



**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA**

**Condição periodontal das etnias indígenas
Palikur, Karipuna e Galibi Marworno na fronteira
franco-brasileira**

Wagner Barros Bento

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: Sustentabilidade, deslocamentos humanos e modos de vida no contemporâneo

Orientador: Prof. Dr. José Leopoldo F. Antunes

São Paulo

2019

**Condição periodontal das etnias indígenas
Palikur, Karipuna e Galibi Marworno na fronteira
franco-brasileira**

Wagner Barros Bento

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Global e Sustentabilidade, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde

Linha de pesquisa: Sustentabilidade, deslocamentos humanos e modos de vida no contemporâneo

Orientador: Prof. Dr. José Leopoldo F. Antunes

**Versão Original
São Paulo
2019**

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 da Publicação

Ficha elaborada pelo Sistema de Geração Automática a partir de dados fornecidos pelo(a) autor(a)
Bibliotecária da FSP/USP: Maria do Carmo Alvarez - CRB-8/4359

Bento, Wagner
Condição periodontal das etnias indígenas Palikur,
Karipuna e Galibi Marworno na fronteira franco-brasileira
/ Wagner Bento; orientador José Leopoldo Ferreira Antunes.
-- São Paulo, 2019.
109 p.

Tese (Doutorado) -- Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, 2019.

1. : Condição periodontal . 2. população indígena. 3.
Oiapoque. 4. Guiana Francesa. 5. fronteira. I. Ferreira
Antunes, José Leopoldo, orient. II. Título.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, em primeiro lugar aos povos indígenas do Oiapoque.

À minha mãe, exemplo de luta, força e determinação, primeira a acreditar que era possível a realização deste doutorado.

Ao meu pai Adilson, pessoa sem a qual eu não teria conseguido realizar a coleta de dados.

À minha esposa, pelas horas de sono passadas nas madrugadas em que havia saída para a coleta de dados em aldeia.

Aos meus irmãos Marília e Júlio pela cumplicidade.

Aos amigos Emerson e Maíra pelo incentivo.

AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento especial ao meu orientador, Prof. Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes, pela oportunidade concedida. Agradeço, sobretudo, à seriedade, serenidade, paciência e dedicação com a qual sempre me guiou no sentido de fazer o melhor.

Aos Professores Dr. Paulo Frazão e Cláudio Pannuti pela inestimável contribuição na banca de qualificação.

À Vania Santos, da coordenação do PPGSGS, por sua presteza e orientações em todas as dúvidas acerca do Programa.

Ao CONDISI pela abertura na agenda para a apresentação sobre este estudo

Ao Blendo, dentista, e à Johima, técnica em saúde bucal, do DSEI Amapá e Norte do Pará pela enorme contribuição e auxílio nas etapas de contato inicial com o DSEI, na calibração na CASAI e no auxílio no convencimento dos participantes do estudo.

Ao Professor Adilson, meu pai e incentivador, pelo auxílio na viagem e pela companhia nas intermináveis horas de estrada pela rodovia que liga a capital do Amapá com o Município de Oiapoque e pela indispensável ajuda com o CCPIO e com a etapa de coleta.

Ao cacique Gilberto Iapahá, pelo auxílio na busca de cada liderança para que houvesse reunião de deliberação sobre liberação de realização do estudo.

À minha esposa, Karolainy, pelo auxílio indispensável na coleta de dados.

Aos integrantes do CCPIO pela atenção dispensada durante minha explanação acerca do estudo.

RESUMO

BENTO, W. B. **Condição periodontal das etnias indígenas Palikur, Karipuna e Galibi Marworno fronteira na franco-brasileira**. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

Mudanças sociais, econômicas e ambientais nas comunidades indígenas, causadas pela expansão das frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional, vêm determinando a dinâmica no quadro de saúde dessas populações. Os impactos causados por essas mudanças podem resultar em riscos à saúde, devido a, entre diversos fatores, o aumento do consumo de alimentos, cuja produção e processamento favorecem a adoção de dietas não saudáveis, transformações ambientais, diminuição da biodiversidade e dispersão de poluentes. Devido a essas mudanças, grandes desafios se impõem à saúde dos povos indígenas, entre outras, as doenças crônicas, como a doença periodontal. Dados epidemiológicos relacionados à saúde bucal, e mais especificamente a condição periodontal, das populações indígenas ainda são escassos. Não há informações epidemiológicas sobre saúde bucal em estudos indexados para as populações indígenas que habitam as Terras Indígenas Uaçá, Juminã e Galibi do Oiapoque, na fronteira entre Brasil e Guiana Francesa. Assim, este estudo teve como objetivo descrever e analisar a distribuição de condições periodontais das etnias palikur, galibi marworno e karipuna, que vivem nas terras indígenas localizadas no município de Oiapoque. Para a realização do estudo serão utilizados o Índice Periodontal Comunitário Modificado e levantamento da Perda de Inserção Periodontal. Como resultado, verificou-se que a maioria dos indivíduos que participaram do estudo, 63,33% eram do sexo feminino, 93,33% da população total pertenciam à etnia Karipuna. Quanto à alimentação verificou-se que 73,33% consumiam alimentação tradicional (produto da caça, pesca coleta e agricultura de subsistência). O índice mais elevado de Perda de Inserção Periodontal foi de 72%, na faixa etária de 35 a 44 anos de idade e o menor foi de 19% na faixa de 15 a 19 anos. Verificou-se que a faixa etária de 15 a 19 anos apresenta a maior média de elementos dentários com sangramento, 18,1 com desvio padrão de $\pm 5,8$. A maior taxa de prevalência de doença periodontal foi na faixa etária de 35 a 44 anos, onde verificou-se que 72% desse grupo apresentava essa condição. Quanto à funcionalidade da dentição, a faixa etária de 65 a 74 anos apresentou o menor índice, 0%. Espera-se que os dados apresentados nesse estudo sirvam como base para a elaboração de estratégias de saúde bucal, na prevenção ou mitigação e tratamento de agravos já instalados, em acordo com as especificidades dessas populações.

Palavras-chave: Condição periodontal; população indígena; Oiapoque; Guiana Francesa; fronteira.

ABSTRACT

BENTO, W. B. [Periodontal condition of the Palikur, Karipuna and Galibi Marworno indigenous ethnic groups on the Franco-Brazilian border]. 2019. Tese (Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019. Portuguese.

Social, economic and environmental changes in indigenous communities, which were caused by demographic and economic expansion of the national society, have been determining the dynamics of health status in these populations. The impacts of these changes can result in health hazards, due to, among many factors, the increased consumption of processed food, the adoption of unhealthy diets, environmental changes, loss of biodiversity and dispersion of pollutants. Because of these changes, the health of indigenous peoples faces major challenges related to, among others, chronic diseases, such as periodontal disease. Epidemiological data related to oral health, and more specifically the periodontal condition of indigenous populations, are still scarce. The literature does not depict indexed studies assessing epidemiological data on oral health of indigenous peoples who inhabit the Indigenous Lands Uaçá, Juminã and Galibi of the Oiapoque, on the border between Brazil and French Guiana. Therefore, this study aimed to describe and analyze the distribution of periodontal conditions of Palikur ethnicities, Marworno Galibi, and Karipuna, living in indigenous lands located at the municipality of Oiapoque. We used the Modified Community Periodontal Index and the Index of Periodontal Attachment Loss. As a result, it was found that most of the individuals who participated in the study, 63.33% were female, 93.33% of the total population belonged to the Karipuna ethnic group. Regarding the diet, it was found that 73.33% consumed traditional nutrition (hunting, fishing, gathering and subsistence agriculture). The highest rate of Periodontal Insertion Loss was 72%, in the fixed age group 35 to 44 years old and the lowest was 19% in the 15-19 year age group. It was found that the age group of 15-19 years has the highest average of dental elements with bleeding, 18.1 with standard deviation of ± 5.8 . The highest prevalence rate of periodontal disease was in the age group 35-44 years, where it was found that 72% of this group had this condition. Regarding the functionality of dentition, the age group from 65 to 74 years presented the lowest index, 0%. The epidemiological data assessed in this study may be useful for the planning of oral health strategies for the prevention, mitigation and treatment of diseases already installed in these specific populations.

Keywords: Periodontal status; indigenous population; Oiapoque; French Guiana; border.

SUMÁRIO

1	APRESENTAÇÃO	14
2	INTRODUÇÃO	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1	POVOS INDÍGENAS DO OIAPOQUE.....	21
3.2	A INFLUÊNCIA DA GLOBALIZAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA.....	24
3.3	ANATOMIA DO PERIODONTO	25
3.3.1	Periodonto de Inserção.....	26
3.3.2	Periodonto de Proteção	29
3.4	DOENÇA PERIODONTAL (DP)	33
3.5	DOENÇA PERIODONTAL NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS	36
4	RELEVÂNCIA DO ESTUDO	38
5	OBJETIVOS	39
6	MATERIAL E MÉTODOS	40
6.1	POPULAÇÕES E LOCAIS DE ESTUDO.....	40
6.2	DELINEAMENTO DA AMOSTRA.....	41
6.3	CALIBRAÇÃO DO EXAMINADOR	41
6.4	VARIÁVEIS CLÍNICAS	43
6.5	VARIÁVEIS DE DESFECHO QUE FORAM UTILIZADAS PARA AFERIR A CONDIÇÃO PERIODONTAL.....	45
6.6	VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS	46
6.6.1	Idade.....	46
6.6.2	Gênero.....	46
6.6.3	Etnia.....	46
6.6.4	Ocupação.....	46
6.6.5	Escolaridade	47
6.7	VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS	47
6.7.1	Tipo de Alimentação Mais Consumida.....	47
6.7.2	Consumo de Álcool.....	47
6.7.3	Consumo de Tabaco.....	48
6.8	MATERIAIS E INSTRUMENTAIS.....	48
6.8.1	Espelhos Bucais Planos.....	48
6.9	DELINEAMENTO DA ANÁLISE DOS DADOS.....	48
7	ASPECTOS ÉTICOS	49

8	DIÁRIO DE CAMPO	50
8.1	OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÕES	50
9	RESULTADOS	55
10	DISCUSSÃO.....	61
11	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
	REFERÊNCIAS.....	70
	ANEXOS 77	
	ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/CONEP	77
	ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DAS LIDERANÇAS INDÍGENAS.....	85
	ANEXO 3 - FOLHA DE ROSTO CEP/CONEP.....	86
	ANEXO 4 - OFÍCIO 25/2017/AAEP-FUNAI.....	87
	ANEXO 5 - E-MAILS DE SUBMISSÃO E CONCESSÃO DE PARECER DE MÉRITO CIENTÍFICO DO CNPQ.....	89
	ANEXO 6 - Ofício 241/2017/AAEP-FUNAI.....	90
	ANEXO 7 - AUTORIZAÇÃO DE INGRESSO EM TERRA INDÍGENA.....	91
	ANEXO 8 - OFÍCIO CCPIO DE IMPEDIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISAS.....	93
	APÊNDICES	97
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1....	97
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2....	99
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 3 .	103
	APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE PESQUISADOR	105
	APÊNDICE E - CARTA DE INTENÇÕES	106
	CURRÍCULO LATTES.....	108
	FOLHA DE ROSTO ORIENTADOR.....	108
	FOLHA DE ROSTO ORIENTANDO.....	109

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Terras Indígenas Uaçá, Galibi e Juminã	21
Figura 2 - Terras Indígenas, aldeias, parques, cidades e rodovia e estradas	23
Figura 3 - Esquema simplificado da estrutura dentária	27
Figura 4 - Distribuição do ligamento periodontal por grupos	29
Figura 5 - Gengivas livre, inserida e interdental	30
Figura 6 - Limite mucogengival.....	31
Figura 7 - Gengiva inserida e mucosa palatina	32
Figura 8 - Corte histológico da área do col.....	33
Figura 9 - Sonda da Organização Mundial de saúde para CPI	45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes (15 a 19 anos), segundo características sociodemográficas e comportamentais.	55
Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes (15 a 19 anos), segundo condições periodontais.....	56
Tabela 3 - Distribuição dos adultos (35 a 44 anos), segundo características sociodemográficas e comportamentais.	57
Tabela 4 - Distribuição dos adultos (35 a 44 anos), segundo condições periodontais.....	58
Tabela 5 - Distribuição dos idosos (65 a 74 anos), segundo características sociodemográficas e comportamentais.	58
Tabela 6 - Distribuição dos idosos (65 a 74 anos), segundo condições periodontais.....	59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AAEP	Assessoria de Acompanhamento de Estudos e Pesquisas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CPI	Community Periodontal Index
DP	Doença Periodontal
DPs	Doenças Periodontais
DSEI	Distrito Sanitário Especial Indígena
IPC	Índice Periodontal Comunitário
JCE	Junção Cimento Esmalte
OMS	Organização Mundial de Saúde
PIP	Perda de Inserção Periodontal
PNSB	Pesquisa Nacional de Saúde Bucal
SESAI	Secretaria Especial de Saúde indígena
SIASI	Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TI	Terra Indígena
TIs	Terras Indígenas

1 APRESENTAÇÃO

Minha vida acadêmica iniciou no ano de 2001, quando eu tinha 17 anos de idade, no curso de Odontologia da Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul, no interior de São Paulo. Fui pra lá, pois na época ainda não havia no Amapá o curso de Odontologia. Antes de chegar definitivamente em Santa fé, eu estava bastante empolgado, mas já na primeira semana a realidade se revelou para mim. A distância e o choque cultural, de certa maneira, me afetaram, porém o que mais me perturbou foi sofrer e presenciar episódios de racismo. Até então isso era uma novidade em minha vida. Com uma certa frequência, tinha meus pensamentos invadidos com a reflexão de que se esse seria realmente o melhor caminho para minha vida profissional, mas nem por um segundo tive sensação de estar caminhando sozinho. A rigidez e o apoio incondicional de minha mãe, minha principal incentivadora, não me deixaram esmorecer e mesmo nos momentos de receio me fizeram dar passos firmes em direção ao objetivo, o que me faria de mim o segundo na família inteira a concluir uma graduação. A vontade de voltar à minha terra e reviver o sentimento de pertencimento era tão grande que sequer participei da formatura da turma na inquietação por querer retornar para casa o mais cedo possível.

Depois de graduado tive a grata oportunidade de trabalhar na zona rural do município de Macapá, onde morei de junho de 2006 até maio de 2012 no Distrito de São Joaquim do Pacuí, lugar de gente acolhedora. Conheci cada uma das 32 comunidades que constituem a região, sendo muitas delas quase que esquecidas e com uma população desamparada. As minhas andanças pelo interior, com meu incansável colega dentista Paulo Macêdo e minha auxiliar Ângela, me deram a chance de promover, em conjunto com a equipe da qual eu fazia parte, o alívio da dor de uma gente, que em sua maioria, nunca havia tido a oportunidade de ser atendida por profissionais da saúde bucal. Muitas vezes tínhamos que complementar o material odontológico com recurso próprio.

Em uma região onde a regra é a de estradas não pavimentadas, o problema não era a distância entre as comunidades, mas o tempo que levávamos para chegar de uma até a outra. Algumas viagens tinham que ser feitas por meio de embarcação, com ajuda da comunidade local e/ou de grupamentos ambientais da Polícia Militar.

No inverno, essa tarefa se tornava ainda mais difícil e vez ou outra tínhamos que pôr os pés na lama para tirar o carro dos atoleiros. Essas viagens pelos lugares esquecidos me abriram os olhos para uma dura realidade: a saúde não é para todos. E as desigualdades que presenciei nas condições sociais e de saúde da população me fizeram refletir acerca de suas possíveis causas.

Passei a me perguntar: Por que a doença virou um bom negócio? Quem se beneficiava com aquilo? Não consegui acreditar que tudo o que via nessas visitas era consequência do acaso. Chegava a acreditar que era proposital.

Com a chegada do mestrado, percebi que o acesso à saúde dependia de um foco maior das autoridades na atenção básica, com dedicação especial à educação em saúde e à prevenção, mas isso depende de outro aspecto: o quanto conhecemos a situação de saúde da população. Não se pode planejar sem conhecer.

Voltando à vida acadêmica, em 2005 concluí o curso de odontologia, em 2011 a especialização em Odontologia Legal, pela ABO (Associação Brasileira de Odontologia), e em 2013 o Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Amapá (UNIFAP). Neste mesmo ano passei em concurso público para o cargo de docente do nível superior, para a área de Anatomia Humana, no curso de Medicina da UNIFAP.

Retomando a ideia de se conhecer a condição de saúde humana, me veio ao pensamento a população indígena. Em leituras preliminares em 2014, percebi que se tratava de uma população pouco abordada em pesquisas e inquéritos. Daí surgiu a vontade de trabalhar com essa população. Ciente desta lacuna epidemiológica e sensível aos problemas enfrentados por essa população o Professor José Leopoldo Ferreira Antunes também concordou com essa perspectiva e me recebeu no Programa de Saúde Global e Sustentabilidade. Inicialmente, ainda no pré-projeto, a ideia era desenvolver um estudo com doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes. Com a ampla e reconhecida experiência do professor Leopoldo em pesquisas e levantamentos na área social e de saúde bucal, já no primeiro encontro decidimos por trabalhar com doença periodontal, tema com o qual eu já havia trabalhado do mestrado.

Assim, esse estudo buscou, dentro de todas as dificuldades operacionais, logísticas e financeiras, descrever as condições periodontais da população indígena que vivem no lado Brasileiro da fronteira com a Guiana Francesa

2 INTRODUÇÃO

No Brasil, o quadro de saúde dos povos nativos é delineado como complexo e dinâmico, sendo associado de modo direto a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais, causadas pela expansão e consolidação de frentes demográficas e econômicas da população envolvente (população não indígena) nas diversas regiões do país (COIMBRA JR. et al., 2005).

Esse processo de avanço das frentes demográficas e econômicas nacionais tem sido tema de calorosas discussões no cenário nacional após as eleições presidenciais de 2018, onde até então a retórica dos representantes do poder executivo tem sido a de não conceder terras adicionais para os indígenas, sob o pretexto da implantação dos ideais liberais e do direito à propriedade em detrimento dos direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, segundo a qual os povos indígenas detêm o direito originário e o usufruto exclusivo sobre as terras que tradicionalmente ocupam.

A omissão do Estado frente ao avanço das fronteiras demográficas e econômicas sobre Terras Indígenas (TI), com a inevitável consequência da degradação ambiental, tem fomentado um já reconhecido processo de conflito, no qual os indígenas são prejudicados. Nesse contexto, a consequência para os nativos não é apenas um atraso nas condições sociais e de saúde, comparadas com as condições da população envolvente, mas sim uma deterioração dessas condições, que são agravadas por uma invisibilidade epidemiológica (COIMBRA JR. et al., 2014).

Mesmo que se venha observando um aumento no número de inquéritos e pesquisas envolvendo saúde indígena, torna-se imperativo usar de cautela ao analisar esses dados como sendo representativos de toda a população indígena, tendo em vista que apenas uma pequena parcela dessas etnias foi contemplada em estudos. Vale salientar que no Brasil ainda existem 305 etnias dispersas por todo o território nacional, cada uma delas com suas especificidades e individualidades históricas, culturais, sociais, políticas e econômicas. E sim, o número de publicações indexadas que abordam a saúde indígena vem aumentando, mas ainda são poucas na comparação com o número de estudos que têm como alvo a população envolvente. A exiguidade de pesquisas sobre a saúde dessas populações acaba por impor aos povos indígenas aquilo que Coimbra Jr. et al. (2014) chamaram de invisibilidade

epidemiológica. Mesmo nos escassos estudos que envolvem populações indígenas, o que se nota é uma forte deterioração da saúde dos povos indígenas, incluindo a saúde bucal (IBGE, 2012; CARNEIRO, 2008; CORTÊS, 2013).

Segundo esses mesmos autores, há discrepâncias entre os povos indígenas e a população envolvente. Dentre essas discrepâncias, ressalta-se o menor conhecimento epidemiológico sobre as condições de saúde dos povos indígenas. O desequilíbrio gerado por essa discrepância propicia disfunções sociais que fazem com que decisões políticas afetem de maneira desigual os diversos seguimentos populacionais. Neste sentido, vale uma reflexão crítica relativa à padronização das políticas públicas de saúde e em favor da equidade, dando a devida importância às definições de pluralidade e diversidade dos povos.

Dentro desse contexto, grandes desafios à saúde dos povos indígenas se impõem, no que diz respeito aos estudos epidemiológicos, que devido às suas complexidades exigem a utilização do universo semântico, no intuito de traduzir com maior grau de fidelidade a realidade do quadro de saúde dessas populações. Os conceitos de igualdade, desigualdade, equidade e iniquidade auxiliam nessa compreensão, de forma que os termos desigualdade e igualdade estão associados à concepção de quantidades mensuráveis, enquanto os termos equidade e iniquidade estão relacionados ao ponto de vista político que expressa compromisso moral e social (ANTUNES e NARVAI, 2010).

Vale também ressaltar que os impactos gerados na população indígena, resultantes das frentes econômicas e demográficas, que vêm na esteira da globalização, podem redundar em riscos à saúde, devido a, entre diversos fatores, o aumento do consumo de alimentos, cuja produção ou processamento favorecem dietas não saudáveis, às transformações ambientais, com degradação do meio ambiente, diminuição da biodiversidade e dispersão de poluentes (McMICHAEL e BEAGLEHOLE, 2000; FORTES e RIBEIRO, 2014).

Dentre outras implicações da globalização, a acelerada interação da população envolvente com as populações indígenas tem figurado com determinante no processo de abandono total ou parcial das atividades de subsistência, com efeitos diretos nos hábitos alimentares e conseqüente influência na saúde dos povos indígenas (MESQUITA et al., 2010) Aliada a isso, há ainda a contaminação ambiental e dificuldades de sustentabilidade alimentar com prejuízo alarmante tanto na

quantidade, como na qualidade dos alimentos (FÁVARO et al., 2007; COIMBRA JR. et al., 2005).

De fato, o que vem sendo constatado nos levantamentos, que têm a população indígena como alvo, é que ainda está em curso um processo de colonização e conquista dos povos indígenas, com adoção de hábitos sociais exóticos à sua cultura e perda de territórios para as frentes demográficas e econômicas impostas pela globalização. O resultado, segundo Coimbra Jr e Santos (2000), são indicadores de saúde inferiores em relação a população envolvente.

Dentre outros indicadores de saúde, os de morbidade, mortalidade, fome, desnutrição, riscos ocupacionais e violência social, são mais elevados nas populações indígenas em comparação com os números de levantamentos realizados em nível nacional, o que reflete a situação de discriminação e marginalização que posiciona os indígenas em situação de vulnerabilidade. Os conceitos de desigualdade e iniquidade auxiliam na compreensão desse contexto étnico-racial com desfechos nas condições sociais, econômicas e de saúde (COIMBRA JR e SANTOS, 2000). Essas desigualdades também estão presentes quando se trata de problemas relacionados à saúde bucal, principalmente com doenças como cárie dentária e Doença periodontal (DP).

Por exemplo, levantamentos epidemiológicos de abrangência nacional sobre cárie dentária na população nacional vêm mostrando um declínio nos índices, enquanto que os, mesmo que poucos, estudos relacionados à saúde bucal em populações indígenas apontam uma tendência de aumento (LEMOS et al., 2018).

Outro dado que corrobora com essa linha de pensamento de que a desigualdade no campo de levantamentos epidemiológicos e a adoção de políticas públicas unificadas (que não levam em consideração as especificidades dos povos) são responsáveis pelo agravamento das condições de saúde, são os achados de um levantamento realizado em população indígena na Reserva do Xingu, que teve como tema a condição periodontal, a mesma temática do presente estudo, que verificou que em geral a população não indígena apresentava melhor condição periodontal (MESQUITA et al., 2010).

A escassez de dados epidemiológicos da população indígena pode ser esclarecida pela teoria de que a desigualdade econômica está diretamente associada ao conceito de estratificação social como um dos determinantes das condições de

saúde. Ou seja, essa condição de saúde depende da classe social, da condição econômica e condição etno-racial (BOING et al., 2005; COIMBRA JR. et al., 2005).

A demografia, como ciência que estuda as dinâmicas populacionais, também tem um importante papel na construção de políticas públicas. Neste sentido, é importante ter em mente que no Século XVI, quando da chegada dos europeus no que hoje é Brasil, a estimativa é de que aqui viviam cerca de mil povos distintos com uma população de 2 a 5 milhões de pessoas. Até a década de 70 os indígenas eram considerados como classe transitória e as políticas direcionadas a essas classes tinham o intuito de integrá-las à “comunhão nacional” por meio da colonização. O Estatuto do Índio de 1973 deixa claro que a intenção era a de incorporar. Com o advento da Constituição Federal de 1988, o Estatuto do Índio, mesmo que não tenha sido revogado, ficou desatualizado, pois a atual constituição passou a reconhecer os indígenas como povos distintos e sujeitos de direitos especiais, respeitando-se assim suas organizações sociais econômicas e políticas (AZEVEDO, 2008).

