

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

**CECILIA SANTIAGO ARAUJO DE LIMA**

**FATORES ASSOCIADOS A PRESENÇA DE DENTES EM ADULTOS E  
IDOSOS DA POPULAÇÃO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ, 2010**

**RECIFE**

**2014**

CECILIA SANTIAGO ARAUJO DE LIMA

**FATORES ASSOCIADOS A PRESENÇA DE DENTES EM ADULTOS E IDOSOS DA  
POPULAÇÃO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ, 2010**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do  
grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Dr. Rafael da Silveira Moreira

RECIFE

2014

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

L732f Lima, Cecilia Santiago Araujo de.  
Fatores associados a presença de dentes em adultos e idosos da população indígena Xukuru do Ororubá, 2010/ Cecilia Santiago Araujo de Lima. — Recife: [s.n.], 2014.

60 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientador: Rafael da Silveira Moreira.

1. Saúde Bucal. 2. Perda de Dente. 3. Saúde de Populações Indígenas. I. Moreira, Rafael da Silveira. II. Título.

CDU 616.314

---

CECILIA SANTIAGO ARAUJO DE LIMA

**FATORES ASSOCIADOS A PRESENÇA DE DENTES EM ADULTOS E IDOSOS DA  
POPULAÇÃO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ, 2010**

Dissertação apresentada ao Curso de  
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,  
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do  
grau de Mestre em Ciências.

**Aprovado em: 25/03/2014**

**Banca Examinadora**

---

Dr. Rafael da Silveira Moreira (Orientador)

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

---

Dr. Carlos Feitosa Luna (1º Titular)

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / FIOCRUZ

---

Dr. Petrônio José de Lima Martelli (2º Titular)

Departamento de Medicina Social / UFPE

## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer primeiramente a Deus que permitiu minha caminhada até aqui.

Agradeço aos meus pais Antônio e Lisete, meu irmão Rafael, meu marido Rodrigo, à minha avó Almerinda, e todos os meus familiares e os verdadeiros amigos que sempre estiveram comigo.

Quero agradecer à minha turma de mestrado “Tamo Junto” e ao Grupo de Estudos em Saúde Bucal (GESB), que ao longo desses dois anos foram importantes para meu crescimento acadêmico.

À etnia Xukuru do Ororubá e ao Professor Rafael Moreira que aceitou me orientar neste trabalho.

Agradeço também ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) por fomentar o desenvolvimento de projetos de pesquisa através do Edital Universal e à Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco (FACEPE) por me conceder bolsa de estudos.

Enfim, quero agradecer a todos aqueles que desde sempre confiaram em mim.

LIMA, C.S.A. **Fatores associados à presença de dentes em adultos e idosos da população indígena Xukuru do Ororubá, 2010.** 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

## RESUMO

Os indígenas no Brasil estão inseridos de diferentes maneiras na sociedade e representam um dos segmentos mais desfavorecidos do ponto de vista econômico, habitacional, educacional e dos indicadores de saúde e requerem políticas públicas específicas. Os estudos sobre saúde bucal indígena no Brasil apontam para uma grande heterogeneidade epidemiológica. As mudanças socioeconômicas e ambientais pelas quais vêm passando esses povos, incluindo subsistência e dieta, são aspectos reconhecidamente propiciadores de alterações no perfil de saúde bucal com destaque para as perdas dentárias. A escassez de trabalhos sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas é alarmante e reflete a ausência de informação sobre a realidade desses povos e da consequente exclusão social a qual estão submetidos. Sendo assim, objetivou-se analisar os fatores associados à presença de dentes em indígenas da população Xukuru do Ororubá. Foi realizado um estudo etnoepidemiológico transversal em uma amostra de 428 indivíduos adultos (35 a 44 anos) e idosos (60 anos e mais) no município de Pesqueira, Pernambuco, Brasil, em 2010. Os pesquisados responderam uma entrevista e foram submetidos a um exame clínico bucal. Razão de médias e odds ratio foram calculadas por meio da regressão binomial negativa com zero inflacionado e foi elaborado um modelo hierárquico. A média da presença de dentes permanentes foi de 10,43 dentes ( $\pm 9,79$ ). Os fatores associados à presença de dentes foram: ser da faixa etária adulta, ser do sexo masculino, estar insatisfeito com os dentes/boca, ter realizado a última consulta entre 1 e 2 anos e a consulta ser motivada pela dor. É importante destacar que sejam desenvolvidas e postas em prática políticas públicas, a fim de buscar estratégias de intervenção em atenção à saúde bucal.

Palavras chaves: Saúde Bucal; Perda de dente; Saúde de Populações Indígenas

LIMA, C.S.A. **Factors associated with the presence of teeth in the adult and elderly Xukuru indigenous population in Ororubá, 2010.** 2014. Dissertation (Master Degree in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2014.

### **ABSTRACT**

Indigenous people in Brazil are inserted in different ways in society and represent one of the most disadvantaged segments of the economic, housing, educational standpoint and health indicators and require specific policies. Studies on indigenous oral health in Brazil point to a large epidemiological heterogeneity. The socioeconomic and environmental changes that have been going these people, including subsistence and diet, are enablers of change in oral health profile with emphasis on tooth loss recognized aspects. The scarcity of studies on the oral health status of indigenous peoples is alarming and reflects the lack of information about the reality of these peoples and the consequent social exclusion to which they are subjected. Thus, this study aimed to analyze the factors associated with the presence of teeth in the Xukuru indigenous population in Ororubá. A cross-sectional study was conducted using a random sample (n=428) of adults (35 to 44 years) and the elderly (60 years and older) in Pesqueira, in the state of Pernambuco, Northeast Brazil, in 2010. Subjects completed a questionnaire and underwent dental examinations. The mean and odds ratios were calculated by zero-inflated negative binomial regression from which a hierarchical model was developed. The mean value for the presence of permanent teeth was 10.43 ( $\pm$  9.79). Factors associated with the presence of teeth according to the multiple regression, were: being adult, being male, being dissatisfied with teeth/mouth, having visited the dentist within the last 1 to 2 years and consultations were motivated by pain. It is necessary to develop and implement public policies in order to seek intervention strategies in oral health care.

Key words: Tooth loss; Oral Health; Health of Indigenous Peoples

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Localização geográfica do Território Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo as regiões socioambientais e aldeias. Pesqueira, 2010.	26
Quadro 1 - Descrição da variável dependente.	28
Figura 2 – Modelo teórico hierarquizado das variáveis associadas à presença de dentes permanentes. Pesqueira, 2010.	29
Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes.	30

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da média de dentes permanentes das variáveis sociodemográficas em indígenas Xukuru adultos e idosos. Pesqueira, 2010.	35
Tabela 2 – Descrição da média de dentes permanentes das variáveis de autopercepção e impactos em saúde bucal em indígenas Xukuru adultos e idosos. Pesqueira, 2010.	36
Tabela 3 – Descrição da média de dentes permanentes das variáveis de acesso aos serviços de saúde bucal em indígenas Xukuru adultos e idosos. Pesqueira, 2010.	37
Tabela 4 – Razão de média (RM) e Odds ratio (OR) de dentes presentes segundo estimativas do modelo simples de regressão binomial negativa inflacionado de zero. Pesqueira, 2010.	39
Tabela 5 – Razão de média (RM) e Odds Ratio (OR) de dentes presentes segundo estimativas do modelo multinível hierarquizado múltiplo de regressão binomial negativa inflacionado de zero. Pesqueira, 2010.	41

