Jamieson LM. An introduction to oral health inequalities among Indigenous and non-Indigenous populations. *Int Dent J*. 2010 Jun;60(3 Suppl 2):212-5.

CAPÍTULO V: FATORES ASSOCIADOS AO USO E NECESSIDADE DE PRÓTESE E PREVALÊNCIA DE DENTIÇÃO FUNCIONAL EM INDÍGENAS SUL-BRASILEIROS

Iniquidades em saúde bucal são particularmente marcantes entre os povos indígenas de diferentes países.¹ Os povos tradicionais do Brasil constituem sociedades culturalmente diferenciadas, cujos perfis epidemiológicos e necessidades de tratamento são heterogêneos. No entanto, levantamentos epidemiológicos têm demonstrado uma tendência geral de agravamento das condições bucais nestes grupos, atribuída principalmente a transformações nas práticas alimentares e interferências sócio-econômico-ambientais.²⁻⁴ Elevadas prevalências de perdas dentárias em povos indígenas têm sido descritas na literatura, com índices que chegam a atingir 80% dos indivíduos.^{5, 6}

Embora seja um indicador pouco explorado em estudos com povos indígenas, as perdas dentárias podem constituir um importante parâmetro para a avaliação das condições de saúde bucal em diferentes populações.⁷ As perdas dentárias representam um dos mais sérios agravos à saúde bucal em decorrência do seu caráter mutilador e das danosas repercussões na qualidade de vida dos indivíduos.⁸ Estas sequelas refletem uma complexa combinação de fatores epidemiológicos, socioeconômicos, culturais, raciais, e relacionados aos serviços de saúde.⁹⁻¹¹ Levantamentos epidemiológicos mostram que grupos populacionais vulneráveis e pertencentes aos estratos sociais mais baixos são geralmente afetados de forma mais intensa pelo problema, o que implica na identificação destas injúrias como uma manifestação das iniquidades em saúde bucal.¹²⁻¹⁴

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a retenção ao longo da vida de uma dentição natural de pelo menos 20 dentes sem a necessidade de reabilitação protética como objetivo para a saúde bucal em populações adultas.¹⁵ Este conceito puramente quantitativo de Dentição Funcional (DF) tem sido amplamente empregado na pesquisa odontológica, embora a sua eficiência na avaliação de aspectos de funcionalidade venha sendo questionada.^{14, 16-18} De acordo com Gotfredsen et al., a funcionalidade bucal deve abranger aspectos relativos a eficiência e habilidade mastigatória, aparência, conforto psicológico e social,

percepção tátil, capacidade de fala e gosto.¹⁹ Assim, de acordo com noções mais rigorosas de FD, novos sistemas classificatórios que consideram a distribuição dos dentes, estética e as contatos oclusais tem sido testadas em diferentes populações.²⁰⁻²²

O conceito de arcos dentários encurtados é particularmente relevante para serviços de saúde e políticas públicas voltados a grupos populacionais vulneráveis e com altas necessidades de reabilitação protética.^{23, 24} A manutenção de configurações de dentições encurtadas que não requerem substituição protética reduz a ênfase em abordagens restauradoras e evita a possibilidade de sobretratamento, enquanto ainda fornece um nível adequado de cuidado.²⁵ Este protocolo tem demonstrado alta viabilidade econômica e manutenção de resultados satisfatórios a longo prazo, além abranger aspectos normativos e subjetivos sobre a necessidade de próteses dentárias.^{26, 27} Indivíduos com DF apresentam resultados semelhantes de qualidade de vida relacionada à saúde bucal a usuários de prótese parcial removível e pacientes com dentição completa.^{28, 29}

Assim, este estudo teve como objetivo analisar a prevalência e fatores associados ao uso e necessidade de próteses dentárias, e de diferentes definições de dentição funcional em uma população adulta de indígenas Kaingang e Guarani do Sul do Brasil.

5.1 Métodos

Foi conduzido um levantamento epidemiológico do tipo transversal, censitário, de base domiciliar, entre fevereiro e julho de 2017, com indígenas das etnias Kaingang e Guarani residentes em todas as aldeias da TI Guarita. Foram incluídos no estudo indivíduos com idade entre 35 e 44 anos, faixa etária preconizada pela OMS para a avaliação das condições bucais de populações adultas. Todos os domicílios foram visitados e indivíduos pertencentes ao grupo etário selecionado foram convidados a participar da pesquisa por meio da apresentação e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Exames bucais foram realizados por um único examinador (GHS) em áreas abertas próximas às residências, sob luz natural, com auxílio de instrumentos clínicos esterilizados (espelho bucal plano e sonda milimetrada OMS) e material de proteção individual. Foram avaliados as condições das coroas dentárias, condição periodontal, e o uso e necessidade de próteses, conforme metodologia preconizada pela OMS para levantamentos epidemiológicos de saúde bucal.³⁰ Para a análise estatística, foram considerados apenas os dados sobre o número de dentes presentes e uso e necessidade de próteses. O número total de dentes foi determinado pela soma de elementos dentários presentes na boca, com exceção de terceiros molares. Foram considerados como perdas dentárias todos os dentes perdidos devido à cárie ou outras razões. Pares oclusais de dentes posteriores foram definidos como a presença de dois dentes antagonistas. Dados sociodemográficos e foram coletados por meio de questionário estruturado.

5.1.1 Variáveis dependentes

Os participantes foram classificados de forma dicotômica em relação ao uso de algum tipo de prótese superior no momento do exame, uso de algum tipo de prótese superior no momento do exame, necessidade de algum tipo de prótese inferior, e necessidade de algum tipo de prótese inferior.

As variáveis dependentes relacionadas à presença de dentição funcional foram classificadas acordo com quatro diferentes definições:

1. **Desfecho 1** – Dentição funcional definida de acordo com a OMS (**DF_{OMS}**): presença de 20 ou mais dentes na boca;
2. **Desfecho 2** – Dentes bem distribuídos (**DF_{Grupo2}**): presença de 10 ou mais dentes em cada arco;¹⁹
3. **Desfecho 3** – Dentição funcional estética (**DF_{Grupo3}**): presença de 12 dentes anteriores;
4. **Desfecho 4** – Dentição funcional classificada por estética e oclusão (**DF_{Grupo4}**): presença de pelo menos 10 dentes em cada arco, todos os

dentes anteriores, três ou quatro pares oclusais entre pré-molares e pelo menos um par oclusal entre molares bilateralmente.²⁰

Este conjunto de conceitos foi adaptado de um sistema de classificações previamente testado na população brasileira por Chalub et al.^{21, 31}

5.1.2 Variáveis independentes

Participantes foram classificados de acordo com sexo, idade, anos de estudo, renda familiar mensal, tempo da última consulta odontológica, presença de bolsa periodontal, e localidade. Idade foi a única variável analisada de forma contínua. Escolaridade foi classificada como ≤ 4 anos de educação formal ou >4 anos de educação. Em relação à renda familiar mensal, foi adotado como ponto de corte o valor de meio salário mínimo vigente em 2017 (R\$463,00). O tempo da última consulta odontológica foi categorizado como até dois anos ou três ou mais anos. Em relação à condição periodontal, presença de bolsa periodontal incluiu os participantes que apresentaram ao menos um sextante com bolsa periodontal rasa ou profunda. A localização das aldeias foi classificada como Tenente Portela ou Redentora/Erval Seco. Esta divisão se deve ao fato de que o município de Tenente Portela disponibiliza de serviço odontológico na atenção secundária da rede pública por meio de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Indivíduos residentes nas aldeias situadas em Redentora e Erval Seco são encaminhados para tratamento odontológico especializado em município localizado a 116 km de distância da Terra Indígena.

5.1.3 Análise estatística

Inicialmente, realizou-se a análise descritiva das variáveis a fim de caracterizar a amostra. A prevalência de dentição funcional e respectivo intervalo de confiança foram calculados para cada uma das quatro definições utilizadas. As associações entre as variáveis independentes e dentição funcional foi verificada através da regressão de Poisson com variância robusta e apresentadas na forma de

razão de prevalência e intervalo de confiança. Para a análise multivariada, as definições de dentição funcional foram incorporadas separadamente aos modelos de regressão de Poisson criados. Associações foram consideradas estatisticamente significativas ao nível de probabilidade de 5% ($p \leq 0,05$). Todas as análises foram executadas através do software STATA 12.0 (StataCorp, College Station, Texas, USA).

5.2 Resultados

Do total de 109 indivíduos examinados, apenas 2 pertenciam à etnia Guarani. A distribuição dos participantes em relação às características sociodemográficas é apresentada na Tabela 5.1.

Tabela 5.1 – Distribuição dos participantes em relação às variáveis independentes

Variável	Categoria	N.	%	
Gênero	Masculino	26	23,85	
	Feminino	83	76,15	
Localidade	Tenente Portela	34	31,19	
	Outros	75	68,81	
Escolaridade	Até 4 anos	52	47,71	
	5 anos ou mais	57	52,29	
Renda	Até R\$463,00	46	52,27	
	Mais que 463,00	42	47,73	
Tempo dentista	Até 2 anos	80	73,39	
	3 anos ou mais	29	26,61	
Bolsa periodontal	Presente	35	32.11	
	Ausente	74	67.89	
Variável	Media	DP	Mín.	Máx.
Idade (n=109)	39,43	3,32	35	44

Fonte: o autor.

O uso de algum tipo de prótese superior foi observado em 45,87% dos participantes, enquanto apenas 4,59% faziam uso de prótese inferior no momento do exame. A maioria das próteses apresentaram condições inadequadas para uso. Necessidades de prótese superior e inferior foram de observadas em 75,23% e 91,74%, respectivamente.

A prevalência de dentição funcional variou entre 52,38% (IC 39,25–58,09%) (FD_{OMS}) e 11,93% (IC 6,99–19,60%) (FD_{Grupo4}), de acordo com as diferentes definições utilizadas como desfecho (Tabela 5.2). Cerca de 30% dos participantes

apresentaram região anterior intacta. Observou-se média de 18,62 (DP 6.12; mín 2; máx 28) dentes presentes. Nenhum indivíduo apresentou-se completamente edêntulo, e apenas 3,67% exibiram dentição completa.

Tabela 5.2 – Distribuição dos indígenas em relação ao uso e necessidade de prótese e prevalência de dentição funcional de acordo com diferentes definições

Variável	N	%	IC 95%
Prótese			
Usa prótese superior	50	45,87	36,63-55,41
Usa prótese inferior	5	4,59	1,89-10,68
Nec. prótese superior	82	75,23	66,13-82,53
Nec. prótese inferior	100	91,74	84,75-95,69
Dentição Funcional			
DF _{OMS}	53	48,62	39,25-58,09
DF _{Grupo2}	43	39,45	30,60-49,05
DF _{Grupo3}	33	30,28	22,28-39,67
DF _{Grupo4}	13	11,93	6,99-19,60

Fonte: o autor.

A Tabela 5.3 apresenta as análises univariada e multivariada para as associações entre uso e necessidade de prótese e as variáveis independentes. Idade apresentou associação estatisticamente significativa com uso de prótese superior (RP=1.09, IC=1.03-1.16) e inferior (RP=1.27, IC=1.06-1.53). Indígenas residentes em aldeias localizadas no município de Tenente Portela apresentaram diferença significativa em relação à necessidade de prótese superior quando comparados com indivíduos de outros municípios (RP=0,74, IC=0,55-0,99). Não houve associação estatisticamente significativa entre nenhuma variável independente e necessidade de prótese inferior.