Segundo Coimbra Jr. et al. (2005) e Pagliaro et al. (2005), haveria no Brasil aproximadamente 200 povos que falam 180 línguas. No entanto, dados mais recentes do último recenseamento geral de população realizado no Brasil (IBGE, 2012) destoam dos números apresentados por esses autores citados anteriormente. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população indígena totaliza 896,9 mil no Brasil, com 305 etnias ou povos indígenas e 274 línguas diferentes. Neste sentido, os levantamentos relacionados povos indígenas devem levar em consideração a dinâmica epidemiológica, respeitando a diversidade social, econômica e política.

O limitado conhecimento dos perfis epidemiológicos também são realidade para os povos indígenas que habitam a região de fronteira entre o Amapá e a Guiana Francesa. Neste sentido, torna-se importante o esforço em direção a ampliação do conhecimento dos perfis epidemiológicos das populações indígenas que habitam essa região, que é composta por 4 povos indígenas, falantes de duas línguas, que são o Patuá ou Crioulo e o Palikur (GALLOIS, GRUPIONI, 2003).

Não se encontra na literatura estudos indexados que abordem, em população indígena da zona de fronteira entre a Guiana Francesa e o Oiapoque-Amapá, a mudança ou transição de hábitos, relacionada à condição de saúde bucal. Dessa forma, no cenário atual de globalização, é importante verificar a existência de relação da adoção de hábitos exóticos a sua cultura com as condições periodontais, uma vez

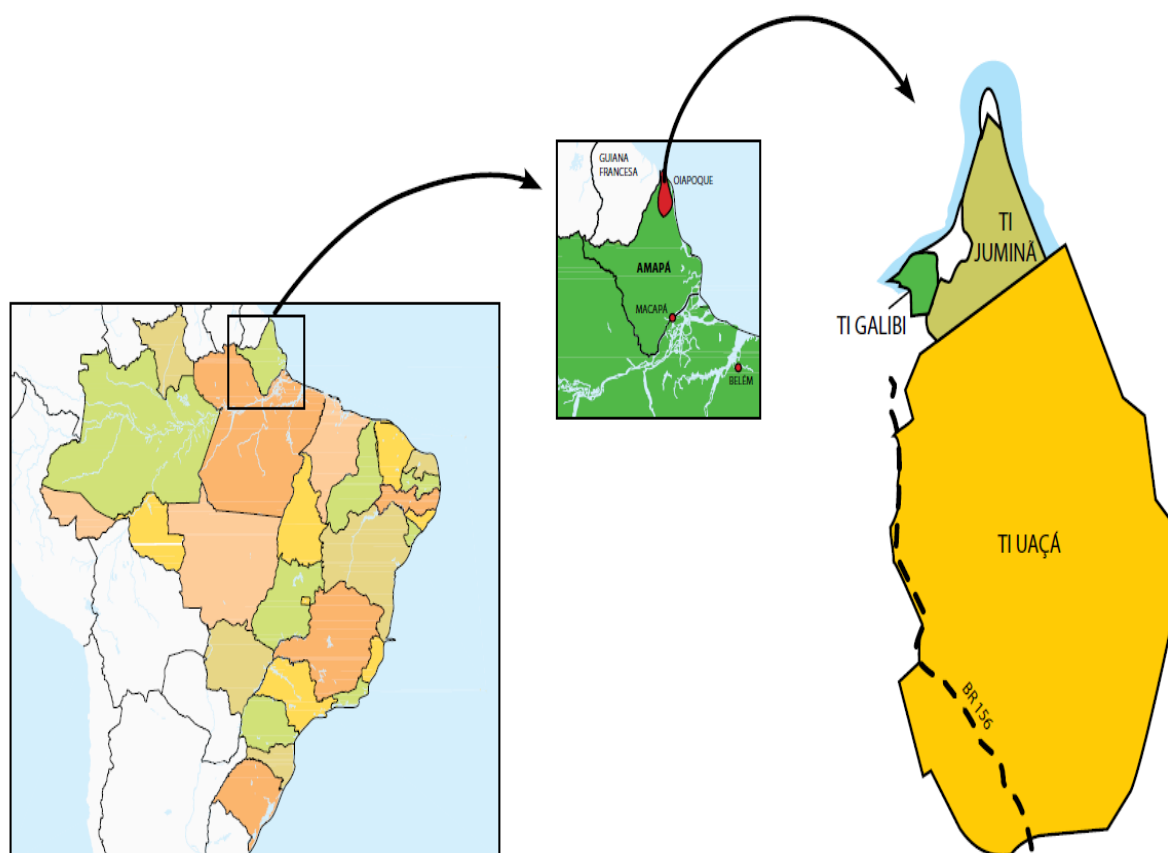
que esses eventos de mudança, promovidas pelo avanço das frentes econômicas e demográficas, assumiram uma escala planetária, alcançando até mesmo populações que se encontram nos polos mais distantes da linha de globalização, como os povos indígenas que habitam essa fronteira (GARNELO, WELCH, 2009).

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 POVOS INDÍGENAS DO OIAPOQUE

Os povos indígenas que vivem no município de Oiapoque somam mais de 7 mil habitantes, compostos pelas etnias Galibi Kali'nã/Oiapoque, Galibi Marworno, Karipuna e Palikur. Estas etnias encontram-se distribuídas em três Terras Indígenas que formam uma área contínua de 518.454 hectares. São elas: Uaçá, Juminã e Galibi (Figura 1) e (Figura 2), todas homologadas e regularizadas. Essa área, a oeste, é cortada pela BR 156, onde a paisagem é composta por uma floresta tropical de terra firme com árvores de grande porte e palmeiras. Em direção ao Rio Cassiporé e ao Oceano Atlântico, para Leste, a paisagem é de savana alagada com alguns pontos elevados, onde ficam as roças e aldeias (VIDAL, 2001; BRASIL, 2013b).

Figura 1 - Terras Indígenas Uaçá, Galibi e Juminã



Os Palikur são os mais antigos na região e suas relações comerciais com os franceses são descritas desde o século XVI, onde os primeiros relatos da presença desse povo na região foram feitos por Vicente Yañez Pinzón (navegador e explorador espanhol), que em 1513 fez o registro da presença de nativos com o nome de Parikura, nome usado para designar o povo Palikur. Os Palikur são do tronco linguístico Aruak e têm uma língua própria, o Parikwaki, mas também falam o Francês e o Patois (Patoá). São divididos em clãs e habitam aldeias, tanto no lado brasileiro como no lado francês da fronteira entre os dois países. Esses clãs mantêm entre si constante contato (CASTRO, 2008; VIDAL, 2001)

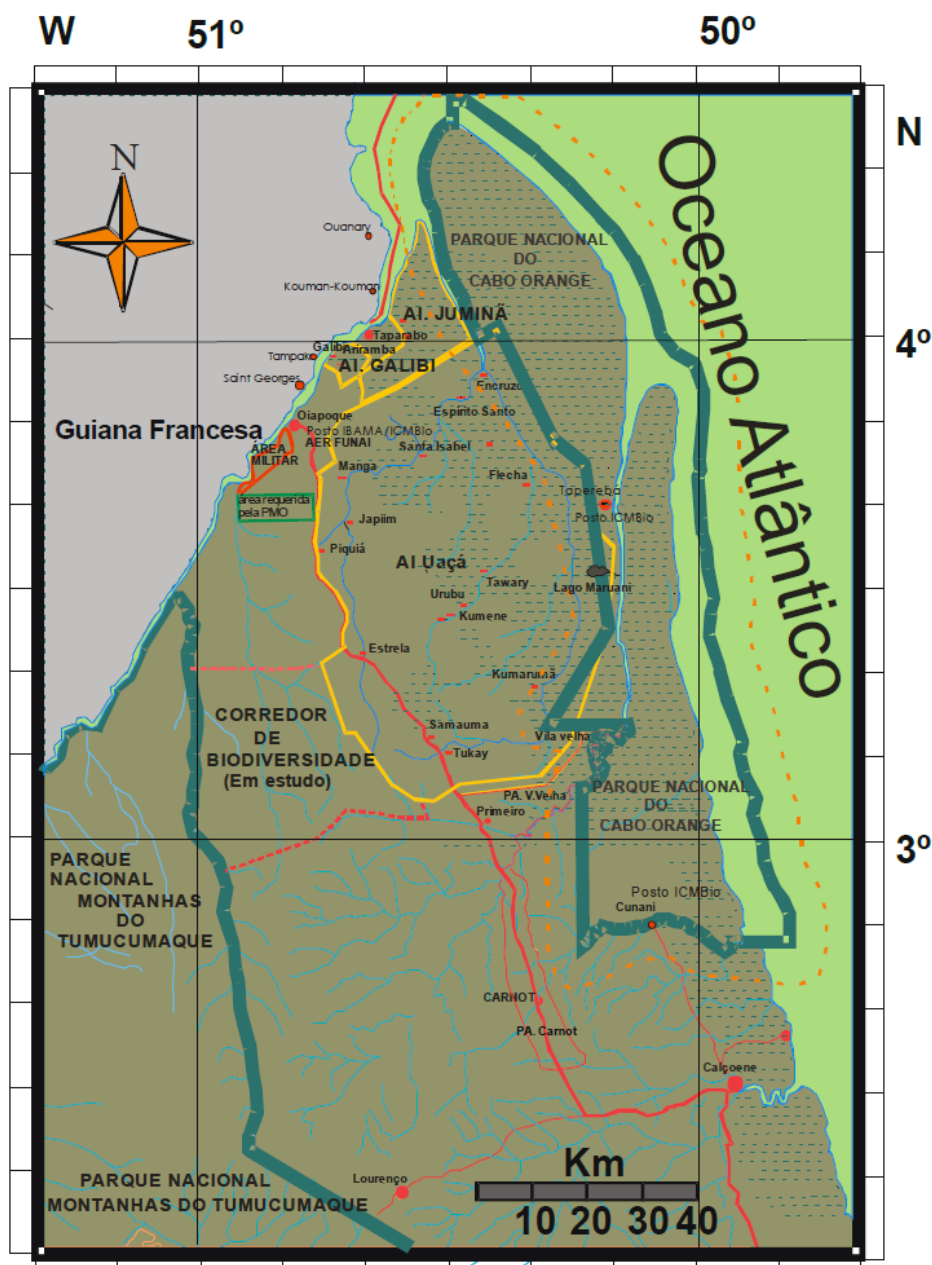
Os Galibi Kali'nã ou Galibi Oiapoque são descritos como mais recentes na região. São originários do tronco linguístico Carib, tendo migrado do Rio Maná (próximo à fronteira entre a Guiana Francesa e o Suriname) para o Brasil na década de 1950. Sua língua original é o kali'nã, porém falado apenas pelos mais velhos. Na experiência adquirida no contato estabelecido com os grupos indígenas da região do Rio Uaçá, os Galibi Kali'nã aprenderam o idioma Patois. Em seus contatos com não indígenas falam o Português e o Francês. Vivem hoje na mesma aldeia na qual se instalaram em meados do século XX e os mais antigos integrantes ainda têm razoável conhecimento do Patois Holandês (GALLOIS, GRUPIONI, 2003; VIDAL, 2001; SILVA, 2015).

Os Galibi Marworno são uma etnia que descende de povos Carib (provenientes das Guianas em épocas remotas) e das etnias Marworno, Aruã e Maraon (extintas como povos diferenciados), do tronco Aruak. Sua língua nativa atual é o Patois, uma vez que sua língua materna ancestral entrou em desuso. A adoção desse etnônimo (Galibi) é recente; começou a ser usado no final da década de 40 do Século XX, quando o SPI (Sistema de Proteção ao Indígenas) iniciou sua atuação na região do Oiapoque e identificou os grupos que habitavam as áreas do alto Rio Uaçá como Galibi. Os Galibis Marworno não têm ligação parental com os Galibi Kali'nã e, no intuito de se fazer essa diferenciação, nas décadas de 1980 e 1990, o CIMI (Conselho Indigenista Missionário) recomendou acrescentar ao etnônimo Galibi o também etnônimo Marworno (APIO, 2009; VIDAL, 2001).

Possivelmente as primeiras famílias que chegaram ao Rio Curipi, no final do Século XIX, denominavam-se Karipuna. Formados de uma base bastante heterogênea de indígenas e não indígenas, essas famílias começaram a ser identificadas como os Karipuna na primeira metade do Século XX pela Comissão

Rondon em 1927 e mais tarde pela população que vive na região. Falantes do Patois, língua usada em toda a bacia do Rio Oiapoque, seus antepassados também falavam o Francês e o Nhengatu. Estão mais concentrados no Rio Curipi, porém algumas de suas aldeias estão às margens da BR 156.

Figura 2 - Terras Indígenas, aldeias, parques, cidades e rodovia e estradas



Extraído de: ICMBio, 2016

3.2 A INFLUÊNCIA DA GLOBALIZAÇÃO NA SAÚDE INDÍGENA

O termo “globalização” habitualmente é descrito como apenas um fenômeno de interdependência econômica entre países, no entanto para explorar ao máximo toda a amplitude e complexidade que o universo dessa terminologia exige, faz-se necessária uma abordagem na qual se leve em consideração, de forma irrestrita, todos os componentes, atores e aspectos sociais, culturais e econômicos que, continuamente, constroem esse evento (MATO, 2007).

A América Latina apresenta uma grande diversidade étnica de povos nativos, com manifestação política e visões próprias de mundo, assim como particularidades em suas expressões culturais (RUSSO, 2007). Sobremaneira a essência dessas naturezas sofre interferências e acaba por ser influenciada frente ao convívio, conexão ou vínculo desses povos com a sociedade nacional. Desta forma, os aspectos relacionados à saúde dessa população igualmente sofrem interferência.

O próprio conceito de saúde compartilhado pela população indígena, no qual se associam o princípio de coexistência com o ambiente e componentes espirituais, físicos, mentais e emocionais, nos panoramas individual e coletivo, reflete as especificidades étnicas locais e regionais, e se traduz em um sentimento de construção de uma identidade coletiva, apesar da absoluta falta de sensibilidade, da grande maioria, da sociedade nacional, frente à estrutural discriminação implantada desde a chegada dos invasores europeus no final do século XV e que perdura até os tempos atuais (CEPAL, 2015; RUSSO, 2007; MONTENEGRO e STEPHENS, 2006).

Historicamente, quando dois povos se relacionam, ocorre um choque cultural e é da natureza humana a tentativa de impor o seu modo de vida. Com a chegada dos europeus na América não foi diferente. Por meio da força, instituiu-se no Continente Americano religião, sistema econômico e línguas europeias. Segundo Follér (2001), um caminho para se dirimir os efeitos nocivos dos conflitos contemporâneos, inerentes às relações sociais, com inevitáveis efeitos nas mais variadas esferas, é o respeito ao princípio da autodeterminação dos povos, com acesso e integração dessa população como elementos ativos no processo de construção das políticas e estratégias de saúde

A ineficiência de políticas públicas voltadas para a população indígena se dá, muitas das vezes, pelo equívoco da não compreensão das discrepâncias entre os conceitos de saúde, bem-estar, lazer e trabalho da sociedade nacional e da população indígena. Daí se tem a grande necessidade de inclusão da visão desses povos na formulação de estratégias, também, para a saúde indígena (AZANHA, 2005; FOLLÉR, 2001).

A Saúde Global refere-se a problemas “[...] que transcendem fronteiras, governos nacionais e demandam ações das forças globais que determinam a saúde dos povos” (KICKBUSCH et al. 2007). Dentre esses povos, estão também contemplados os indígenas.

Assim, a noção da supra territorialidade, mas com conexões desde o nível global até o nível local, além dos princípios de respeito à diversidade humana, em seus aspectos sociais e culturais, de justiça social, de equidade e de ampliação da autonomia das pessoas e dos povos é de grande valia para regular as relações entre os povos indígenas e a sociedade nacional (FORTES e RIBEIRO, 2014). Amparados nessa noção, pode-se pensar e discutir estratégias de melhor compreensão e encaminhamentos de repostas, ou pelo menos buscas de resposta, às problemáticas de saúde das populações indígenas que habitam a fronteira do Brasil com a Guiana Francesa.

3.3 ANATOMIA DO PERIODONTO

O periodonto tem como função principal a inserção dos elementos dentários nos tecidos ósseos maxilares e mandibulares, especificamente nas cavidades denominadas alvéolos dentários, contribuindo para a manutenção da integridade da superfície da mucosa mastigatória da cavidade bucal. Também denominado de “aparelho de inserção” ou “tecidos de suporte”, o periodonto é uma unidade biológica funcional que, pode sofrer alterações morfológicas e funcionais com a idade ou devido a fatores traumáticos, oclusais e microbianos (LINDHE et al., 2005).

De maneira geral, o periodonto é composto basicamente por duas porções, o periodonto de proteção (formado pela gengiva e mucosa alveolar) e pelo periodonto

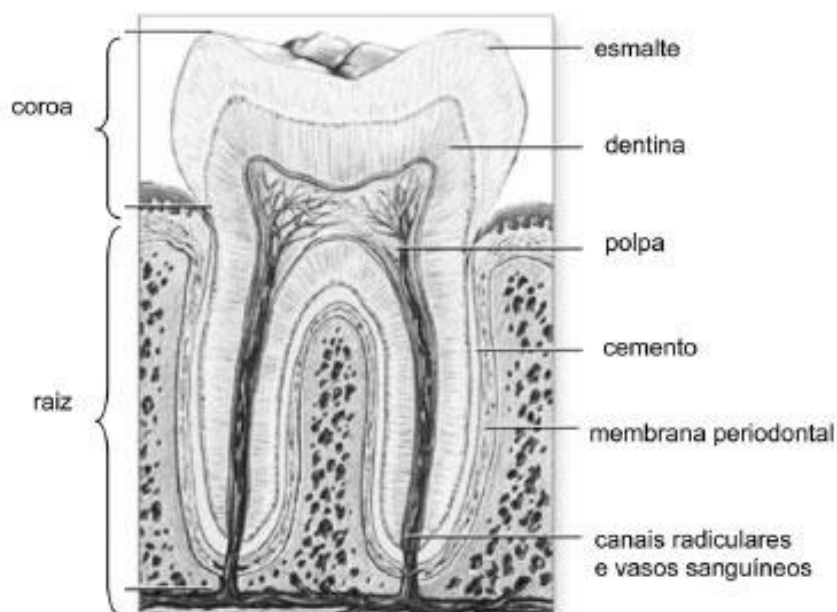
de sustentação ou inserção (formado pelo osso alveolar, cimento e ligamento periodontal) (MACHADO, 2003).

3.3.1 Periodonto de Inserção

O cimento, unidade que constitui o periodonto, está localizado nos elementos dentários, deste modo é importante conhecer também a morfologia básica dos dentes, com o intuito de compreender a formação do sistema que forma o periodonto.

Didaticamente, um elemento dentário pode ser dividido em coroa (porção externa) e raiz (porção interna, que se encontra inserida no alvéolo dentário ou processo alveolar). A porção mais interna dos dentes é chamada de polpa dentária, composta por nervos e vasos sanguíneos. A próxima camada, de dentro para fora, formada por tecido mineralizado devido à extensão dos odontoblastos, é a dentina, que representa a interface entre a polpa e o esmalte na coroa e a polpa e o cimento na raiz. O esmalte é porção mais externa da coroa e é altamente mineralizada, sendo que no seu estágio de maturação pode alcançar até 97% de fase inorgânica, em sua maior parte HAp (hidroxiapatita). Na porção radicular, a estrutura mais externa é o cimento, que recobre toda a extensão da raiz e é formado por tecido conectivo semelhante ao osso (ALVES et al., 2007; DELFINO et al., 2010).

Figura 3 - Esquema simplificado da estrutura dentária



Extraído de: DELFINO et al. 2010

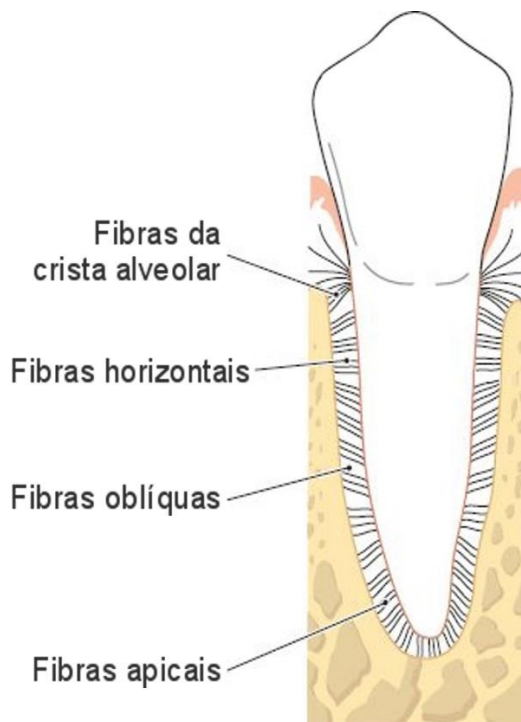
Elemento constituinte do periodonto de sustentação ou inserção, o cemento pode ser definido como um tecido calcificado especializado, não vascularizado, não innervado e que não sofre remodelação, mas tem uma contínua formação ao longo da vida. Em comparação com a dentina, o cemento é considerado mais permeável e menos calcificado e é nele que se inserem as fibras do ligamento periodontal na raiz, contribuindo com a reparação tecidual da superfície radicular e atuando como isolante da dentina e do forame apical. As células que compõem o cemento são os cementoblastos e os cementócitos. Os cementoblastos elaboram a matriz ou o cementoide (matriz não calcificada) e impedem a aproximação de osteoblastos e osteoclastos, já os cementócitos são as células maduras que encontra-se aprisionadas no interior do cemento. São descritos quatro tipos de cemento: o primário ou acelular, que é formado em conjunto com a rizogênese e a irrupção dos dentes, sendo encontrado nos dois terços cervicais da raiz; o secundário ou celular, encontrado no terço apical da raiz e é formado após a irrupção dentária, devido à reposição de demandas funcionais; fibrilar, que possui fibras dos sistemas intrínseco e extrínseco nele inseridas; afibrilar, que é a porção de cemento que se encontra sobre o esmalte e não possuem fibras inseridas (MACHADO, 2003).

O Processo alveolar, outra estrutura que faz parte do periodonto de sustentação, é a porção da maxila e mandíbula que forma e dá suporte aos alvéolos dentários, que são formados quando os dentes erupcionam para fornecer fixação óssea ao ligamento periodontal em formação. O processo alveolar consiste em uma placa externa de osso cortical formada por osso lamelar compactado, uma placa delgada de osso compacto interna, chamada de osso alveolar próprio, que pode ser visto em radiografias como lâmina dura e histologicamente essa placa ou lâmina interna apresenta uma série de aberturas ou passagens, chamada placa cribriforme, pelas quais passam os feixes nervosos e vasculares que fazem a comunicação do ligamento periodontal com os componentes centrais do osso alveolar, o osso esponjoso, e uma trabécula esponjosa entre essas duas camadas compactas que atuam dando suporte ao osso alveolar. O septo interdental consiste em osso alveolar de osso esponjoso de suporte fechado entre duas bordas de osso compacto (NEWMAN et al., 2012).

Outro componente que forma o periodonto de sustentação ou inserção é o ligamento periodontal, com funções física, formativa, nutricional, remodeladora e sensorial. Um dos mais consideráveis aspectos do ligamento periodontal é a capacidade de ajuste, adaptação e adequação às rápidas mudanças funcionais mantendo sua espessura em dimensões constantes ao longo da vida. É constituído de tecido conjuntivo altamente celular e vascularizado que envolve e se conecta à parede interna do osso alveolar, sendo contínuo com o tecido conjuntivo gengival e comunicando-se com os espaços medulares, por meio dos canais de vasculares no osso, os canais de Havers. A largura média do ligamento periodontal é de 0,2mm, no entanto essa largura pode variar sobremaneira, para mais ou para menos, dependendo da carga exercida sobre o elemento dentário, ou seja, hiperfunção ou hipofunção. O ligamento periodontal também fornece nutrientes para os tecidos ósseos, cemento e gengiva por meio de vãos sanguíneos, além de promover drenagem linfática. As fibras periodontais são abundantemente inervadas por feixes de fibras nervosas do nervo trigêmeo, que são capazes de transmitir sensações táteis, de pressão e de dor. O ligamento periodontal apresenta características mistas, isto se justifica por ele fazer ligação com o tecido ósseo do alvéolo e com o cemento, presente na superfície radicular. Os feixes do ligamento periodontal são classificados nos seguintes grupos: grupo da crista alveolar, grupo horizontal, grupo oblíquo, grupo

apical (Figura 4) e o grupo de fibras inter-radulares, que localizam-se entre as raízes de dentes com duas ou mais raízes (MACHADO, 2003; NEWMAN et al., 2002; 2012).