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa  
CPI – Índice Periodontal Comunitário  
CPQAM – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
DSEI – Distrito Sanitário Especial Indígena  
ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública  
EPIs – Equipamentos de Proteção Individual  
FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz  
FUNAI – Fundação Nacional do Índio  
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde  
OIDP – Oral Impact on Daily Performance (Impacto bucal no desempenho diário)  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
OR – Odds Ratio  
PE – Pernambuco  
RM – Razão de Médias  
SAS – Secretaria de Assistência à Saúde  
SB Brasil – Saúde Bucal Brasil  
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SPI – Serviço de Proteção ao Índio  
SPSS – Statistical Package for Social Sciences  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
TI – Terra Indígena

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>1.1 Povo Indígena no Brasil e no Nordeste brasileiro</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Povo Indígena Xukuru</b>	<b>14</b>
<b>1.3 O Sistema de Saúde Indígena no Brasil</b>	<b>16</b>
<b>1.4 Saúde Bucal Indígena e a Perda Dentária</b>	<b>19</b>
<b>2 PERGUNTA CONDUTORA</b>	<b>22</b>
<b>3 HIPÓTESE</b>	<b>23</b>
<b>4 OBJETIVOS</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Objetivo Geral</b>	<b>24</b>
<b>4.2 Objetivos Específicos</b>	<b>24</b>
<b>5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>25</b>
<b>5.1 Tipo de estudo</b>	<b>25</b>
<b>5.2 Local e população de estudo</b>	<b>25</b>
<b>5.3 Plano amostral</b>	<b>26</b>
<b>5.4 Instrumento e procedimentos de coleta de dados</b>	<b>27</b>
<b>5.5 Descrição das variáveis</b>	<b>28</b>
<b>5.6 Processamento dos dados</b>	<b>32</b>
<b>5.7 Análise de dados</b>	<b>32</b>
<b>5.8 Aspectos Éticos</b>	<b>33</b>
<b>6 RESULTADOS</b>	<b>34</b>
<b>7 DISCUSSÃO</b>	<b>42</b>
<b>8 CONCLUSÕES</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>	<b>53</b>
<b>APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DA SAÚDE BUCAL (QUESTIONÁRIO ADAPTADO DO SB BRASIL 2010)</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CPQAM/FIOCRUZ À PESQUISA “ SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA DO POVO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ</b>	<b>60</b>
<b>ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CPQAM/FIOCRUZ À PESQUISA “ ANÁLISE E CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E</b>	



## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Povo Indígena no Brasil e no Nordeste brasileiro**

Os povos indígenas no Brasil apresentam configurações particulares de costumes, crenças e língua, de formas de inserção com o meio ambiente, de história de interação com os colonizadores e de relação com o Estado nacional brasileiro. Desse modo, inserem-se de distintas maneiras na sociedade nacional. O reconhecimento étnico se pauta na conjugação de critérios definidos pela consciência da identidade indígena e de pertencimento a um grupo diferenciado dos demais segmentos populacionais brasileiros e pelo reconhecimento por parte dos membros do próprio grupo (IBGE, 2012).

No Brasil, assim como em diversas outras partes do mundo, as populações indígenas se configuram como um dos segmentos mais desfavorecidos do ponto de vista econômico, habitacional, educacional e dos indicadores de saúde, como revelam os censos e outras pesquisas que mensuram as condições de vida da população brasileira. Além disso, por razões culturais ou de relação com o ambiente, requerem políticas públicas específicas (IBGE, 2012).

De acordo com resultados do Universo do Censo Demográfico 2010 a população indígena brasileira atual corresponde aproximadamente a 0,47% da população total do país sendo representada por 896,9 mil pessoas distribuídas em mais de 305 etnias e falantes de aproximadamente 274 línguas diferentes. Desse contingente total, 36,2% residem na área urbana e 63,8% na rural. A maior parte dessa população distribui-se por milhares de aldeias, situadas no interior de 686 terras indígenas (TI), de norte a sul do território nacional. A maior parcela de indígenas residentes fora das terras indígenas, em termos absolutos, corresponde à Região Nordeste, com 126 mil indígenas (BRASIL..., 2010; IBGE, 2012).

Ao longo dos 500 anos de colonização, os povos indígenas, foram obrigados, por força da repressão física e cultural, a reprimir e a negar suas culturas e identidades como forma de sobrevivência diante da sociedade colonial que lhes negava qualquer direito e possibilidade de vida própria. Os índios não tinham escolha: ou eram exterminados fisicamente ou deveriam ser extintos por força do chamado processo forçado de integração e assimilação à sociedade nacional. Os índios que sobrevivessem às guerras provocadas e aos massacres planejados e executados deveriam compulsoriamente ser forçados a abdicar de seus modos de vida para viverem iguais aos brancos. No fundo, era obrigá-los a abandonarem suas terras, abrindo caminho para a expansão das fronteiras agrícolas do país. O objetivo, portanto, não era tanto cultural ou racial, mas sobretudo econômico, guiando toda a política e as práticas adotadas pelos colonizadores (LUCIANO, 2006).

O Nordeste é uma região emblemática para que se entendam hoje os meandros do que foi o processo colonizador enfrentado pelos povos indígenas. Por estar localizada ao longo do litoral brasileiro, a região foi alvo primeiro da ocupação colonial pelos portugueses. Essa ocupação violenta resultou em profundas perdas territoriais e na submissão, por absoluta necessidade de sobrevivência, aos poderes econômicos coloniais, marca dos diversos povos da região, como os Xukuru, os Fulniô, os Cariri-Xocó, os Tuxá, os Aticum, os Tapeba, os Potiguara, entre outros. As línguas nativas foram substituídas pelo português e o modo de vida desses povos pouco se distingue dos camponeses não-índios. As áreas que ocupam dificilmente possibilitam uma vida autônoma de produção e reprodução de suas culturas, tradições e valores para as quais necessitariam de um resgate e de uma reorganização social. No entanto, a identidade indígena entre os povos da região é marcada por rituais específicos, como as festas do Toré e o Uricuri, que marca a fronteira identitária étnica. Neste sentido, a identidade indígena, negada e escondida historicamente como estratégia de sobrevivência, é atualmente reafirmada e muitas vezes recriada por esses povos (LUCIANO, 2006).

Os indígenas do Brasil vivem atualmente um momento especial de sua história no período pós-colonização. Após 500 anos de massacre, escravidão, dominação e repressão cultural, hoje respiram um ar menos repressivo, o suficiente para que, de norte a sul do país, eles possam reiniciar e retomar seus projetos sociais étnicos e identitários. Culturas e tradições estão sendo resgatadas, revalorizadas e revividas. Terras tradicionais estão sendo reivindicadas, reapropriadas ou reocupadas pelos verdadeiros donos originários. Línguas vêm sendo reaprendidas e praticadas na aldeia, na escola e nas cidades. Rituais e cerimônias tradicionais há muito tempo não praticados estão voltando a fazer parte da vida cotidiana dos povos indígenas nas aldeias ou nas grandes cidades brasileiras (LUCIANO, 2006).