Tabela 5.3 – Análise bruta e ajustada para uso e necessidade de prótese e fatores associados conforme modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta

Variável	Categoria	Univariada			Multivariada		
		RP	IC 95%	p	RP _a	IC 95%	p
Uso de prótese superior							
Sexo	Masculino	0,43	0,20-0,90	0,026	0,45	0,20-1,01	0,052
Localidade	Tenente Portela	0,93	0,88-0,98	0,012	1,30	0,91-1,86	0,145
Escolaridade	Até 4 anos	0,91	0,60-1,37	0,660	1,38	0,95-2,03	0,088
Renda	>R\$463,00	1,14	0,75-1,72	0,518	1,07	0,74-1,56	0,712
Tempo dentista	Até 2 anos	1,15	0,70-1,88	0,583	1,11	0,71-1,75	0,648
Bolsa periodontal	Presença	1,29	0,86-1,95	0,212	1,31	0,91-1,90	0,145
Idade	Em anos	1,07	1,01-1,14	0,023	1,09	1,03-1,16	0,002
Uso de prótese inferior							
Sexo	Masculino	0,79	0,09-6,89	0,838	0,78	0,09-6,99	0,823
Localidade	Tenente Portela	1,02	0,82-1,29	0,803	0,62	0,07-5,49	0,665
Escolaridade	Até 4 anos	0,22	0,02-1,99	0,182	4,41	0,52-37,02	0,172
Renda	>R\$463,00	0,73	0,12-4,20	0,725	0,71	0,17-2,99	0,646
Tempo dentista	Até 2 anos	0,54	0,09-3,11	0,494	0,46	0,05-3,91	0,474
Bolsa periodontal	Presença	1,41	0,24-8,12	0,701	1,24	0,13-12,24	0,851
Idade	Em anos	1,30	1,04-1,62	0,021	1,27	1,06-1,53	0,010
Necessidade de prótese superior							
Sexo	Masculino	0,96	0,73-1,25	0,778	0,92	0,71-1,21	0,566
Localidade	Tenente Portela	1,02	0,99-1,05	0,084	0,74	0,55-0,99	0,048
Escolaridade	Até 4 anos	0,91	0,73-1,13	0,404	1,02	0,82-1,28	0,843
Renda	>R\$463,00	0,81	0,64-1,03	0,091	0,79	0,62-1,00	0,056
Tempo dentista	Até 2 anos	1,12	0,85-1,47	0,401	1,17	0,86-1,58	0,316
Bolsa periodontal	Presença	0,93	0,72-1,18	0,546	1,07	0,85-1,36	0,556
Idade (n=109)	Em Anos	1,01	0,97-1,04	0,489	1,01	0,97-1,04	0,595
Necessidade de prótese inferior							
Sexo	Masculino	1,00	0,88-1,14	0,903	1,06	0,92-1,22	0,395
Localidade	Tenente Portela	0,99	0,97-1,00	0,414	1,03	0,91-1,17	0,630
Escolaridade	Até 4 anos	1,02	0,91-1,15	0,627	0,98	0,86-1,13	0,813
Renda	>463,00	1,04	0,91-1,18	0,543	1,05	0,91-1,20	0,507
Tempo dentista	Até 2 anos	1,09	0,92-1,27	0,295	1,07	0,88-1,29	0,482
Bolsa periodontal	Presença	1,04	0,93-1,16	0,472	1,02	0,89-1,18	0,748
Idade (n=109)	Em anos	0,99	0,97-1,00	0,371	0,99	0,55-2,92	0,567

Fonte: o autor.

RP – Razão de prevalência bruta

RP_a – Razão de prevalência ajustada

IC – Intervalo de Confiança

As associações entre os quatro desfechos de dentição funcional e as variáveis independentes são apresentadas na Tabela 5.4. A prevalência de dentição funcional estimada por DF_{OMS} foi 67% (IC 1,04-2,69) maior entre homens quando comparados com mulheres na análise multivariada. Ao considerar DF_{Grupo2}, a prevalência de dentição funcional foi duas vezes maior entre os homens (RP 2,06; IC 1,16-3,65). Indígenas que visitaram um dentista em algum momento nos dois anos anteriores apresentaram prevalência significativamente menor de dentição funcional definida por DF_{Grupo4} (RP 0,27; IC 95% 0,08-0,91). Não houve associação

estatisticamente significativa entre a presença de dentição anterior completa (DF_{Grupo3}) e as variáveis independentes selecionadas.

Tabela 5.4 – Análise bruta e ajustada de dentição funcional e fatores associados conforme modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta

Variável	Categoria	Univariada			Multivariada		
		RP	IC 95%	p	RP _a	IC 95%	p
DF _{OMS}							
Sexo	Masculino	1,64	1,14-2,35	0,007	1,67	1,04-2,69	0,035
Localidade	Tenente Portela	0,99	0,94-1,04	0,736	1,44	0,91-2,30	0,117
Escolaridade	Até 4 anos	1,18	0,80-1,76	0,387	0,65	0,40-1,05	0,80
Renda	>R\$463,00	0,89	0,56-1,42	0,643	0,98	0,62-1,56	0,939
Tempo dentista	Até 2 anos	0,92	0,60-1,40	0,693	1,02	0,60-1,74	0,926
Bolsa periodontal	Presença	0,76	0,48-1,20	0,242	0,79	0,48-1,31	0,365
Idade	Em anos	0,95	0,89-1,01	0,128	0,95	0,88-1,02	0,134
DF _{Grupo2}							
Sexo	Masculino	2,08	1,36-3,19	0,001	2,06	1,16-3,65	0,013
Localidade	Tenente Portela	0,97	0,92-1,04	0,511	1,60	0,90-2,85	0,109
Escolaridade	Até 4 anos	1,26	0,78-2,04	0,331	0,62	0,34-1,12	0,116
Renda	>R\$463,00	0,90	0,50-1,60	0,724	1,00	0,57-1,75	0,990
Tempo dentista	Até 2 anos	0,68	0,42-1,07	0,099	0,72	0,40-1,29	0,272
Bolsa periodontal	Presença	0,82	0,48-1,39	0,462	0,81	0,43-1,53	0,525
Idade (n=109)	Em Anos	0,97	0,90-1,04	0,432	0,96	0,87-1,05	0,346
DF _{Estética}							
Sexo	Masculino	1,59	0,89-2,84	0,112	1,56	0,70-3,47	0,275
Localidade	Tenente Portela	1,06	0,98-1,15	0,114	0,75	0,33-1,70	0,487
Escolaridade	Até 4 anos	0,85	0,48-1,52	0,602	1,21	0,60-2,42	0,594
Renda	>R\$463,00	0,73	0,36-1,44	0,369	0,80	0,40-1,61	0,538
Tempo dentista	Até 2 anos	0,83	0,45-1,54	0,560	0,82	0,39-1,70	0,588
Bolsa periodontal	Presença	0,68	0,34-1,35	0,267	0,58	0,25-1,34	0,204
Idade	Em anos	0,96	0,88-1,06	0,497	0,98	0,89-1,07	0,747
DF _{Grupo4}							
Sexo	Masculino	2,73	1,00-7,45	0,049	0,95	0,22-4,02	0,947
Localidade	Tenente Portela	1,11	0,97-1,26	0,107	0,78	0,16-3,77	0,761
Escolaridade	Até 4 anos	1,06	0,38-2,97	0,905	1,18	0,31-4,43	0,806
Renda	>R\$463,00	0,31	0,06-1,43	0,135	0,38	0,07-1,89	0,236
Tempo dentista	Até 2 anos	0,42	0,15-1,16	0,095	0,27	0,08-0,91	0,034
Bolsa periodontal	Presença	0,63	0,18-2,17	0,469	0,71	0,80-2,70	0,613
Idade (n=109)	Em anos	0,89	0,76-1,05	0,195	0,91	0,74-1,13	0,409

Fonte: o autor.

RP – Razão de prevalência bruta

RP_a – Razão de prevalência ajustada

IC – Intervalo de Confiança

5.3 Discussão

Diferentes definições de DF resultaram em substanciais discrepâncias nas taxas de prevalência observadas. O uso de prótese dentária superior e inferior foi

associado à idade, enquanto o fator município apresentou influência sobre a frequência de necessidade protética. Homens apresentaram prevalência significativamente superior de DF de acordo com duas definições (DF_{OMS} e DF_{Grupo2}). DF_{Grupo5} apresentou associação estatisticamente significativa com o tempo da última consulta odontológica.

Este estudo apresenta a primeira avaliação de DF em uma população indígena, além do primeiro relato sobre a saúde bucal da etnia Kaingang. Os conceitos de DF aqui empregados representam uma mudança de paradigma importante para a pesquisa odontológica através de uma abordagem menos centrada na doença e um consequente enfoque em desfechos positivos da saúde. Dessa forma, a fim de garantir consistência conceitual, optou-se também pela apresentação da média de dentes presentes, ao invés do número de dentes perdidos, o que é uma modificação modesta e, ainda assim, significativa.

A população indígena da TI Guarita está imersa em um contexto de profunda vulnerabilidade social. O alto número de famílias que vivem próximo ou abaixo da linha da pobreza extrema, assim como os baixos níveis de escolaridade observados, está intimamente entrelaçado a determinantes estruturais que afetam a maioria dos povos nativos de todo o mundo, como a discriminação étnica, as barreiras de acesso à atenção à saúde, e a destruição de arranjos socioculturais.³²⁻³⁴

As inequidades em saúde resultantes dessa complexa interação de determinantes sociais tendem a ser expressas na forma de elevadas demandas por assistência à saúde entre grupos indígenas. Praticamente todos os indivíduos observados neste estudo apresentaram necessidade de reabilitação protética. A escassa frequência de indivíduos usuários de próteses dentárias e as condições gerais de inadequação das mesmas para uso, com grande número de próteses quebradas e com alto nível de desgaste, agravam ainda mais o quadro apresentado. Em comparação, cerca de 69% dos adultos brasileiros na mesma faixa etária apresentam necessidade de algum tipo de prótese dentária.³⁵

Este estudo utilizou quatro definições de DF a fim de explorar a frequência de indivíduos com arcadas dentárias reduzidas que não necessitariam de reabilitação protética. As taxas de prevalência variaram consideravelmente de acordo com o conceito de funcionalidade analisado. O maior ajuste entre DF_{OMS} e DF_{Grupo2}, bem

como discrepâncias entre as demais classificações, era esperado e já havia sido descritos anteriormente em um estudo com uma amostra representativa de adultos brasileiros.²¹

Dados extraídos da Pesquisa Nacional de Saúde Bucal 2010 (SB Brasil 2010) mostram que brasileiros na faixa etária de 35-44 anos apresentam prevalência de DF_{OMS} , DF_{Grupo2} e DF_{Grupo4} de 77,9%; 72,9%; e 42,6%, respectivamente.³¹ De modo semelhante, as taxas de prevalência de DF_{Grupo2} , DF_{Grupo3} e DF_{Grupo4} observadas em uma população adulta vietnamita foram de 74%, 50% e 44%, respectivamente.²⁰ Resultados descritos por um estudo com uma população chinesa adulta apontaram porcentagens de 76% para DF_{Grupo2} e 48% para DF_{Grupo4} .³⁶ Adultos búlgaros apresentaram prevalência de DF_{Grupo2} , DF_{Grupo3} e DF_{Grupo4} de 81%, 73% e 54%, respectivamente.²² Essas frequências são consideravelmente maiores do que as relatadas neste estudo para indígenas da TI Guarita (Figura 5.1).

Figura 5.1 – Diferenças na prevalência de dentição funcional entre adultos indígenas da TI Guarita e adultos não-indígenas de diferentes nacionalidades.

Fonte: o autor.

Tais diferenças são provavelmente decorrentes de inequidades em saúde relacionadas a diferenças étnicas e determinantes estruturais da saúde. A falta de acesso à água fluoretada, por exemplo, parece ser um importante elemento explicativo para as baixas prevalências de DF aqui observadas, uma vez que este fator tem sido associado a menores frequências de DF_{OMS} , DF_{Grupo2} e DF_{Grupo4} .^{17, 31}

Um objetivo estratégico estabelecido pela OMS estipula que 96% de todos os adultos com idade entre 35 e 44 anos devem apresentar uma configuração de DF que compreenda pelo menos 20 dentes.³⁷ No entanto, a classificação de DF desenvolvida pela OMS pode não garantir um número suficiente de contatos oclusais para assegurar as diferentes demandas de funcionalidade.²⁰ Chalub et al.³¹ questiona se o emprego de um conceito de DF baseado puramente em critérios quantitativos, sem considerar a distribuição e a condição dos dentes, pode levar a um aumento das inequidades em saúde bucal. Evidências mostram que apenas os grupos sociais mais privilegiados conseguem manter uma DF que abrange todos os requisitos em termos de estética, oclusão e conforto.^{18, 38, 39} Por outro lado, a classificação proposta por Nguyen et al.²⁰ (aqui apresentada como DF_{Grupo4}) oferece um sistema qualitativo mais compatível com demandas subjetivas e funcionais. Este modelo conceitual combina diferentes aspectos de funcionalidade a uma avaliação normativa mais abrangente de DF, além de apresentar maior sensibilidade a aspectos de auto percepção.^{31, 40, 41}

Apesar das limitações inerentes ao conceito de DF_{OMS} , este sistema classificatório pode representar um instrumento importante para a comparação entre diferentes populações. Embora a meta estabelecida pela OMS não tenha sido atingida por adultos brasileiros, vietnamitas, búlgaros e chineses, a situação dos indígenas da TI Guarita é consideravelmente inferior.^{18, 20, 22, 36} De fato, a prevalência de DF_{OMS} observada neste estudo é similar à frequência relatada para a população adulta brasileira em 2003 (54%).⁴² As melhorias nas condições gerais de saúde bucal dos adultos brasileiros, com reduções significativas no número de dentes perdidos, resultaram em um aumento de 44% na prevalência de DF_{OMS} entre 2002 e 2010.^{21, 43} Dados longitudinais sobre a saúde bucal indígena são necessários para avaliar se a lacuna entre indígenas e não indígenas tem diminuído ou alargado.