Figura 4 - Distribuição do ligamento periodontal por grupos



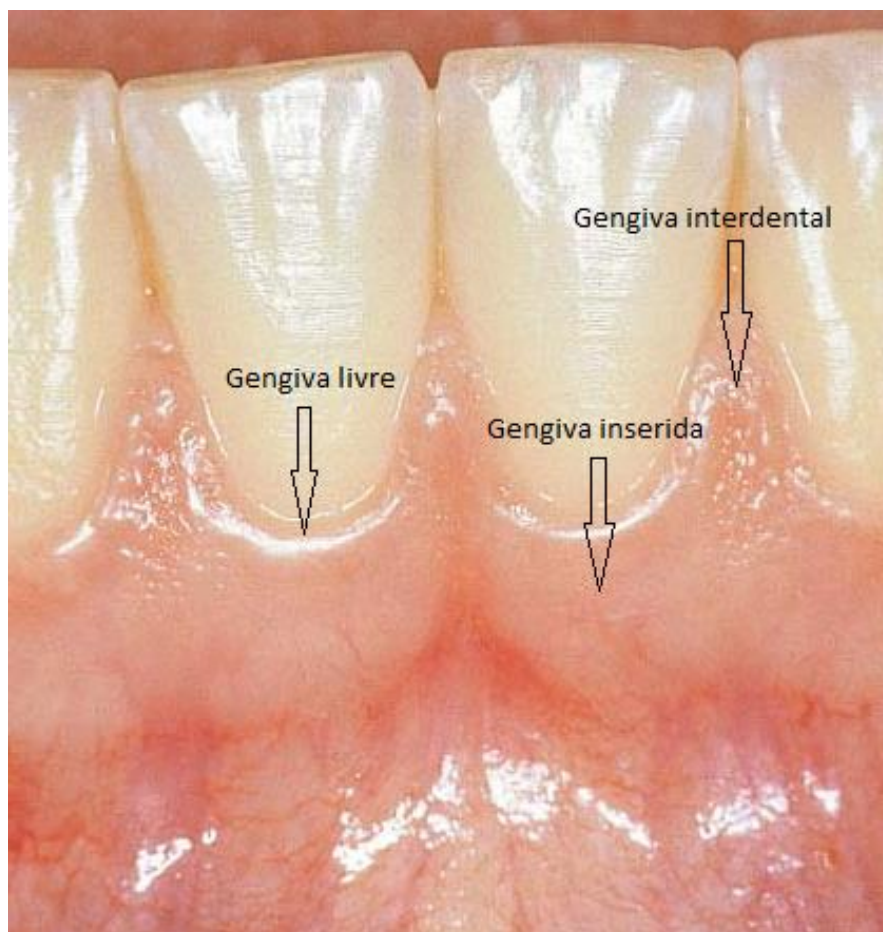
Extraído de: Adaptado de LINDHE; LANG, 2018

3.3.2 Periodonto de Proteção

A mucosa oral é constituída por três zonas: a mucosa mastigatória, formada pela gengiva e o revestimento do palato duro, a mucosa especializada, que reveste o dorso da língua, e a mucosa de revestimento, que recobre o restante da boca. A mucosa oral é contínua com a pele dos lábios e com a mucosa do palato mole e faringe (LINDHE; LANG, 2018).

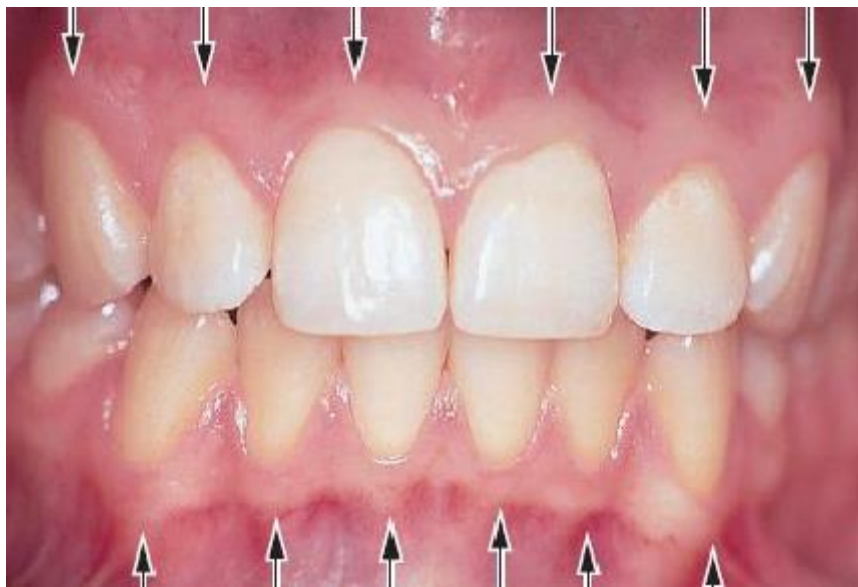
A gengiva é a porção da mucosa mastigatória que circunda a região cervical dos dentes e cobre o processo alveolar, podendo ser diferenciada em três tipos: a gengiva inserida, a gengiva livre e a interdental (Figura 5). Ela consiste em uma camada de tecido epitelial com subjacente tecido conjuntivo. No sentido coronal, a gengiva termina na margem gengival livre, que tem contorno festonado.

Figura 5 - Gengivas livre, inserida e interdental



Extraído de: Adaptado de www.pocketdentistry.com, 2015

Em sentido apical, oposto ao coronal, a gengiva delimita-se com a mucosa alveolar, que apresenta uma coloração mais avermelhada, consistência distinta e não aderida ao tecido ósseo subjacente. Em geral pode-se observar com facilidade o limite entre a gengiva e a mucosa alveolar, que recebe a nomenclatura de limite mucogengival, como mostram as setas (Figura 5).

Figura 6 - Limite mucogengival

Extraído de: LINDHE; LANG, 2018

A gengiva marginal ou livre é a porção terminal da gengiva que circunda os dentes em forma de colar. Apresenta uma coloração rósea, superfície opaca e consistência firme. Na metade da população, é marcada no limite com a gengiva inserida por uma pequena depressão linear que recebe o nome de ranhura ou sulco gengival livre. Ela se estende a partir da margem gengival e segue até o sulco ou ranhura gengival livre, que está em um nível equivalente ao da Junção cemento-esmalte, o que dá a ela uma medida de cerca de 1mm de largura e forma a parede de tecido mole do sulco gengival (LINDHE; LANG, 2018; MACHADO, 2003; NEWMAN et al., 2012).

No sentido apical, o limite da gengiva inserida é nitidamente demarcado pela junção mucogengival (Figura 6). A gengiva inserida apresenta uma coloração rósea e textura firme com uma superfície que frequentemente apresenta pequenas depressões. Essas depressões conferem à gengiva inserida um aspecto de casca de laranja. Outra característica dessa gengiva é a firme aderência ao tecido ósseo e cimento subjacentes, por meio de fibras de tecido conjuntivo, o que dá a ele uma relativa imobilidade em relação a esses tecidos. A dimensão da extensão da gengiva inserida, na região vestibular, difere em diversas áreas, podendo ser maiores na região de incisivos e mais estreita na região de dentes posteriores. Na face lingual da mandíbula, a gengiva inserida é contínua com a mucosa que reveste o assoalho bucal e delimita-se com ele pela linha da junção da mucosa alveolar lingual, já a superfície

palatina da gengiva inserida na maxila tem continuidade com a mucosa palatina de forma a não evidenciar divisão (Figura 6) (LINDHE et al., 2005; LINDHE; LANG, 2018; MACHADO, 2003; NEWMAN et al., 2002; 2012).

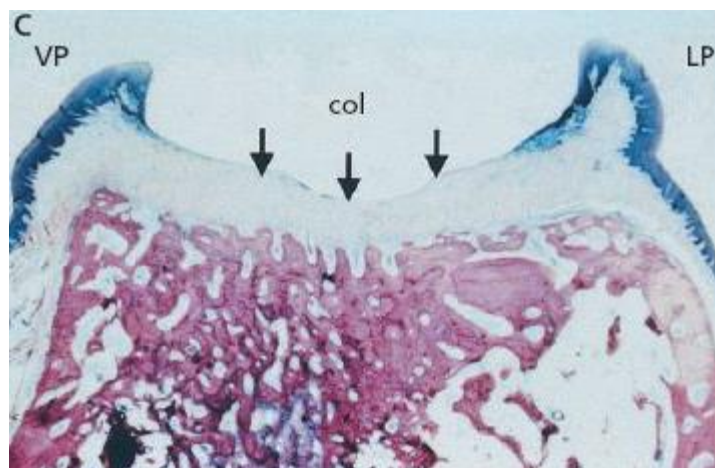
Figura 7 - Gengiva inserida e mucosa palatina



Extraído de: LINDHE; LANG, 2018

A gengiva interdental, que também é conhecida como gengiva interproximal, interdentária ou simplesmente papila interdental, está localizada na ameia gengival, que é a área abaixo do ponto de contato interproximal. Sua forma é determinada pela largura da superfície interproximal, pela superfície ou ponto de contato interproximal e pelo trajeto da junção cimento esmalte. Na região de dentes anteriores, a gengiva interdental apresenta formato piramidal, enquanto que na região de pré-molares e molares, onde os dentes têm superfície de contato e não pontos de contato, as papilas interdentais apresentam uma concavidade, no sentido vestibulo-lingual ou vestibulo-palatino, que recebe o nome de “col”. A figura abaixo mostra, em corte histológico a área uma área de col (VP é a região vestibular e LP é região lingual) (LINDHE et al., 2005; NEWMAN et al., 2012).

Figura 8 - Corte histológico da área do col



Extraído de: LINDHE; LANG, 2018

3.4 DOENÇA PERIODONTAL (DP)

Nome dado a um conjunto processos inflamatórios e infecciosos, de etiologia multifatorial, a DP está associada à resposta do hospedeiro à colonização da área subgengival por bactérias patogênicas específicas. Pelo menos dois desses microrganismos, que invadem os tecidos periodontais, são considerados bastante agressivos: *Porphyromonas gingivalis* e *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. (GENCO, 1996; JUIZ et al., 2010).

A DP é um termo genérico atribuído às condições inflamatórias crônicas de origem microbiana que têm seu princípio com um processo inflamatório gengival, ou seja, uma gengivite, podendo ou não evoluir e estender essa inflamação aos tecidos de suporte dos dentes, ou seja, a uma periodontite. Esta evolução ou progressão não se dá de maneira linear, mas sim através de surtos episódicos (ROSELL et al., 1999).

Segundo Juiz et al., (2010), a DP tem origem multifatorial. Dentre os fatores de risco para sua instalação e agravamento, incluem-se o diabetes melito (DM), tabagismo e HIV.

Em publicação sobre a composição e dinâmica da formação do biofilme da placa dental, Darveau et al. (1997) afirmam que mais de 300 espécies de bactérias foram reconhecidas na cavidade oral e novas espécies são descritas na medida em

que novas amostras são examinadas e técnicas de isolamento são aprimoradas e ou desenvolvidas.

Dentre os micro-organismos associados à DP e gengivite, pode-se elencar *Porphyromona gingivalis*, *actinobacillus actinomycetemcomitans* sorotipo b, *Bacteroides Forsythus* PRO espiroqueta, *Treponema denticola*, *Prevotella Intermedia*, *Prevotella Nigrescens*, *Campylobacter Rectus*. *Peptostreptococcus micros*, *Fusobacterium nucleatum* subespécie *Vincentii*, *Fusobacterium nucleatum* subsa *nucleatum*, *Selenomonas naxia*, *Selenomonas flueggeii* Espécie entérica, *Fusobacterium akis*, *Lactobacillu uli*, *Veiilonella parvulae* e *streptococcirs oralis*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mitis*, *Streptococcus intermedius*, *Gapnocytophaga ochracea*, *Gapnocytophaga gingiwlis*, *Gampylobacter gracilis*, *Prevotella loescheii*, *Peptostmptococcus micros*, *Eubactenum nodatum*, *Actinomyces nueslundii*, *Actinomvces israelii*, *Campy&iacter concisus*, *Actinomyces odontolyticus*, *Fusobacterium nucleatum* subespécie *nucleatum*, *Eubacterium brachy*, *Eikenella corroden* e *Actinobacillus actinomycetemcomimns* sorotipo a, respectivamente.

Franca et al. (2010) definiram a DP como uma alteração patológica dos tecidos periodontais, de natureza inflamatória e origem infecciosa, que apresenta como fator etiológico inicial o acúmulo de biofilme dental decorrente de uma higienização oral insatisfatória. Esta doença é descrita de duas formas, sendo elas: a gengivite, que atinge apenas o periodonto de proteção, e a periodontite, que compromete o periodonto de sustentação.

As DPs representam infecções bucais, localizadas nas unidades dentárias e seus tecidos adjacentes, que se manifestam clinicamente pela inflamação da gengiva e posteriormente pela formação de bolsas periodontais, que propiciam e facilitam a proliferação de micro-organismos, como bactérias Gran negativas. O reflexo deste processo é a produção de mediadores inflamatórios pelo hospedeiro, devido à produção de lipopolisacarídeos liberados da membrana externa dessas bactérias que contribuem para a destruição dos tecidos do periodonto (VIEIRA, 2014).

As doenças periodontais (DPs) estão entre as condições crônicas de saúde mais comuns em todo o mundo. A forma destrutiva da DP, periodontite, afeta aproximadamente 50% dos adultos e essa taxa aumenta para acima de 60% em indivíduos com mais de 65 anos de idade, com periodontite severa afetando de 10 a 15% das populações. As DPs são condições inflamatórias microbianas crônicas que desencadeiam uma desordem no processo de resposta imune do hospedeiro e levam

a destruição tecidual do periodonto e, em alguns casos, a perda dentária, quando não ocorre uma intervenção adequada por parte da equipe que assiste ao paciente (CHAPPLE et al., 2013).

Em estudo de estimativa de prevalência e distribuição geográfica da DP na população adulta brasileira e sua associação com desigualdades sociais contextuais e individuais, foi obtido como resultado, na faixa etária entre 35 e 44 anos de idade, uma prevalência de 15,3% de DP “moderada a grave”. Para a DP “grave”, a estimativa de prevalência para o Brasil foi de 5,8%. Vale ressaltar que nesta pesquisa, dentre todas as capitais brasileiras estudadas, Macapá (capital do estado onde será realizado o presente estudo proposto) foi a que apresentou maior índice de prevalência da DP “moderada a grave” (VETTORE et al., 2013).

O estudo acima referido adotou o Índice Periodontal Comunitário (IPC), tradução da sigla em inglês (CPI) Community Periodontal Index, que faz uso de três indicadores do estado periodontal: sangramento gengival à sondagem, cálculo dentário e bolsa periodontal. Também adotou o índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP). Foi considerada DP “moderada a grave” quando se encontrou pelo menos um sextante com profundidade de bolsa periodontal maior ou igual a 4 mm (CPI > 2) e pelo menos um sextante com perda de inserção maior ou igual a 4 mm (PIP > 0) e DP “grave” a presença de pelo menos um sextante com bolsa periodontal maior ou igual 4 mm (CPI > 2) e pelo menos um sextante com perda de inserção maior ou igual 6 mm (PIP > 1).

Segundo Dye (2012), o entendimento acerca da epidemiologia global das DPs vem sofrendo consideráveis mudanças nos últimos 50 anos, não apenas pelo avanço no conhecimento da história natural e distribuição da doença, mas pela mudança nas metodologias usadas nessa área de pesquisa. Mesmo com os grandes avanços feitos na área de microbiologia da doença referida, ainda há muito que se avançar no que tange às susceptibilidades e eficácia nos protocolos de prevenção, uma vez que os esforços empenhados na epidemiologia global da DP vêm sendo dispensados, majoritariamente, em identificar as populações que tem a doença e nas disparidades de prevalência entre elas.

Thomson et al. (2012) apontaram a DP como sendo um problema de saúde pública que requer ação dos serviços de saúde, em função de sua prevalência, gravidade, impacto na vida das pessoas e da comunidade, custo econômico e existência de métodos efetivos de prevenção e tratamento

3.5 DOENÇA PERIODONTAL NAS POPULAÇÕES INDÍGENAS

Em pesquisa para avaliar a auto percepção de saúde oral em indígenas adultos habitantes do posto indígena de Icatu, localizado no município de Braúna, São Paulo, Brasil, Moimaz et al. (2001) expressaram preocupação nesse contexto. Esse estudo expôs a existência de um contraste entre a auto percepção e a real condição de saúde oral, uma vez que 78,3% dos indígenas pesquisados a consideraram regular, embora quase todos apresentassem edentulismo parcial ou total. Este dado aponta para o pobre esclarecimento dessa população acerca de saúde oral, o que evidencia uma deficiência não apenas nas estratégias de promoção de saúde, mas também nas de prevenção, com ineficiência ou ausência das ações de educação em saúde.

Alves Filho et al. (2009) realizaram estudo para determinar a condição de saúde bucal na população guarani do estado do Rio de Janeiro e observaram a presença de cálculo dental, como condição mais prevalente, em 20,9% da população, seguida de 11,3% de sangramento gengival e 0,7% de indivíduos apresentando bolsas periodontais de 4 a 5mm, totalizando 32,9% dessa população com problemas relacionados aos tecidos periodontais. Ainda há que se salientar um total de 7,6%, do total de indivíduos, que foram excluídos do levantamento por não apresentarem dentes em alguns sextantes da arcada.

Em estudo de revisão sistemática, Alves Filho et al (2014) verificou que o agravamento da saúde oral das populações indígenas que habitam a Amazônia está diretamente relacionada com as alterações ecológicas e nos hábitos alimentares, proporcionadas pela interação com a população envolvente. Também destacam que mesmo uma análise dentro da população indígena encontram-se desigualdades, que estão associadas à função social dos indivíduos, acesso à educação e aos serviços de saúde, assim como diferentes formas de acesso à informação. Esse reconhecido processo de desigualdade tende a permanecer tanto entre os indígenas, quanto em comparação com os não indígenas, tendo em vista que nas pesquisa de condição periodontal não existe uma padronização das variáveis (clínicas e sóciodemográficas) nos levantamentos. Isso impossibilita a confrontação dos dados e o delineamento de políticas de saúde bucal para a prevenção e tratamento das doenças periodontais adequadas.

Alencar et al. (2011) em um levantamento que verificou condição gengival e fluorose em crianças indígenas do município de Aracruz, no Espírito Santo, verificou que 68,3% dos indivíduos com 12 anos de idade apresentavam sangramento gengival e 7,5% cálculo dentário.

Os indígenas são pouco contemplados em estudos epidemiológicos e segundo Alves Filho et al. (2014), muitos estudos não usam uma metodologia adequada e unificada. Isso dificulta a análise comparativa dos estudos e culmina em prejuízos na produção de conhecimento acerca da saúde bucal e a elaboração de estratégias de prevenção e promoção de saúde.

Por outro lado, existem dados que apontam para uma baixa ocorrência de DP em estágio avançado, como é o caso dos xavantes etéñitépa, localizados na Terra Indígena Pimentel Barbosa, no leste do Mato Grosso. A ocorrência de bolsas periodontais e de dentes com mobilidade não é expressiva, fato esse que pode ser atribuído a uma maior resistência a fatores irritantes (placa e cálculo) e/ou à fatores não investigados, como microbiota bucal e possíveis efeitos benéficos do estímulo aos tecidos de proteção e sustentação (periodonto) promovidos pela dieta, que é constituída de alimentos duros e fibrosos (ARANTES et al., 2001).

Os autores acima citados apontaram o fator nutricional dos xavantes etéñitépa, com a manutenção de características tradicionais, como o consumo de raízes, frutos, pesca e caça, como possível responsável por uma saúde bucal ainda razoável e propuseram a implementação de ações preventivas visando, entre outras coisas, difundir a prática de higienização oral sistemática e o uso de dentifrícios fluoretados.

A exemplo do que acontece com a grande maioria da população indígena no Brasil, não existem estudos sobre a saúde bucal dos indivíduos que habitam as Terras Indígenas (TIs) da região do Oiapoque, que são Uaçá, Juminã e Galibi do Oiapoque, o que impõe a necessidade de fazê-los.

4 RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A introdução de políticas públicas sem um planejamento estratégico, seja para a universalização dos benefícios ou para o correto direcionamento dos recursos para os grupos com maiores necessidades, pode provocar efeitos não desejados, como o aumento das desigualdades. Esse efeito tem a denominação de “lei da equidade inversa”, e tem sido observado inclusive na área de saúde bucal (ANTUNES e NARVAI, 2010; VICTORA et al., 2000).

Pesquisas epidemiológicas em saúde bucal são importantes ferramentas na determinação de políticas públicas de saúde, tanto em caráter preventivo, quanto na eliminação e mitigação de agravos à saúde bucal. Em relação à população indígena, essas ações de pesquisa permitem a formulação de estratégias adequadas que atendam as especificidades dessa população (ALENCAR et al., 2011; FRIAS et al., 2011).

Esta linha de pensamento é reforçada pelo estudo acerca da experiência de cárie, doença que também apresenta elevados índices nessas populações, em índios do Alto Xingu, localizados na porção sul do Parque Nacional do Xingu, onde a mudança de hábitos alimentares e culturais e a irregularidade de assistência odontológica reforçam a necessidade de iniciativas de promoção de saúde, prevenção de doenças e prevenção de agravos das doenças já instaladas dirigidas a esses grupos (RIGONATTO et al., 2001).

No que tange a saúde bucal das populações indígenas no Brasil, faz-se necessário o conhecimento de seus perfis epidemiológicos, com características peculiares a cada uma das etnias às quais pertencem, para que, de fato, se possa vislumbrar o aprimoramento das estratégias de saúde hoje estabelecidas para esses grupos. Assim, a principal justificativa deste estudo está no foco que tem sobre a população indígena, em especial os povos que habitam a fronteira do Brasil com a Guiana Francesa, sobre os quais, estudos epidemiológicos de saúde bucal ainda não são encontrados.

5 OBJETIVOS

- Descrever a distribuição de condições periodontais em indivíduos das etnias Palikur, Galibi Marworno e Karipuna localizadas no município de Oiapoque, na fronteira do Brasil com a Guiana Francesa.
- Analisar a distribuição de condições periodontais nesses indivíduos, segundo suas características sociodemográficas e comportamentais.

6 MATERIAL E MÉTODOS

6.1 POPULAÇÕES E LOCAIS DE ESTUDO

Na faixa de terra que vai do norte do Pará ao extremo norte do Amapá, existem 8 Terras Indígenas (TIs) demarcadas (7 delas homologadas). Essa região compreende a área de atuação do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) do Amapá e norte do Pará, onde se distribuem 10 grupos indígenas. Dentre essas 7 TIs homologadas, destacam-se Uaçá, Juminã e Galibi do Oiapoque, pelo fato de suas populações estarem mais vulneráveis às ações da população envolvente devido a, entre outros fatores, proximidade dessas TIs com a cidade de Oiapoque, fronteira com a Guiana Francesa e Rodovia Federal que liga a capital do Estado (Macapá) ao município de Oiapoque. Habitam essas terras as etnias Karipuna, Palikur, Galibi Marworno e Galibi Kalinã/Oiapoque (GALLOIS; GRUPIONI, 2003).

Alguns povos indígenas, que habitam o Amapá e o Norte do Pará, estão distribuídos em ambos os lados da fronteira entre Brasil e países limítrofes da região. Como exemplo disso, pode-se citar a etnia Palikur, cujo povo vive tanto no Brasil como na Guiana Francesa (GALLOIS; GRUPIONI, 2003) e deslocam-se livremente entre essa fronteira.

Segundo a Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI), o DSEI Amapá e norte do Pará têm uma população 10.824 habitantes indígenas. Desse total, 7.114 habitam as TIs localizadas no município de Oiapoque (BRASIL, 2013b).

O presente estudo, conforme se apresentou antes, teve como população alvo as etnias que habitam as TIs localizadas no município de Oiapoque, que são os povos Palikur, Galibi Marworno, e Karipuna, nas faixas etárias entre 15-19, 35-44 e 65-74 anos de idade, tanto do gênero masculino como do gênero feminino, seguindo os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2013).

6.2 DELINEAMENTO DA AMOSTRA

Segundo dados do Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (SIASI), da Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) e Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), a população total do DSEI Amapá e Norte do Pará é de 10.824 habitantes. Também segundo dados das mesmas fontes acima citadas, o número de habitantes das TIs que estão contempladas neste estudo é de 7.114 habitantes, sendo que 3.738 são do sexo masculino e 3.376 do sexo feminino. Em relação a idade, 2.972 estão na faixa etária abaixo de 15 anos e 4.142 acima (BRASIL, 2013b).

O SIASI apresenta pirâmides populacionais para as etnias que habitam as TIs localizadas no município de Oiapoque, o que denota haver documentação de registro de nascimento, um conhecimento dessa população em relação a própria idade e a obtenção de documentos oficiais (BRASIL, 2013b).

Foram examinados todos os que aceitaram participar em cada aldeia, para posterior classificação por sexo, grupo etário e etnia.