## **1.2 Povo Indígena Xukuru**

O povo indígena Xukuru é o que possui o maior contingente populacional étnico indígena dentre as 10 etnias do Estado de Pernambuco. Localiza-se no município de Pesqueira na Serra do Ororubá, a 216 km de Recife (capital do Estado de Pernambuco), mais especificamente entre o Agreste e o Sertão, região semi-árida, cercada por rochas e tem uma população de 7.672 indígenas (IBGE, 2012). Limita-se ao norte com o município de Poção e com o estado da Paraíba; ao sul com o município de Mimoso; a Leste com o município de Pesqueira e a oeste com o município de Arcoverde.

Esse grupo é reconhecido no cenário do movimento indígena nacional pela forte presença política de suas lideranças, seja na organização interna, seja no relacionamento com o Governo Federal e se mostra hoje como representante de uma nova fase de um movimento indígena nordestino que vem se fortalecendo desde a década de 1980 (OLIVEIRA, 2010).

Os Xukuru, assim como muitos grupos étnicos do Nordeste brasileiro, foram deixados à margem da história indígena brasileira e ocultaram por muito tempo suas práticas religiosas e de cura, como forma de resistência, sobrevivência e autopreservação. Sofreram com a perda de terras tradicionais que permitissem a sua reprodução social e cultural e foram alvo de toda fonte de discriminação, sobretudo a partir do século XVIII (SOUZA, 2004).

No contexto do povo Xukuru, a distribuição de terras pela corte de Portugal, as sesmarias, facilitou a entrada dos fazendeiros no interior e o apossamento de vários hectares de terras onde antes viviam vários povos nativos. Assim, os Xukuru tornaram-se escravos, trabalhando nas fazendas e indústrias construídas em seu território. Em pequenas porções de terra, moravam e plantavam o que podiam para seu próprio consumo (BRITTO *et al.*, 2013; SILVA, 2007).

Após as retomadas de suas terras o território indígena Xukuru passou a ter 25 aldeias que se encontram distribuídas em três regiões ambientalmente delimitadas: a Ribeira, a Serra e o Agreste (FERREIRA; BRASILEIRO; FIALHO, 2011). Existem, porém, algumas famílias indígenas que residem na área urbana de Pesqueira, devido a conflitos internos (FIALHO, 2011; LIMA *et al.*, 2007).

A região da Serra detém as principais fontes de água potável que abastecem a etnia, favorecendo iniciativas de produção de pecuária leiteira e a agricultura orgânica. A região da Ribeira conta com a nascente do Rio Ipojuca e a Barragem do Pão-de-Açúcar, que possibilitam a irrigação e o cultivo agrícola da região. Já o Agreste possui dificuldade de acesso aos recursos hídricos, desenvolvendo mais a pecuária leiteira. Além das atividades econômicas mencionadas, a confecção de artesanato também faz parte da cultura indígena. A maioria das famílias produz em suas áreas e 75% delas comercializam algum tipo de cultura produzida (GONÇALVES, 2008).

A maior parte da população vive hoje da agricultura, com plantações principalmente de banana, feijão, mandioca, milho e hortaliças, além da criação de gado leiteiro e cabras. Os alimentos produzidos são vendidos na feira da cidade de Pesqueira. A economia também é mobilizada pelas contratações públicas de professores e agentes de saúde indígenas que

trabalham na área, além de atividades de menor monta, a exemplo do artesanato (OLIVEIRA, 2010).

A partir de 2001, a homologação das terras nessa população acarretou em mudanças no contexto social, econômico e político que contribuiu de alguma forma para modificações no modo de vida dessa população como o desenvolvimento de uma agricultura extensiva e de subsistência, e da pecuária, assim como acesso a benefícios como bolsa família, pensões e aposentadorias (BARBOSA, 2013; FUNAI, 2007).

Embora apresentem características de uma população rural, o povo indígena Xukuru tem fácil acesso a área urbana pela sua proximidade geográfica e isso parece influenciar seus hábitos de vida, como, por exemplo, os alimentares (BARBOSA, 2013).

As mudanças nos hábitos de vida resultantes de um processo de troca entre culturas se chama de aculturação onde a absorção de características e costumes geram uma nova referência. A incorporação dos novos hábitos alimentares tiveram como função acelerar a aculturação alimentar e pode estar influenciando o perfil de saúde bucal nos indígenas já que a proximidade da TI com a zona urbana de Pesqueira facilita a aquisição de produtos industrializados no comércio local.

### **1.3 O Sistema de Saúde Indígena no Brasil**

Os povos indígenas do Brasil apresentam um complexo e dinâmico quadro de saúde. Este é diretamente relacionado a processos históricos de mudanças sociais, econômicas e ambientais, atreladas à expansão e à consolidação de frentes demográficas e econômicas da sociedade nas diversas regiões do país. Ao longo dos séculos, tais frentes exerceram importante influência sobre os determinantes dos perfis da saúde indígena, quer seja por meio da introdução de novos patógenos, ocasionando graves epidemias; usurpação de territórios, dificultando ou inviabilizando a subsistência; e/ou a perseguição e morte de indivíduos ou mesmo comunidades inteiras (LEITE, 2007).

O perfil epidemiológico dos povos indígenas é pouco conhecido, o que decorre da exiguidade de investigações, de inquéritos e censos, assim como da precariedade dos sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade. Qualquer discussão sobre o processo saúde-doença dos povos indígenas precisa levar em consideração, além das dinâmicas epidemiológica e demográfica, a enorme sociodiversidade existente (COIMBRA JR. *et al*, 2002; COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; FUNASA, 2002; SANTOS; COIMBRA JR., 1994; SANTOS; ESCOBAR, 2001).

Apesar da carência e fragmentação de registros históricos sobre a trajetória de contato dos povos indígenas com outros grupos populacionais no Brasil, sabe-se que os reflexos dessa interação sobre os perfis de adoecimento e morte foram significativos e resultaram em importante redução numérica dos grupos nativos que vivem no país. Nesse contexto, houve grave desestruturação sociodemográfica que, não raro, provocou o desaparecimento de um número expressivo de etnias (BASTA *et al.*, 2012).

A chamada política indigenista, ou seja, a política do Estado dirigida às populações indígenas foi caracterizada, ao longo da história do Brasil, pela forte interveniência do poder público, ainda que consorciado a entidades religiosas e civis, com vistas a promover a assimilação dos povos indígenas à sociedade brasileira. A atuação direta das instituições públicas na política indigenista se deu inicialmente através do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), que foi substituído a partir de 1967 pela Fundação Nacional do Índio (FUNAI), uma entidade estatal criada pela ditadura militar. Ambos os órgãos tinham como atribuições a prestação de assistência aos povos indígenas nos mais diversos campos da vida social tais como saúde, educação, direitos fundiários, proteção aos conhecimentos tradicionais, desenvolvimento econômico e outros. A Constituição de 1988 reconheceu os direitos dos povos originários às suas terras, a políticas sociais diferenciadas e adequadas às suas especificidades culturais, à autorrepresentação jurídico-política e à preservação de suas línguas e culturas. Tais avanços constitucionais repercutiram positivamente na política indigenista e na sociedade brasileira em geral, sedimentando a premissa de que um tratamento diferenciado às minorias étnicas pelo poder público representa um direito e não uma ação caritativa (GARNELO, 2012).