No modelo final, idade foi estatisticamente associada ao uso de prótese dentária superior e inferior. Maior prevalência de substituições dentárias entre indivíduos de maior idade também foi descrita em um estudo com adultos chineses.³⁶ Embora seja um provável resultado do aspecto cumulativo da cárie dentária ao longo do tempo, a presença desta associação em uma faixa etária tão delimitada pode indicar uma tendência de deterioração rápida e precoce do estado bucal. Além disso, a menor necessidade de próteses dentárias superiores entre indígenas das aldeias de Tenente Portela (PR: 0,74; IC: 0,55-0,99) parece ser um efeito da existência de um CEO na rede de atenção à saúde local. Indígenas residentes nos municípios de Redentora e Erval Seco podem apresentar restrições financeiras relacionadas aos custos de viajar para um local distante a fim de receber o mesmo nível de cuidados.

Diferenças substanciais em relação a sexo foram observadas para as definições de DF_{OMS} e DF_{Grupo2} , com maiores taxas de prevalência entre homens. Resultados semelhantes foram descritos para DF_{Grupo4} em adultos brasileiros.³¹ Um estudo com tribos sudanesas apontou que mulheres eram duas vezes mais propensas a apresentar menos de 20 dentes em comparação aos homens.⁴⁴ Também foram relatados maiores riscos de cárie dentária, perda de dente e comprometimento severo da saúde bucal em mulheres indígenas do Brasil e Austrália.⁴⁵⁻⁴⁷ É provável que este fenômeno seja um reflexo das diferentes posições sociais atribuídas aos gêneros, e não de eventuais marcadores biológicos.

Tempo da última visita odontológica foi o único fator associado a DF_{Grupo4} . Indígenas que não visitaram um dentista nos dois últimos anos apresentaram melhores resultados de DF em comparação com aqueles que tiveram uma consulta odontológica nesse período. Adultos sudaneses que visitaram um dentista com maior frequência apresentaram significativamente menos dentes do que aqueles que não receberam atendimento.⁴⁴ Por outro lado, maiores taxas de prevalência de DF_{OMS} e DF_{Grupo2} foram relatadas em indivíduos brasileiros que tiveram consultas odontológicas nos 12 meses anteriores.³¹ A assistência odontológica parece implicar em efeitos paradoxais que se manifestam em direções opostas em relação às perdas dentárias de acordo com o modelo de serviço oferecido. Práticas odontológicas restritivas e mutiladoras têm historicamente promovido a desdentamento enquanto prática sanitária no âmbito da saúde bucal.⁴⁸ Adultos afro-

americanos e indivíduos de estratos socioeconômicos mais baixos são menos propensos a obter tratamento odontológico, mas uma vez que adentram o sistema de saúde apresentam maiores chances de sofrer perdas dentárias e menor probabilidade de ter discutido opções de tratamento com seus dentistas.¹¹ De modo geral, equipes de saúde bucal parecem operar principalmente através de práticas curativistas, incidindo muitas vezes em condutas clínicas enviesadas por características como etnia e classe social.^{9, 49, 50}

5.4 Conclusão

A perda dentária é uma marca eloquente das desigualdades sociais e de saúde entre grupos indígenas e não indígenas. Indivíduos Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guarita apresentam frequências consideravelmente baixas de uso prótese dentária e de dentição funcional, independentemente da definição empregada. Nesta população, o uso de prótese está associado a idades mais elevadas, enquanto a localidade da aldeia apresenta influência sobre a necessidade de reabilitação protética como provável consequência das diferenças de acesso ao atendimento odontológico especializado. Além disso, foram observadas discrepâncias marcantes nas taxas de dentição funcional em relação ao sexo e ao tempo da última consulta dentária. Políticas públicas de saúde destinadas a populações indígenas devem abordar determinantes estruturais, e considerar, por exemplo, a implementação de sistemas locais de fluoretação das águas de abastecimento e a alteração da rede de referência e contra referência favorecendo um Centro de Especialidades Odontológicas mais próximo das aldeias. Os resultados observados neste estudo também fornecem evidências de que os serviços odontológicos oferecidos nas comunidades pelo Subsistema de Atenção à Saúde Indígena devem ser reorientados para abordagens clínicas mais conservadoras e preventivas.

5.5 Referências

1. Schuch HS, Haag DG, Kapellas K, Arantes R, Peres MA, Thomson WM, et al. The magnitude of Indigenous and non-Indigenous oral health inequalities in Brazil, New Zealand and Australia. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 Oct;45(5):434-441. doi: 10.1111/cdoe.12307.
2. Alves Filho P, Santos RV, Vettore MV. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2009(1):37-46. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000100004>.
3. Rigonato DDL, Antunes JLF, Frazão P. Dental caries experience in Indians of the Upper Xingu, Brazil. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2001 mar-abr;43(2):93–8. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-46652001000200008>.
4. Arantes R, Santos RV, Coimbra CE. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2001 Abr;17(2):375-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000200012>.
5. Ribeiro L, Santos J, Ramalho L, Chaves S, Figueiredo A, Cury P. Risk indicators for tooth loss in Kiriri adult Indians: a cross sectional study. *Int Dent J*. 2015 Dec;65(6):316-21. doi: 10.1111/idj.12187.
6. Vieira EMM, Ciesielski FIN, Gaetti-Jardim EC, Hespanhol D, Lima de Castro EVF, Lima de Castro A, et al. Evaluation of oral health in a community of native Brazilians of the Umutina Reservation, Mato Grosso State. *Int J Odontostomatol*. 2011;5(1):59-63. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2011000100009>.
7. Gomes MS, Chagas P, Padilha DMP, Caramori P, Hugo FN, Schwanke CHA, et al. Association between self-reported oral health, tooth loss and atherosclerotic burden. *Braz Oral Res*. 2012 Sep-Oct;26(5):436-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-83242012005000019>
8. Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes*. 2010 Nov 5;8:126. doi: 10.1186/1477-7525-8-126.
9. Mendonça TC. Mutilação dentária: concepções de trabalhadores rurais sobre a responsabilidade pela perda dentária. *Cad Saúde Pública*. 2001 Nov-Dez;17(6):1545-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2001000600027>.

10. Neto JM, Nadanovsky P. Social inequality in tooth extraction in a Brazilian insured working population. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2007 Oct;35(5):331-6. doi: 10.1111/j.1600-0528.2006.00335.x.

11. Gilbert GH, Duncan RP, Shelton BJ. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res*. 2003 Dec;38(6 Pt 2):1843-62. doi: 10.1111/j.1475-6773.2003.00205.x.

12. Thomson WM, Poulton R, Milne BJ, Caspi A, Broughton JR, Ayers KM. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2004 Oct;32(5):345-53. doi: 10.1111/j.1600-0528.2004.00173.x

13. Borges CM, Campos AC, Vargas AM, Ferreira EF. Adult tooth loss profile in accordance with social capital and demographic and socioeconomic characteristics. *Cien Saude Colet*. 2014 Jun;19(6):1849-58. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014196.02332013>.

14. Bernabé E, Sheiham A. Tooth loss in the United Kingdom--trends in social inequalities: an age-period-and-cohort analysis. *PLoS One*. 2014 Aug;9(8):e104808. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0104808>.

15. Organização Mundial da Saúde. Recent advances in oral health. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 1992;826:1-37.

16. Ueno M, Ohara S, Inoue M, Tsugane S, Kawaguchi Y. Association between education level and dentition status in Japanese adults: Japan public health center-based oral health study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2012 Dec;40(6):481-7. doi: 10.1111/j.1600-0528.2012.00697.x.

17. Koltermann AP, Giordani JMda, Pattussi MP. The association between individual and contextual factors and functional dentition status among adults in Rio Grande do Sul State, Brazil: a multilevel study. *Cad Saúde Pública*. 2011 Jan;27(1):173-82.

18. Chalub LL, Borges CM, Ferreira RC, Haddad JP, Ferreira e Ferreira E, Vargas AM. Association between social determinants of health and functional dentition in 35-year-old to 44-year-old Brazilian adults: a population-based analytical study. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2014 Dec;42(6):503-16. doi: 10.1111/cdoe.12112.

19. Gottfredsen K, Walls AW. What dentition assures oral function? *Clin Oral Implants Res*. 2007 Jun;18 Suppl 3:34-45. doi: 10.1111/j.1600-0501.2007.01436.x.

20. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Pham LH, Creugers NH. Dental functional status in a southern vietnamese adult population-a combined quantitative and qualitative classification system analysis. *Int J Prosthodont*. 2011 Jan-Feb;24(1):30-7.
21. Chalub LL, Ferreira RC, Vargas AM. Functional, esthetical, and periodontal determination of the dentition in 35- to 44-year-old Brazilian adults. *Clin Oral Investig*. 2016 Sep;20(7):1567-75. doi: 10.1007/s00784-015-1637-7.
22. Damyanov ND, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Satisfaction with the dentition related to dental functional status and tooth replacement in an adult Bulgarian population: a cross-sectional study. *Clin Oral Investig*. 2013 Dec;17(9):2139-50. doi: 10.1007/s00784-013-0925-3
23. Witter DJ, Helderma WHP, Creugers NH, Käyser AF. The shortened dental arch concept and its implications for oral health care. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1999 Aug;27(4):249-58. doi: 10.1111/j.1600-0528.1999.tb02018.x
24. Manola M, Hussain F, Millar BJ. Is the shortened dental arch still a satisfactory option? *Br Dent J*. 2017 Jul 21;223(2):108-112. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.625.
25. Fernandes VA, Chitre V. The shortened dental arch concept: a treatment modality for the partially dentate patient . *J Indian Prosthodont Soc*. 2008;8(3):134-9. doi: 10.4103/0972-4052.49016
26. Levey C, Dunbar C. Shortened dental arch concept shown to be cost effective. *Evid Based Dent*. 2015 Mar;16(1):19-20. doi: 10.1038/sj.ebd.6401080.
27. Gerritsen AE, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. An observational cohort study on shortened dental arches--clinical course during a period of 27-35 years. *Clin Oral Investig*. 2013 Apr;17(3):859-66. doi: 10.1007/s00784-012-0765-6.
28. Haag DG, Peres KG, Brennan DS. Tooth loss and general quality of life in dentate adults from Southern Brazil. *Qual Life Res*. 2017 Oct;26(10):2647-2657. doi: 10.1007/s11136-017-1587-4.
29. Fueki K, Baba K. Shortened dental arch and prosthetic effect on oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil*. 2017 Jul;44(7):563-572. doi: 10.1111/joor.12511.

30. Organização Mundial da Saúde. Oral health surveys: basic methods. 5 ed. Geneva: ORH/EPID; 2013. 125 p.

31. Chalub LL, Martins CC, Ferreira RC, Vargas AM. Functional dentition in Brazilian adults: an investigation of social determinants of health (SDH) using a multilevel approach. PLoS One. 2016;11(2):e0148859. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148859>.

32. Harris R, Cormack D, Stanley J, Rameka R. Investigating the relationship between ethnic consciousness, racial discrimination and self-rated health in New Zealand. PLoS One. 2015;10(2):e0117343. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0117343>

33. Castro A, Savage V, Kaufman H. Assessing equitable care for indigenous and afrodescendant women in Latin America. Rev Panam Salud Publica. 2015 Ago;38(2):96-109.

34. United Nations. The health of indigenous Peoples. World Conference on Indigenous Peoples; 2014 Jun [citado em 16 Nov 2017]. Disponível em: <http://www.un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/#&panel1-1>.

35. Brasil. Ministério da Saúde. SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais. Brasília, DF; 2012.

36. Zhang Q, Witter DJ, Bronkhorst EM, Creugers NH. Dental and prosthodontic status of an over 40 year-old population in Shandong Province, China. BMC Public Health. 2011 Jun;11:420. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-420>.

37. Organização Mundial da Saúde. 4th World Congress on Preventive Dentistry, Trends in prevention—promotion of oral health within general health care, possibilities and limitations in preventive dentistry. Sweden: University of Umed; 1993.

38. Peres MA, Barbato PR, Reis SC, Freitas CH, Antunes JL. Tooth loss in Brazil: analysis of the 2010 Brazilian Oral Health Survey. Rev Saude Publica [Internet]. 2013 Dec [citado em 15 Out 2017]; 47(Suppl 3): 78-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000900078&lng=en. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004226>.