6.3 CALIBRAÇÃO DO EXAMINADOR

Para a calibração foi formada uma equipe, composta de um Cirurgião Dentista (CD), pesquisador, e um Técnico em Saúde Bucal (TSB), contratado pelo pesquisador. É importante ressaltar que a dupla formada pelo CD e o TSB sempre foi auxiliada, durante o processo de calibração, por parte da equipe (um CD e uma TSB) de odontologia do Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI) Amapá e Norte do Pará.

A calibração foi estruturada em uma etapa teórica (de 8 horas) e uma etapa prática (de 16 horas). Essas duas etapas totalizaram 6 turnos de 4 horas. A etapa prática foi realizada na CASAI (Casa de Saúde Indígena) do DSEI Amapá e Norte do Pará, que está localizada na cidade de Macapá. Foi utilizado como local da calibração um consultório odontológico móvel (um automóvel tipo van adaptado). Foi empregado o *coeficiente Kappa* para o controle de reprodutibilidade das observações realizadas

e da concordância intra-examinador dos agravos periodontais. Primeiramente o examinador praticou em um grupo de 10 indivíduos que apresentavam uma variação ampla nos níveis da doença. Então o examinador determinou a consistência com que ele aplicou o critério, examinando um grupo com 20 indivíduos duas vezes. Em 13 indivíduos os exames foram realizados em dias consecutivos. Em 7 indivíduos os exames foram realizados no mesmo dia, dando um intervalo de pelo menos 30 minutos entre o primeiro e o segundo exame. Estes indivíduos foram pré-selecionados dentro de uma variação completa das condições que se esperava avaliar no levantamento proposto inicialmente pelo projeto (FRIAS et al., 2004).

Através da comparação dos resultados dos 2 exames, pôde-se obter uma estimativa da extensão e natureza da variabilidade do diagnóstico. Caso a variabilidade fosse grande, o examinador deveria revisar a interpretação dos critérios e realizar exames adicionais até que conseguisse alcançar uma consistência aceitável. Em geral, a concordância para as avaliações de cárie dentária deve variar entre 85 a 95%, aceitando-se uma estatística *kappa* ligeiramente inferior para as avaliações de doença periodontal (WHO, 1997).

A calibração para este levantamento obteve: para a variável “Sangramento” a estatística *Kappa* 0.8858, intervalo de confiança 95% (0.7724 - 0.8539); para a variável “Bolsa Periodontal” a estatística *Kappa* 0.9691, intervalo de confiança 95% (0.9479 a 0.9903); para a variável “Perda de Inserção Periodontal” a estatística *kappa* 0.9636; intervalo de confiança 95% (0.9134 a 1.0000).

O examinador pode mudar a maneira de aplicar os critérios de diagnóstico no decorrer dos exames. Com o intuito de detectar e corrigir essa tendência, foram realizados exames em duplicata em 5-10% da amostra populacional. Para que a qualidade do exame não fosse prejudicada, determinou-se que o examinador não pudesse identificar o indivíduo que foi examinado previamente. Para isto, o anotador ficou com responsabilidade por providenciar o reexame, que foi realizado no início, aproximadamente na metade e no final do estudo (WHO, 1997).

6.4 VARIÁVEIS CLÍNICAS

Para a realização do estudo foram utilizados o Índice Periodontal Comunitário modificado e levantamento da perda de inserção periodontal. No Índice Periodontal Comunitário, três indicadores são usados: Sangramento gengival, cálculo dentário e bolsa periodontal, enquanto no Índice Periodontal Comunitário modificado usam-se apenas dois: sangramento gengival e bolsa periodontal (WHO, 1997; 2013).

Vale ressaltar que outras modificações foram realizadas no método de 1997 para se estruturar o método mais recente (2013), preconizado pela Organização Mundial de Saúde. No método mais recente não se faz a separação das arcadas dentárias em sextantes e também não são utilizados dentes-índice para o registro dos indicadores. Atualmente todos os dentes presentes são examinados e os registros de sangramento e bolsas periodontais são feitos em tabelas separadas.

É imperativo ainda esclarecer que houve uma modificação nos códigos para o registro dos índices, pois no método de 1997 adotava-se: 0 (hígido), 1 (sangramento à sondagem), 2 (presença de cálculo dentário), 3 (bolsa periodontal rasa, entre 4 e 5mm), 4 (bolsa periodontal profunda, de 6mm ou mais), x (sextante excluído), 9 (sem registro). Já no Índice Periodontal Comunitário modificado adota-se para o sangramento gengival os códigos: 0 (ausência de condição), 1 (presença de condição), 9 (dente excluído) e x (dente ausente). E para o registro das bolsas periodontais, adotam-se os seguintes registros: 0 (ausência de condição), 1 (bolsa rasa, de 4-5mm), 2 (bolsa profunda, com 6mm ou mais), 9 (dente excluído), x (dente ausente) (WHO, 1997; 2013). A avaliação da presença de cálculo dentário deixou de ser recomendada.

Como mencionado, dois indicadores periodontais são utilizados no IPC modificado: sangramento gengival e bolsa periodontal. Para a tomada desses indicadores, foi especialmente projetada, pela Organização Mundial de Saúde, uma sonda metálica leve com uma esfera de 0,5mm de diâmetro em sua extremidade ativa, uma faixa de cor preta entre 3,5 e 5,5mm e anéis marcadores a 8,5mm e 11,5mm da ponta da esfera (Figura 9). Todos os dentes presentes na boca foram examinados para a presença e ausência de sangramento gengival, assim como para a presença ou ausência de bolsas periodontais. A profundidade de bolsa foi aferida utilizando-se da sonda recomendada pela Organização Mundial de Saúde. Nesses exames a esfera

da sonda deve ser inserida de maneira gentil e cuidadosa no sulco gengival ou bolsa periodontal, de forma que toda a extensão do sulco ou bolsa seja explorada. Por exemplo, quando do exame do segundo molar, deve-se inserir a sonda gentilmente na porção distal do sulco ou bolsa da face vestibular, sempre o mais próximo possível do ponto de contato com o terceiro molar e paralela ao longo eixo da raiz do dente. O mesmo deve ser feito na face lingual ou palatina (WHO, 2013).

Para o exame e registro desses dois indicadores foram adotados os códigos preconizados atualmente pela Organização Mundial de Saúde para o índice periodontal comunitário modificado: para o sangramento gengival os códigos 0 (ausência de sangramento), 1 (sangramento observado diretamente ou por meio do espelho, após sondagem), 9 (dente excluído) e x (dente ausente); Para bolsas periodontais 0 (ausência de bolsa), 1 (bolsa entre 4 e 5mm), 2 (bolsa com mais de 6mm), 9 (dente excluído) e x (dente ausente) (WHO, 2013).

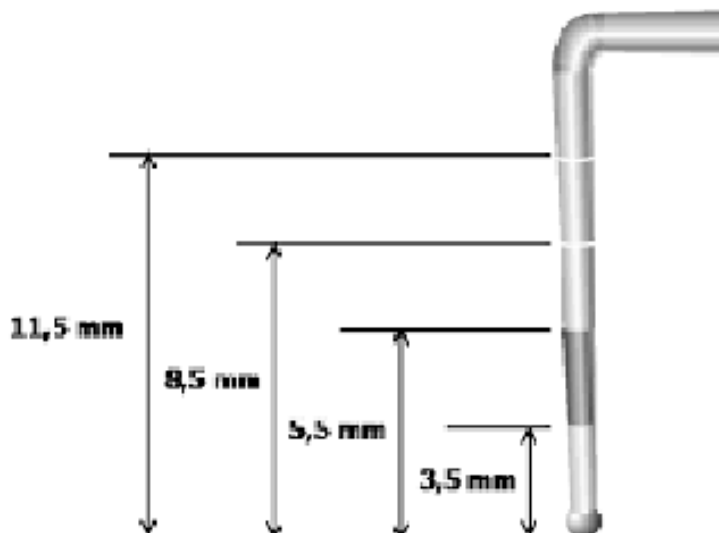
As informações acerca da perda de inserção foram coletadas por meio do exame de dentes índice. O registro da perda de inserção é feito dividindo a boca em sextantes, delimitados entre os dentes: 18-14, 13-23, 24-28, 38-34, 33-43 e 44-48. O método mais confiável para o registro de perda de inserção em cada sextante é fazê-lo logo após o registro de sangramento gengival e bolsa periodontal (WHO, 2013).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013), os dentes índice são: 17 e 16 (sextante superior direito posterior), 11 (sextante superior anterior), 26 e 27 (sextante superior esquerdo posterior), 37 e 36 (sextantes inferior esquerdo posterior), 31 (sextante inferior anterior) e 46 e 47 (sextante inferior direito posterior). Se o/os dentes índice não estiverem presentes no sextante examinado, todos os dentes presentes nesse sextante devem ser examinados e o maior código deve ser registrado como código do sextante.

Os códigos para o exame e registro da perda de inserção que foram adotados neste estudo são os que a Organização Mundial de Saúde preconiza: 0 - Perda de inserção de 0 a 3 mm (junção cimento esmalte não visível), 1 - Perda de inserção de 4 a 5 mm (junção cimento esmalte visível envolvendo a área preta da sonda), 2 - Perda de inserção de 6 a 8 mm (junção cimento esmalte visível entre o limite superior da área preta da sonda e a marca de 8,5 mm), 3 - Perda de inserção de 9 a 11 mm (JCE visível entre a marca de 8,5 e a de 11,5 mm), 4 - Perda de inserção de 12 mm ou mais (JCE visível ultrapassando a marca de 11,5 mm da sonda), x - Sextante

excluído (menos de dois dentes presentes), 9 - Sem registro (JCE não está visível nem detectável).

Figura 9 - Sonda da Organização Mundial de saúde para CPI



Fonte: Fundação Educacional Manoel Guedes, 2018

6.5 VARIÁVEIS DE DESFECHO QUE FORAM UTILIZADAS PARA AFERIR A CONDIÇÃO PERIODONTAL

1. Presença de sangramento em doze ou mais dentes
2. Presença de bolsa periodontal em ao menos um dente
3. Presença de perda de inserção periodontal em ao menos um sextante
4. Doença periodontal (considerada quando havia bolsa periodontal em ao menos um dente e perda de inserção periodontal em ao menos um sextante) (CATON et al., 2018).
5. Dentição funcional (considerada quando havia 21 dentes ou mais) (HOBDELL et al., 2003).
6. Número de dentes

6.6 VARIÁVEIS SÓCIO DEMOGRÁFICAS

6.6.1 Idade

Para esta variável serão considerados os três grupos etários recomendados pela OMS (2013) para esse tipo de levantamento. São elas: adolescentes de 15-19, adultos de 35-44 e idosos de 65-74 anos de idade.

6.6.2 Gênero

Para esta variável, foram considerados os gêneros feminino e masculino.

6.5.3 Etnia

Participarão da pesquisa as etnias que habitam as Terras indígenas do Distrito Sanitário Especial Indígena do Amapá e norte do Pará, que estão localizados no município de Oiapoque, na zona de fronteira entre Brasil e Guiana Francesa. Essas etnias são: Galibi Marworno, Karipuna e Palikur.

6.6.4 Ocupação

Nesta variável será levado em consideração se o indivíduo exerce função remunerada ou não. No caso de função não remunerada, se vive, por exemplo, da

pesca, caça, coleta ou agricultura de subsistência. No caso de ocupação remunerada, se, por exemplo, trabalham como funcionários públicos (professores e agentes indígenas de saúde) ou como autônomos que produzem e vendem farinha de mandioca e artesanato.

6.6.5 Escolaridade

Para esta variável serão levados em conta os níveis de escolaridade definidos pelo Ministério da Educação, Básica (Fundamental e Médio) e Superior (graduação) completos e incompletos. Em relação ao nível superior, a Universidade Federal do Amapá oferece processo seletivo especial para as populações indígenas, com curso de graduação voltado exclusivamente para essa população (Licenciatura Intelectual Indígena).

6.7 VARIÁVEIS COMPORTAMENTAIS

6.7.1 Tipo de Alimentação Mais Consumida

Categorizada como: Predominantemente industrializada ou tradicional (baseada na cultura local).

6.7.2 Consumo de Álcool

Categorizado consome e não consome

6.7.3 Consumo de Tabaco

Categorizado como consome e não consome.

6.8 MATERIAIS E INSTRUMENTAIS

6.8.1 Espelhos Bucais Planos

Sondas periodontais conforme as especificações da OMS (2013).

6.9 DELINEAMENTO DA ANÁLISE DOS DADOS

A distribuição dos participantes foi descrita segundo as características sócio demográficas, comportamentais e de condição periodontal de interesse para o estudo. Foi efetuado estudo de associação entre os desfechos periodontais e os fatores sócio demográficos e comportamentais, com ajuste para grupo etário, usando análise de regressão de Poisson e mostrando a razão de prevalências (para variáveis categóricas) ou a razão de médias (para variáveis quantitativas) e seus respectivos intervalos de confiança (95%) como medidas de associação entre as variáveis de interesse para o estudo (BARROS, HIRAKATA, 2003).

7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) e à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), atendendo às exigências da Resolução 466 de 2012 do conselho Nacional de Saúde e suas complementares (BRASIL, 2013a). Com as exigências atendidas o sistema CEP/CONEP liberou parecer consubstanciado favorável, sob o número 2.198.401 (Anexo 1). A pesquisa foi iniciada somente após a autorização das lideranças indígenas, dada por meio do ofício 006/CCPIO/2019 (Anexo 2), a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) ou do Termo de Assentimento (Apêndice B) para os participantes com idade menor que 18 anos. Os TCLEs também foram oferecidos na língua Patois ou Créole (Apêndice C).

8 DIÁRIO DE CAMPO

O presente capítulo tem como objetivo fazer uma descrição do processo de desenvolvimento do presente estudo, retratando a partir da visão do pesquisador todo o percurso trilhado desde o pedido das autorizações, para realização da mesma, ao término da coleta de dados. A descrição faz-se relevante na medida em que traz um relato das dificuldades enfrentadas no sistema CEP/CONEP, frente às pesquisas envolvendo populações indígenas, com a Presidência da FUNAI, das dificuldades de acesso ao CONDISI, das adversidades de realização de um levantamento com recurso financeiro próprio, da conturbada aproximação deste pesquisador com o instituto que dá assessoria ao CCPIO, do embaraço do pesquisador frente à objeção e despreço pelo estudo por parte de alguns agentes públicos (não indígenas) ligados ao DISEI e por outro lado a significativa e elogiável contribuição de outros agentes públicos deste mesmo órgão, da dificuldade de acesso ao município de Oiapoque e por fim o tenso processo de negociação e convencimento das lideranças indígenas locais com o intuito de se obter a autorização para iniciar a coleta de dados.

8.1 OBTENÇÃO DE AUTORIZAÇÕES

No intuito de atender aos princípios e referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade estabelecidos pelo CNS na Resolução nº466/2012 e:

Considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos;

Considerando o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico;

Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que desenvolveu outra percepção da vida, dos modos de vida, com reflexos não apenas na concepção e no prolongamento da vida humana, como nos hábitos, na

cultura, no comportamento do ser humano nos meios reais e virtuais disponíveis e que se alteram e inovam em ritmo acelerado e contínuo;
Considerando o progresso da ciência e da tecnologia, que deve implicar em benefícios, atuais e potenciais para o ser humano, para a comunidade na qual está inserido e para a sociedade, nacional e universal, possibilitando a promoção do bem-estar e da qualidade de vida e promovendo a defesa e preservação do meio ambiente, para as presentes e futuras gerações;
Considerando as questões de ordem ética suscitadas pelo progresso e pelo avanço da ciência e da tecnologia, enraizados em todas as áreas do conhecimento humano;
Considerando que todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano;
Considerando os documentos que constituem os pilares do reconhecimento e da afirmação da dignidade, da liberdade e da autonomia do ser humano, como o Código de Nuremberg, de 1947, e a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948;
Considerando os documentos internacionais recentes, reflexo das grandes descobertas científicas e tecnológicas dos séculos XX e XXI, em especial a Declaração de Helsinque, adotada em 1964 e suas versões de 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000; o Pacto Internacional sobre os Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, de 1966; o Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos, de 1966; a Declaração Universal sobre o Genoma Humano e os Direitos Humanos, de 1997; a Declaração Internacional sobre os Dados Genéticos Humanos, de 2003; e a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, de 2004;
Considerando a Constituição Federal da República Federativa do Brasil, cujos objetivos e fundamentos da soberania, da cidadania, da dignidade da pessoa humana, dos valores sociais do trabalho e da livre iniciativa e do pluralismo político e os objetivos de construir uma sociedade livre, justa e solidária, de garantir o desenvolvimento nacional, de erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais e de promover o bem de todos, sem qualquer tipo de preconceito, ou de discriminação coadunam-se com os documentos internacionais sobre ética, direitos humanos e desenvolvimento;
Considerando a legislação brasileira correlata e pertinente; e Considerando o disposto na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que impõe revisões periódicas a ela, conforme necessidades nas áreas tecnocientífica e ética (BRASIL, 2013a).

O desenvolvimento de pesquisas envolvendo seres humanos como população de estudo demandam tempo e esforços adicionais. Quando se trata de populações vulneráveis, como indígenas, as exigências e trâmites burocráticos, que têm por objetivo proteger essa população, tornam-se mais rigorosos e envolvem diversas submissões a órgãos federais (CEP/CONEP, CNPq e FUNAI), regionais (DSEI, Distrito Sanitário Especial Indígena e CONDISI, Conselho Distrital de Saúde Indígena) e, no caso específico desta pesquisa, locais (CCPIO, Conselho de Caciques dos Povos Indígenas do Oiapoque).

Toda a “jornada” de pedidos para a obtenção dos pareceres favoráveis dos órgão reguladores/deliberativos foi iniciada em 11 de abril de 2016 com a submissão do projeto ao CEP/CONEP via Plataforma Brasil, como mostra a folha de rosto para

pesquisa envolvendo seres humanos (Anexo 3), após a estruturação e definição de objetivos específicos do projeto e antes da qualificação, em 16 de junho de 2016.

Diversas requisições foram feitas pelo órgão ao longo dos meses até a aprovação, em 03 de agosto de 2017. Em uma primeira etapa destacaram-se o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) e o Termo de Assentimento (com função semelhante ao TCLE, porém destinado aos menores), que demandaram diversas modificações a pedido do CEP e CONEP. Por livre iniciativa, os termos foram também redigidos na língua nativa da comunidade. Entretanto, o mais moroso, em uma segunda etapa, foi a exigência da autorização da FUNAI. A autorização da FUNAI, embora esperada, incluiu nesta etapa um conflito entre as requisições, já que a AAEP (Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas) da FUNAI, por sua vez, requeria para análise do projeto o parecer da CONEP.

Nesta contradição a FUNAI foi irredutível e condicionou seu parecer à aprovação pela CONEP, que por fim compreendeu o impasse e condicionou seu parecer a uma declaração formal (Apêndice D) na qual eu me comprometi a iniciar a pesquisa apenas após o parecer favorável da Presidência da FUNAI e das lideranças indígenas locais, no caso a CCPIO (Conselho de Caciques dos Povos Indígenas do Oiapoque). Além do parecer favorável da CONEP a FUNAI exigiu ainda um parecer de mérito científico do CNPq, por meio de ofício (25/2017/AAEP-FUNAI), como demonstra documento (Anexo 4).

Referindo-me agora ao CNPq, foi recebido pela COSAU (Coordenação de Saúde do CNPq) o pedido de mérito científico, com a documentação necessária, no dia 20 de fevereiro de 2017. No dia 14 de março de 2017 foi emitido o parecer do CNPq e este foi enviado diretamente para a AAEP da FUNAI. O Anexo 5 detalha e-mails da submissão e emissão de parecer.

Após a obtenção dos pareceres do CNPq e CONEP, foi enviado para a FUNAI toda a documentação que havia sido exigida por ela. Nesse caso, a FUNAI exige que a submissão do pedido de autorização de ingresso em Terras Indígenas seja feito com documentação em formato físico, deste modo os documentos solicitados nesse tipo de processo foram enviados via Correios para a Presidência da FUNAI em Brasília.

Em 14 de agosto de 2017 a Presidência da FUNAI deu o parecer favorável, por meio do ofício 241/2017/AAEP-FUNAI (Anexo 6), e concedeu a autorização de ingresso em Terra Indígena nº 66/AAEP/PRES/2017 (Anexo 7). Com a documentação em mãos me dirigi ao DSEI Amapá e Norte do Pará e lá me foi informado que apenas

aqueles documentos não eram o suficiente para que eu pudesse ingressar em Terra Indígena para realizar pesquisa. Neste caso, fui orientado a dar entrada formalmente, por meio de uma carta de intenções (Apêndice E), com as autorizações já obtidas e o projeto de pesquisa anexados, para que fosse agendado data e horário, para que eu pudesse apresentar o projeto nos dias de reunião do CONDISI, que faz suas reuniões distritais ao final de cada semestre.

O projeto foi apresentado no dia 14 de dezembro de 2017 e no início de 2018 eu iria para as Terras Indígenas com o apoio do DSEI para iniciar as coletas, porém por um desentendimento das lideranças indígenas com a UNIFAP (Universidade Federal do Amapá) pela reivindicação de cotas para indígenas em todos os cursos da Universidade, assim como pela exigência de políticas de auxílio à permanência de indígenas em todos os cursos, a CCPIO decidiu por interromper toda e qualquer pesquisa que envolvesse professores da UNIFAP. Eu como Professor desta instituição, fui proibido de ingressar nas Terras indígenas para realizar a coleta de dados, como mostra o documento da CCPIO (Anexo 8).

Já no ano de 2019, a UNIFAP atendeu à reivindicação pelo aumento no percentual de vagas destinadas à indígenas, por meio das cotas, em todos os cursos do Campus Oiapoque da UNIFAP, tendo em vista que proporcionalmente é o município com maior população indígena. Também são destinadas cotas para indígenas nos programas de pós-graduação.

Vendo meu prazo ficando cada vez mais curto, em janeiro de 2019, por conta própria, me dirigi, pela BR 156, à sede do município de Oiapoque, cerca de 600 Km distante da capital do Amapá, Macapá. A estrada é precária e o acesso é penoso. Minha viagem durou mais de 15 horas, dirigindo carro próprio (pequeno), em uma estrada onde se vê apenas caminhões e caminhonetes 4X4, devido aos atoleiros.

Andei por várias aldeias, algumas às margens da rodovia, para conversar com as lideranças e me foi dito que apenas uma liderança não era suficiente para me autorizar a realizar a coleta de dados. Em dois dias, com auxílio de um professor da UNIFAP, que já havia dado aula aos indígenas no curso de graduação intercultural indígena e dos profissionais da saúde bucal do DSEI Amapá e Norte do Pará, consegui reunir mais da metade dos integrantes do CCPIO para uma reunião deliberativa. Apesar de ter sido uma reunião tensa, a decisão final foi por autorizar a realização da coleta (como mostra documento de autorização concedida pela CCPIO do Apêndice I), contanto que eu desse uma contrapartida. A contrapartida solicitada

foi comprar material odontológico para uma ação de saúde bucal com a realização de procedimentos como exodontia, restauração e aplicação tópica de flúor.

Passada a etapa de autorização das lideranças indígenas, iniciou-se outro desafio: o de convencer a população das aldeias da importância deste levantamento da condição periodontal. Com o material odontológico comprado por mim, foi realizada uma ação pela equipe de saúde bucal do DSEI Amapá e Norte do Pará para realização de procedimentos. Nesta ocasião, 155 pessoas receberam tratamento de exodontia e dentística. Mesmo que o fluxo de pessoas para essa ação tenha sido elevado foi difícil a aproximação com essa população para tentar o convencimento, haja vista que alguns deles me relataram que vários pesquisadores foram às aldeias e as pesquisas nunca deram retorno algum. O gesto de desconfiança é perfeitamente compreensível, uma vez que se sentem “usados”.

Ainda com relação às dificuldades para se obter as autorizações em todas as esferas, é importante mencionar os problemas relacionados à logística, devido às limitações de ordem financeira. Esse problema dificultou a obtenção de uma maior cobertura espacial e conseqüente populacional. Mesmo assim foi possível, dentro dessas limitações, realizar um trabalho pequeno diante das enormes e urgentes demandas por visibilidade epidemiológica dessa população, porém honesto e que me enche de orgulho.

9 RESULTADOS

Anteriormente à coleta de dados realizou-se a calibração para a verificação da concordância intra-examinador, através da estatística *Kappa* para as variáveis “Sangramento”, “Bolsa Periodontal” e “Perda de Inserção Gengival”. Verificou-se para sangramento” a estatística *Kappa* 0.8858, intervalo de confiança 95% (0.7724 - 0.8539); para a variável “Bolsa Periodontal” a estatística *Kappa* 0.9691, intervalo de confiança 95% (0.9479 a 0.9903); para a variável “Perda de Inserção Periodontal” a estatística *kappa* 0.9636, intervalo de confiança 95% (0.9134 a 1.0000).