As equipes de saúde da FUNAI mantiveram-se em geral distantes das discussões sobre atenção primária à saúde, e suas práticas não incorporaram nem os avanços simples, baratos e eficazes de cuidados primários de saúde e nem os novos modelos de assistência, pautados na prevenção de doenças e na organização de sistemas locais de saúde. Assim permaneceu até 1991, quando ocorreu a transferência da gestão da saúde indígena da FUNAI para o Ministério da Saúde. A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) teve início em 1991 com o Decreto nº 23 do governo Collor, e consolidou-se com a Lei Arouca que, em 1999, regulamentou as atribuições ministeriais para a implantação de um sistema de atenção diferenciada à saúde a ser prestada aos índios. Este sistema estava baseado na ‘distritalização’ sanitária sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e seria estabelecido

pela Fundação Nacional de Saúde (FUNASA). Foram implantados 34 DSEIs, distribuídos por todas as regiões do país (LUCIANO, 2006).

A partir de 1999, a FUNASA optou por um modelo administrativo de renúncia à execução direta de serviços, adotando a estratégia de transferência total ou parcial de responsabilidades e atribuições essenciais do Estado para a esfera privada ou para outros órgãos públicos federados. O pacto entre governo e entidade prestadora de serviços por meio de convênios e contratos foi viabilizado principalmente na região Norte, com o predomínio da atuação de entidades não-governamentais, incluindo organizações indígenas. Em outras regiões do país, o acordo foi feito com outros órgãos públicos, como prefeituras municipais e universidades públicas. Entretanto, a delegação da operacionalização das ações de saúde indígena para a FUNASA não eximiu o Ministério da Saúde da responsabilidade mais ampla de gerir essa política pública. Em função disso, parte desse monitoramento ficou a cargo da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS), a qual, além da responsabilidade em coordenar a assistência à saúde da população brasileira como um todo, também passou a exercer este papel junto à população indígena, principalmente na interlocução com os sistemas municipais de saúde. No ano de 2010 foi publicado o decreto nº 7.336/MS que formalizou a decisão governamental de repassar a gestão do subsistema de saúde indígena para a recém criada Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) que recebeu as atribuições anteriormente desenvolvidas pela FUNASA. A criação da SESAI não retirou as atribuições que a SAS já desenvolvia junto aos sistemas municipais de saúde no âmbito da saúde indígena (GARNELO, 2012).

As condições de saúde da população indígena possuem vários fatores determinantes. A dignidade do índio enquanto ser humano, a manutenção da sua saúde e a preservação da sua vida são influenciadas por uma série de denominadores históricos, culturais, políticos, sociais e econômicos: dependem do governo local, do assédio de fazendeiros, posseiros, garimpeiros e madeireiras às terras indígenas e da própria tolerância dos índios perante as políticas indigenistas voltadas para a educação, a moradia, e a alimentação. (LUCIANO, 2006).

Para entendimento adequado do processo saúde/doença nos povos indígenas faz-se necessário recorrer às relações históricas nas quais as sociedades humanas estão inseridas (SANTOS; COIMBRA JR, 1994). Diversos autores têm apontado para a necessidade de pesquisas que contemplem grupos étnicos específicos, minorias e migrantes, dentre outros, a fim de contribuir para o melhor conhecimento bem como para levantar informações

relevantes para o planejamento de serviços de saúde em contextos específicos (PILOT, 1988; WALKER, 1987; WINTER, 1990).

#### **1.4 Saúde Bucal Indígena e a Perda Dentária**

A epidemiologia da saúde bucal entre os povos indígenas no Brasil é pouco conhecida, o que reflete um quadro mais geral de desconhecimento sobre as condições de saúde dessas populações (COIMBRA JR.; SANTOS, 2000).

Os estudos sobre saúde bucal indígena, ainda em pequeno número no país frente à sócio-diversidade existente, além de concentrados na região amazônica, apontam para uma grande heterogeneidade epidemiológica (ARANTES, 2003; FUNASA, 2007).

Desse quadro, intensas mudanças socioeconômicas e ambientais pelas quais vêm passando esses povos, incluindo subsistência e dieta, são aspectos reconhecidamente propiciadores de alterações no perfil de saúde bucal (SANTOS; COIMBRA JR., 1994). Os principais responsáveis pela deterioração nas condições de saúde bucal são as mudanças na dieta tradicional (notadamente consumo de açúcar e de outros produtos industrializados) e no sistema econômico desse grupo, aliadas à falta de um programa preventivo (ARANTES *et al*, 1998).

As populações indígenas são quase sempre excluídas dos programas de atenção à saúde, então são criados programas específicos que nem sempre se revertem em benefícios, ou por falta de pessoal especializado ou por desconhecimento de sua cultura (CASTELLANOS, 1990). As irregularidades dos serviços programados para estas comunidades, assim como alterações em seus padrões alimentares e culturais, reforçam a necessidade urgente de iniciativas de promoção de saúde dirigidas a estes grupos (RIGONATTO *et al.*, 2001).

Os primeiros trabalhos sobre saúde bucal indígena remontam aos anos 1960, em que alguns estudos demonstraram uma prevalência reduzida de cáries em comunidades indígenas no Brasil (Alto Xingu) que tinham pouca experiência de contato com os não-índios, em relação às populações urbanas (RIGONATTO *et al.*, 2001).

A partir da década de 1960, observou-se um aumento da incidência de cárie, tendo como fator determinante a mudança nos padrões alimentares com maior disponibilidade de carboidratos fermentáveis na dieta (ARANTES, 2003). Segundo Rigonatto *et al.* (2001), o surgimento do Serviço de Proteção ao Índio (SPI), permitiu a introdução do açúcar em

algumas comunidades indígenas, acarretando um aumento da incidência de cárie nesses grupos.

Estudos em saúde bucal apontam uma desigualdade de perfil entre índios e não-índios representada por uma incidência muito maior de cárie entre os indígenas (BURT; ARBOR, 1994; GRIM *et al.*, 1994). Embora a cárie seja uma doença que possui métodos de prevenção e controle conhecidos e comprovadamente eficientes, o precário perfil epidemiológico encontrado nas populações indígenas ilustra a exclusão social destes grupos frente ao acesso à atenção odontológica e aos métodos de promoção da saúde bucal. A maior parte dos estudos sobre a saúde bucal nessa população se restringe aos aspectos ligados à morfologia dentária e marcadores fisiológicos, tais como desgaste dentário e defeitos do esmalte. Estudos realizados em comunidades nativas da América do Norte apontam piores condições de saúde bucal dos índios quando comparados aos não-índios, com elevada prevalência de cárie rampante (de mamadeira) e elevada prevalência de edentulismo (ausência de todos os dentes) entre os idosos (ARANTES, 2003).

A perda do órgão dental relacionada à exodontias provocadas por doenças evitáveis, entre elas, a cárie dentária e as doenças periodontais, é muito elevada e permanece prevalente em todo o mundo apesar do progresso na prevenção e no tratamento precoce destas doenças (PINTO, 1997).

As condições sociais e as práticas hegemônicas dentárias forçam os indivíduos menos favorecidos socioeconomicamente a tratar a dor dentária com extrações. Dados epidemiológicos têm mostrado expressivo incremento das perdas com a idade. No Brasil, a extração em massa começa aos 30 anos e é a solução mais prática e econômica para os problemas acumulados de saúde bucal (BARBATO *et al.*, 2007; PINTO, 1997).