39. Elani HW, Harper S, Thomson WM, Espinoza IL, Mejia GC, Ju X, et al. Social inequalities in tooth loss: a multinational comparison. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2017 Jun;45(3):266-274. doi: 10.1111/cdoe.12285.
40. Chalub LLFH, Ferreira RC, Vargas AMD. Influence of functional dentition on satisfaction with oral health and impacts on daily performance among Brazilian adults: a population-based cross-sectional study. *BMC Oral Health.* 2017;17(1):112. doi: 10.1186/s12903-017-0402-5.
41. Nguyen TC, Witter DJ, Bronkhorst EM, Gerritsen AE, Creugers NH. Chewing ability and dental functional status. *Int J Prosthodont.* 2011 Set-Oct;24(5):428-36.
42. Brasil. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: condições de saúde bucal da população brasileira 2002–2003: resultados principais. Brasília, DF; 2004.
43. Nascimento S, Frazão P, Bousquat A, Antunes JL. Dental health in Brazilian adults between 1986 and 2010. *Rev Saude Publica.* Dec 2013;47 Suppl 3:69-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004288>.
44. Khalifa N, Allen PF, Abu-bakr NH, Abdel-Rahman ME. Factors associated with tooth loss and prosthodontic status among Sudanese adults. *J Oral Sci.* 2012;54(4):303-12.
45. Arantes R, Santos RV, Frazao P, Coimbra CEA. Caries, gender and socio-economic change in the Xavante Indians from Central Brazil. *Ann Hum Biol.* 2009 Mar-Apr;36(2):162-75. doi: 10.1080/03014460802672844.
46. Carneiro MCG, Santos RV, Garnelo L, Rebelo MAB, Coimbra CEAJ. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008 nov-dez;13(6):1985-92. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000600034>
47. Jamieson LM, Roberts-Thomson KF, Sayers SM. Risk indicators for severe impaired oral health among indigenous Australian young adults. *BMC Oral Health.* 2010 Jan;10:1. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6831-10-1>.
48. Saliba NA, Moimaz SA, Saliba O, Tiano AV. Dental loss in a rural population and the goals established for the World Health Organization. *Cien Saude Colet.* 2010 Jan-Jun;15 Suppl 1:1857-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700099>.

49. Dolan TA, Gilbert GH, Duncan RP, Foerster U. Risk indicators of edentulism, partial tooth loss and prosthetic status among black and white middle-aged and older adults. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2001 Oct;29(5):329-40. doi: 10.1111/j.1600-0528.2001.290502.x
50. Cabral ED, Caldas Ade F, Jr., Cabral HA. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2005 Dec;33(6):461-6. doi: 10.1111/j.1600-0528.2005.00255.x.

6 CAPÍTULO VI: O QUADRO DE INSEGURANÇA ALIMENTAR DOMICILIAR NA TERRA INDÍGENA GUARITA: RELAÇÃO COM A SAÚDE BUCAL E FATORES CONTEXTUAIS

O debate em torno da segurança alimentar e nutricional (SAN) adquiriu relevância internacional a partir da inclusão da erradicação da pobreza extrema e da fome entre as Metas de Desenvolvimento do Milênio.¹ No Brasil, resultados obtidos por políticas de proteção social ao longo das últimas décadas permitiram que o país deixasse em 2014 a relação de nações que apresentam mais de 5% da população com déficit de ingestão de calorias.² No entanto, o recente registro de aumento da fome no mundo após mais de uma década de declínio contínuo, e a possibilidade de retorno do Brasil ao Mapa da Fome, constituem elementos que contestam a solidez dos avanços conquistados.^{3, 4}

A garantia do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) incorpora a relação com a segurança e a soberania alimentar, o combate à fome, à miséria, e às desigualdades sociais, e a realização de outros direitos humanos.^{5, 6} Em conformidade com estes princípios, o Brasil desenvolveu um conceito abrangente de segurança alimentar que serve como base para a formulação de políticas públicas.⁷ De acordo com a Lei Orgânica nº 11.346/2006, segurança alimentar e nutricional é definida como:

(..)a realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.⁸ (p.1).

A Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura estabelece como pilares da segurança alimentar o acesso, a disponibilidade, a utilização, e a estabilidade. A dimensão do acesso, especificamente, é voltada para a capacidade econômica de indivíduos e famílias em adquirir alimentos, e recebe a qualificação de “segurança alimentar domiciliar”.⁹ Evidências mostram que a insegurança alimentar no nível familiar é percebida como um fenômeno progressivo, gerenciado por meio de táticas variadas, e que afeta inicialmente os adultos, e em níveis mais graves as crianças.¹⁰

A mensuração da insegurança alimentar por meio da EBIA constitui um importante indicador para o monitoramento das iniquidades sociais.¹¹ A utilização deste instrumento nas edições de 2004, 2009 e 2013 da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) permitiu a observação de avanços significativos no panorama nacional referente ao acesso adequado a alimentação. Nesse período, o percentual de famílias brasileiras em situação de segurança alimentar cresceu de 65,1% para 77,4%, enquanto a prevalência de domicílios com insegurança alimentar severa caiu de 6,9% para 3,2%. Por outro lado, os dados apontam a manutenção de diferenças substanciais na prevalência de segurança alimentar entre as populações urbana e rural, macro regiões, homens e mulheres, e brancos e negros.¹² Em populações indígenas, a avaliação do nível de insegurança alimentar domiciliar permite um diagnóstico mais adequado da magnitude da vulnerabilidade existente, em comparação com indicadores tradicionais baseados em renda familiar, escolaridade, e bens de consumo.

O estado de segurança alimentar dos povos indígenas é influenciado por múltiplos determinantes de ordem histórica, social, econômica e ambiental.¹³ A crescente erosão dos sistemas alimentares nativos, associada ao declínio da biodiversidade nas aldeias e a redução dos territórios tradicionais, compromete a reprodução dos modelos alternativos de etnodesenvolvimento e soberania alimentar indígena.¹⁴ Dada a importância cultural das práticas alimentares indígenas, a transição alimentar observada em etnias originárias de diversas regiões do mundo tem afetado de forma dramática a sociodiversidade, os níveis de segurança alimentar, e as condições de saúde dessas populações.¹⁵⁻²² Estudos conduzidos com comunidades indígenas relataram associações entre insegurança alimentar e maior frequência de tabagismo, reduzido sentimento de pertencimento à comunidade, ocorrência de distúrbios mentais, doenças crônicas, déficit de crescimento infantil e histórico recente de hospitalização.^{23, 24}

Este estudo teve como objetivo analisar a situação de segurança alimentar domiciliar em famílias Kaingang e Guarani da Terra Indígena Guarita e sua relação com a saúde bucal.

6.1 Métodos

Insegurança alimentar domiciliar foi avaliada através da Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA), uma versão validada para a população brasileiro a partir de um instrumento criado pelo Departamento de Agricultura dos Estados Unidos.^{25, 26} A escala, amplamente empregada em inquéritos de saúde de níveis local, regional e nacional, compreende um questionário de 14 itens sobre a experiência familiar em relação ao acesso inadequado a alimentos durante os três meses anteriores.²⁷ Respostas afirmativas para cada questão são registradas como 1 ponto, resultando em uma pontuação final com variação de 0 a 14. A classificação dos domicílios em relação ao nível de segurança ou insegurança alimentar está descrito no Quadro 6.1.

Quadro 6.1 – Classificação do nível de segurança alimentar domiciliar de acordo com a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (EBIA)

Nível	Pontuação	Definição
Segurança alimentar	0	Acesso aos alimentos em quantidade e qualidade adequadas;
Insegurança alimentar leve	1-5	Há preocupação quanto à falta de alimentos; comprometimento da qualidade dos alimentos disponíveis;
Insegurança alimentar moderada	6-9	Os moradores convivem com restrição quantitativa de alimentos;
Insegurança alimentar severa	10-14	A privação de alimentos atinge as crianças do domicílio; presença de fome.

Fonte: o autor.

Em situações em que mais de um participante da mesma família foi incluído no estudo, apenas o indivíduo responsável pela preparação dos alimentos respondeu ao questionário. A pontuação obtida foi então atribuída ao respectivo domicílio e, conseqüentemente, aos demais membros da família.

A versão curta do questionário do Oral Health Impact Profile (OHIP-14) foi utilizada a fim de mensurar a magnitude dos impactos das condições de saúde bucal na qualidade de vida dos indivíduos. Os participantes também forneceram informações sociodemográficas através de uma entrevista estruturada.

A variável dependente “insegurança alimentar” foi analisada tanto de forma quantitativa, por meio do escore final obtido pelo questionário EBIA, quanto de forma dicotômica, adotando insegurança alimentar severa como ponto corte. Para este último, participantes foram classificados como vivendo em domicílios “sem insegurança alimentar severa” (pontuação de 0 a 9), ou em domicílios “com insegurança alimentar severa” (pontuação de 10 a 14).

Os participantes foram classificados em relação ao recebimento do benefício do programa Bolsa Família no domicílio (“beneficiário” ou “não beneficiário”). O município de residência foi classificado como Tenente Portela ou Redentora/Ervat Seco). Desfechos clínicos, número de moradores no domicílio, renda, idade e anos de escolaridade foram dicotomizados com base nos valores médios observados. Impacto da saúde bucal na qualidade de vida foi a única variável independente analisada de forma contínua (pontuação de 0 a 56).

As taxas de prevalência dos níveis de segurança ou insegurança alimentar foram calculadas para a população de indivíduos examinados. Análises bivariadas foram realizadas utilizando o teste U de Mann-Whitney, correlação de Spearman, e regressão robusta de Poisson, de acordo com a natureza do desfecho e do fator associado. Modelos de regressão de Poisson com variância robusta foram empregados para as análises multivariadas. Associações foram consideradas estatisticamente significativas ao nível de probabilidade de 5%. Todas as análises foram realizadas usando o software STATA 14.0 (StataCorp, College Station, Texas, EUA).

6.2 Resultados

Um total de 109 participantes procedentes de 99 domicílios foram incluídos no estudo. O número médio de respostas afirmativas à EBIA foi de 8,90 (DP 4,81; Min 0; Max 14). Aproximadamente 94% dos participantes vivem em famílias em situação de insegurança alimentar. A distribuição dos indivíduos de acordo com seu status de insegurança alimentar domiciliar é apresentada na Tabela 6.1.

Tabela 6.1 – Distribuição dos participantes em relação ao nível de segurança alimentar domiciliar

Nível	n.	%
Segurança Alimentar	7	6,42%
Insegurança Alimentar Leve	21	19,27%
Insegurança Alimentar Moderada	19	17,43%
Insegurança Alimentar Grave	62	56,88%
Total	109	100%

Fonte: o autor.

Participantes com até 4 anos de escolaridade ($p = 0,007$), beneficiários do programa Bolsa Família ($p = 0,001$) e aqueles que vivem em famílias com mais de 5 membros ($p = 0,041$) apresentaram escores de insegurança alimentar significativamente maiores que seus pares correspondentes. Foi observada correlação positiva entre os escores do OHIP-14 e da EBIA ($r_s = 0,311$; $p = 0,001$) (Figura 6.1). O desfecho insegurança alimentar severa apresentou associação estatisticamente significativa com maiores pontuações de impacto da saúde bucal na qualidade de vida (RP 1.01; IC 95% 1.00 - 1.01), e escolaridade inferior a cinco anos de estudo (RP 1.35; IC 95%: 1,08 – 1.55) (Tabela 6.2).

Figura 6.1 – Correlação entre impacto da saúde bucal na qualidade de vida e insegurança alimentar domiciliar

Fonte: o autor.

Tabela 6.2 – Análise bruta de insegurança alimentar e fatores associados em indígenas adultos da TI Guarita

Variável	n.	%	EBIA score			IA Grave		
			Média	DP	p	RP	IC	p
Total	109	100	8,90	4,81				
Município								
Redentora/Erval Seco	75	68,8	8,85	4,75		1		
Tenente Portela	34	31,2	9,03	5,01	0,701 [†]	0,97	0,68 - 1,39	0.889 [‡]
Escolaridade								
5 anos ou mais	52	47,7	7,77	4,65		1		
Até 4 anos	57	52,3	9,95	4,77	0,007[†]	1,35	1,08 - 1,55	0.016[‡]
Renda familiar mensal								
≤ R\$463,00	46	42,2	9,76	4,56		1		
> R\$463,00	42	38,5	8,17	5,19	0,184 [†]	0,69	0,47 - 1,03	0.070 [‡]
Bolsa Família								
Não recebe	28	25,7	6,40	4,99		1		
Recebe	81	74,3	9,78	4,46	0,001[†]	1,60	0,98 - 2,62	0.060 [‡]
Moradores								
Até 5	49	44,9	8,08	4,63		1		
6 ou mais	60	55,1	9,58	4,89	0,041[†]	1,38	0,97 - 1,97	0.070 [‡]
Sexo								
Feminino	83	76,1	8,92	4,88		1		
Masculino	26	23,9	8,84	4,67	0,919 [†]	1,11	0,77 - 1,59	0.570 [‡]
Idade								
35-39	58	53,2	8,96	4,54		1		
40-44	51	46,8	8,84	5,14	0,943 [†]	1,13	0,82 - 1,58	0.441 [‡]
Cariados								
Até 4	70	64,2	8,94	4,70		1		
5 ou mais	39	35,8	8,84	5,06	0,820 [†]	1,05	0,76 - 1,48	0.740 [‡]
Perdidos								
Até 8	63	57,8	8,88	4,81		1		
9 ou mais	46	42,2	8,93	4,85	0,874 [†]	1,13	0,81 - 1,56	0.470 [‡]
Obturados								
Nenhum	66	60,5	8,62	5,08		1		
1 ou mais	43	39,4	9,35	4,39	0,631 [†]	0,90	0,64 - 1,28	0.572 [‡]
CPOD								
Até 14	55	50,5	8,65	4,84		1		
15 ou mais	54	49,5	9,16	4,81	0,602 [†]	1,16	0,83 - 1,61	0.381
OHIP								
Score (0-46)	109	100	p=0,311*		0,001[‡]	1,01	1,00 - 1,01	0,003[‡]

Fonte: o autor.