Dentro da faixa etária estudada de 15 a 19 anos, relacionada às características sócio demográficas, a distribuição por sexo foi de 55% feminino e 45% masculino. A idade média e o desvio padrão foram de 16,8±1,6. Dentro desta mesma faixa etária, foi encontrado 2% Galibi Marworno, 6% Palikur e 92% Karipuna. No que diz respeito à atividade laboral exercida por essa faixa da população, apenas 13% é remunerada, enquanto que a grande maioria 87% não. Quanto à escolaridade, levou-se em consideração o Ensino Fundamental, o Ensino Médio e o Ensino Superior. E foi encontrado que a maioria, 57%, havia concluído ou estava no ensino médio, 43% havia concluído ou estava no ensino fundamental e por fim 0% no ensino superior (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes (15 a 19 anos), segundo características sociodemográficas e comportamentais.

Características sócio demográficas		N	%
Sexo	Feminino	26	55%
	Masculino	21	45%
Idade	Média (Desvio Padrão)	16,8	(1,6)
	Galibi Marworno	3	6%
Etnia	Karipuna	43	92%
	Palikur	1	2%
Trabalho Remunerado	Não	41	87%
	Sim	6	13%
Escolaridade	Ensino Fundamental	20	43%
	Ensino Médio	27	57%
	Ensino Superior	0	0%
Características comportamentais		N	%
Alimentação	Industrializada	16	34%
	Tradicional (cultura local)	31	66%
Uso de álcool	Não consome	58	64%
	Consome	32	36%
Uso de tabaco	Não consome	44	94%
	Consome	3	6%

Ainda fazendo referência à faixa etária de 15 a 19 anos, agora levando em consideração as características comportamentais, verificou-se que 34% consome uma alimentação predominantemente industrializada, enquanto que 66% consome uma alimentação fundamentalmente formada por alimentos não industrializados, baseada em pescado, caça e na produção agrícola própria. 64% nunca consumiu bebida alcoólica e 36% eventualmente ou com frequência consomem. Em relação ao uso de tabaco a grande maioria (94%) nunca usou e 6% fazem uso eventual ou frequente (Tabela 1).

Na mesma faixa etária, com referência aos dados relacionados às condições periodontais, verificou-se que a média de dentes com sangramento à sondagem foi de 18,1 o desvio padrão foi $\pm 5,8$. 81% desta faixa etária não apresentou bolsa periodontal, 19% sim. Os dados referentes à perda de inserção seguem esses mesmos números, sendo que 19% apresentaram essa condição e 81% não apresentaram. A prevalência de doença periodontal foi de 6% e 94% não se enquadram nessa condição. Em relação à função da dentição, 98% apresentaram funcionalidade e 2% não apresentou dentição funcional (21 dentes ou mais). A média de dentes presentes na cavidade oral foi de 26,1 com desvio padrão de $\pm 2,1$ (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos adolescentes (15 a 19 anos), segundo condições periodontais

Condições periodontais		N	%
Sangramento gengival	Média (Desvio Padrão)	18,1	(5,8)
Bolsa periodontal	Sim	9	19%
	Não	38	81%
Perda de inserção Periodontal	Sim	9	19%
	Não	38	81%
Doença periodontal	Sim	3	6%
	Não	44	94%
Dentição funcional	21 ou mais dentes	46	98%
	até 20 dentes	1	2%
Número de dentes	Média (Desvio Padrão)	26,1	(2,1)

A faixa etária de 35 a 44 anos nos mostrou, dentro das características sócio demográficas, uma predominância do gênero feminino, com 70%, e 30% do Masculino. A média de idade foi de 38,6 anos com desvio padrão de $\pm 3,4$. Os indivíduos dessa faixa etária, em sua maioria (94%) pertencem à etnia Karipuna, já as etnias Palikur e Galibi Marworno apareceram com 3% cada. Quanto à ocupação, foi encontrado que 57% exercem atividade de trabalho não remunerado, ao passo que

43% estão no grupo que exercem atividade de trabalho remunerado. Quanto à escolaridade, constataram-se na população desta faixa etária no ensino fundamental, médio e superior 45%, 32% e 23% respectivamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos adultos (35 a 44 anos), segundo características sociodemográficas e comportamentais.

Características sócio demográficas		N	%
Sexo	Feminino	28	70%
	Masculino	12	30%
Idade	Média (Desvio Padrão)	38,6	(3,4)
	Galibi Marworno	1	3%
Etnia	Karipuna	38	94%
	Palikur	1	3%
Trabalho Remunerado	Não	23	57%
	Sim	17	43%
Escolaridade	Ensino Fundamental	18	45%
	Ensino Médio	13	32%
	Ensino Superior	9	23%
Características comportamentais		N	%
Alimentação	Industrializada	7	18%
	Tradicional (cultura local)	33	82%
Uso de álcool	Não consome	19	48%
	Consome	21	52%
Uso de tabaco	Não consome	37	92%
	Consome	3	8%

No que tange às características comportamentais da faixa etária de 35 a 44 anos de idade, na variável alimentação, verificou-se que a minoria, 18% consome alimentação predominantemente industrializada. No outro lado, encontra-se o grupo que consome alimentação predominantemente tradicional, ou seja, não industrializada, com 82%. Em relação ao consumo de álcool, 48% jamais consumiram e 52% fazem uso eventual ou frequente. Com relação ao consumo de tabaco, a grande maioria, 92%, nunca usou, já 8% consomem de forma frequente ou esporádica (Tabela 3).

Ainda fazendo-se referência à faixa etária de 35 a 44 anos de idade, agora em relação à distribuição das condições periodontais, verificou-se que a média de dentes com sangramento gengival foi de 17,2 com um desvio padrão de $\pm 7,2$. Com relação às bolsas periodontais, constatou-se que a maioria 67% não apresenta a condição e 33% sim. Já a perda de inserção periodontal está presente em 72% deste grupo etário, que apresenta 28% sem a condição. A doença periodontal foi prevalente em 75% das pessoas desta faixa etária. 25% não apresentaram esta condição. 80% da população

desta faixa etária enquadra-se como tendo uma dentição funcional, 20% apresenta dentição não funcional. A média encontrada de dentes presentes na cavidade oral desta faixa etária foi de 22,9 e o desvio padrão de $\pm 5,1$ (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos adultos (35 a 44 anos), segundo condições periodontais.

Condições periodontais		N	%
Sangramento gengival	Média (Desvio Padrão)	17,2	(7,2)
Bolsa periodontal	Sim	13	33%
	Não	27	67%
Perda de inserção Periodontal	Sim	29	72%
	Não	11	28%
Doença periodontal	Sim	30	75%
	Não	10	25%
Dentição funcional	21 ou mais dentes	32	80%
	até 20 dentes	8	20%
Número de dentes	Média (Desvio Padrão)	22,9	(5,1)

Descrevendo-se os dados obtidos com a faixa etária de 65 a 74 anos de idade, somente três mulheres foram examinadas, todas elas com 65 anos de idade, da etnia Karipuna e exercendo atividade remunerada. Com relação à escolaridade, duas concluíram o ensino fundamental e uma não concluiu. Com relação às características comportamentais, a maioria, duas consomem alimentação predominantemente tradicional e uma consome alimentação predominantemente industrializada. Com relação à frequência do consumo de álcool, duas participantes nunca consumiam e uma consome de modo esporádico ou frequente. As mesmas quantidades se aplicam ao consumo de tabaco (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos idosos (65 a 74 anos), segundo características sociodemográficas e comportamentais.

Características sócio demográficas		N	%
Sexo	Feminino	3	100%
	Masculino	0	0%
Idade	Média (Desvio Padrão)	65	(0)
	Galibi Marworno	0	0%
Etnia	Karipuna	3	100%
	Palikur	0	0%
Trabalho Remunerado	Não	0	0%
	Sim	3	100%
Escolaridade	Fundamental incompleto	1	33%
	Fundamental completo	2	67%

continua

Tabela 5 - Distribuição dos idosos (65 a 74 anos), segundo características sociodemográficas e comportamentais.

Características comportamentais		N	%
Alimentação	Industrializada	1	33%
	Tradicional (cultura local)	2	67%
Uso de álcool	Não consome	2	67%
	Consome	1	33%
Uso de tabaco	Não consome	2	67%
	Consome	1	33%

continuação

Os dados coletados das condições periodontais da faixa etária de 65 a 74 anos de idade demonstrou que a média de dentes sondados com sangramento gengival foi 9 elementos por pessoa, com um desvio padrão de $\pm 6,6$. 67% da população desta faixa etária apresentaram bolsa periodontal e 33% foi negativo para essa condição. Também 67% deste grupo apresentaram perda de inserção periodontal e 33% não apresentaram essa condição

Tabela 6 - Distribuição dos idosos (65 a 74 anos), segundo condições periodontais.

Condições periodontais		N	%
Sangramento gengival	Média (Desvio Padrão)	9,0	(6,6)
Bolsa periodontal	Sim	2	67%
	Não	1	33%
Perda de inserção periodontal	Sim	2	67%
	Não	1	33%
Doença periodontal	Sim	2	67%
	Não	1	33%
Dentição funcional	21 ou mais dentes	0	0%
	até 20 dentes	3	100%
Número de dentes	Média (Desvio Padrão)	13,3	(4,7)

Foram classificados com doença periodontal, também 67%. 33% não apresentaram essa condição. Com relação à funcionalidade da dentição, 100 % foram classificados com disfunção e a média de elementos dentários na cavidade oral foi de 13,3 com desvio padrão de $\pm 4,7$.

O estudo de associação dos desfechos do estudo com os fatores considerados revelou que a idade influenciou de modo significativo em todas as condições periodontais, com piores resultados para os grupos de idade mais avançada. As demais características sociodemográficas e comportamentais (sexo, etnia, trabalho remunerado, escolaridade, alimentação, uso de álcool e uso de tabaco) não associaram com significância estatística ($p > 0,05$) com os desfechos de condição

gingival (sangramento à sondagem) e periodontal (bolsa rasa ou profunda, perda de inserção e doença periodontal).

Como exceção, as medidas de dentição associaram significativamente ($p < 0,05$) com a escolaridade. A dentição funcional foi mais prevalente nos indígenas com ensino fundamental completo do que incompleto: RP = 1,23 (razão de prevalências); IC95% = 1,05; 1,45 (intervalo de confiança 95%). De modo complementar, o número de dentes, em média, foi mais elevado no grupo com maior escolaridade: RM = 1,09 (razão de médias); IC95% = 1,02; 1,17 (intervalo de confiança 95%).

10 DISCUSSÃO

Este estudo foi o primeiro a descrever a distribuição da condição periodontal em populações indígenas do Brasil na fronteira com a Guiana Francesa. Poucos estudos acerca da condição periodontal, que tenham indígenas como população alvo, foram realizados, o que torna difícil a comparação dos resultados com estudos semelhantes.

Os dados foram examinados considerando-se a faixa etária, e levando-se em consideração as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, etnia trabalho e escolaridade), as variáveis comportamentais (tipo de alimentação, uso de álcool e uso de tabaco), as variáveis clínicas (sangramento gengival, bolsa periodontal e perda de inserção periodontal) e as variáveis diagnósticas (presença de doença periodontal, funcionalidade da dentição e número de elementos dentários presentes) dos participantes do estudo.

Para determinar a concordância intra-examinador, foi realizado um cálculo para o IPC modificado e para a PIP, onde tendo-se optado por realizar a estatística *kappa* separadamente em cada variável, obtendo-se 0.8858, 0.9691 e 0.9636 para sangramento, bolsa periodontal e perda de inserção periodontal respectivamente. A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013), em seu manual de métodos básicos de pesquisa oral, interpreta a estatística *Kappa da seguinte forma*: <0.20 (concordância pobre), entre 0.21 e 0.40 (concordância justa), entre 0.41 e 0.60 (concordância moderada, entre 0.61 e 0.80 (concordância substancial), entre 0.81 e 1.00 concordância quase perfeita. Nas duas variáveis clínicas do IPC modificado e da PIP a concordância intra-examinador para este estudo foi quase perfeita.

Em um estudo para se avaliar a condição periodontal e sua relação com o diabetes mellitus na população nipo-brasileira, Tomita et al. (2002) usou IPC e o PIP e para este estudo realizou calibração, tendo obtido para o IPC estatística *Kappa* de 0.92 e para a PIP 0.84. Já Gesser et al. (2001), em estudo de condições gengivais associados a fatores socioeconômicos, relatam uma estatística *Kappa* de 0.73, classificada, segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), como concordância substancial.

É importante salientar a importância de se traçar paralelos na comparação dos dados da população indígena com dados da população nacional, no sentido de se levantar questionamentos acerca da existência de desigualdades entre as populações, assim como propor reflexões sobre os possíveis fatores que podem originar, perpetuar ou aprofundar desigualdades.

A prevalência das condições periodontais examinadas foi elevada em todos os grupos etários. Cerca de um quinto dos adolescentes já apresentavam bolsas periodontais; a mesma proporção com perda de inserção periodontal. Três quartos dos adultos apresentavam bolsa periodontal concomitante com perda de inserção em ao menos um dente. Além disso, um quinto deles já havia perdido doze ou mais dentes. O número de idosos examinados foi muito reduzido para aferir resultados populacionais, mas é emblemático notar a elevada manifestação de perda dentária e condições periodontais.

Em um estudo realizado por Queiroz et al. (2008), é ressaltado que a DP não seria uma consequência natural da idade, nem principal causa da perda dentária, mas sim um fator de risco importante, associado à fatores cumulativos como o uso de tabaco, atrição, placa dentária e má higiene oral.

O presente estudo verificou-se que piores condições periodontais estão associadas às idades mais avançadas. Mesmo que esse achado corrobore com os dados levantados na faixa etária de 65 a 74 anos de idade, onde 67% apresentaram condição periodontal, não se pode fechar questão quanto à essa afirmação, uma vez que apenas 3 pessoas nessa faixa etária aceitaram participar da pesquisa e esse número não é suficientemente representativo da faixa etária dessa população.

No presente estudo verificou-se que a faixa etária mais avançada apresentou piores indicadores de condição periodontal, em especial o problema relacionado à funcionalidade dentária. Apesar das limitações amostrais, nessa faixa etária, 100% dos indivíduos enquadravam-se na condição de dentição não funcional, sendo a média de elementos dentários foi de 13,3 com desvio padrão de $\pm 4,7$. Não se verificou correlação dessa condição com o consumo de álcool, tabaco ou tipo de alimentação.

Em estudo para verificar a influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias, Cimões et al. (2007) apontaram para outros fatores causadores da perda dentária, que direcionam para o entendimento de que fatores biológicos (Cárie e DP) associados às condições sociais e a escassez de recursos são os maiores causadores de perdas dentárias, ou seja, para estes autores a questão das perdas

dentárias está associada principalmente ao nível de acesso às políticas de educação, promoção e prevenção na saúde bucal.

O número médio de elementos dentários presentes na cavidade bucal variou bastante entre as três faixas etárias deste estudo, que foi de 26,1 (desvio padrão de $\pm 2,1$) para a faixa de 15 a 19, 22,9 (desvio padrão de 5,1) para a faixa de 35 a 44 e de 13,3 (desvio padrão de $\pm 4,7$) para a faixa de 65 a 74 anos.

Outro aspecto levantado pelo presente estudo foi a não associação do tipo de alimentação (industrializada e tradicional) com a DP. Foi constatado um majoritário consumo de alimentos tradicionais, sendo que, na faixa de 15 a 19 anos, 66% responderam consumir predominantemente esse tipo de alimentação. Na faixa etária entre 35 e 44, 82% relataram consumir principalmente alimentos não industrializados e, na faixa de 65 a 74 anos, 67% declararam consumir uma alimentação primordialmente tradicional, ou seja, não industrializada. Verifica-se que mesmo que a alimentação das três faixas etárias seja similar, as condições periodontais encontradas neste estudo, entre as faixas etárias, são diversas e não houve, neste caso, associação direta da nutrição com a condição periodontal.

Como demonstrado no parágrafo anterior, a população amostral desse estudo consome uma alimentação predominantemente não industrializada. Não se pode afirmar que esse seja um dado animador, pois, como afirma Moura et al (2010), a população indígena com contato já estabelecido com a população envolvente ainda está passando por um processo de colonização, com mudanças ambientais, sociais e econômicas que refletem também na alimentação. Não se pode afirmar apenas com um estudo transversal a dinâmica dessa transição alimentar, se ele está numa crescente, em uma dinâmica regressiva ou mesmo estabilizada. De fato, seria interessante um estudo longitudinal da dinâmica da transição alimentar, acompanhada da evolução das condições de saúde bucal, que levasse em consideração, é claro, outros aspectos sociais e demográficos que podem influenciar os desfechos.

Este achado é específico para os grupos étnicos abordados no presente estudo, e confronta a ideia estabelecida em estudo de revisão, sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e saúde bucal de indígenas sul-americanos, realizado por Moura et al. (2010), que afirma a transição alimentar (da alimentação tradicional para a industrializada) é causadora de consequências danosas à saúde, como o desenvolvimento de doenças bucais. Por outro lado, este mesmo estudo de revisão sobre as condições de indígenas sul-americanos corrobora com outro achado

do presente estudo, que é a associação de piores condições para os indivíduos com menor grau de escolaridade.

Segundo Brasil (2013), a faixa etária de 15 a 19 anos de idade de indígenas que vivem no município de Oiapoque é composta na sua maioria pelo sexo masculino (52,3%), no entanto houve no estudo houve uma participação maior do sexo feminino, com 55%. O mesmo foi verificado na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, embora 45,5% da população indígena que vive nas TIs do Oiapoque seja do sexo feminino; no presente estudo, 70% dos participantes eram do sexo feminino. Na faixa de 65 a 74 anos 45,4% da população indígena das TIs do Oiapoque é formada pelo sexo feminino; contudo, e tendo em vista o reduzido tamanho da amostra, 100% dos participantes nessa faixa etária era formado por indivíduos do sexo feminino. O trabalho de convencimento pela aceitação de participação no estudo foi menos efetivo para o sexo masculino, quando comparado com a resposta positiva na aceitação de participação verificada para o sexo feminino.

Em estudo para verificar a fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero com população não indígena, verificou-se que menores taxas de procura no gênero masculino podem estar relacionadas com aspectos culturais frente aos cuidados com saúde entre os gêneros, onde se tem a histórica visão machista de que o homem é um ser mais forte e pouco adoecer, razão pela qual existe uma predominância na procura pelos serviços de saúde pelo gênero feminino (LEVORATO et al., 2014). Esse aspecto cultural não pode ser afirmado como sendo o mesmo nessa população indígena. O comportamento de menor aceitação de participação no presente estudo pelo gênero masculino pode estar associado à desconfiança dos indígenas em relação aos pesquisadores, como relatado no diário de campo.

Nas conversações de convencimento do pesquisador com as lideranças indígenas, foi enfaticamente mencionado que muitos pesquisadores haviam passado pelas suas TIs e nada mudou de fato. Também exprimiram a sensação de desapontamento com o fato de os pesquisadores estarem preocupados apenas com a publicação dos dados da pesquisa e não com o indígena.

Em estudo para se verificar a condição gengival de adolescentes, na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, no vale do Jequitinhonha, realizada com 450 adolescentes, Leite et al. (2013) verificaram que 95,3% declararam não fazer uso de tabaco e 63,3% não consumiam álcool. Esses dados são compatíveis com os dados

obtidos no presente estudo, onde 94% dos indivíduos da faixa etária de 15 a 19 anos de idade declarou não fazer uso de tabaco e 64% declararam não fazer uso de bebida alcoólica.

Ainda referindo-se à faixa etária de 15 a 19 anos do presente estudo, onde foi aplicado o CPI modificado, que leva em consideração duas variáveis clínicas (Sangramento e bolsa periodontal), houve uma considerável presença de sangramento gengival, sendo a média de dentes com essa condição de 18,1 elementos e o desvio padrão de $\pm 5,8$. Vale ressaltar que a média do número de elementos dentários presentes na cavidade oral foi 26,1. Leite et al. (2013) verificaram para essa faixa etária, levando em consideração três variáveis clínicas (sangramento, cálculo dentário e bolsa periodontal), que foi elevada a prevalência de sangramento, com 52,22% dos participantes apresentando esta condição, e de 36,22% apresentando sangramento com cálculo dental.

As condições socioeconômicas estão intimamente relacionadas aos indicadores de saúde bucal. A prevalência de alterações gengivais tende a se mostrar mais elevada nas populações em situação de risco social, haja vista a menor disponibilidade de políticas de saúde bucal no setor público e a não disponibilidade de recursos financeiros para o custeio na rede privada. A região do vale do Jequitinhonha, localizada no Sudeste, apresenta importantes desafios de desenvolvimento com baixos indicadores sociais, igualmente aos encontrados na realidade das populações indígenas.

Para bolsa periodontal, ainda nessa faixa, o presente estudo constatou uma prevalência de 19%, uma taxa bem elevada quando comparada com os dados obtidos para a população nacional (BRASIL, 2012), na Pesquisa Nacional De Saúde Bucal, que, para esta condição, encontrou um percentual de 9% para bolsas rasas e 0,7 para profundas no país como um todo. No entanto, quando se faz uma comparação com os dados apenas da Região Norte, os dados se aproximam, uma vez que na Pesquisa Nacional de Saúde Bucal (PNSB) foi encontrado um percentual de 19,6% para todas as bolsas periodontais.

Outro resultado importante do presente estudo foi a correlação entre bolsa periodontal e idade. Na faixa etária de 15 a 19 anos de idade, 19% apresentaram essa condição; na faixa de 35 a 44 anos, essa prevalência sobe para 33% e chega aos 67% na faixa de 65 a 74 anos. Em um estudo para avaliar a condição periodontal de idosos do Nordeste do Brasil, Saintrain e Aquino (2014) encontraram uma alta taxa de bolsa

e sangramento, sendo 36,2% para bolsas periodontais de 4 a 5mm e 26,3% para bolsas periodontais com 6mm ou mais e 30,3 para sangramento à sondagem.

Ainda abordando a prevalência de bolsa periodontal, na faixa etária de 35 a 44 anos de idade, o presente estudo constatou uma percentagem de 33%, destoando do índice da PNSB (BRASIL, 2012) para a população nacional. Neste levantamento do Ministério da Saúde, foi constatado, para esta faixa etária, uma percentagem de 19,4% dos indivíduos com essa condição para o Brasil. A Região Norte aparece com 16,4% da população nesta faixa com bolsa periodontal, no entanto a região Norte é a que apresenta maior percentual de sextantes excluídos, 60,5%, o que denota maior perda de elementos dentários em relação às outras regiões.

Ainda que sejam elevados, os índices obtidos por Saintrain e Aquino (2014), em relação à bolsa periodontal, são menores quando confrontados com os dados obtidos pelo presente estudo. Esta diferença também pode ser, em parte, devida à utilização de metodologias diferentes, uma vez que o presente estudo utilizou o CPI modificado e Saintrain e Aquino (2014) usaram o CPI. Chalub e Péret (2010), em estudo para verificar o desempenho do CPI discorrem sobre as limitações desse método, afirmam que a utilização, apenas, de dentes índice e o registro, apenas, da condição mais grave por sextante podem subestimar a manifestação de problemas periodontais.

No presente estudo, a porcentagem de indivíduos que apresentaram perda de inserção periodontal foi de 19% na faixa etária de 15 a 19, 72% para a faixa de 35 a 44 e 67% para a de 65 a 74 anos. Dados do Ministério da Saúde, Brasil (2012), para a população nacional (PNSB) apontam um índice de 18,2% de PIP, com 30,5% dos sextantes excluídos, na faixa de 35 a 44 no Brasil. Para a Região Norte, esse índice de PIP é de 10,9%, com 51,8% dos sextantes excluídos. Os elevados índices de sextantes excluídos revelam, conseqüentemente, um também elevado índice de perda dentária, uma vez que os sextantes são excluídos na ausência de dentes índice. O dado da faixa de 35 a 44 anos, no levantamento com os indígenas, destoa dos dados para a população nacional e para a região Norte nos índices de PIP.

Deve-se levar em consideração o elevado índice de sextantes excluídos no inquérito nacional e o índice de 80%, da população de 35 a 44 anos, com dentição funcional encontrado no presente estudo. Proporcionalmente mais sítios foram aferidos por pessoa no presente estudo. O mesmo raciocínio não se aplica à divergência do presente estudo com o inquérito nacional, em relação à faixa etária de

65 a 74 anos, pois o índice de perda dentária nos indígenas também é elevado, não havendo nenhum participante da amostra com dentição funcional. Apesar do tamanho reduzido da amostra, cabe inferir a necessidade de medidas de prevenção da perda dentária entre os indígenas da faixa de 65 a 74 anos, para evitar que eles progridam para o edentulismo.

O quadro epidemiológico aqui apresentado destoa do que foi observado em estudo realizado com indígenas Macuxi, no Estado de Roraima, no qual o maior índice de perda de inserção periodontal foi na faixa etária de 65 a 74 anos. Este quadro de índices de PIP mais elevados nesta faixa etária também se explica, em parte, pela preservação dos dentes naturais. Boaventura (2017) relata que mesmo na população mais idosa os Macuxi possuem ainda muitos elementos dentários.