A perda dos dentes é a causa mais frequente do comprometimento da mastigação, estando relacionada com a redução da capacidade mastigatória e da percepção da habilidade mastigatória. Quando associada ao difícil acesso a próteses resultam em distúrbios funcionais e psicossociais, tais como mastigação deficiente, problemas relacionados a fala, dificuldades de emprego, insatisfação com a aparência, entre outros. Pouca atenção tem sido dada ao impacto que a perda dentária pode causar na habilidade mastigatória e nas alterações alimentares dela decorrentes, as quais são fatores determinantes do estado nutricional destes indivíduos bem como a redução da autoestima e da integração social (BARBATO *et al.*, 2007; MARCENES *et al.*, 2003; MOYNIHAM; BRADBURY, 2001; MUSACCHIO *et al.*, 2007; N'GOM; WODA, 2002).

As variáveis relacionadas à perda dentária vão desde o nível dentário (o aumento na perda de inserção periodontal, no número de superfícies coronais e radiculares cariadas, a mobilidade dentária e fratura na restauração) até o nível individual (o relato de dor dentária, a necessidade percebida de tratamento odontológico, a frustração com o atendimento odontológico, preferência pela extração em vez do tratamento conservador, grupo etário mais velho, raça negra e sexo feminino) (GILBERT *et al.*, 1999). A perda dentária precoce deve ser considerada um preditor de edentulismo futuro. Existem correlações significativas entre a perda dentária precoce e variáveis sociais, como índice de desenvolvimento humano, cor da pele, escolaridade, renda sob um salário mínimo, ausência de fluoretação da água encanada e pessoas que vivem em cidades com menos de 10.000 habitantes, que já foram relatados em outros estudos (FRAZÃO *et al.*, 2003).

Na Austrália menos de 2% dos adultos com idade entre 35-54 anos têm perda dentária completa, mas isso aumenta para 36% para pessoas com 75 anos ou mais (SLADE *et al.*, 2007). A distribuição etária de edentulismo para os povos indígenas é visivelmente diferente do que o da população total. O nível de edentulismo na faixa etária de 35 a 54 anos é quase cinco vezes maior entre indígenas do que entre os não-indígenas homólogos (7,6% em comparação com 1,6%). Há também uma diferença notável para aqueles com idade de 55-74 anos, 21% dos povos indígenas sofrem de edentulismo em comparação com 14% dos não-indianos (WILLIAMS *et al.*, 2011).

Em termos gerais, faltam informações qualitativas e quantitativas sobre o estado de saúde bucal das populações indígenas no Brasil, principalmente de estudos longitudinais que possam sustentar uma evolução do perfil epidemiológico bucal. Particularmente, na região Nordeste e no Estado de Pernambuco a escassez de trabalhos sobre as condições de saúde bucal dos povos indígenas apresenta-se ainda mais alarmante o que reflete a ausência de informação sobre a realidade desses povos e da consequente exclusão social a qual estão submetidos. O presente estudo pretende contribuir com o conhecimento sobre a perda dentária em adultos e idosos indígenas dessa população, estudando os fatores associados à presença de dentes permanentes.

## **2 PERGUNTA CONDUTORA**

Diante desse contexto, este trabalho estabelece como pergunta condutora: Quais os fatores associados à presença de dentes em adultos e idosos indígenas Xukuru do Ororubá em Pesqueira -PE?

### **3 HIPÓTESE**

A partir da pergunta condutora foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

- a) Há um elevado número de dentes perdidos em adultos e idosos indígenas.
- b) Mulheres indígenas tem menos dentes do que homens indígenas.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo Geral**

Analisar a presença de dentes e os fatores associados em adultos (35 a 44 anos) e idosos (60 anos e mais) da população indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-PE.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- a) Descrever o perfil socioeconômico, demográfico, de acesso aos serviços de atenção à saúde bucal e de autopercepção e impactos em saúde bucal dos índios adultos e idosos;
- b) Estimar a média de dentes permanentes na população indígena Xukuru do Ororubá adulta e idosa;
- c) Identificar os fatores associados à presença de dentes na população indígena Xukuru do Ororubá adulta e idosa;

## **5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **5.1 Tipo de estudo**

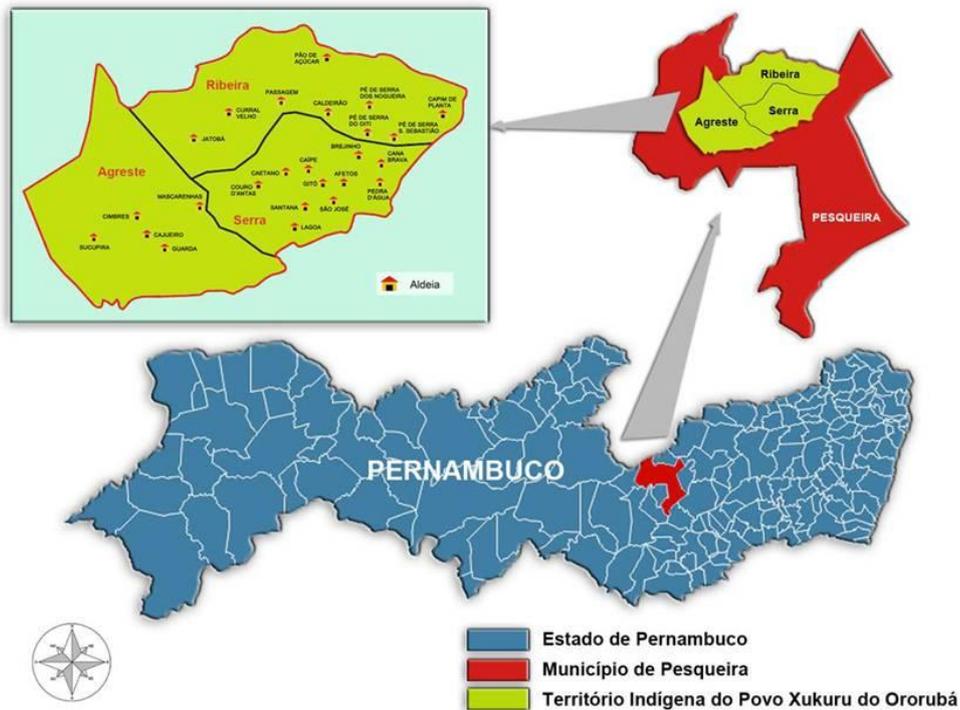
Este é um estudo etnoepidemiológico de corte transversal e de base populacional que utilizou dados secundários de dois estudos maiores que foram desenvolvidos no município de Pesqueira (PE), Região Nordeste do Brasil com participação apenas da população indígena aldeada, no período de janeiro a março de 2010.

O trabalho intitulado “Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como Ferramenta para as Ações de Atenção Primária de Saúde” (COSTA *et al.*, 2009a) foi desenvolvido em caráter censitário, que permitiu conhecer detalhadamente a etnia e ter acesso a dados do universo da população agregados por região socioambiental e aldeia. A partir de então foi realizado o trabalho “Saúde e Condições de Vida do Povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE” (COSTA *et al.*, 2009b) o qual pesquisou uma amostra do universo conhecido pelo trabalho anterior e possui o presente estudo como parte integrante.