DP – Desvio Padrão

RP – Razão de Prevalência

IC – Intervalo de Confiança 95%

† Teste U de Mann-Whitney

* Coeficiente p de Spearman

‡ Correlação de Spearman

¶ Regressão de Poisson

Após ajuste para as demais variáveis, maiores pontuações de insegurança alimentar apresentaram associação estatisticamente significativa com o recebimento do benefício Bolsa Família (RP 1,47; IC 95% 1,03 - 2,08), domicílios com mais de 5 membros (RP 1,26; IC 95%: 1,02 - 1,57), e maiores pontuações de impacto da saúde bucal na qualidade de vida (RP 1,02; IC 95%: 1,01 - 1,03). Prevalência de

insegurança alimentar severa foi 55% maior entre participantes que vivem em domicílios com mais de 5 membros ($p = 0,048$). Índices mais elevados de impacto da saúde bucal na qualidade de vida também foram associados à presença de insegurança alimentar severa (RP 1.02; IC 95% 1.01 - 1.04) (Tabela 6.3).

Tabela 6.3 – Análise ajustada de insegurança alimentar e fatores associados conforme modelo de regressão de Poisson múltiplo com variância robusta

Variável	EBIA score			IA Grave		
	RP _a	IC	p	RP _a	IC	p
Município						
<i>Redentora/Erval Seco</i>	1			1		
<i>Tenente Portela</i>	1,10	0,89 - 1,34	0,371	1,05	0,74 - 1,50	0,778
Escolaridade						
<i>5 anos ou mais</i>	1			1		
<i>Até 4 anos</i>	1,13	0,91-1,30	0,238	1,15	0,72 - 1,44	0,429
Renda familiar mensal						
<i>≤ R\$463,00</i>	1			1		
<i>> R\$463,00</i>	0,92	0,74 - 1,12	0,414	0,80	0,55 - 1,15	0,222
Bolsa Família						
<i>Não recebe</i>	1			1		
<i>Recebe</i>	1,47	1,03 - 2,08	0,032	1,78	0,83 - 3,79	0,137
Moradores						
<i>Até 5</i>	1			1		
<i>6 ou mais</i>	1,26	1,02 - 1,57	0,035	1,55	1,01 - 2,39	0,048
Sexo						
<i>Feminino</i>	1			1		
<i>Masculino</i>	1,23	0,95 - 1,59	0,112	1,27	0,79 - 2,05	0,315
Idade						
<i>35-39</i>	1			1		
<i>40-44</i>	0,97	0,80 - 1,19	0,808	1,18	0,82 - 1,70	0,368
Cariados						
<i>Até 4</i>	1			1		
<i>5 ou mais</i>	0,80	0,62 - 1,04	0,098	0,86	0,56 - 1,32	0,497
Perdidos						
<i>Até 8</i>	1			1		
<i>9 ou mais</i>	1,01	0,77 - 1,33	0,951	1,12	0,67 - 1,89	0,660
Obturados						
<i>Nenhum</i>	1			1		
<i>1 ou mais</i>	1,06	0,88 - 1,29	0,529	0,99	0,71 - 1,41	0,995
CPOD						
<i>Até 14</i>	1			1		
<i>15 ou mais</i>	0,99	0,75 - 1,31	0,977	1,01	0,60 - 1,68	0,976
OHIP						
<i>Score (0-46)</i>	1,02	1,01 - 1,03	0,000	1,02	1,01 - 1,04	0,004

Fonte: o autor.

RP_a – Razão de Prevalência ajustada

IC – Intervalo de Confiança 95%

6.3 Discussão

A insegurança alimentar é um fenômeno que afeta praticamente todos os domicílios com adultos de idade entre 35 e 44 anos da TI Guarita. Mais da metade dos indivíduos entrevistados apresentaram a forma mais grave de insegurança alimentar, que inclui a manifestação da fome entre os moradores da residência. Pontuações mais elevadas de insegurança alimentar foram observadas entre beneficiários do programa Bolsa Família, moradores de domicílios com mais de 5 membros, e adultos com maiores pontuações de impacto da saúde bucal na qualidade de vida. Já a insegurança alimentar severa esteve associada à presença de mais de 5 moradores na residência, e maiores pontuações do questionário OHIP-14.

Poucos estudos relataram até o momento a situação de segurança/insegurança alimentar vivida por povos indígenas no Brasil. Inquéritos realizados com as etnias Teréna e Guarani Kaiowá, ambas do estado do Mato Grosso do Sul, observaram a presença de insegurança alimentar em 76% e 100% dos domicílios examinados, respectivamente.^(7, 28) Pesquisadores canadenses, utilizando um questionário equivalente à EBIA, encontraram em uma comunidade aborígine daquele país uma prevalência de insegurança alimentar domiciliar de 70%.²⁹ Quando analisada especificamente a categoria insegurança alimentar severa, a prevalência observada entre os indígenas da TI Guarita (56%) apresentou grande discrepância em relação aos demais povos (variação entre 17% a 28%) (Figura 6.2).

A alta prevalência de insegurança alimentar severa evidencia a dimensão da vulnerabilidade social vivida por esta população. A experiência recente da fome, identificada em 57% dos participantes deste estudo, representa possivelmente a forma mais evidente e imediata de violação ao DHAA. Considerando a interdependência e indivisibilidade dos direitos humanos, trata-se também de uma grave violação dos direitos ao território, à identidade cultural, à saúde, à moradia, à educação, à água, à justiça, e à dignidade humana.²⁸

Figura 6.2 – Comparação da distribuição de domicílios em situação de segurança/insegurança alimentar entre diferentes populações

Fonte: o autor.

A presença de fome nas Terras Indígenas está diretamente associada à gravidade da situação fundiária vivida por estes povos. Embora a Constituição de 1988 reconheça os direitos tradicionais de ocupação das comunidades indígenas sobre seus territórios, a atual situação de enfraquecimento político e institucional da FUNAI tem relativizado esta prerrogativa.³⁰ A redução dos territórios ancestrais, a lentidão injustificada na demarcação de terras, e a violência gerada pelo modelo de produção do agronegócio, que não reconhece a legitimidade de sistemas de subsistência não voltados para o mercado, são fatores que impedem a garantia do DHAA e da soberania alimentar dos povos indígenas.^{6, 28}

O conceito de soberania alimentar, surgido entre pequenos produtores membros da organização Via Campesina por volta de 1993, contempla a distribuição democrática de recursos de produção de alimentos em todas as escalas, com sua justa aplicação aos diferentes contextos sociais e ecológicos.^{31, 32} Em relação aos povos originários, esta formulação se refere a capacidade coletiva de tomada de decisões sobre as práticas alimentares consideradas saudáveis e culturalmente adequadas.³³ Nesse contexto, os Kaingang da TI Guarita foram a primeira

comunidade indígena no país a receber o “Selo Indígenas do Brasil”, concedido em 2015 pelo então Ministério do Desenvolvimento Agrário (atual Secretaria Especial de Agricultura Familiar e Desenvolvimento Agrário). O selo indica a origem de produtos cultivados ou coletados em terras indígenas, valorizando os sistemas alimentares tradicionais (Figura 6.2). São necessários novos estudos para a compreensão dos efeitos desse tipo de medida sobre os níveis de segurança alimentar da população indígena da TI Guarita.

No modelo teórico proposto por Weiler et al.,³⁴ a relação entre segurança alimentar, soberania alimentar e equidade em saúde apresenta um papel especialmente relevante para as comunidades indígenas devido à importância cultural das práticas alimentares e a alta carga de adoecimento atribuída a alterações nas formas tradicionais de alimentação. Neste estudo, insegurança alimentar domiciliar não apresentou associação a nenhuma variável clínica relacionada à experiência de cárie dentária. A relação entre cárie dentária não-tratada e insegurança alimentar tem sido relatada entre escolares brasileiros e norte-americanos com idades variando entre 5 e 17 anos.³⁵⁻³⁷ Estudos conduzidos no Canadá e nos Estados Unidos com populações adultas observaram que indivíduos em situação de insegurança alimentar apresentam maiores frequências de uso de prótese dentária, de experiência de dor de origem dentária, e de auto avaliação negativa da saúde bucal em comparação com aqueles em situação de segurança alimentar.^{38, 39} Até o momento, nenhum estudo havia analisado a relação entre insegurança alimentar e impactos de saúde bucal na qualidade de vida. Os resultados aqui apresentados sugerem a maior percepção de agravos bucais por indivíduos em contexto de maior vulnerabilidade.

De forma similar aos indígenas da TI Guarita, a presença de insegurança alimentar moderada e severa foi associada a maior densidade domiciliar entre indivíduos da etnia Teréna.⁷ A elevada prevalência de insegurança alimentar severa entre indígenas beneficiários do Bolsa Família demonstra a capacidade do programa em captar os domicílios em situação de extrema pobreza. Por outro lado, famílias Guarani Kaiowá em situação de insegurança alimentar severa tiveram o benefício suspenso como consequência de crescentes restrições impostas a sua concessão.²⁸ Evidências indicam que, isoladamente, o programa apresenta efeitos limitados sobre o status de segurança alimentar domiciliar. Uma coorte realizada com famílias não

indígenas do interior do estado da Paraíba demonstrou o impacto positivo do aumento de renda gerado pelo benefício sobre a melhoria do nível de insegurança alimentar leve.⁴⁰ A potencialização das repercussões do Bolsa Família sobre o nível de segurança alimentar passa, necessariamente, pela sua ampliação e aprofundamento, com a associação do programa a políticas públicas voltadas a questões comuns aos povos indígenas, como a falta de saneamento básico e a produção de alimentos.^{11, 41, 42}

O estudo realizado apresentou limitações importantes referentes à metodologia e a população. A natureza transversal da pesquisa impediu o estabelecimento de inferências mais abrangentes de causa e efeito. Os resultados apresentados são representativos para os domicílios chefiados por adultos com idade entre 35 e 44 anos. Segmentos suscetíveis à insegurança alimentar, como famílias compostas exclusivamente por idosos, não foram avaliados. O instrumento utilizado para a mensuração da insegurança alimentar não contempla aspectos culturais das práticas alimentares indígenas, como a importância das trocas, da coletividade, e do meio ambiente para a promoção da segurança alimentar.

6.4 Conclusão

A insegurança alimentar afeta um número desproporcionalmente elevado de domicílios na TI Guarita. Mais da metade dos indivíduos entrevistados vivem em famílias em situação de insegurança alimentar severa. Na população estudada, o fenômeno está associado ao recebimento do benefício Bolsa Família, maior densidade domiciliar, e maior percepção dos impactos da saúde bucal na qualidade de vida. Os resultados indicam a necessidade de formulação de políticas específicas capazes de abordar a grave situação de violação do Direito Humano a Alimentação Adequada na população indígena da TI Guarita.

6.5 Referências

1. United Nations. Millennium declaration: development goals. New York; 2000.

2. FAO. O estado da segurança alimentar e nutricional no Brasil: um retrato multidimensional. Brasília: FAO; 2014.
3. Grupo de Trabalho da Sociedade Civil para a Agenda 2030. Relatório Luz Da Agenda 2030 de Desenvolvimento Sustentável [Internet]. GTSCA2030; 2017. Disponível em: http://actionaid.org.br/wp-content/files_mf/1499785232Relatorio_sintese_v2_23jun.pdf
4. FAO. The State of Food Security and Nutrition in the World 2017. Building resilience for peace and food security. Rome: FAO; 2017.
5. Brasil. A segurança alimentar e nutricional e o direito humano à alimentação adequada no Brasil. Brasília, DF: CONSEA; 2010.
6. Araujo MLL, Kubo RR. Segurança alimentar e nutricional e povos indígenas: a experiência dos Asheninkas do Alto Rio Envira com o Programa de Aquisição de Alimentos (PAA). Rev Paranaense Desenv. 2017;38(132):195-210.
7. Fávaro T, Ribas DLB, Zorzatto JR, Segall-Corrêa AM, Panigassi G. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007 Abr;23(4):785-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400006>.
8. Brasil. Lei n. 11.346, de 15 de setembro de 2006. Dispõe sobre a criação do Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11346.htm
9. FAO. Voluntary Guidelines to support the progressive realization of the right to adequate food in the context of national food security. Roma: FAO; 2005.
10. Radimer KL. Measurement of household food security in the USA and other industrialised countries. Public Health Nutr. 2002 Dec;5(6a):859-64. doi: 10.1079/PHN2002385
11. Panigassi G, Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Pérez-Escamilla R, Sampaio MdFA, Maranhã LK. Insegurança alimentar como indicador de iniquidade: análise de inquérito populacional. Cad Saúde Pública. 2008 Oct;24:2376-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001000018>.