A principal limitação do presente estudo é o número relativamente reduzido de participantes, que está diretamente relacionado às dificuldades operacionais para a realização do estudo, à tardia autorização das lideranças locais para iniciar a coleta, às limitações financeiras e dificuldades logísticas, uma vez que foi realizada com recursos próprios.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo teve como objetivo descrever e analisar a distribuição das condições periodontais dos povos indígenas Palikur, Galibi Marworno e Karipuna, que vivem nas TIs localizadas no município de Oiapoque.

Quanto à descrição da condição periodontal, este estudo documentou como sendo elevada a prevalência de todas as condições periodontais examinadas nas comunidades indígenas da fronteira do Brasil com a Guiana Francesa, em especial para os grupos etários de adultos e idosos. A exemplo disso foi encontrado 75% da população de 35 a 44 anos com doença periodontal e 72% com perda de inserção, em média mais da metade dos elementos dentários apresentaram a condição de sangramento em todas as faixas etárias. Em comparação com os dados nacionais apresentados na discussão, esses resultados superam os também elevados resultados do PNSB, Brasil (2010). Esse estudo também caracterizou a população-alvo segundo os dados sociodemográficos, comportamentais e os parâmetros clínicos, por meio de inquérito populacional e exame odontológico empregando metodologia padronizada e recomendada pela OMS. O estudo dos índices PIP e CPI modificado, além do estudo da perda dentária nos três grupos etários considerados, cumpriram seu papel na busca pelo conhecimento da condição periodontal e na busca de dados que possibilitassem a compreensão da associação dos desfechos.

Na análise das condições periodontais levantadas com os dados sociodemográficos e comportamentais coletados, pôde-se observar que fatores e condições sociais associaram significativamente com a condição periodontal dos grupos indígenas avaliados. Verificou-se que a condição periodontal foi afetada pela idade, mas não associou com os principais fatores de risco, como tabagismo e consumo de álcool, possivelmente em função da elevada prevalência observada. A interpretação desse resultado também deve levar em consideração características intrínsecas do levantamento, como o reduzido tamanho da amostra e a forma de avaliação das exposições. Também é relevante destacar que a prevalência de condições periodontais foi mais elevada nos grupos indígenas que na população nacional.

Os dados desse estudo são relevantes, pois podem auxiliar no direcionamento de realização de pesquisas mais aprofundadas acerca da saúde bucal, assim como podem ser empregadas de modo a estribar políticas públicas de saúde no âmbito da educação, prevenção e promoção em saúde bucal.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, C. O. et al. Dental fluorosis and periodontal conditional Aracruz, ES, county village indigenous children. **Braz J Pedodontol**, v. 21, n. 4, p. 80-5, 2011. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/272174478_Dental_fluorosis_and_periodontal_conditional_Aracruz_ES_county_village_indigenous_childrencounty_village_indigenous_children> Acesso em: 25 maio 2018.

ALVES FILHO, P. et al. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 35, n. 3, p. 67-77, 2014. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/article/rpsp/2014.v35n1/67-77/>> Acesso em: 25 maio 2018.

ALVES FILHO, P. et al. Saúde bucal dos índios Guaraní no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 1, p. 37-46, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n1/04.pdf>> Acesso em: 25 maio 2018.

ALVES, C. et al. Mecanismos Patogênicos da Doença Periodontal Associada revisão. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v. 51, n. 7, p. 1050-57, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v51n7/a05v51n7.pdf>> Acesso em: 25 maio 2018.

ANTUNES, J. L. F.; NARVAI, P. C. Políticas de saúde bucal no Brasil e seu impacto sobre as desigualdades em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 360-5, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n2/CO1239.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

ARANTES, R. et al. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saude Publica**, v. 17, n. 2, p. 375-84, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v17n2/4182.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

ASSOCIAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO OIAPOQUE - APIO. **Plano de vida dos índios e organizações indígenas do Oiapoque**. Oiapoque: APIO, 2009. 45 p. Disponível em: <<https://acervo.socioambiental.org/sites/default/files/documents/ODL00015.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

AZANHA, G. Sustentabilidade nas sociedades indígenas brasileiras. **Tellus**, n. 8/9, p. 11-28, 2005.

AZEVEDO, Marta Maria. Diagnóstico da população indígena no Brasil. *Cienc. Cult.*, São Paulo , v. 60, n. 4, p. 19-22, Oct. 2008 . Available from

<http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252008000400010&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2019.

BARROS, A. J., HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, p. 1-13, 2003.

BOAVENTURA, R. M. **Condições Bucais na População Indígena Macuxi no Estado de Roraima**. 2017. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade de Santo Amaro, São Paulo, 2017. Disponível em: <<http://dspace.unisa.br/bitstream/handle/123456789/238/Richardson%20Mondego%20Boaventura%20-%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 25 maio 2018.

BOING, A. F. et al. Estratificação sócio-econômica em estudos epidemiológicos de cárie dentária e doenças periodontais: características da produção na década de 90. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 673-8, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/02.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **SB BRASIL 2010, Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 13 jun. 2013a.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Dados populacionais de 2013 dos indígenas cadastrados no SIASI do DISEI. 2013b. Disponível em: <http://dw.saude.gov.br/gsid/servlet/mstrWeb;jsessionid=42B727F23B2574D470D7D81E4F6911FB?evt=2048001&src=mstrWeb.2048001&visMode=0¤tViewMedia=2&documentID=9655D54A11E35375B9F80080EF857719&server=SRVBIPDF03&Project=DMSIASI_4&port=0&share=1&hiddensecti>. Acesso em: 16 out. 2015.

CARNEIRO, M. C. et al. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1985-92, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n6/a34v13n6.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

CASTRO, E. A coleção "povos indígenas do oiapoque - mae": composição e contexto de formação. **Revista do Museu de Arqueologia e Etnologia**. supl. 7, p. 35-9, 2008.

CATON, J. G. et al. A new classification scheme for periodontal and peri-implant diseases and conditions – Introduction and key changes from the 1999 classification. **Journal of Clinical Periodontology**, v. 45, p. S1-S8, 2018. Disponível em: <<https://www.fippdentalearning.org/fiip/wp-content/uploads/2018/06/New->

Classification-for-Periodontal-Diseases-2017.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe - CEPAL. **Os Povos Indígenas na América Latina: Avanços na última década e desafios pendentes para a garantia de seus direitos.** Santiago: Nações Unidas, 2015. Disponível em: <http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37773/1/S1420764_pt.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

CHALUB, L. L. F.; PÉRET, A. C. A. Desempenho do Índice Periodontal Comunitário (Cpi) na determinação da condição periodontal: enfoque no exame parcial. **Arquivo Brasileiro de Odontologia**, v. 6, n. 3, p. 155-62, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/Arquivobrasileiroodontologia/article/view/2180/2384>>. Acesso em: 25 maio 2018.

CHAPPLE, I. L. et al. Diabetes and periodontal diseases: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. **Journal of Periodontology**, v. 84, n. 4, p. S106-S112, 2013.

CIMÕES, R. et al. Influência da classe social nas razões clínicas das perdas dentárias. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 6, p. 1691-6, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a28.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

COIMBRA JR, C. E. A.; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. **Cienc. Saude Colet.**, v. 5, n. 1, p. 125-32, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7084.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

COIMBRA JR., C. E. A. et al. **Epidemiologia e saúde dos povos indígenas no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

COIMBRA JR., C. E. A. Saúde e povos indígenas no Brasil: reflexões a partir do I Inquérito Nacional de Saúde e Nutrição Indígena. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 4, p. 855-9, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n4/0102-311X-csp-30-4-0855.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

CORTÊS, G. **Cárie dentária e fatores associados em indígenas Kotiria do alto rio Uaupés, AM, Brasil.** 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013. Disponível em: <<http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/3415>>. Acesso em: 25 maio 2018.

DARVEAU, R. P. et al. The microbial challenge in periodontitis. **Periodontology 2000**, v. 14, n. 1, p. 12-32, 1997. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0757.1997.tb00190.x>>. Acesso em: 25 maio 2018.

DELFINO, C. S. et al. Uso de novos materiais para o capeamento pulpar (hidroxiapatita - HAp e fosfato tricálcico - β -TCP). **Cerâmica**, v. 56, p. 381-8, 2010.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17s0/3887.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

DYE, B. A. Global periodontal disease epidemiology. **Periodontology** 2000, v. 58, n. 1, p. 10-25, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0757.2011.00413.x>>. Acesso em: 25 maio 2018.

FÁVARO T. et al. Segurança alimentar em famílias indígenas Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 785-93, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/05.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

FOLLÉR, M.-L. Interactions between global processes and local health problems. A human ecology approach to health among indigenous groups in the Amazon **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17 Supl. p. 115-26, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17s0/3887.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

FORTES, P. A. D. C.; RIBEIRO, H. Saúde Global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 2, p. 366-75, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0366.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

FRANCA, M. S. M. et al. Influência do fumo sobre a condição periodontal. **Stomatoss**, v. 16, n. 31, p. 23-36, 2010. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/sto/v16n31/a04v16n31.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

FRIAS, A. C. et al. Estudo de base populacional sobre as condições periodontais e determinantes socioeconômicos em adultos residentes no município de Guarulhos (SP), Brasil, 2006. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 3, p. 495-507, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/asset/s/rbepid/v14n3/14.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

FRIAS, A. C. et al. Precisão e validade de levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: cárie dentária na Cidade de São Paulo, 2002. **Revista Brasileira de Epidemiologia** v. 7, n. 2, p. 144-54, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v7n2/11.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

GALLOIS, D. T.; GRUPIONI, D. F. **Povos Indígenas no Amapá e Norte do Pará: quem são, onde estão, quantos são, como vivem e o que pensam?** Rio de Janeiro: Iepé, 2003.

GARNELO, L.; WELCH, J. R. Transição alimentar e diversidade cultural: desafios à política. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 9, p. 1872-3, 2009. Editorial. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/01.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

GENCO, R. J. Current view of risk factors for periodontal diseases. **Journal of Periodontology**, v. 67, n. 10 Suppl., p. 1041-9, 1996.

GESSER, H. C. et al. Condições gengivais e periodontais associadas a fatores socioeconômicos. **Revista de Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p. 289-93, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n3/5015.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

HOBDELL, M. et al. Global goals for oral health 2020. **International Dental Journal**, v. 53, n. 5, p. 285-8, 2003. Disponível em: <https://www.who.int/oral_health/media/en/orh_goals_2020.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Censo demográfico 2010**: características gerais dos indígenas: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

JUIZ, P. J. L. et al. Uso de produtos naturais como coadjuvante no tratamento da doença periodontal. **Brazilian Journal of Pharmacognosy**, v. 20, n. 1, p. 134-9, 2010.

KICKBUSCH, I. et al. Global health diplomacy: the need for new perspectives, strategic approaches and skills in global health. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 85, n. 3, p. 230-2, 2007.

LEITE, L. et al. Condição gengival de adolescentes residentes no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. **Arquivos em Odontologia**, v. 49, n. 2, p. 75-81, 2013. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/aodo/v49n2/a04v49n2.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

LEMOS PN. et al. Cárie dentária em povos do Parque Indígena do Xingu, Brasil, 2007 e 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 1, p. 1-8, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n1/2237-9622-ress-27-01-e20171725.pdf>> Acesso em: 25 maio 2018.

LEVORATO, C. D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 19, n. 4, p. 1263-4, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n4/1413-8123-csc-19-04-01263.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

LINDHE, J. et al. (Ed.). **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LINDHE, J.; LANG, N. P. **Tratado de periodontia clínica e implantologia oral**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MACHADO, W. A. S. **Periodontia Clínica**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

MATO, D. et al. **Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización: perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2007.

McMICHAEL, A. J.; BEAGLEHOLE, R. The changing global context of public health. **The Lancet**, v. 356, n. 9228, p. 495-9, 2000. Disponível em: <https://www.who.int/trade/en/McMichael_Beaglehole_Changing_Global_Context_Public_Health_2000.pdf>. Acesso em: 25 maio 2018.

MESQUITA, L. P. et al. Periodontal status of an indigenous population at the Xingu Reserve. **Brazilian Journal of Oral Sciences**, v. 9, n. 1, p. 43-7, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/bjos/article/view/8641977/9473>>. Acesso em: 25 maio 2018.

MOIMAZ, S. A. S. et al. Percepção de saúde bucal em uma comunidade indígena no Brasil. **Revista da Universidade de Odontologia de Lins**, v. 13, n. 1, p. 60-65, 2001.

MOURA, P. G. et al. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Revista de Nutrição**, v. 23, n. 3, p. 459-65, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n3/13.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

NEWMAN, M. G. et al. **Carranza's Clinical Periodontology**. 9. ed. Philadelphia: Elsevier Science, 2002.

NEWMAN, M. G. et al. **Carranza Periodontia Clínica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

PAGLIARO, H. et al. Demografia dos Povos Indígenas no Brasil: um panorama crítico. In: _____ **Demografia dos Povos Indígenas no Brasil**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-32.

QUEIROZ, C. M. et al. Avaliação da condição periodontal no idoso. **Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço**, v. 37, n. 3, p. 156-9, 2008. Disponível em: <http://www.sbccp.org.br/wp-content/uploads/2014/11/art_83.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2015.

MONTENEGRO, R. A.; STEPHENS C. Indigenous Health in Latin America and the Caribbean. **Lancet**, v. 267, n. 9525, p. 1859-59, 2006.

RIGONATTO, D. D. L. et al. Dental caries experience in indians of the upper Xingu, Brazil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 43, n. 2, p. 93-98, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rimtsp/v43n2/a08v43n2.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

ROSELL, F. L. et al. Periodontal screening and recording in pregnant women. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 2, p. 157-12, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v33n2/0056.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

RUSSO, K. Quando “outros mundos” se encontram: movimentos indígenas e a construção de uma identidade étnica transnacional no Fórum Social Mundial. In: MATO, D. et al. **Cultura y transformaciones sociales en tiempos de globalización: perspectivas latinoamericanas**. Buenos Aires: CLACSO, 2007. p. 199-212.

SAINTRAIN, M. V. L.; AQUINO, M. D. C. Periodontal conditions of elders in Northeastern Brazil. **Revista Brasileira Promoção da Saúde**, v. 27, n. 4, p. 495-502, 2014. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/2506/pdf>>. Acesso em: 25 maio 2018.

SILVA, G. J. Índios na História e nas fronteiras do Brasil: perspectivas comparadas entre Amapá e Mato Grosso do Sul. **Fronteiras: Revista de História**, v. 17, n. 29, p. 180-201, 2015. Disponível em: <<http://ojs.ufgd.edu.br/index.php/FRONTEIRAS/article/download/4602/2361>>. Acesso em: 25 maio 2018.

THOMSON, W. M. et al. Sociobehavioral aspects of periodontal disease. **Periodontology** 2000, v. 60, n. 1, p. 54-63, 2012. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0757.2011.00405.x>>. Acesso em: 25 maio 2018.

TOMITA, N. E. et al. Periodontal conditions and diabetes mellitus in the Japanese-Brazilian population. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. 607-13, 2002.

VETTORE, M. V. et al. Desigualdades sociais e doença periodontal no estudo SBBrazil 2010: abordagem multinível. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, Supl. 3, p. 29-39, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47s3/0034-8910-rsp-47-supl3-00029.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

VICTORA, C. G. et al. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. **Lancet**, v. 356, n. 9235, p. 1093-8, 2000.

VIDAL, L. B. Mito, história e cosmologia: as diferentes versões da guerra dos Palikur contra os Galibi entre os povos indígenas da Bacia do Uaçá, Oiapoque, Amapá. **Revista de Antropologia**, v. 44, n. 1 p. 117-47, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ra/v44n1/5342>>. Acesso em: 11 mar. 2015.

VIEIRA, R. W. Cardiovascular and periodontal diseases. **Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular**, v. 29, n. 1, p. VII-IX, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Oral Health Surveys: Basic Methods**. 4. ed. Geneva: WHO, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Oral Health Surveys: Basic Methods**. 5. ed. Geneva: WHO, 2013.

ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO CEP/CONEP

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONDIÇÃO PERIODONTAL DAS ETNIAS INDÍGENAS PALIKUR, KARIPUNA, GALIBI MARWORNO E GALIBI OIAPOQUE NA FRONTEIRA BRASIL-GUIANA FRANCESA

Pesquisador: Wagner Barros Bento

Área Temática: Estudos com populações indígenas;

Versão: 4

CAAE: 55588416.8.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.198.401

Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

A influência da globalização na saúde indígena. O quadro de saúde dos povos indígenas no Brasil é definido como complexo e dinâmico, relacionado de modo direto a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais, causados pela expansão e consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nacional nas diversas regiões do país. Ainda de acordo com a visão desses autores, atualmente grandes desafios à saúde dos povos indígenas se impõem, representando tais desafios estão, entre outras, as doenças crônicas, como a doença periodontal (DP). Aliada a isso, há ainda a contaminação ambiental e dificuldades de sustentabilidade alimentar. Vale também ressaltar que os impactos sociais, culturais e econômicos, resultantes da globalização, podem redundar em riscos à saúde, devido a, entre diversos fatores, o aumento do consumo de alimentos, cuja produção ou processamento favorecem dietas não saudáveis, às transformações ambientais, com degradação do meio ambiente, diminuição da biodiversidade e dispersão de poluentes. A Saúde Global refere-se a problemas “[...] que transcendem fronteiras, governos nacionais e demandam ações das forças globais que determinam a saúde dos povos”. Dentre esses povos, estão também contemplados os indígenas. Assim, a noção da supraterritorialidade, mas com conexões desde o nível global até o nível local, além dos princípios

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

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.198.401

de respeito à diversidade humana, em seus aspectos sociais e culturais, de justiça social, de equidade e de ampliação da autonomia das pessoas e dos povos é de grande valia. Amparados nessa noção, pode-se pensar e discutir estratégias de melhor compreensão e encaminhamentos de repostas, ou pelo menos buscas de resposta, às problemáticas de saúde das populações indígenas que habitam a fronteira do Brasil com a Guiana Francesa. Não se encontra na literatura estudos indexados que abordem, junto a população indígena da zona de fronteira entre a Guiana Francesa e o Oiapoque-Amapá, a segurança alimentar no cenário atual de globalização, todavia a transição alimentar tem sido apontada como consequência do processo de industrialização e urbanização das regiões. Esses eventos de mudança assumiram uma escala planetária, alcançando até mesmo populações que se encontram nos polos mais distantes da linha de globalização, como os povos indígenas. Nesse contexto, Coimbra discorre acerca do pobre conhecimento do perfil epidemiológico das populações indígenas, que decorre da exiguidade de investigações, da ausência de inquéritos, escassez de censos e da precariedade dos sistemas de informação de morbidades e mortalidade. Somada à dinâmica epidemiológica, nos estudos dessas populações, deve ser levada em consideração a diversidade social existente entre elas, uma vez que no Brasil existem aproximadamente 200 povos que falam 180 línguas, com as mais diversas experiências em relação à população nacional. No município de Oiapoque existem 4 povos, falantes de duas línguas, que são o Patuá ou crioulo e o palikur. A desigualdade econômica e a associação relativa da posição social que ocupa uma população está relacionada diretamente ao conceito de estratificação social como determinante na sua condição de saúde. A escassez de dados epidemiológicos das populações indígenas, segundo Coimbra, acaba por explicitar a real atenção dispensada tanto nas pesquisas epidemiológicas, quanto nas políticas de atenção à saúde voltadas para as populações indígenas.

1.2 Doença periodontal

Nome dado a um grupo de doenças infecciosas, a DP está associada à reposta do hospedeiro à colonização da área subgengival por bactérias patogênicas específicas. Pelo menos dois desses microrganismos, que invadem os tecidos periodontais, são considerados bastante agressivos: *Porphyromonas gingivalis* e *Actinobacillus actinomycetemcomitans*. As doenças periodontais (DPs) são as condições crônicas de saúde mais comuns em todo o mundo. A forma destrutiva da DP, periodontite, afeta aproximadamente 50% dos adultos e essa taxa aumenta para acima de 60% em indivíduos com mais de 65 anos de idade, com periodontite severa afetando de 10 a 15% das populações. As DPs são condições inflamatórias microbianas crônicas que desencadeiam uma desordem no processo de resposta imune do hospedeiro e levam a destruição tecidual do periodonto e, em alguns casos, onde não ocorre uma intervenção adequada por parte da equipe que assiste ao paciente, perda

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

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.198.401

dentária. Em estudo de estimativa de prevalência e distribuição geográfica da DP na população adulta brasileira e sua associação com desigualdades sociais contextuais e individuais foi obtido como resultado, na faixa etária entre 35 e 44 anos de idade, uma prevalência de 15,3% de DP “moderada a grave”. Para a DP “grave”, a estimativa de prevalência para o Brasil foi de 5,8%. Vale ressaltar que nesta pesquisa, dentre todas as capitais brasileiras estudadas, Macapá (capital do estado onde será realizado o presente estudo proposto) foi a que apresentou maior índice de prevalência da DP “moderada a grave”. O estudo acima referido adotou o Índice Periodontal Comunitário (IPC), tradução da sigla em inglês (CPI) Community Periodontal Index, que faz uso de três indicadores do estado periodontal: sangramento gengival à sondagem, cálculo dentário e bolsa periodontal. Também adotou o índice de Perda de Inserção Periodontal (PIP). Foi considerada DP “moderada a grave” quando se encontrou pelo menos um sextante com profundidade de bolsa periodontal maior ou igual a 4 mm (CPI > 2) e pelo menos um sextante com perda de inserção maior ou igual a 4 mm (PIP > 0) e DP “grave” a presença de pelo menos um sextante com bolsa periodontal maior ou igual 4 mm (CPI > 2) e pelo menos um sextante com perda de inserção maior ou igual 6 mm (PIP > 1). Segundo Dye (2012), o entendimento acerca da epidemiologia global das DPs vem sofrendo consideráveis mudanças nos últimos 50 anos, não apenas pelo avanço no conhecimento da história natural e distribuição da doença, mas pela mudança nas metodologias usadas nessa área de pesquisa. Mesmo com os grandes avanços feitos na área de microbiologia da doença referida, ainda há muito que se avançar, no que tange às susceptibilidades e eficácia nos protocolos de prevenção, uma vez que os esforços empenhados na epidemiologia global da DP vêm sendo dispensados, majoritariamente, em identificar as populações que tem a doença e nas disparidades de prevalência entre elas. Thomson, Sheiham e Spencer apontam a DP como sendo um problema de saúde pública que requer ação dos serviços de saúde, em função de sua prevalência gravidade, impacto na vida das pessoas e da comunidade, custo econômico e existência de métodos efetivos de prevenção e tratamento.

1.3 Doença periodontal nas populações indígenas

Em pesquisa para avaliar a auto percepção de saúde oral em indígenas adultos habitantes do posto indígena de Icatu, localizado no município de Braúna, São Paulo, Brasil, dados apontam para um relativa preocupação neste contexto. Este estudo expõe a existência de um contraste entre a auto percepção e a real condição de saúde oral, uma vez que 78,3% a consideram regular, embora quase todos apresentem edentulismo parcial ou total. Este dado aponta para o pobre esclarecimento dessa população acerca de saúde oral, o que evidencia uma deficiência não apenas nas estratégias de promoção de saúde, mas também nas de prevenção, com ineficiência ou ausência das ações de educação em saúde. Alves Filho, Santos e Vettore realizaram estudo para

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

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.198.401

determinar a condição de saúde bucal na população guarani do estado do Rio de Janeiro e observaram a presença de cálculo dental, como condição mais grave, em 20,9% da população, seguida de 11,3% de sangramento gengival e 0,7% de indivíduos apresentando bolsas periodontais de 4 a 5mm, totalizando 32,9% dessa população com problemas relacionados aos tecidos periodontais. Ainda há que se salientar um total de 7,6%, do total de indivíduos, que foram excluídos do levantamento por não apresentarem dentes em alguns sextantes da arcada. Alencar et al. em um levantamento que verificou condição gengival e fluorose em crianças indígenas do município de Aracruz, no Espírito Santo, verificou que 68,3% dos indivíduos com 12 anos de idade apresentavam sangramento gengival e 7,5% cálculo dentário. Os indígenas são pouco contemplados em estudos epidemiológicos e segundo Alves Filho, Santos e Vettore, muitos estudos não usam uma metodologia adequada, o que confere à essa população uma invisibilidade epidemiológica, que prejudica a produção de conhecimento acerca da saúde bucal e a elaboração de estratégias de prevenção e promoção de saúde. Por outro lado existem dados que apontam para uma baixa ocorrência de DP em estágio avançado, como é o caso dos xavantes etéñitépa, localizados na Terra Indígena Pimentel Barbosa, no leste do Mato Grosso. A ocorrência de bolsas periodontais e de dentes com mobilidade não é expressiva, fato esse que pode ser atribuído a uma maior resistência a fatores irritantes (placa e cálculo) e/ou à fatores não investigados, como microbiota bucal e possíveis efeitos benéficos do estímulo aos tecidos de proteção e sustentação (periodonto) promovidos pela dieta, que é constituída de alimentos duros e fibrosos. Os autores acima citados apontam o fator nutricional dos xavantes etéñitépa, com a manutenção de características tradicionais, como o consumo de raízes, frutos, pesca e caça, como possível responsável por uma saúde bucal ainda razoável e propõem a implementação de ações preventivas visando, entre outras coisas, difundir a prática de higienização oral sistemática e o uso de dentífrícios fluoretados. A exemplo do que acontece com a grande maioria da população indígena no Brasil, não existem estudos relacionados a saúde bucal dos indivíduos que habitam a as Terras Indígenas (TIs) da região do Oiapoque, que são Uaçá, Juminã e Galibi do Oiapoque, o que impõe a necessidade de fazê-los.