### **5.2 Local e população de estudo**

A população do grupo étnico Xukuru localiza-se no município de Pesqueira na Serra do Ororubá e é formada por 7.225 pessoas, habitando 1.896 domicílios e está distribuída em 3 regiões socioambientais (Ribeira, Serra, Agreste) e 25 aldeias. (Figura 1).

Figura 1- Localização geográfica do Território Indígena Xukuru do Ororubá e sua divisão segundo as regiões socioambientais e aldeias. Pesqueira, 2010.



Fonte:

Maurício (2012)

### 5.3 Plano amostral

Na perspectiva de garantir a representatividade do menor grupo, na pesquisa primária de Costa et al. (2009b), o tamanho da amostra foi estimado levando em consideração a menor prevalência entre os problemas de saúde pesquisados, o que resultou em um terço do universo. Consequentemente permitiu a representação dos demais grupos em estudo. A partir dessas informações censitárias, a amostra final foi composta por 632 domicílios (equivalente a um terço do universo).

A seleção dos domicílios para compor a amostra se deu de forma aleatória sistemática, a fim de garantir a todos os integrantes da população a mesma chance de serem escolhidos. Utilizou-se como referência a numeração dos domicílios devidamente codificados pela pesquisa anterior. Para sistematização da amostra, foi utilizado o seguinte cálculo:

$$k = N(\text{população})/n(\text{amostra})$$

$$k = 1896/632$$

$$k = 3$$

Então, a unidade amostral inicial foi selecionada através de sorteio entre 1 e k, ou seja, entre os números um, dois e três. Com o número três sorteado, partiu-se para a seleção dos domicílios com início no domicílio 1001, ou seja, o primeiro domicílio da aldeia de número um (número sorteado). A partir daí, seguiu-se à sistematização, em que a cada três domicílios, o terceiro era selecionado. Prosseguiu-se essa amostragem até o último domicílio possível da última aldeia. Ao final, foram abordados 632 domicílios e todos os moradores desses domicílios pertencentes à faixa etária de 35 a 44 anos (adultos) e 60 anos e mais (idosos) foram incluídos na amostra. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1997), o grupo etário de 35 a 44 anos e o grupo de 65 a 74 anos é o grupo padrão para avaliação das condições de saúde bucal em adultos e idosos respectivamente. Porém, o tamanho da amostra dos idosos no estudo ficaria muito pequena. Então optou-se por considerar os idosos com 60 anos e mais, pois segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) essa faixa etária corresponde à idosos nos países em desenvolvimento.

Foram excluídos aqueles que durante a visita possuíam alguma impossibilidade temporária (como estar hospitalizado ou doente) ou algum tipo de incapacidade que impossibilitasse a realização do exame clínico bucal.

#### **5.4 Instrumento e procedimentos de coleta de dados**

Os instrumentos de coleta de dados foram baseados nas fichas propostas para o Projeto SB Brasil 2003 (BRASIL, 2004) e SB Brasil 2010 (BRASIL, 2009). Os códigos e critérios adotados são aqueles propostos pela Organização Mundial da Saúde na publicação *Oral health surveys: basic methods*, quarta edição (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1997).

A coleta de dados foi feita por oito equipes orientadas por um coordenador de campo. Cada equipe possuía um cirurgião-dentista (examinador) e um anotador. O examinador era responsável pela realização do exame clínico bucal e o anotador pelo preenchimento do questionário. Foi feita a padronização quanto a critérios e condutas para o exame intra-examinador e inter-examinador antes e durante o procedimento de coleta dos dados.

Os examinadores e anotadores passaram por um período de capacitação teórica com duração de 8 horas. Para o estudo piloto utilizou-se uma amostra de conveniência, e foi

realizado o exame em 10 indivíduos por cada examinador. Foram calculados o percentual de concordância e o coeficiente *Kappa* intra e inter-examinador.

Durante o estudo principal, foram reexaminados 5% dos indivíduos da amostra. Neste momento, o exame do primeiro indivíduo da série de 20 foi repetido, e assim por diante, até finalizar a amostra. Este procedimento visou estimar a concordância dos achados encontrados pelo estudo principal.

Os locais e a organização das áreas de exame foram definidos de acordo com a disponibilidade do local, sendo necessárias iluminação natural, ventilação e proximidade com uma fonte de água. O examinador, o anotador e a pessoa examinada ficaram sentados.

Os instrumentais foram esterilizados seguindo-se as recomendações de biossegurança para o controle de infecções e, depois de usados, eram acondicionados em recipientes específicos para material contaminado. Aqueles que não eram descartáveis (sondas e espelhos bucais) foram submetidos ao processo de esterilização.

O examinador utilizou equipamentos de proteção individual (EPI), tais como máscara de procedimentos (descartável); luvas de procedimentos (descartáveis); espátulas de madeira; gazes; espelho bucal plano; sonda da OMS ou sonda CPI, como norma de biossegurança para a realização dos exames.

Os exames foram feitos com o uso de um conjunto composto por um espelho bucal plano, com cabo, e uma sonda específica, desenvolvida pela OMS, conhecida como ‘sonda CPI’. O examinador/anotador dispunha de 20 conjuntos acondicionados em envelopes autoclaváveis compatível para o acondicionamento dos instrumentos estéreis.

## 5.5 Descrição das variáveis

A variável dependente estudada foi a presença de dentes que representa a contagem de dentes permanentes (variando de 0 a 32 dentes) (Quadro 1).

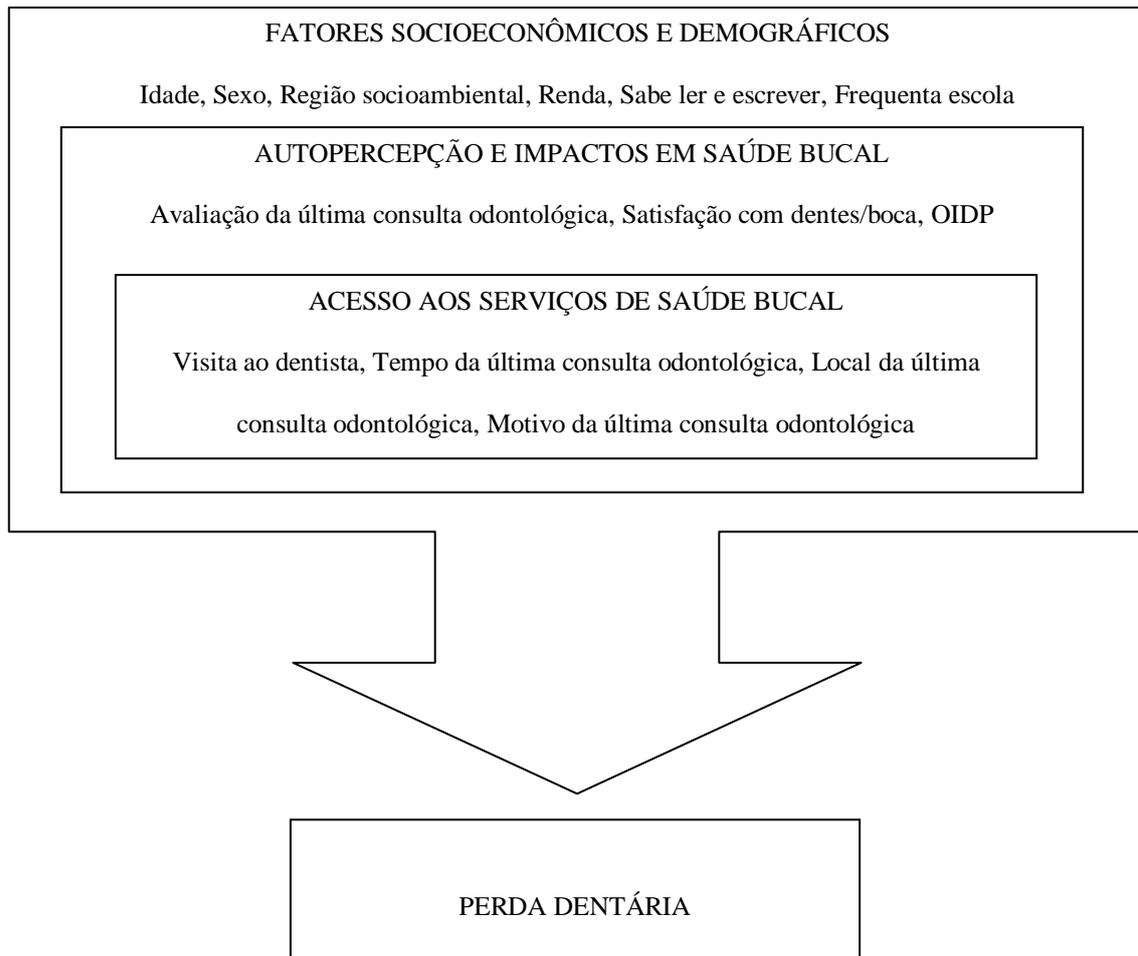
Quadro 1 - Descrição da variável dependente