12. Brasil. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: segurança alimentar. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.
13. Salgado CAB. Segurança alimentar e nutricional em terras indígenas. Rev Estud Pesq – FUNAI [Internet]. 2007 [citado em 22 Nov 2017];4(1):131-86. Disponível em: http://www.funai.gov.br/arquivos/conteudo/cogedi/pdf/revista_estudos_pesquisas_v4_n1/04-Carlos_Antonio_Bezerra_Salgado-Seguranca_alimentar_e_nutricional_em_terras_indigenas.pdf
14. Kuhnlein HV. Food system sustainability for health and well-being of Indigenous Peoples. Public Health Nutr. 2015 Sep;18(13):2415-24. doi: 10.1017/S1368980014002961.
15. Power EM. Conceptualizing food security or aboriginal people in Canada. Can J Public Health. 2008 Mar-Apr;99(2):95-7.
16. Crittenden AN, Sorrentino J, Moonie SA, Peterson M, Mabulla A, Ungar PS. Oral health in transition: The Hadza foragers of Tanzania. PLoS One. 2017 Mar;12(3):e0172197. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0172197>.
17. Scalco N, Rodrigues E. Changes in the acquisition and consumption of food plants and their relationship with indigenous perceptions of health in a Guarani village, São Paulo, Brazil. Public Health Nutr. 2013 Oct;16(10):1820-6. doi: 10.1017/S136898001200434X.
18. Colles SL, Maypilama E, Brimblecombe J. Food, food choice and nutrition promotion in a remote Australian Aboriginal community. Aust J Prim Health. 2014;20(4):365-72. doi: 10.1071/PY14033.
19. Skinner K, Hanning RM, Desjardins E, Tsuji LJ. Giving voice to food insecurity in a remote indigenous community in subarctic Ontario, Canada: traditional ways, ways to cope, ways forward. BMC Public Health. 2013 May 2;13:427. doi: 10.1186/1471-2458-13-427.
20. Ezeomah B, Farag K. Effects of development on indigenous dietary pattern: A Nigerian case study. Appetite. 2016 Dec 1;107:59-68. doi: 10.1016/j.appet.2016.07.025.

21. Chaudhari LS, Begay RC, Schulz LO. Fifteen years of change in the food environment in a rural Mexican community: the Maycoba project. *Rural Remote Health*. 2013;13(3):2404.
22. O'Connell M, Buchwald DS, Duncan GE. Food access and cost in American Indian communities in Washington State. *J Am Diet Assoc*. 2011 Sep;111(9):1375-9. doi: 10.1016/j.jada.2011.06.002.
23. Coimbra CE, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Souza MC, Garnelo L, et al. The First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil: rationale, methodology, and overview of results. *BMC Public Health*. 2013 Jan 19;13:52. doi: 10.1186/1471-2458-13-52.
24. Willows N, Veugelers P, Raine K, Kuhle S. Associations between household food insecurity and health outcomes in the Aboriginal population (excluding reserves). *Health Rep*. 2011;22(2):15-20.
25. Segall-Corrêa AM, Marin-León L, Melgar-Quíñonez H, Pérez-Escamilla R. Refinement of the Brazilian Household Food Insecurity Measurement Scale: Recommendation for a 14-item EBIA. *Rev Nutr*. 2014 Apr;27(2):241-51. <http://dx.doi.org/10.1590/1415-52732014000200010>.
26. Bickel G. Guide to Measuring Household Food Security in the United States. Alexandria: USDA; 2000.
27. Segall-Correa AM, Marin-Leon L. A segurança alimentar no Brasil: proposição e usos da Escala Brasileira de Medida da Insegurança Alimentar (EBIA) de 2003 a 2009. *Segur Aliment Nutr*. 2009;16(2):1-19. doi: <http://dx.doi.org/10.20396/san.v16i2.8634782>.
29. Organização pelo Direito Humano à Alimentação e à Nutrição Adequadas. O Direito Humano à Alimentação Adequada e à Nutrição do povo Guarani e Kaiowá: um enfoque holístico – Resumo Executivo. Brasília, DF: Fian; 2016. Disponível em: http://www.cimi.org.br/pub/Relatorio_direito-alimentacao-Guarani-Kaiowa.pdf
31. Skinner K, Hanning RM, Tsuji LJ. Prevalence and severity of household food insecurity of First Nations people living in an on-reserve, sub-Arctic community within the Mushkegowuk Territory. *Public Health Nutr*. 2014 Jan;17(1):31-9. doi: 10.1017/S1368980013001705.

32. Comissão Nacional de Direitos Humanos. Relatório do grupo de trabalho sobre os direitos dos povos indígenas e das comunidades quilombolas da região sul. Brasília, DF: CNDH; 2016.

33. Torrez F. La Via Campesina: Peasant-led agrarian reform and food sovereignty. *Development*. 2011 Mar;54(1):49-54. doi: <https://doi.org/10.1057/dev.2010.96>.

34. Patel RC. Food sovereignty: power, gender, and the right to food. *PLoS Med*. 2012;9(6):e1001223. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001223>

35. Rocha C, Liberato RS. Food Sovereignty for Cultural Food Security. *Food, Culture Society*. 2013;16(4):589-602. doi: <https://doi.org/10.2752/175174413X13673466712047>

36. Weiler AM, Hergesheimer C, Brisbois B, Wittman H, Yassi A, Spiegel JM. Food sovereignty, food security and health equity: a meta-narrative mapping exercise. *Health Policy Plan*. 2015 Oct;30(8):1078-92. doi: 10.1093/heapol/czu109.

37. Frazão P, Benicio MH, Narvai PC, Cardoso MA. Food insecurity and dental caries in schoolchildren: a cross-sectional survey in the western Brazilian Amazon. *Eur J Oral Sci*. 2014 Jun;122(3):210-5. doi: 10.1111/eos.12124.

38. Santin GC, Pintarelli TP, Fraiz FC, Oliveira ACBd, Paiva SM, Ferreira FM. Association between untreated dental caries and household food insecurity in schoolchildren. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 Feb;21:573-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015212.00022015>

39. Chi DL, Masterson EE, Carle AC, Mancl LA, Coldwell SE. Socioeconomic status, food security, and dental caries in US children: mediation analyses of data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2008. *Am J Public Health*. 2014 May;104(5):860-4. doi: 10.2105/AJPH.2013.301699.

40. Muirhead V, Quinonez C, Figueiredo R, Locker D. Oral health disparities and food insecurity in working poor Canadians. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2009 Aug;37(4):294-304. doi: 10.1111/j.1600-0528.2009.00479.x.

41. Chi DL, Tucker-Seeley R. Gender-stratified models to examine the relationship between financial hardship and self-reported oral health for older US men and women. *Am J Public Health*. 2013 Aug;103(8):1507-15. doi: 10.2105/AJPH.2012.301145.

42. Cabral CS, Lopes AG, Lopes JM, Vianna RPT. Segurança alimentar, renda e Programa Bolsa Família: estudo de coorte em municípios do interior da Paraíba, Brasil, 2005-2011. *Cadernos de Saúde Pública*. 2014 Feb;30(2):393-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00140112>.

43. Ibase. Repercussões do programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas. Rio de Janeiro: Ibase; 2008. Disponível em: http://www.ibase.br/userimages/ibase_bf_sintese_site.pdf

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises conduzidas nesta investigação sobre as condições de saúde bucal dos povos Kaingang e Guarani da Terra Indígena Guarita partiram da abordagem dos contextos sul americano, comunitário, individual, e familiar. Foram empregados métodos quantitativos e qualitativos a fim de produzir dados complementares sobre fenômenos relativos à cultura, às práticas alimentares, ao perfil epidemiológico, e aos determinantes sociais de saúde.

Este estudo descreve o primeiro inquérito de saúde bucal realizado com uma comunidade Kaingang. Os dados obtidos preenchem parte de uma lacuna bibliográfica sobre o tema, e contribuem para o delineamento do quadro epidemiológico dos povos indígenas da América do Sul.

Os indígenas da TI Guarita percebem as modificações nos seus sistemas alimentares como um fenômeno que afeta aspectos da identidade cultural étnica e que implica na fragilização da saúde. Praticamente todos os adultos examinados apresentam alguma necessidade de tratamento odontológico devido a presença de lesões de cárie. O edentulismo é acompanhado de grande demanda por próteses dentárias e descumprimento de requisitos de funcionalidade.

As condições de saúde bucal da população adulta da TI Guarita refletem a dimensão da vulnerabilidade e das desigualdades sociais existentes. Diferenças entre indígenas e não indígenas nas prevalências de dentição funcional e segurança alimentar domiciliar representam expressivas manifestações de iniquidades em saúde. Cerca de 94% dos participantes vivem em domicílios com algum nível de insegurança alimentar. A prevalência de insegurança alimentar severa, que inclui a experiência recente de fome, atinge mais da metade dos indivíduos examinados. Os resultados indicam ainda a maior percepção de agravos bucais por indivíduos em contexto de maior vulnerabilidade.

Os dados epidemiológicos produzidos fornecem subsídios consistentes para o planejamento de ações de saúde bucal voltadas para as necessidades da população indígena da TI Guarita. A promoção da saúde e da qualidade de vida, o controle das doenças bucais, e a redução da vulnerabilidade passam, necessariamente, pelo

desenvolvimento de estratégias que abordem múltiplos determinantes sociais e enfrentem as iniquidades em saúde, como a reorientação das práticas clínicas odontológicas para abordagens conversadoras e de mínima intervenção; a modificação da rede de referência e contrarreferência, permitindo que indígenas de todo o território sejam atendidos em centros de atenção de nível secundário mais próximos; a realização de estudos técnicos sobre a viabilidade de implementação de sistemas comunitários de fluoretação das águas de abastecimento; a condução de ações intersetoriais relacionadas à segurança alimentar, geração de renda, educação e cultura indígena a fim de desenvolver estratégias de promoção de saúde; a reorientação da assistência odontológica e da atenção à saúde para as necessidades dos núcleos familiares através de visitas e atendimentos domiciliares, fortalecimento das Equipes Multidisciplinares de Saúde Indígena, e ênfase no papel do Agente Indígena de Saúde; e promoção de ações que estimulem a interculturalidade entre os saberes de cura indígenas e a biomedicina, valorizando as culturas dos povos nativos como formas legítimas de conhecimento.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Relação entre condições bucais, qualidade de vida e insegurança alimentar: estudo transversal com os povos Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guarita.

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Relação entre condições bucais, qualidade de vida e insegurança alimentar: estudo transversal com os povos Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guarita”, desenvolvida por Gustavo Hermes Soares, discente de Mestrado em Ciências Odontológicas da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo (FOPUSP), sob orientação do Professor Edgard Michel Crosato.

O pesquisador acha que é necessário conhecer mais sobre como estão os dentes e a alimentação dos Kaingang e Guarani dessa localidade. Essa pesquisa é só de olhar os dentes e fazer perguntas. Não tem fotografia e não vai fazer mal à saúde das pessoas da comunidade.

O participante da pesquisa não receberá remuneração e nenhum tipo de benefício direto. Sua participação é voluntária e a pesquisa não tem interesse financeiro. Quem não quiser, não precisa participar. O participante da pesquisa não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não participar ou desistir da pesquisa.

Se você aceitar participar do estudo, o pesquisador fará algumas perguntas sobre alimentação e sobre como você sente a saúde da sua boca. As perguntas vão levar aproximadamente 15 minutos. Depois disso, o pesquisador quer ver como estão os seus dentes. O exame vai levar aproximadamente 10 minutos.

Os perigos (riscos) de participar do estudo são baixos. O participante da pesquisa poderá sentir desconforto durante o exame. Também poderá ficar constrangido ou incomodado durante as perguntas, principalmente pelo fato das respostas serem pessoais e da entrevista não ser feita na língua indígena do participante. O participante da pesquisa poderá usar palavras em sua língua indígena sempre que achar melhor. O pesquisador se responsabilizará pelo encaminhamento ao Hospital Santo Antônio dos eventuais casos de emergência. As demais condições que necessitarem de atendimento médico ou odontológico serão encaminhadas à SESAI de Tenente Portela.