METODOLOGIA

Para a realização do estudo serão utilizados o Índice Periodontal Comunitário modificado e levantamento da perda de inserção periodontal. O Índice Periodontal Comunitário modificado usa dois indicadores, o sangramento gengival e bolsa periodontal. Para a tomada desses indicadores, será utilizada uma sonda especialmente projetada pela Organização Mundial de Saúde. Todos os

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

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.198.401

dentos presentes na boca serão examinados para a presença e ausência de sangramento gengival, assim como para a presença ou ausência de bolsas periodontais. A profundidade de bolsa será aferida utilizando-se da sonda recomendada pela Organização Mundial de Saúde.

DESFECHO PRIMÁRIO

Bolsa periodontal e perda de inserção periodontal.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO

Descrever e analisar a distribuição de condições periodontais das etnias Palikur, Galibi Marworno, Galibi Kalinã/Oiapoque e Karipuna localizadas no município de Oiapoque, na fronteira do Brasil com a Guiana Francesa.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

Realizar o levantamento dos índices de sangramento gengival à sondagem, bolsa e perda de inserção periodontal;

Determinar a distribuição e severidade das DPs entre as aldeias das etnias em estudo;

Levantar dados comportamentais e sociodemográficos da população de estudo;

Verificar a necessidade de intervenções de prevenção, tratamento e promoção de saúde nessas comunidades;

Verificar o acesso à saúde bucal, na prevenção promoção disponibilizado a essas populações;

Analisar a correlação da condição periodontal com as variáveis sociodemográficas e comportamentais;

Produção de dados que possam auxiliar na elaboração de estratégias de saúde bucal adequadas às populações em estudo;

Reportar às autoridades locais responsáveis pela saúde de população os achados da pesquisa.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

Apenas o desconforto do exame periodontal, caracterizando a gradação de risco como mínimo.

BENEFÍCIOS

Conhecer informações epidemiológicas que podem ser úteis para o planejamento de programas de prevenção e de atendimento odontológico a essas populações indígenas.

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

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.198.401

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

RESPOSTA AO PARECER CONSUBSTANCIADO CONEP N° 2.113.844:

1. Quanto ao "TCLE.doc":

1.1. Solicita-se informar endereço para contato com os responsáveis pela pesquisa.

RESPOSTA: Os endereços para contato foram acrescentados e estão destacados no corpo do texto em letras com a cor verde.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.2. Além das formas de contato, solicita-se incluir uma breve descrição do que é o Comitê de Ética em Pesquisa e qual sua função no estudo (Resolução CNS 466/2012, item IV.5).

RESPOSTA: Este item foi atendido e está destacado no sétimo parágrafo do texto, em fonte laranja, como uma breve descrição do que é e qual a função da CONEP na pesquisa.

ANÁLISE: a descrição solicitada foi a respeito do Comitê de Ética em Pesquisa e não da CONEP. Solicita-se adequação. PENDÊNCIA NÃO ATENDIDA.

RESPOSTA: A recomendação foi adotada e está destacada no sétimo parágrafo do texto, em fonte azul, como uma breve descrição do que é e qual a função do CEP na pesquisa.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

1.3. Solicita-se apresentar um termo de assentimento, ou seja, um documento elaborado em linguagem acessível para os menores ou para os que não possam responder legalmente, por meio do qual, após os participantes da pesquisa serem devidamente esclarecidos, explicitarão sua anuência em participar da pesquisa, sem prejuízo do consentimento de seus responsáveis legais (Resolução CNS 466/12, item II.24).

RESPOSTA: Este item foi atendido e está anexado na Plataforma Brasil em doc. com o título

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

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 2.198.401

“Termo_de_assentimento”. Nele buscou-se atender todas as recomendações exigidas pela CONEP.

ANÁLISE: O documento inserido é muito semelhante ao TCLE. A linguagem deve ser menos elaborada (Resolução CNS 510/16, capítulo III, seção II, Artigo 17º, inciso I). O Termo de Assentimento para menores de idade deve ser elaborado pelo pesquisador em linguagem acessível à compreensão dos participantes da pesquisa, EM SUAS DIFERENTES FAIXAS ETÁRIAS, não sendo adequado que seja elaborado somente um Termo de Assentimento para todos os participantes menores de 18 anos. É possível utilizar imagens e “estórias” para auxiliar no esclarecimento dos participantes da pesquisa.

PENDÊNCIA PARCIALMENTE ATENDIDA.

RESPOSTA: Quanto à semelhança do termo de assentimento ao TCLE, foi totalmente refeito o termo de assentimento.

Quanto à linguagem acessível e adaptada às diferentes faixas etárias dos menores de idade:

2.1- Buscou-se a elaboração de um termo de assentimento com sentenças menos elaboradas e vocabulário mais acessível, utilizando também tópicos respondendo possíveis dúvidas, assim como também foi ampliada a fonte e os espaçamentos, para oferecer uma leitura mais clara e menos cansativa.

2.2- Quanto à utilização de imagens, foi elaborado um diagrama com o objetivo de facilitação da compreensão do conteúdo pelos participantes da pesquisa.

2.3- Quanto à recomendação de elaboração de termos de assentimento que atendam todas as faixas etárias dos menores de idade, ressaltamos que apenas uma faixa etária desse grupo está contemplada como população de estudo no projeto, por conta da adoção dos critérios estabelecidos pela OMS (Organização Mundial de Saúde). A população de estudo do projeto está nas seguintes faixas etárias: 15-19, 35-44 e 6574, portanto apenas menores de 15 até 18 anos de idade. Deste modo foi elaborado um termo de assentimento destinado ao grupo de menores desta faixa etária.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

Considerações Finais a critério da CONEP:

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

Situação: Protocolo aprovado.

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: 2.198.401

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_694679.pdf	10/07/2017 19:19:46		Aceito
Outros	Carta_resposta_assinada_2.pdf	10/07/2017 19:18:48	Wagner Barros Bento	Aceito
Outros	Carta_resposta_2.docx	10/07/2017 19:17:07	Wagner Barros Bento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_ASSENTIMENTO_2.docx	10/07/2017 19:15:39	Wagner Barros Bento	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/07/2017 19:11:57	Wagner Barros Bento	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_CONEP.docx	16/02/2017 11:46:58	Wagner Barros Bento	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_plataforma_brasil.pdf	28/04/2016 12:52:04	Wagner Barros Bento	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetowagnerbento.docx	11/04/2016 11:05:14	Wagner Barros Bento	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

BRASILIA, 03 de Agosto de 2017

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

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

ANEXO 2 - AUTORIZAÇÃO DAS LIDERANÇAS INDÍGENAS



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPOQUE
CENTRO DE FORMAÇÃO DOS POVOS INDÍGENAS DO OIAPOQUE
CEP:689800-00/OIAPOQUE
ccpiooiapoque@gmail.com

Ofício nº 006/CCPIO/2018

Oiapoque-AP, 17 de janeiro de 2019.

Ao: Senhor Wagner Barros Bento

Cumprimentando- o cordialmente e, considerando a importância das pesquisas acadêmicas e científicas para desenvolvimento social e fortalecimento dos povos indígenas, o Conselho de Caciques dos Povos Indígenas de Oiapoque-CCPIO, vem **AUTORIZAR**, a realização do Projeto de Pesquisa de Doutorado: *CONDIÇÃO PERIODONTAL DAS ETNIAS INDÍGENAS PALIKUR, KARIPUNA, GALIBY MARWORNO E GALIBI OIAPOQUE NA FRONTEIRA BRASIL- GUIANA FRANCESA*.

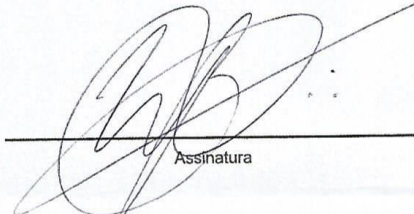
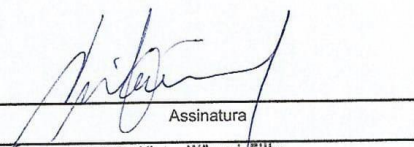
Informo também que, se houver qualquer desrespeito com os povos indígenas, sua pesquisa será imediatamente suspensa.

Cordialmente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Gilberto Iaparrá', is written over a horizontal line.

GILBERTO IAPARRÁ
Coordenador do CCPIO

ANEXO 3 - FOLHA DE ROSTO CEP/CONEP

1. Projeto de Pesquisa: CONDIÇÃO PERIODONTAL DAS ETNIAS INDÍGENAS PALIKUR, KARIPUNA, GALIBI MARWORNO E GALIBI OIAPOQUE NA FRONTEIRA BRASIL-GUIANA FRANCESA			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 1000			
3. Área Temática: Estudos com populações indígenas;			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: Wagner Barros Bento			
6. CPF: 715.562.302-49		7. Endereço (Rua, n.º): FRADIQUE COUTINHO, 623, Bloco 2, Apartamento 11B PINHEIROS SAO PAULO SAO PAULO 05416010	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (11) 2639-7764	10. Outro Telefone:	11. Email: wagnerbento@usp.br
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>17</u> / <u>04</u> / <u>2016</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP		13. CNPJ: 63.025.530/0017-71	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone: (11) 3061-7779	16. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>Victor Wunsch Filho</u>		CPF: <u>183.828.867-87</u>	
Cargo/Função: <u>Diretor</u>			
Data: <u>13</u> / <u>04</u> / <u>2016</u>		 Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL		Prof. Dr. Victor Wunsch Filho Diretor Faculdade de Saúde Pública / USP	
Não se aplica.			

ANEXO 4 - OFÍCIO 25/2017/AAEP-FUNAI

06/09/2019

SEI/FUNAI - 0027369 - Ofício



0027369

08620.001260/2017-63



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E CIDADANIA
 FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
 ASSESSORIA DE ACOMPANHAMENTO AOS ESTUDOS E PESQUISA
 SBS Quadra 02 Lote 14 Edifício Cleto Meireles, - Bairro Asa Sul
 CEP 70070-120 Brasília - DF
 61 3247 6546 - <http://www.funai.gov.br>

Ofício nº 25/2017/AAEP-FUNAI

Brasília - DF, 27 de janeiro de 2017.

A Sua Senhoria o Senhor
WAGNER BARROS BENTO
 Avenida Bem-Hurm Corrêa Alves, nº 1335, Congós
 68904-395 - Macapá - AP

Assunto: **Ingresso em Terra Indígena.**Referência: **Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 08620.001260/2017-63.**

Senhor Wagner Bento,

1. Refiro-me à solicitação de autorização para ingresso nas Terras Indígenas Juminá, Uaçá e Galibi, povos Galibi do Oiapoque, Galibi Marworno, Kulina e Karipuna para a realização da pesquisa intitulada "Condições periodontal das etnias indígenas Palikur, Karipuna Galibi Marworno e Galibi Oiapoque na fronteira Brasil - Guiana Francesa".
2. O ingresso em terra indígena está regulamentado pela Portaria nº 177/PRES/2006, que trata do direito autoral/uso de imagens dos indígenas, e pela Instrução Normativa nº 001/PRES/1995, que regulamenta a pesquisa científica. Tais normativas podem ser acessadas pelo site da Funai, www.funai.gov.br/index.php/servicos/ingresso-em-terra-indigena, no qual também é possível obter orientações para o pedido de autorização de ingresso em terra indígena.
3. As autorizações para ingresso em terra indígena são de competência exclusiva da Presidência da Funai, após a instrução de processo administrativo, observando-se a anuência prévia dos representantes dos povos indígenas envolvidos, conforme disposto na Convenção 169 da OIT, nos artigos 6º e 7º.
4. Ademais, verificou-se a ausência dos seguintes documentos, necessários ao prosseguimento do processo administrativo:
 - Parecer de análise de mérito por parte do CNPq, da Coordenação do Programa de Pesquisa em Saúde - COSAU, cosau@cnpq.br, tel. (61) 32119890/9891;
 - Parecer de ética do sistema CEP/CONEP;
 - Termo de Compromisso para uso de imagem, de som e de som de voz de indígenas na realização da pesquisa (conforme modelo anexo, preencher, assinar e encaminhá-lo em original).

06/09/2019

SEI/FUNAI - 0027369 - Ofício

5. Eventuais esclarecimentos poderão ser feitos pelo telefone (61) 3247-6039 e e-mail aaep@funai.gov.br.

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **CRISTINE APARECIDA MUNIZ MENEZES, Chefe de Gabinete da Presidência, Substituto(a)**, em 30/01/2017, às 18:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0027369** e o código CRC **5CD8210D**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 08620.001260/2017-63

SEI nº 0027369

ANEXO 5 - E-MAILS DE SUBMISSÃO E CONCESSÃO DE PARECER DE MÉRITO CIENTÍFICO DO CNPQ

14/03/2019

Universidade de São Paulo Mail - Mérito científico



Wagner Barros Bento <wagnerbento@usp.br>

Mérito científico

3 messages

Filipe Rhaony Araujo de Siqueira Dantas <filipe.dantas@cnpq.br>
To: wagnerbento@usp.br

Mon, Feb 20, 2017 at 1:15 PM

Prezado pesquisador, Bom dia !
Informamos que recebemos o seu projeto para avaliação de mérito e assim que recebemos os pareceres, enviaremos um e-mail notificando o recebimento . Me coloco à disposição para possíveis esclarecimentos.

att

Filipe Rhaony

"O emitente desta mensagem é responsável por seu conteúdo e endereçamento. Cabe ao destinatário cuidar quanto ao tratamento adequado. Sem a devida autorização, a divulgação, reprodução, distribuição ou qualquer outra ação em desconformidade com as normas internas do CNPq são proibidas e passíveis de sanção disciplinar, cível e criminal".

"The sender of this message is responsible for its content and addressing. The receiver shall take proper care of it. Without due authorization, the publication, reproduction, distribution or the performance of any other action not conforming to CNPq internal policies and procedures is forbidden and liable to disciplinary, civil or criminal sanctions."

Wagner Barros Bento <wagnerbento@usp.br>
To: Filipe Rhaony Araujo de Siqueira Dantas <filipe.dantas@cnpq.br>

Mon, Feb 20, 2017 at 8:18 PM

Olá, Filipe Rhaony!
Agradeço pela atenção dispensada! Fico no aguardo da notificação de recebimento do parecer.

Att.,

Wagner Barros Bento.
[Quoted text hidden]

Filipe Rhaony Araujo de Siqueira Dantas <filipe.dantas@cnpq.br>
To: wagnerbento@usp.br

Tue, Mar 14, 2017 at 4:37 PM

rezado(a) Senhor(a) Wagner Barros ,

Aproveitamos para informar que em 14/03/2017 esta área técnica (Coordenação de Saúde-COSAU/CGSAU/DAB/CNPq) encaminhou por mensagem eletrônica, Carta da COSAU para a Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas (AAEP) / FUNAI com o envio do parecer de mérito técnico científico, referente ao projeto

Considerando que, a etapa de avaliação de mérito técnico-científico com parecer ad hoc pelo CNPq, é uma das etapas da avaliação do projeto pela FUNAI, a aprovação final deverá ser informada ao pesquisador interessado pela própria FUNAI, com a qual a senhora deverá obter qualquer informação ou documentação sobre esse parecer de mérito técnico-científico.

Conforme descrito no site da FUNAI (Disponível em: <<http://www.funai.gov.br/index.php/servicos/ingresso-em-terra-indigena>>; Acesso em 15/01/2015), em caso de necessitar de documentos e informações complementares, tais como pareceres de órgãos reguladores de pesquisa científica, poderão ser solicitados a qualquer tempo nos seguintes acessos à FUNAI (por meio do e-mail aaep@funai.gov.br ou pelos telefones: Telefones: +55 (61) 3247-6026/6027/6028/6039).

Atenciosamente,

Filipe Rhaony
[Quoted text hidden]

ANEXO 6 - OFÍCIO 241/2017/AAEP-FUNAI

06/09/2019

SEI/FUNAI - 0320010 - Ofício



0320010

08620.001260/2017-63



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
 FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO
 SBS Quadra 02 Lote 14 Edifício Cleto Meireles, - Bairro Asa Sul
 CEP 70070-120 Brasília - DF
 61 3247 6546 - <http://www.funai.gov.br>

Ofício nº 241/2017/AAEP-FUNAI

A Sua Senhoria o Senhor

WAGNER BARROS BENTOAvenida Bem-Hurm Corrêa Alves, nº 1335, Congós
68904-395 - Macapá - APAssunto: **Ingresso em Terra Indígena.**Referência: **Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 08620.001260/2017-63.**

Senhor Wagner Bento,

1. Envio a Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 66/AAEP/PRES/2017, para ingresso nas Terras Indígenas Juminá, Uaçá e Galibi, com o objetivo de desenvolver a pesquisa científica intitulada "Condições periodontal das etnias indígenas Palikur, Karipuna Galibi Marworno e Galibi Oiapoque na fronteira Brasil - Guiana Francesa".
2. Eventuais esclarecimentos poderão ser feitos pelo telefone (61) 3247-6039 e e-mail aaep@funai.gov.br

Atenciosamente,



Documento assinado eletronicamente por **CRISTINE APARECIDA MUNIZ MENEZES, Chefe de Gabinete da Presidência**, em 14/08/2017, às 17:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0320010** e o código CRC **8868440D**.

Referência: Caso responda este Ofício, indicar expressamente o Processo nº 08620.001260/2017-63

SEI nº 0320010

ANEXO 7 - AUTORIZAÇÃO DE INGRESSO EM TERRA INDÍGENA

06/09/2019

SEI/FUNAI - 0319929 - Autorização de ingresso em TI Pessoa Física



0319929

08620.001260/2017-63



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
FUNDAÇÃO NACIONAL DO ÍNDIO

Autorização de Ingresso em Terra Indígena nº 66/AAEP/PRES/2017

IDENTIFICAÇÃO			
NOME:	Wagner Barros Bento	PROCESSO Nº:	08620.001260/2017-63
NACIONALIDADE:	Brasileira	IDENTIDADE:	
INSTITUIÇÃO/ENTIDADE:	Universidade de São Paulo		
PATROCINADOR:			
OBJETIVO DO INGRESSO			
Desenvolver a pesquisa científica intitulada "Condições periodontal das etnias indígenas Palikur, Karipuna Galibi Marworno e Galibi Oiapoque na fronteira Brasil - Guiana Francesa".			
EQUIPE DE TRABALHO			
	NOME	NACIONALIDADE	DOCUMENTO
	Eder Tiburcio Ferreira	Brasileira	RG 079485 SSP- AP
	Maria Pombo	Brasileira	RG 30809537-6 SSP - SP
LOCALIZAÇÃO			
TERRA INDÍGENA:	Juminá, Uaçá e Galibi	POVO INDÍGENA:	Karipuna, Palikur, Galibi Galibi Marworno
COORDENAÇÃO REGIONAL:	Amapá e Norte do Pará	CTL:	
VIGÊNCIA DA AUTORIZAÇÃO			
INÍCIO:	01/10/2017	TÉRMINO:	01/07/2019
Autorizo.		Brasília-DF, 14 de agosto de 2017.	
RESSALVAS:			
<ul style="list-style-type: none"> Esta autorização não inclui licença para uso de imagem, som e som de voz dos indígenas, para além do objeto desta autorização; 			

06/09/2019

SEI/FUNAI - 0319929 - Autorização de ingresso em TI Pessoa Física

- Esta autorização não inclui acesso ao conhecimento tradicional associado à biodiversidade;
- Esta autorização não inclui acesso ao patrimônio genético;
- Remeter à Assessoria de Acompanhamento aos Estudos e Pesquisas – AAEP/Presidência/Funai, mídia digital contendo: relatórios, artigos, livros, gravações audiovisuais, imagens, sons, outras produções oriundas do trabalho realizado e informações sobre o acesso na internet.



Documento assinado eletronicamente por **Franklimberg Ribeiro de Freitas, Presidente**, em 15/08/2017, às 01:47, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: http://sei.funai.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0319929** e o código CRC **BBD8A686**.

Referência: Processo nº 08620.001260/2017-63

SEI nº 0319929

ANEXO 8 - OFÍCIO CCPIO DE IMPEDIMENTO DE REALIZAÇÃO DE PESQUISAS



CONSELHO DE CACIQUES DOS POVOS INDÍGENAS DE OIAPÓQUE

Av. Veiga Cabral nº. 486, Centro – CEP: 68980-000- Oiapoque

Fone: 3521 2860 / 3521 2746

Ofício nº 120/CCPIO/2018

Oiapoque-AP, 14 de maio 2018.

À Reitora da Universidade Federal do Amapá
Dra. Eliane Superti

Ao Diretor do Campus Binacional do Oiapoque
Dr. Otávio Landim

Prezada Reitora da Universidade Federal do Amapá e Diretor do Campus Binacional do Oiapoque,

Nós, lideranças indígenas Karipuna, Galibi-Marworno, Galibi-Kalinã e Palikur, representadas pelo Conselho dos Caciques dos Povos Indígenas do Oiapoque (CCPIO), queremos, através deste documento, esclarecer que:

1. O acesso e permanência dos povos indígenas à Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) é tema de discussões com esta Universidade e também entre nós, povos indígenas, há vários anos. Essas discussões originaram o Curso de Licenciatura Intercultural Indígena (CLII) e, já no processo de criação desse curso, em 2007, discutíamos que era necessário garantir o ingresso de nosso povo nos demais cursos da UNIFAP, uma vez que nossa demanda não é somente pela formação de professores.
2. Em julho de 2017 o CLII realizou o Seminário “Os Indígenas e a Universidade: 10 anos de lutas, conquistas e desafios do Curso de Licenciatura Intercultural Indígena da Universidade Federal do Amapá”. Nós, povos indígenas, representados por nossas lideranças e acadêmicos do CLII, tivemos ampla participação nesse evento. No documento final deste

seminário, entregue em mão à Reitoria da UNIFAP em agosto de 2017, colocamos como reivindicação a garantia de reserva de vagas e o acesso diferenciado para indígenas em todos os cursos de graduação e pós-graduação da UNIFAP, mas não obtivemos retorno.

3. No segundo semestre de 2017 a UNIFAP instituiu uma comissão para a discussão das políticas afirmativas na instituição, a qual foi responsável pela elaboração da **Resolução 39/2017**, que estabelece a **Política de Ações Afirmativas da Universidade Federal do Amapá**, aprovada em 29 de novembro de 2017. Contudo, essa resolução foi discutida e elaborada sem a nossa participação, não havendo **NENHUM** membro de nossa comunidade nessas discussões e também nenhuma representação de nossos parceiros, como o Curso de Licenciatura Intercultural Indígena.

4. Em fevereiro de 2018 realizamos a **XXVI Assembleia de Avaliação dos Povos Indígenas do Oiapoque** - Karipuna, Galibi-Marworno, Galibi Kalina e Palikur - na Aldeia Ahumã, Km- 68 da BR-156, que reuniu caciques, lideranças e representantes da Articulação dos Povos e Organizações Indígenas do Amapá e Norte do Pará (APOIANP); Conselho dos Caciques dos Povos Indígenas do Oiapoque (CCPIO); Associação Indígena Karipuna (AIKA); Associação das Mulheres Indígenas em Mutirão (AMIM); Articulação Indígena Rio Oiapoque (AIRO); Associação Indígena Palikur (AIPA); Organização dos Professores Indígenas do Oiapoque (OPIMO); Associação dos Povos Indígenas Waiana e Apalaí (APIWA); Organização Indígena das Aldeias Galibi Marworno (OIAGM); Cooperativa de Motoristas Autônomos de Carros de Fretes (COOMACAF); Agentes Ambientais Indígenas de Oiapoque (AGAMIN); Organização Indígena da Juventude (OIJ); e Conselho das Aldeias do Povo Waiãpi (APINA). Durante a Assembleia redigimos um documento para a UNIFAP solicitando a revisão da **Resolução 39/2017**, que estabelece a **Política de Ações Afirmativas da Universidade Federal do Amapá** e exigindo que participássemos do processo de discussão e implementação dessas políticas, pois toda e qualquer política voltada para nós, povos indígenas, deve respeitar a Convenção 169 da Organização Internacional do Trabalho, que prevê a consulta prévia, livre e informada às comunidades indígenas e tradicionais.