VARIÁVEL DEPENDENTE	DEFINIÇÃO	CÓDIGOS E CRITÉRIOS
<b>Perda dentária</b>	Contagem de dentes perdidos	0 – 32 dentes

Fonte: Elaboração própria.

As variáveis independentes foram coletadas através do questionário aplicado pelo inquérito de saúde e pelo censo demográfico Xukuru e foram alocadas em blocos hierárquicos distintos conforme sua proximidade relacional com o desfecho analisado (Figura 2).

Figura 2 – Modelo teórico hierarquizado das variáveis associadas à presença de dentes permanentes. Pesqueira, 2010.



Fonte: Elaboração própria.

As variáveis independentes se classificam em 3 blocos : Bloco 1 - Caracterização do perfil sociodemográfico e socioeconômico (local de moradia, renda, idade, sexo, frequenta escola, sabe ler e escrever), Bloco 2 - Caracterização da autopercepção e impactos em saúde bucal (avaliação da última consulta odontológica, satisfação com dentes/boca, Impacto Odontológico no Desempenho Diário - OIDP) e Bloco 3 - Caracterização da utilização dos serviços de atenção à saúde bucal (visita ao dentista, tempo da última consulta odontológica, local da última consulta odontológica, motivo da última consulta odontológica) (Quadro 2).

O OIDP é um indicador sócio-dental (ADULYANON et al., 1996) baseado conceitualmente no International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1980), modificado por Locker para o seu uso em odontologia (MASALU; ASTROM, 2003). Ele objetiva verificar a associação entre problemas bucais e dificuldade para realizar determinadas atividades e/ou comportamentos do cotidiano. Mediante a avaliação da frequência e da severidade dos impactos que afetam o desempenho diário dos indivíduos, o OIDP fornece um escore de impacto individual (ADULYANON; SHEIHAM, 1997). A classificação da severidade dá um peso à importância relativa do impacto odontológico percebido pelo indivíduo (SHEIHAM, 2000).

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes

(continua)

<b>BLOCO 1 - CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DEMOGRÁFICO E SOCIOECONÔMICO</b>		
<b>VARIÁVEL INDEPENDENTE</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>CÓDIGOS E CRITÉRIOS</b>
<b>Local de moradia</b>	Região onde mora	1=Ribeira 2=Agreste 3=Serra
<b>Número de pessoas</b>	Número total de moradores do domicílio	Número de moradores
<b>Renda familiar</b>	Soma dos rendimentos mensais da família	Em reais
<b>Idade</b>	Idade em anos completos do indivíduo no momento do exame	Em anos
<b>Sexo</b>	Conjunto de caracteres estruturais e funcionais segundo os quais um ser vivo é classificado como masculino ou feminino	1=Masculino 2=Feminino
<b>Estuda</b>	Frequenta escola/universidade	1=Sim 2=Não, mas já frequentou 3=Não, nunca frequentou 8=Missing
<b>Ler e escrever</b>	Capacidade de ler e escrever	1=Sim 2=Não
<b>BLOCO 2 - CARACTERIZAÇÃO DA AUTOPERCEPÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL</b>		
<b>VARIÁVEL INDEPENDENTE</b>	<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>CÓDIGOS E CRITÉRIOS</b>
<b>Avaliação da última consulta</b>	Opinião sobre o atendimento na última consulta	1=Bom 2=Regular 3=Ruim 9= Não foi ao dentista

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes

(continuação)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	DEFINIÇÃO	CÓDIGOS E CRITÉRIOS
<b>Satisfação com dentes/boca</b>	Grau de realização com o estado dos dentes/boca	1=Satisfeito 2=Nem satisfeito nem insatisfeito 3=Insatisfeito 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Dificuldade para escovar os dentes</b>	Os dentes o incomodam ao escovar	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Dificuldade para comer</b>	Limitação na mastigação devido a algum problema dentário	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Mudança de humor</b>	O estado dos dentes o deixam nervoso(a) ou irritado (a)	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Dificuldade no convívio social</b>	Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes ou pela ausência dos dentes.	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Dificuldade em realizar atividades físicas</b>	Deixou de praticar atividades físicas por causa dos dentes	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Dificuldades na fala</b>	Limitação na fala devido a algum problema dentário	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Perda da autoestima</b>	Quando os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Dificuldades na escola/trabalho</b>	Dificuldades de concentração para estudar/trabalhar	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>OIDP Dificuldade para dormir</b>	Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos dentes	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>BLOCO 3 - CARACTERIZAÇÃO DO ACESSO AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL</b>		
VARIÁVEL INDEPENDENTE	DEFINIÇÃO	CÓDIGOS E CRITÉRIOS
<b>Visita ao Dentista</b>	Existência de alguma visita ao dentista durante a vida	1=Sim 2=Não 9= Não foi ao dentista
<b>Tempo da última consulta odontológica</b>	Tempo decorrido desde a última visita ao dentista	1=Menos de um ano 2=Um a dois anos 3=Três anos ou mais 9= Não foi ao dentista

Quadro 2 - Descrição das variáveis independentes

(conclusão)

VARIÁVEL INDEPENDENTE	DEFINIÇÃO	CÓDIGOS E CRITÉRIOS
<b>Local da última consulta odontológica</b>	Local em que realizou a última consulta em saúde bucal	1=Serviço público 2=Serviço particular, Plano de saúde ou convênios 9= Não foi ao dentista
<b>Motivo da última consulta odontológica</b>	Motivo do uso de serviços de saúde bucal	1=Revisão, prevenção ou check-up, tratamento, outros 2=Dor 3=Extração 9= Não foi ao dentista

Fonte: Elaboração própria.