O pesquisador explicará todo o processo antes e durante os procedimentos. Se o participante da pesquisa tiver alguma dúvida, poderá perguntar para o pesquisador quando quiser. As fichas com o nome do participante e as suas informações pessoais serão bem guardadas e não serão divulgadas para outras pessoas. Qualquer informação que possa identificá-lo será removida dos resultados da pesquisa.

Participante da Pesquisa: _____ Pesquisador Responsável: _____

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Edgard Michel Crosato.
Faculdade de Odontologia Da Universidade de São Paulo, Departamento de Odontologia Social. Rua Prof. Lineu Prestes 2227, Cidade Universitária, 05508-000, São Paulo, SP – Brasil.
Telefone: (049) 3091-7891. Email: michelcrosato@usp.br

Caso queira saber qualquer outra informação sobre o estudo, contate o pesquisador responsável pela pesquisa, Professor Edgard Michel Crosato, no número (11) 3091-7891 ou o pesquisador Gustavo Hermes Soares pelo número (11) 9-9976-5148. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia (Av. Lineu Prestes 2227, 05508-000, São Paulo, telefone (11) 30917960, ou pelo e-mail cepfo@usp.br). Horário de Funcionamento: segunda a sexta-feira das 8 às 17h (exceto feriados e recesso universitário). O Comitê é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. (Resolução CNS nº 466 de 2012).

O pesquisador espera que a pesquisa ajude a entender melhor as necessidades de tratamento dos participantes e a melhorar os serviços de saúde oferecidos à comunidade. Quando a pesquisa acabar, o pesquisador vai fazer uma reunião com as comunidades e os representantes de saúde para mostrar os resultados. Ao assinar esse termo, você confirma que quer participar e entendeu como a pesquisa vai ser realizada. Este termo foi elaborado em duas vias, sendo uma do participante da pesquisa e outra do pesquisador responsável.

A entrevista será gravada somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização.

Assinale a seguir conforme sua autorização:

☐ Autorizo gravação ☐ Não autorizo gravação

Eu, _____, aceito participar da pesquisa "Relação entre condições bucais, qualidade de vida e insegurança alimentar: estudo transversal com os povos Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guarita."

Data __/__/__

Participante da Pesquisa

Gustavo Hermes Soares
Pesquisador

Edgar Michel Crosato
Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável: Prof. Dr. Edgard Michel Crosato.
Faculdade de Odontologia Da Universidade de São Paulo, Departamento de Odontologia Social. Rua Prof. Lineu Prestes 2227, Cidade Universitária, 05508-000, São Paulo, SP – Brasil.
Telefone: (049) 3091-7891. Email: michelcrosato@usp.br

Página 2 de 2

APÊNDICE B – Roteiro para condução dos grupos focais

ENTREVISTA

1. Você acha que a cultura do seu povo tem se modificado de alguma forma ao longo dos anos?
2. Fale um pouco sobre como é a alimentação do seu povo.
3. Houve alguma mudança nos alimentos que você consumia quando era criança para os alimentos consumidos na sua comunidade hoje?
4. De que forma as comidas consumidas pelo seu povo afetam a saúde da comunidade?
5. Para você, o que é saúde bucal?
6. O que você faz para manter a sua boca saudável?

Imagem 1

Foto: Tarso Sarraf/Agif/Estadão Conteúdo
<https://noticias.uol.com.br/album/2014/09/05/indios-de-15-etnias-participam-da-4-edicao-do-jogos-tradicionais-indigenas.htm#fotoNav=34>

Imagem 2

Foto: Marlene Bergamo / Folhapress
<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2015/08/1666360-xavantes-trocam-dieta-tradicional-por-refrigerante-e-pao-de-forma-no-mt.shtml>

Imagem 3

Foto: Beto Ricardo/ISA.
Roça da Dona Amélia (Tuyuka). Comunidade São Pedro, Alto Rio Tiquié, Terra Indígena Alto Rio Negro, Amazonas, Brasil.
<http://www.porlatierra.org/casos/97/caracteristicas>

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de informações sobre condições bucais, características socioeconômicas, uso de serviços odontológicos, qualidade de vida, e insegurança alimentar

Relação entre condições bucais, qualidade de vida e insegurança alimentar: estudo transversal com os povos Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guaitã.

Instrumento de coleta

Prontuário No.

Data do exame __/__/__

Idade em anos

Sexo

Etnia

Uso de Prótese		Necessidade de Prótese	
Superior ☐	Inferior ☐	Superior ☐	Inferior ☐

Experiência de Cárie Dentária e Erosão																
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Cárie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tratamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
Cárie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tratamento	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Condição Periodontal			Erosão			
Sangramento	Cálculo	Bolsa Periodontal				
16/17 ☐	16/17 ☐	16/17 ☐	☐	☐	☐	☐
11 ☐	11 ☐	11 ☐	☐	☐	☐	☐
26/27 ☐	26/27 ☐	26/27 ☐	☐	☐	☐	☐
36/37 ☐	36/37 ☐	36/37 ☐	☐	☐	☐	☐
31 ☐	31 ☐	31 ☐	☐	☐	☐	☐
46/47 ☐	46/47 ☐	46/47 ☐	☐	☐	☐	☐

Relação entre condições bucais, qualidade de vida e insegurança alimentar: estudo transversal com os povos Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guarita.

Instrumento de coleta

1. Com qual gênero você se identifica? ☐

2. Até qual série você estudou? ☐ ☐

3. Qual a sua principal ocupação?

1-Agricultura; 2-Artesanato; 3-Emprego na Indústria/comércio;
4-Emprego público; 5-Liderança/atividade local; 6-Outro

☐

4. Qual a renda familiar das pessoas que moram na mesma casa que você? ☐

5. Você participa hoje de algum desses programas sociais?

☐

Bolsa Família

☐

Pronaf

☐

Cesta Conab

☐

Outro: _____

6. Você acha que necessita de tratamento dentário atualmente? ☐

7. Nos últimos seis meses, você teve dor de dente? ☐

8. Aponte na escala o quanto foi esta dor: 1 (um) significa muito pouca dor e 5 (cinco) uma dor muito forte ☐

9. Alguma vez na vida você já foi ao dentista? ☐

10. Quando você foi ao dentista pela última vez? ☐

1-Menos de um ano; 2-Entre 1 e 2 anos; 3-3 anos ou mais; 8- Não se aplica; 9-Não sabe/Não responder

11. Onde foi a sua última consulta? ☐

1-Serviço público; 2-Serviço particular; 8- Não se aplica; 9-Não sabe/Não responder

12. Qual o motivo da sua última consulta? ☐

1-Tratamento; 2-Prevenção/Revisão; 3- Dor; 4-Extração; 5-Outros; 8- Não se aplica; 9-Não sabe/Não responder

13. Qual a frequência que você consome os seguintes alimentos, mesmo em pequenas quantidades?

	Todos os dias	Algumas vezes na semana	Uma vez por semana	Nunca
Refrigerante				
Enlatados*				
Doces**				
Macarrão				
Bebidas alcoólicas				

*ervilha, milho, molho de tomate, sardinha, etc.

**chocolate, balas, chicles

Relação entre condições bucais, qualidade de vida e insegurança alimentar: estudo transversal com os povos Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guarita.

Instrumento de coleta – OHIP-14

Nos últimos seis meses, por causa de problemas com seus dentes, sua boca ou dentadura:	Nunca (0)	Raramente (1)	Às vezes (2)	Repetidam ente (3)	Sempre (4)
1 – Você teve problemas para falar alguma palavra?					
2 – Você sentiu que o sabor dos alimentos tem piorado?					
3 – Você sentiu dores em sua boca ou nos seus dentes?					
4 – Você se sentiu incomodada ao comer algum alimento?					
5 – Você ficou preocupada?					
6 – Você se sentiu estressada?					
7 – Sua alimentação ficou prejudicada?					
8 – Você teve que parar suas refeições?					
9 – Você encontrou dificuldade para relaxar?					
10 – Você se sentiu envergonhada?					
11 – Você ficou irritada com outras pessoas?					
12 – Você teve dificuldade para realizar suas atividades diárias?					
13 – Você sentiu que a vida, em geral, ficou pior?					
14 – Você ficou totalmente incapaz de fazer suas atividades diárias?					

gustavosoares@usp.br

Instrumento de coleta – EBIA**Aldeia****ID Família**Nome Idade Sexo Total pessoas residindo na casa ID's <18 anos

Em relação aos últimos 3 meses, responda:	SIM	NÃO
1 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?		
2 - Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?		
3 - Nos últimos três meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?		
4 - Nos últimos três meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda tinham porque o dinheiro acabou?		
5 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar comida?		
6 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia porque não havia dinheiro para comprar comida?		
7 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu porque não tinha dinheiro para comprar comida?		
8 - Nos últimos três meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou o dia inteiro sem comer ou teve apenas uma refeição ao dia porque não tinha dinheiro para comprar comida?		
9 - Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?		
10 - Nos últimos três meses, os moradores com menos de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?		
11 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?		
12 - Nos últimos três meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?		
13 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?		
14 - Nos últimos três meses, algum morador com menos de 18 anos de idade sentiu fome, mas não comeu porque não havia dinheiro para comprar mais comida?		

ANEXO A – Parecer consubstanciado da Comissão Nacional De Ética Em Pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELAÇÃO ENTRE CONDIÇÕES BUCAIS, QUALIDADE DE VIDA E INSEGURANÇA ALIMENTAR: ESTUDO TRANSVERSAL COM OS POVOS KAINGANG E GUARANI RESIDENTES NA TERRA INDÍGENA GUARITA.

Pesquisador: Edgard Michel Crosato

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 2

CAAE: 58836116.0.0000.0075

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.756.066

Apresentação do Projeto:

Introdução:

Dados do censo demográfico de 2010 registram uma população indígena no Brasil de mais de 900 mil indivíduos distribuídos por todos os estados da Federação. Este grupo corresponde a um universo de 305 etnias que utilizam 192 sistemas linguísticos diferentes. A imensa diversidade natural, cultural, econômica, social, e epidemiológica caracteriza uma população a ser compreendida e contemplada em suas especificidades e necessidades. Uma revisão sistemática concluiu que o processo de transição cultural decorrente do contato com a civilização urbana afeta significativamente os hábitos alimentares e a saúde bucal de muitos povos indígenas brasileiros. Coimbra et. al. apontam para a tendência de agravamento no quadro de saúde bucal dos indígenas brasileiros nas últimas décadas em decorrência do longo processo de contato entre as tribos e as culturas não-indígenas. Alguns estudos transversais demonstram a alta prevalência de cárie entre as etnias Wajãpi do estado do Amapá, Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas, Xavante do Mato Grosso e Guarani do Rio de Janeiro. Em uma revisão sistemática, Alves et. al. destacam que os estudos sobre a saúde bucal de indígenas sul-americanos mostram, em geral, o aumento da prevalência de doença periodontal. No entanto, os dados sobre as condições bucais dos grupos indígenas no Brasil são bastante escassos, dificultando o delineamento de um perfil

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: 1.756.068

epidemiológico que compreenda a heterogeneidade dessa população em toda a sua amplitude e complexidade. Nas últimas décadas, a ênfase em segurança alimentar tem crescido significativamente, sobretudo no que diz respeito ao desenvolvimento de instrumentos de mensuração e na sua associação com o estado de saúde das populações. A transição para um modelo alimentar baseado em uma dieta rica em gorduras, açúcares e alimentos refinados tem sido apontada como um fator contribuinte para o desenvolvimento de doenças como a obesidade e a cárie dentária. Recentemente, alguns pesquisadores passaram a analisar a relação entre insegurança alimentar e a experiência de doenças bucais, mais especificamente a doença cárie. Um estudo transversal encontrou uma alta associação entre insegurança alimentar e experiência de cárie dentária em crianças com idade entre 7 e 9 anos em uma cidade do interior do Acre. Em um estudo similar com crianças de 12 anos de idade, observaram uma associação positiva entre insegurança alimentar e cárie dentária não tratada apenas entre os escolares de baixa renda. Ambos os estudos utilizaram a Escala Brasileira de Insegurança Alimentar como instrumento de mensuração. Observaram que indivíduos de baixa renda vivendo com insegurança alimentar apresentavam maiores taxas de uso de próteses e de experiência de dor dentária. Evidências sugerem, ainda, uma possível associação entre insegurança alimentar e maiores taxas de dentes restaurados e extraídos. Um estudo analisou o impacto da saúde bucal na qualidade de vida de adolescentes brasileiros, e observou que a média de impactos negativos foi 3,32 vezes maior entre adolescentes indígenas do que entre seus pares brancos. Observaram que a baixa qualidade de vida relacionada à saúde bucal entre povos aborígenes australianos estava associada a fatores socioeconômicos, presença de dentes, padrões de utilização e possibilidade de custeio dos serviços odontológicos, e fatores de autocuidado. Verificaram que a percepção de indígenas brasileiros sobre saúde bucal está diretamente relacionada à capacidade mastigatória, aparência, e, principalmente, à execução de atividades diárias dentro da comunidade. Pelo exposto, confirma-se a necessidade de compreender os fatores que afetam os padrões de segurança alimentar em povos indígenas e suas correlações com o estado de saúde bucal. As principais pesquisas nesse campo se restringiram, até o momento, a populações não indígenas de escolares, e com foco na doença cárie. Pouco se sabe sobre os padrões alimentares e de saúde bucal de comunidades indígenas que não passaram por processos de aculturação devido à dificuldade de acesso a grupos mais isolados. Os dados epidemiológicos de saúde bucal dos povos indígenas continuam sendo bastante escassos, o que dificulta o planejamento e a implementação de serviços de assistência odontológica adequados. Os levantamentos epidemiológicos de saúde bucal oferecem parâmetros importantes para a mensuração do estado atual da saúde bucal de uma