5. O documento elaborado durante **XXVI Assembleia de Avaliação dos Povos Indígenas do Oiapoque** foi referendado pela etapa regional da II Conferência Nacional de Educação Escolar Indígena (CONEEI), ocorrida em Macapá em março de 2018. Durante a conferência entregamos esse documento, com mais de 350 assinaturas de indígenas, à Vice-Reitora da UNIFAP, Dra. Adelma Barros Mendes. Também protocolamos o documento na UNIFAP em seguida.

Esse histórico mostra que nossa luta pelo acesso e permanência à UNIFAP é longa e cheia de processos e etapas. No início de maio a UNIFAP foi positiva quanto a realização de um Processo Seletivo Extraordinário para o Ingresso de Indígenas e Quilombolas (PSEIQ) nos cursos do Campus Binacional do Oiapoque. Esse processo seletivo não contempla nossas reivindicações, mas consideramos um passo importante para que a UNIFAP implemente, de fato, as políticas afirmativas. Contudo, sabemos que a entrada de indígenas e quilombolas nessa instituição não é, de nenhuma forma, consensual.

A reunião ocorrida no dia 8 de maio de 2018 no Campus Binacional do Oiapoque, entre Direção do Campus, Conselho do Campus, professores, acadêmicos, lideranças indígenas e quilombolas, serviu para, mais uma vez, constatarmos o preconceito e a discriminação destinados aos povos indígenas e tradicionais. A insensibilidade, a ausência de apoio, o distanciamento evidente e os ataques que sofremos durante essa reunião por parte dos Conselheiros e dos professores do Campus Binacional, serviram para desvelar a falta de respeito destes com os povos indígenas e a resistência que estes têm quanto a entrada de indígenas e quilombolas na Universidade. Além disso, a posição adotada pelos professores nos mostrou que, para eles, continuamos a ser “objetos” de pesquisa, mas não somos “adequados” e nem teríamos “capacidade” para ingressar nos cursos destinados aos não-indígenas. O lamentável episódio ocorrido nesta reunião e o posicionamento da Universidade Federal do Amapá no sentido de se ater a subterfúgios para que o PSEIQ não seja executado em tempo hábil, impossibilitando o ingresso dos indígenas e quilombolas nos cursos do Campus Binacional do Oiapoque no segundo semestre de 2018 nos levaram a tomar a seguinte decisão, que solicitamos que seja comunicada a todos os Campi, Pró-

Reitorias, Departamentos e Colegiados de Curso, docentes e pesquisadores da UNIFAP :

1. Estão suspensas por tempo **INDETERMINADO** todas as reuniões, pesquisas e projetos de extensão realizados por professores e pesquisadores da Universidade Federal do Amapá nas Terras Indígenas Uaçá, Galibi e Juminã;
2. Está proibida a entrada de professores e pesquisadores da UNIFAP em nossas terras indígenas;
3. Os Projetos de Pesquisa e Extensão em andamento e já autorizados também estão suspensos e serão revistos e reavaliados por esse Conselho. Para isso solicitamos da Direção do Campus Binacional e das Pró-Reitorias de Pesquisa e Extensão da UNIFAP uma listagem com todas as pesquisas, pesquisadores e projetos ativos em nossas terras indígenas.

Solicitamos que esse documento seja amplamente divulgado, inclusive no site oficial da Universidade Federal do Amapá.

Cordialmente,



GILBERTO LAPARRÁ
Coordenador do CCPIO

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 1



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-USP
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE GLOBAL E
SUSTENTABILIDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: SITUAÇÃO PERIODONTAL DAS ETNIAS INDÍGENAS PALIKUR, KARIPUNA, GALIBI MARWORNO E GALIBI OIAPOQUE NA FRONTEIRA BRASIL-GUIANA FRANCESA.

Este estudo é importante, pois mostrará se você tem ou não alguma doença na gengiva e dentes que possam causar dores e também provocar a perda de dentes e diminuição da capacidade de mastigar a comida. Os resultados desse estudo serão usados para a construção de um serviço de saúde da boca de acordo com o que as pessoas precisam.

Será feito um exame da sua gengiva e também algumas perguntas sobre sua vida, como: seu tipo de trabalho, tipo de comida que você come, se fuma ou não e se bebe bebida alcoólica ou não.

O grau de risco oferecido pela pesquisa é mínimo e no momento do exame você sentirá um pequeno desconforto na gengiva, mas vale a pena, porque você e as outras pessoas da sua aldeia saberão se a boca e os dentes de vocês têm algum problema ou se estão com boa saúde. Caso seja encontrado algum problema na sua boca, você será encaminhado para o posto de saúde mais próximo, que tenha atendimento com dentista, para tratar a sua boca e dentes.

Você poderá perguntar tudo o que quiser saber sobre a pesquisa. E também se recusar a participar e ou parar de participar a qualquer hora.

Seu nome ou o material que indique a sua participação não será dado para ninguém sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação deste estudo. Uma via deste consentimento vai ser guardada no Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e outra será dada a você.

Nada será cobrado de você e também nenhum valor será pago para que você participe desta pesquisa.

Este estudo foi avaliado e será acompanhado até o seu fim pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), que tem como função garantir que estudos envolvendo seres humanos obedeçam às regras morais definidas pelo CNS (Conselho Nacional de Saúde), defendendo os interesses, a dignidade e a integridade das pessoas que forem participar dessa pesquisa.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____ fui informada (o) do que se trata a pesquisa acima, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei pedir novas explicações e mudar minha decisão se eu desejar. Os pesquisadores garantiram para mim que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão custeados pelo orçamento da pesquisa.

Em caso de dúvidas poderei chamar o estudante pesquisador Wagner Barros Bento no telefone (96) 98122 3668 (Avenida Bem-Hur Corrêa Alves, 1335, Congós, Macapá, AP), o professor orientador José Leopoldo Ferreira Antunes no telefone (11) 30617968 (Avenida Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP) e no mesmo endereço o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone (11) 3061-7779.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

_____, de _____ de _____
Local e data

Nome

Assinatura do participante

Nome

Assinatura do responsável legal

Nome

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 2



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-USP
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE GLOBAL E
SUSTENTABILIDADE

Queremos saber como está a saúde bucal das pessoas de várias tribos: PALIKUR, KARIPUNA, GALIBI MARWORNO E GALIBI. Se soubermos como estão poderemos ajudar a melhorar.

Os problemas na boca (nos dentes e na gengiva) podem causar dor, fazer os dentes caírem e que também podem atrapalhar você a mastigar a comida. Às vezes a pessoa ainda não percebeu que tem algum problema porque ainda está no começo, mas quanto antes ela souber mais fácil vai ser de evitar todos esses problemas.

Por isso estamos te convidando para participar, você só participa se você quiser! Você vai saber se tem algum problema e vai ajudar a gente a entender como está a saúde da tua tribo. Vamos todos saber se têm algum problema ou se estão normais, com boa saúde.

Se você aceitar participar vai ser assim:

- 1) Nós vamos perguntar algumas coisas sobre você: o que você come e bebe, se fuma, se está estudando, e outras coisas parecidas.
Porquê? Para saber o que as pessoas que tem uma doença na boca fazem de parecido. Depois que soubermos vamos avisar vocês e também o pessoal dos postos de saúde da sua região, para que todos saibam como evitar que esses problemas apareçam.
- 2) Vamos olhar sua gengiva. É um exame bem rápido, não vai fazer nenhum mal pra sua boca. Só vamos encostar na sua gengiva.
Porquê? Para ver se tem algum problema.
- 3) Se tiver, vamos indicar algo para te ajudar. Falar se precisa ir ao posto de saúde, no dentista e qual é melhor ir (que você também só vai fazer se você quiser!).
Pronto!
Agora o resultado desse estudo vai ser usado para melhorar o serviço de saúde oferecido na sua região, para que ele seja como as pessoas precisam.



1) Primeiro iremos fazer algumas perguntas sobre você e como você vive

2) Em seguida iremos fazer uma avaliação na sua gengiva

3) Algum problema na saúde da sua boca? Nós encaminaremos você para o posto de saúde mais próximo

Mais algumas coisas pra te ajudar a decidir:

- Em qualquer hora você pode perguntar qualquer coisa sobre o estudo ou sobre o exame.
- Em qualquer hora você pode mudar de ideia e parar de participar de tudo.
- Nada e nenhum dinheiro vai ser pago para participar da pesquisa: nem por você, ou seus pais, ou por nós.
- Você precisa preencher um papel (abaixo) com o seu nome porque senão não podemos te examinar, mas é só por isso, seu nome ou qualquer coisa que mostre que você participou deste estudo nunca vão ser dados pra ninguém sem que você deixe.

Um papel igual ao de baixo vai ficar com você e outro nós precisamos guardar (em um lugar que chama Programa de Doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

Queremos que o resultado desta pesquisa apareça em alguma revista para que pessoas de outros lugares parecidos também possam ser ajudadas, mas o seu nome ou o nome de qualquer outra pessoa não vão aparecer. Só de quem quiser.

- Para fazer este estudo o CEP avaliou tudo que iríamos fazer, só fazemos um estudo com a autorização deles. Eles também acompanham tudo que estamos fazendo até que tudo termine.

Mas o que é o CEP? O CEP é o “Comitê de Ética em Pesquisa”. Um grupo de pessoas (um “Comitê”) que garantem que todos os estudos (“Pesquisas”) não façam mal a ninguém (“Ética”). O CEP protege você e todos que quiserem participar desta pesquisa.

- Se você quiser saber mais alguma coisa, se tem alguma dúvida do que está lendo, ou do que falamos, você pode falar com os seus pais ou com as pessoas que criam você. Eles podem procurar as pessoas que estão fazendo o estudo para resolver qualquer problema. Aqui embaixo estão os nossos dados: nomes, os telefones e os lugares onde os pesquisadores trabalham ou moram. Seus pais podem ligar para eles!

1) *Nome:* Wagner Barros Bento, é estudante pesquisador.

Telefone: (96) 981223668.

Ele mora em Macapá, no mesmo Estado em que você mora, na Avenida Bem-Hur Corrêa Alves, número 1335, no bairro Congós.

2) *Nome:* José Leopoldo Ferreira Antunes, é professor orientador.

Telefone: (11) 30617968

O professor Leopoldo trabalha na Avenida Doutor Arnaldo, número 715, no bairro Cerqueira César, que fica na cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo.

3) *Nome:* CEP (“Comitê de Ética em Pesquisa”), são as pessoas que acompanham o estudo, que explicamos antes.

Telefone: (11) 30617779

O CEP fica no mesmo endereço do professor José Leopoldo.

ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ digo que foi bem explicado para mim sobre o que é a pesquisa que está neste documento e tirei todas as minhas dúvidas sobre ele.

Também sei que em qualquer hora eu posso pedir que me expliquem direitinho de novo, se eu quiser.

Também sei que posso desistir de participar do estudo que ninguém ficará bravo por isso.

As pessoas que estão fazendo esse estudo prometeram para mim que todas as minhas informações coletadas vão ser mantidas em segredo.

Também sei que eu não vou ter nenhum gasto, tudo que precisar será pago com o dinheiro da pesquisa.

Eu assino aqui porquê aceitei participar desse estudo. Recebi uma cópia deste papel, que chama “documento de termo de consentimento livre e esclarecido”.

_____, _____ de _____ de _____
Local e data

Nome	Assinatura do participante
Nome	Assinatura do responsável legal
Nome	Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 3



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-USP
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
PROGRAMA DE DOUTORADO EM SAÚDE GLOBAL E
SUSTENTABILIDADE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

U ãvite kom vólute pu participe dji un peskiz: SITUASIÕ DJI THETMÃ DJI DÃ DJI BUX DJI POV ĒDJIE-IELA PAHIKU, KARIPUN, GALIBI MARWORN I GALIBI K'ALINÃ LA DJIVIZIÕ DJI BHUEZIL KE GUIAN FÃSE.

Sa lekol la ĩportã, pukisa li ke mõthe si u gãie i si u pa gãie maladji la i dã ki puve femal i fe u pedji u dã i u pedji fos pu pa puve maxi u mãje. Lahepõs-ielã dji sa lekol ke siavi pu fe um thavai dji lasãte dji bux ki mun- ielã bẽsuẽ.

le ke fe um izãm dji u xiko dã i osi ie ke dumãde baj suje u lavi, kumã: u kalite thavai, kalite mãje ki u ka mãje, si u ka fimẽ si u pa ka fimẽ i si u ka bue buesõ alkolik si u pa ka bue.

La momã dji ězãm u ke sãtxi un bagaj ki ke ãpexeu la u xiko dã, li bõ, pukisa u mem ke uot mun- ielã dji u kumunite ke save si zot bux i dã gãie kek poblem i si zot gãie bõ lãsãte. Si ie kõthe nẽpot poblem la u bux, ie ke voie u ale pu pos dji lasãte ki pi phox, ki gãie metsẽ dji dã, pu ětxupe dji u bux ke u dã.

U ke puve dumãde tut ki u le save dji sa peskiz- la. I osi si u pale u pa ka pahtxisipe i si u ka pahtxisipe u puve hete lo ki u le.

U nõ i matehial ki ka ĩdjike u pahtxisipasiõ ie pa ke bai pu pies mun sã u permisiõ. le pa ke idetxifikeu la pa un publikasiõ dji lekol la. Un kopia dji sa permisiõ la ke hete sehe la Phogam dji Doutorad la Lasãte Global i Sutunẽ dji Faculdade dji Lasãte Publik dji Univehsite dji São Paulo i uot ie ke bai pu u.

le pa ke dumãde ãie dji u i ie pa ke peie ãie osi pu pahtxisipe dji sa peskiz la.

DEKLAHASIÕ DJI MUN KA PAHTXISIPE OU DJI HESPÕSAV PU SA MUN KI KA PAHTXISIPE: Mo mem, _____ lasu ãle, mo husuve ĩfohmasiõ dji kisa sa peskiz la ka pale, la fõm biẽ a kle biẽ detaie i mo kõphan. Mo save ki la nẽpot mumã mo puve dumãde uot isplikasiõ i xãje mo desiziõ

se mo le. Mun ki ka fe peskiz la ie ka gahãtxi pu mo ki tut sa lekol dji sa peskiz-la ie pa ke sehel. Osi si gãiẽ bagaj pu gaspie, Univehsite la ke peie ke lajã dji peskiz-la.

Si mo pa ka kãphan biẽ mo ke puve aple mun dji peskiz-la Wagner Barros Bento (96) 98122 3668 ou met lekol ki ka mõthe José Leopoldo Ferreira Antunes la telefon ou Komitê dji Étika la Peskiz dji Fakute dji lasãte publik dji Univehsite dji São Paulo, sito à Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP.

Mo ka deklahe ki mo Dako pu pahtxisipe dji sa lekol la. Mo husuve um kopia dji sa permissiõ lib e biẽ aple i ie bai mo um xãs dji li pu mo puve kãphan.

Nõ siẽ dji mun ka Partxisipe Dat

Nõ siẽ dji mun ka Peskize Da

APÊNDICE D - DECLARAÇÃO DE PESQUISADOR

Macapá, 16 de fevereiro de 2017

À CONEP

DECLARAÇÃO

Eu, Wagner Barros Bento, brasileiro, solteiro, cirurgião-dentista, portador da Cédula de Identidade RG 117042 POLITEC-AP e Cadastro de Pessoa Física N. 715.562.302-49, residente e domiciliado na Av. Bem Hur Correa Alves, nº 1335, bairro Congós, Cep 68904-395, Macapá, Amapá, aluno do programa de doutorado em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP) sob orientação do Professor Dr. José Leopoldo Ferreira Antunes, titular da mesma, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade 8.613.859-5 e Cadastro de Pessoa Física 023.456.218-85, declaro para os devidos fins que me comprometo a iniciar o estudo Intitulado "**Condição periodontal das etnias indígenas Palikur, Karipuna, Galibi Marworno e Galibi Oiapoque na fronteira Brasil - Guiana Francesa**" apenas após parecer favorável de todos órgãos governamentais competentes, a saber: parecer de mérito científico pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), autorização de ingresso em Terra Indígena pela presidência da Fundação Nacional do Índio (FUNAI), assim como das lideranças indígenas, em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) em comunidades cuja cultura reconheça a autoridade do líder ou do coletivo sobre o indivíduo, respeitando tal particularidade, sem prejuízo do consentimento individual”.

Obedecendo ao preenchimento da pendência registrada na Plataforma Brasil para o processo com CAAE 55588416.8.0000.5421, a qual requer "Autorização da FUNAI e das Lideranças indígenas (...) ou de declaração do(a) pesquisador(a) de que estes serão obtidos antes do início da pesquisa”, envio esta, uma vez que, para se obter a autorização requerida, a presidência da FUNAI exige, como documentação essencial ao trâmite do processo de ingresso em Terra Indígena, a aprovação do projeto pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.

Informo que o projeto de pesquisa já foi aprovado em Exame de Qualificação no Pós-Graduação, nível doutorado, em Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo Informo também que serão estritamente observadas as determinações da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regula as pesquisas envolvendo seres humanos.

Atenciosamente,

Wagner Barros Bento.

APÊNDICE E - CARTA DE INTENÇÕES

Ao Conselho Distrital de Saúde Indígena e ao Senhor Coordenador Distrital de Saúde Indígena do DSEI Amapá e Norte do Pará, SILNEY WANDERSON ANIKÁ.

CARTA DE INTENÇÕES

Senhor Coordenador,

Ao cumprimenta-lo, eu, **Wagner Barros Bento**, matrícula SIAPE 2032983, professor do Magistério Superior do curso de Medicina da Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), e doutorando do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP-USP), venho, respeitosamente, por meio desta carta de intenções, intentar colaboração para a realização do projeto de pesquisa “**Condição periodontal das etnias Palikur, Karipuna, Galibi Marworno e Galibi Oiapoque na fronteira Brasil-Guiana Francesa**”.

Este projeto de pesquisa, o qual encaminho em anexo, tem por objetivo estudar a distribuição da doença periodontal em comunidades indígenas, um conhecimento que é relevante para o planejamento de serviços odontológicos, voltados para essa população, atendendo as especificidades que são peculiares as mesmas.

Informo que, para esse fim, serão realizados exames clínicos odontológicos e aplicação de questionário na população nas faixas etárias entre 15-19, 35-44 e 65-74 anos. Nos casos de diagnóstico de agravos à saúde bucal, não serão realizadas intervenções e as necessidades de tratamento serão referenciadas para as unidades locais de saúde. Os dados levantados serão tratados com confidencialidade e não serão passíveis de identificação nominal. Apenas serão incluídos os indivíduos que consentirem em participar, registrando sua aceitação em termo de esclarecimento redigido nos idiomas de uso local.

Ressalto ainda que eu, Wagner Barros Bento, sou cirurgião-dentista e estou plenamente capacitado para efetuar a coleta de dados de interesse da pesquisa, onde serão estritamente observadas as determinações da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regula as pesquisas envolvendo seres humanos.

Este projeto de pesquisa já conta com todas as autorizações dos órgãos competentes, a saber:

- **Parecer de mérito Científico emitido pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico);**

Recebi o Original
Em 29 / 11 / 17
Assinatura
ns 13:35

Este parecer foi encaminhado diretamente pelo CNPq, através de sua Coordenação de Saúde, COSAU/CNPq para a Assessoria de Acompanhamento de Estudos e Pesquisas da FUNAI, AAEP/FUNAI. Em Anexo está cópia de e-mail que confirma que o parecer já está em posse da FUNAI.

- **Parecer favorável ao início da pesquisa emitido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP);**

Esta documentação está em anexo.

- **Autorização de ingresso em Terra Indígena.**

Esta documentação está em anexo.

Finalizo esta mensagem reiterando protestos de elevada consideração e colocando-me à disposição, caso necessário, para esclarecer pontos adicionais.

Atenciosamente,

Wagner Barros Bento, professor Assistente da Universidade Federal do Amapá, UNIFAP, e Doutorando do Programa de Saúde Global e Sustentabilidade da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, FSP-USP.

Avenida Bem-Hur Corrêa Alves, 1335, 68904-395, Macapá-AP; Celular 98122-3668, e-mail wagnerbento@usp.br

CURRÍCULO LATTES

FOLHA DE ROSTO ORIENTADOR



José Leopoldo Ferreira Antunes

Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 1A


Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4938720890035457>

ID Lattes: **4938720890035457**

Última atualização do currículo em 27/08/2019

José Leopoldo Ferreira Antunes é professor titular da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Editor Científico da Revista de Saúde Pública e Editor Associado de Oral Diseases. É pesquisador do CNPq desde 03/2001. Sua área de interesse em pesquisa é a vigilância das desigualdades em saúde, com foco em suas formas de medida, na avaliação de sua magnitude e fatores associados. Em especial, tem se aplicado ao estudo do impacto de programas e intervenções sobre as desigualdades socioeconômicas em saúde. (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	José Leopoldo Ferreira Antunes
Nome em citações bibliográficas	ANTUNES, J. L. F.;ANTUNES JLF;ANTUNES, J. L.;ANTUNES JL;Antunes, José L.F.;Antunes, José Leopoldo Ferreira;Ferreira Antunes, José Leopoldo;Antunes, Jose Leopoldo Ferreira;Antunes, Josã@ Leopoldo Ferreira;Antunes LF;Antunes, José Leopoldo;ANTUNES, JOSÉ LEOPOLDO F.;ANTUNES, JOSE L.;ANTUNES, JOSÉ LEOPOLDO F.;ANTUNES, JLF;ANTUNES, JOSÉ L. F.;ANTUNES, J.L.F.
Lattes ID	 http://lattes.cnpq.br/4938720890035457

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Epidemiologia. Av. Dr. Arnaldo, 715 Pacaembu 01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30617968 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1990 - 1994	Doutorado em Sociologia (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Crime, sexo, morte: avatares da medicina no Brasil, Ano de obtenção: 1995. Orientador:  Irene de Arruda Ribeiro Cardoso. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: história e saúde; pensamento médico; medicina legal; saúde pública; moral. Grande área: Ciências da Saúde Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia da Saúde. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Medicina Legal e Deontologia. Setores de atividade: Saúde Humana.
1985 - 1989	Mestrado em Sociologia (Conceito CAPES 6). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Hospital: Instituição e História Social, Ano de Obtenção: 1989. Orientador: Irene de Arruda Ribeiro Cardoso. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: hospital; análise institucional; instituições de saúde; história e saúde. Grande área: Ciências Humanas Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Saúde Humana.
1993 - 1993	Especialização em Estatística Em Saúde. (Carga Horária: 640h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1981 - 1984	Bolsista do(a): Secretaria de Estado da Saúde, SES, Brasil. Graduação em Ciências Sociais. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

FOLHA DE ROSTO ORIENTANDO



Wagner Barros Bento


Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/4535183373280909>

ID Lattes: **4535183373280909**

Última atualização do currículo em 06/04/2016

Doutorando em Saúde Global e Sustentabilidade pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, Mestre em Ciências da Saúde, com área de concentração em Epidemiologia e Saúde pública, pela Universidade Federal Do Amapá (2013), Especialista em Odontologia Legal pela Associação Brasileira de odontologia, Seção Amapá (2011), Graduado em odontologia pela Fundação Municipal de educação e Cultura de Santa Fé do sul (20105). (Texto informado pelo autor)

Identificação

Nome	Wagner Barros Bento
Nome em citações bibliográficas	BENTO, W. B.
Lattes ID	 http://lattes.cnpq.br/4535183373280909

Endereço

Endereço Profissional	Ministério da Educação, UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAPÁ, Rodovia Juscelino Kubitschek - de 1670/1671 ao fim Universidade 68903419 - Macapá, AP - Brasil Telefone: (96) 40092901 URL da Homepage: http://www.unifap.br/public/
------------------------------	---

Formação acadêmica/titulação

2011 - 2013	Mestrado em CIÊNCIAS DA SAÚDE (Concelto CAPES 3). Universidade Federal do Amapá, UNIFAP, Brasil. Título: Situação de saúde periodontal de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 de um serviço d atenção básica de saúde - Macapá, Ano de Obtenção: 2013. Orientador: Ludmila Miyar Otero. Palavras-chave: Diabetes mellitus tipo 2; Situação de saúde periodontal. Grande área: Ciências da Saúde
2009 - 2011	Especialização em ODONTOLOGIA LEGAL. (Carga Horária: 360h). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA SEÇÃO AMAPÁ, ABO, Brasil. Título: A importância do odontólogo nos processos de identificação cadavérica em naufrágios ocorridos nos rios da Amazônia. Orientador: Adriana de Moraes Correia.
2001 - 2005	Graduação em ODONTOLOGIA. Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul, FUNEC, Brasil.

Formação Complementar

2010 - 2010	Aspectos Éticos e Legais da Profissão Odontológica. (Carga horária: 4h). ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ODONTOLOGIA SEÇÃO AMAPÁ, ABO, Brasil.
--------------------	--

Atuação Profissional

Universidade Federal do Amapá, UNIFAP, Brasil.	
Vínculo institucional	
2013 - Atual	Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: professor, Carga horária: 40, Regime: Dedicção exclusiva.