Endereço: SEPEN 510 NORTE, BLOCO A 3º ANDAR, Edifício Ex-ILAN - 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: 1.758.066

população e suas principais necessidades de cuidados odontológicos. Dados epidemiológicos são importantes indicadores para o desenvolvimento de programas nacionais ou regionais de saúde bucal e para a alocação adequada de recursos humanos (18). A ampliação do conceito de saúde para além da mera ausência de doença reflete no crescente interesse pela avaliação dos impactos da saúde bucal na qualidade de vida. Instrumentos de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde se baseiam na auto percepção do indivíduo e avaliam dimensões físicas, psicológicas e sociais através de indicadores sócio-dentais, agregando informações planejamento valiosas para o, implementação e avaliação dos impactos dos serviços odontológicos. Faz-se necessário compreender a forma como as iniquidades em saúde se estabelecem, atentando para populações pouco sensíveis a políticas públicas que não abordem diretamente suas especificidades. Um entendimento mais aprofundado do processo saúde-doença e seus determinantes pode levar à formulação e implementação de políticas públicas que considerem o contexto sociocultural dos povos indígenas, ou até mesmo à reorientação de práticas já em curso.

Hipótese:

Não há associação entre insegurança alimentar, transição cultural e prevalência de doenças bucais. H: Indígenas que vivem em comunidades com maior grau de insegurança alimentar e transição cultural apresentam maior prevalência de doenças bucais.

Metodologia:

A Terra Indígena Guarita localiza-se no Rio Grande do Sul entre os municípios de Erval Seco, Redentora e Tenente Portela. Trata-se de um território regularizado, tradicionalmente ocupado por indígenas das tribos Kaingang e Guaraní, ocupando uma área de 23.406,8684 hectares. As etapas da pesquisa serão realizadas dentro dos espaços disponibilizados pelos líderes comunitários, de acordo com a infraestrutura local. As entrevistas e os exames clínicos poderão ser conduzidos em espaços de convivência, como salões de eventos ou salas de reunião, ou nas próprias residências dos participantes. Delineamento experimental: A primeira fase da pesquisa será de caráter qualitativo com o intuito de viabilizar um estudo exploratório das realidades existentes nas comunidades selecionadas. Os entrevistados responderão um questionário aberto sobre mudanças culturais, hábitos alimentares e percepção sobre saúde bucal. Serão formados dois grupos focais (um em cada etnia) a fim de adaptar os instrumentos de mensuração a serem utilizados (Escala Brasileira de Insegurança Alimentar e Oral Health Impact Profile-14). Será utilizado como estratégia metodológica o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (21). A segunda fase da pesquisa se

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: 1.756.066

caracterizará por um estudo transversal de prevalência. Na segunda fase do estudo, a Escala Brasileira de Segurança Alimentar será respondida pelo chefe do grupo familiar correspondente a cada participante. A EBSA é composta de 15 perguntas fechadas relativas à percepção do participante sobre aspectos qualitativos e quantitativos da situação alimentar vivida pela família ao longo dos três meses anteriores à entrevista (9). Todos os indivíduos selecionados com idade entre 34 e 45 anos passarão por um exame clínico no qual serão avaliados em relação: a) à experiência de cárie dentária; b) à doença periodontal; c) à erosão dental; d) ao uso e necessidade de prótese dentária. Para fins de diagnóstico, será utilizada a metodologia preconizada pela OMS (10). Todos os participantes da segunda fase do estudo responderão uma entrevista estruturada para investigação das seguintes variáveis: a) idade; b) gênero; c) escolaridade; d) ocupação; e) renda familiar; f) inclusão em programas sociais; g) grupo étnico; h) necessidade percebida de tratamento; i) experiência de dor de origem dentária nos últimos 06 meses; j) experiências prévias com tratamentos odontológicos. Será aplicado em todos os participantes o questionário OHIP-14. O questionário OHIP-14 é uma versão simplificada para o Oral Health Impact Profile (OHIP-48). O questionário contém 14 questões em uma escala tipo Likert, registrando a frequência que os indivíduos percebem os impactos dos agravos em saúde oral em sete dimensões da qualidade de vida: 1 – limitação funcional; 2 – dor física; 3 – desconforto psicológico; 4 – incapacidade física; 5 – incapacidade psicológica; 6 – incapacidade social; e 7 – deficiência.

Desfecho Primário:

O estudo terá implicações para os serviços de assistência odontológica locais. Espera-se que os resultados sejam adotados no planejamento e avaliação dos serviços de saúde.

Critérios de inclusão:

O grupo selecionado para o presente estudo será composto por indígenas das tribos Kaingang e Guarani de ambos os sexos e que residam na Terra Indígena Guarita. Nosso estudo será realizado em duas subpopulações: Subpopulação 1: Representantes locais. Dois grupos de 10 indivíduos cada, compostos por moradores, representantes comunitários e lideranças locais, com idade igual ou superior a 18 anos, responderão a uma entrevista semiestruturada e avaliarão a compreensão dos questionários. Subpopulação 2: Adultos com idade entre 35 e 44 anos. Serão selecionados todos os adultos com idade entre 35 e 44 anos. Com base nos dados demográficos do Censo Indígena 2010 e da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI Polo Base do Guarita), estima-se que este grupo seja composto por 500 indivíduos. Todos os selecionados passarão por um exame

Endereço: SEP 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: 1.756.068

clínico e responderão um questionário de qualidade de vida (OHIP-14). Apenas o chefe familiar responderá o questionário de insegurança alimentar (EBIA).

Crítérios de Exclusão:

Indivíduos com desordens mentais ou comprometimento sistêmico impossibilitados de estabelecer comunicação ou de receber o exame clínico intraoral.

Objetivo da Pesquisa:

Realizar um levantamento epidemiológico das doenças bucais e analisar a sua relação com insegurança alimentar, transição cultural e qualidade de vida entre os indígenas das tribos Kaingang e Guarani residentes na Terra Indígena Guarita.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Considera-se que os procedimentos propostos neste estudo apresentam riscos mínimos para os grupos estudados. O exame clínico pode gerar desconforto, náusea ou vômito. A aplicação de questionários e entrevista semiestruturada pode ocasionar situações de constrangimento, confusão ou incômodo, já que as perguntas não serão feitas na língua indígena dos participantes.

Benefícios:

Não há benefícios diretos para o participante deste estudo. O estudo contribuirá para as pesquisas epidemiológicas e de saúde dos povos indígenas brasileiros. O levantamento epidemiológico permitirá a construção de uma base de dados sobre o estado de saúde bucal dessa população e suas principais necessidades de tratamento, oferecendo importantes direcionamentos para os serviços locais de saúde. Os questionários de qualidade de vida e insegurança alimentar permitirão a avaliação dos impactos dos agravos em saúde bucal e suas associações, tendo como referência a percepção do indivíduo, o que contribuirá para a construção de estratégias de saúde que contemplem as especificidades locais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

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: 1.756.066

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTA AO PARECER CONSUBSTANCIADO CONEP Nº 1656416:

1. Quando a legislação brasileira dispuser sobre competência de órgãos governamentais, a exemplo da Fundação Nacional do Índio – FUNAI que deve autorizar a entrada em terra indígena, esta autorização deve ser obtida antes do início da pesquisa. Não foi apresentada a autorização da Presidência da FUNAI conforme estabelece a Instrução Normativa nº 001/PRES/1995 - Funai. Solicita-se a apresentação de declaração do(a) pesquisador(a) de que esta será obtida antes do início da pesquisa.

RESPOSTA: Informo ter submetido à Presidência da Fundação Nacional do Índio o pedido de autorização para ingresso na Terra Indígena Guarita. Conforme declarado no anexo "Declaração.pdf", o início das atividades de coleta de dados está condicionado à obtenção prévia da autorização.

ANÁLISE: Pendência atendida.

2. Quanto ao arquivo "Tcle.pdf":

2.1. Solicita-se que sejam informados os benefícios esperados para a pesquisa tanto no TCLE quanto no documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO" (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.b).

RESPOSTA: Foi inserido ao início do segundo parágrafo da página 2 de 2 o seguinte trecho sobre os benefícios esperados da pesquisa: "O pesquisador espera que a pesquisa ajude a entender melhor as necessidades de tratamento dos participantes e a melhorar os serviços de saúde oferecidos à comunidade". Acrescentou-se ainda à seção "Benefícios" dos arquivos "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO" e "PESQUISA.pdf" o trecho que segue: "A pesquisa permitirá que os serviços locais de saúde se orientem com base nas principais necessidades de tratamento dos povos residentes na Terra Indígena Guarita, de forma a atender as principais demandas e melhorar as condições de saúde bucal. Espera-se, ainda, que a pesquisa contribua para o desenvolvimento de estratégias de

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: 1.756.066

prevenção de doenças bucais, de diminuição de danos e de promoção de saúde que estejam voltadas para as características desta população, além do fortalecimento do diálogo entre indígenas, o setor da saúde e a academia'.

ANÁLISE: Pendência atendida.

2.2. Solicita-se informar no TCLE quais serão os encaminhamentos para a assistência fornecidos aos participantes, caso os pesquisadores identifiquem qualquer tipo de doença bucal e/ ou outro problema de saúde (Resolução CNS nº 466 de 2012, item IV.3.c).

RESPOSTA: Foi inserido ao final do quinto parágrafo da página 1 de 2 o seguinte trecho sobre o encaminhamento de participantes para assistência: "O pesquisador se responsabilizará pelo encaminhamento ao Hospital Santo Antônio dos eventuais casos de emergência. As demais condições que necessitarem de atendimento médico ou odontológico serão encaminhadas à SESAI de Tenente Portela".

ANÁLISE: Pendência atendida.

2.3. Na página 2 de 2 (no fim do parágrafo), solicita-se adequar o título da pesquisa, pois o descrito não se encontra em conformidade com o título da pesquisa postada na Plataforma Brasil.

RESPOSTA: O título da pesquisa foi ajustado.

ANÁLISE: Pendência atendida.

3. Quanto ao arquivo intitulado "PESQUISA.pdf": solicita-se descrever de forma clara a quem serão encaminhados os participantes que forem detectados que necessitem de assistência para doença bucal ou algum outro problema de saúde (Resolução CNS nº 466 de 2012, itens II.2.n e II.2.o).

RESPOSTA: Ao fim da seção "3.1. Aspectos Éticos" do arquivo "PESQUISA.pdf", foi inserido o seguinte trecho sobre o encaminhamento de participantes para assistência: "Eventuais casos de emergência que venham a surgir durante as atividades da pesquisa serão encaminhados pelo pesquisador ao Hospital Santo Antônio de Tenente Portela para o recebimento de atendimento imediato. As demais condições que necessitarem de atendimento médico ou odontológico serão encaminhadas ao Polo da Secretaria Especial de Saúde Indígena de Tenente Portela".

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

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: 1.756.066

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 Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_733947.pdf	16/08/2016 18:07:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PESQUISA.pdf	16/08/2016 18:06:41	Gustavo Hermes Soares	Aceito
Outros	Declaracao.pdf	16/08/2016 18:05:23	Gustavo Hermes Soares	Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Resposta.pdf	16/08/2016 18:01:40	Gustavo Hermes Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/08/2016 17:45:21	Gustavo Hermes Soares	Aceito
Folha de Rosto	FolhaGuarita.PDF	10/06/2016 15:08:41	Gustavo Hermes Soares	Aceito
Outros	FUNAI.pdf	08/06/2016 15:09:51	Gustavo Hermes Soares	Aceito
Outros	GUARANI.pdf	08/06/2016 15:09:27	Gustavo Hermes Soares	Aceito
Outros	KAINGANG.pdf	08/06/2016 15:09:08	Gustavo Hermes Soares	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	08/06/2016 15:08:50	Gustavo Hermes Soares	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

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

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA

Continuação do Parecer: 1.756.066

BRASILIA, 01 de Outubro de 2016

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: conepe@saude.gov.br