## 5.6 Processamento dos dados

O banco de dados foi construído na Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP/FIOCRUZ, instituição parceira do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - CPqAM/FIOCRUZ, onde os dados coletados foram criticados de modo a corrigir falhas de preenchimento.

Antes da realização da análise, o banco de dados passou por um processo de limpeza no qual os dados digitados foram confrontados com as informações presentes nos questionários. No caso de serem encontradas divergências, o banco de dados foi reorganizado.

## 5.7 Análise de dados

Os dados foram tabulados no programa Epidata (versão 3.1). A análise dos dados foi inicialmente efetuada com a utilização do pacote estatístico SPSS 13.0® com a distribuição de frequências e descrição das medidas de tendência central e de dispersão. As análises foram apresentadas por meio de tabelas.

Análises de associação/dependência foram realizadas por meio de testes paramétricos ou não-paramétricos, conforme o tipo de distribuição e a natureza das variáveis em estudo. Medidas de efeito foram calculadas, dando ênfase à razão de médias (RM) e odds ratio (OR), simples e ajustada para controlar variáveis de confusão. Para tanto, modelos de regressão binomial negativo com zero inflacionado foram adotados no intuito de verificar o sentido e a força do efeito das variáveis independentes selecionadas sobre o desfecho analisado. O programa utilizado para a realização dos modelos de regressão binomial negativa inflacionado de zeros foi o Stata 12. Este modelo é usado quando a variável é quantitativa discreta com

ausência de distribuição normal e quando existe uma superdispersão da distribuição dos dados (GSCHLÖBL; CZADO, 2008). Devido a grande quantidade de zeros presentes na variável dependente (muitos adultos e principalmente idosos possuíam ausência de dentes, ou seja, zero dentes), foi preconizado o uso deste modelo de regressão. Este modelo apresenta dois coeficientes de regressão: um para a parte não inflacionada de zeros (cuja medida de efeito é a RM e estará associada ao maior número de dentes) e outro coeficiente para a parte inflacionada de zeros (cuja medida é o OR e estará associada à presença de zero dentes, ou seja, ao edentulismo).

Foram utilizados os testes de Vuong (1989) para verificar a adequação do uso de um modelos inflacionado de zeros em relação ao modelo binomial negativo tradicional. Adicionalmente, foi testada a superioridade do modelo binomial negativo inflacionado de zeros em relação ao modelo de Poisson inflacionado de zeros pelo teste de razão de máximo verossimilhança. Ambos os testes confirmaram a adequação e superioridade da regressão binomial negativa inflacionada de zeros.

## **5.8 Aspectos Éticos**

Este estudo é parte do projeto “Saúde e Condições de Vida do Povo Indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira-PE” o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-CEP (CPqAM/Fiocruz), bem como pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP/ Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, através do Parecer nº 34/2011. O trabalho “Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como Ferramenta para as Ações de Atenção Primária de Saúde” que contém o censo demográfico Xukuru, também obteve aprovação do CEP através do Parecer nº 604/2009.

O projeto também recebeu a autorização da FUNASA para a realização deste trabalho, assim como a carta de anuência da etnia Xukuru do Ororubá assinada pelo Cacique Marcos Luidson de Araújo após anuência do Conselho Local de Saúde Indígena Xukuru e foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) das lideranças políticas de cada aldeia existente no Território Indígena.

## 6 RESULTADOS

A amostra do Inquérito de Saúde Xukuru do Ororubá foi constituída por 632 domicílios sorteados. Entre esses, 27 domicílios foram considerados perdidos em decorrência da ausência de seus moradores nas três visitas realizadas pela equipe de campo. Assim, a amostra final foi composta por 605 domicílios, totalizando 428 moradores, desses 195 eram adultos e 233 eram idosos.

A média da presença de dentes permanentes foi de 10,43 dentes ( $\pm 9,79$ ). A Tabela 1, 2 e 3 apresenta a composição da amostra e a média de dentes permanentes segundo as variáveis independentes.

Observou-se que 39,0% dos indivíduos residiam na região do Agreste do Território Indígena e cerca de 50,7% tinham renda entre R\$ 216,00 - 465,00. A estrutura sociodemográfica da população estudada foi de 45,6% de adultos e 54,4% de idosos, composta em sua maioria por indivíduos do sexo masculino (50,7%). Observou-se que 58,2% não sabem ler e escrever e 56,1% já frequentou a escola (Tabela 1).

Tabela 1 – Descrição da média de dentes permanentes das variáveis sociodemográficas em indígenas Xukuru adultos e idosos. Pesqueira, 2010.

Variáveis Sociodemográficas		N (%)	Média	±DP	IC 95%	Mediana	p-valor*
<b>Grupo etário</b>	Adultos	195 (45,6%)	17,91	7,90	16,80- 19,03	19,00	<0,001
	Idosos	233 (54,4%)	4,16	6,15	3,37-4,96	1,00	<0,001
<b>Sexo</b>	Masculino	217 (50,7%)	11,49	9,97	10,15- 12,82	10,00	0,010
	Feminino	211 (49,3%)	9,34	9,50	8,05- 10,63	7,00	0,010
<b>Região</b>	Ribeira	131 (30,6%)	9,90	9,30	8,29- 11,52	9,00	0,531
	Serra	130 (30,4%)	10,24	10,13	8,48- 12,00	7,50	0,531
	Agreste	167 (39,0%)	11,16	9,95	9,61- 12,72	11,00	0,531
<b>Renda</b>	Tercil 1 (R\$ 0 - 215,00 reais)	140 (32,7%)	16,68	7,96	15,35- 18,01	18,00	<0,001
	Tercil 2 (R\$ 216,00 - 465,00)	217 (50,7%)	6,58	8,52	5,44-7,73	3,00	<0,001
	Tercil 3 (R\$ 466,00 - 1500,00)	62 (14,5%)	8,77	9,76	6,29- 11,25	4,00	<0,001
	Missing	9 (2,1%)					
<b>Saber ler e escrever</b>	Sim	173 (40,4%)	13,47	9,89	11,98- 14,95	13,00	<0,001
	Não	249 (58,2%)	8,39	9,19	7,23-9,54	5,00	<0,001
	Missing	6 (1,4%)					
<b>Frequência escola</b>	Sim	25 (5,8%)	17,56	9,18	13,76- 21,35	19,00	<0,001
	Não, mas já frequentou.	240 (56,1%)	11,76	9,74	10,52- 13,00	11,00	<0,001
	Não, nunca frequentou.	154 (36,0%)	7,36	8,97	5,93-8,79	4,00	<0,001
	Missing	9 (2,1%)					
<b>Total</b>		<b>428 (100%)</b>	<b>10,43</b>	<b>9,79</b>	<b>9,50- 11,36</b>	<b>9,00</b>	

Fonte: Elaboração própria.

\*Valor de p a partir de teste de Mann-Whitney e Kruskal Wallis.

Com relação à autopercepção e impactos em saúde bucal, 235 indivíduos (54,9%) dizem estar satisfeitos com seus dentes/boca, 345 (80,6%) avaliaram a última consulta como boa e 233 (54,4%) relataram um ou mais impactos em saúde bucal na vida diária (Tabela 2).

Tabela 2 – Descrição da média de dentes permanentes das variáveis de autopercepção e impactos em saúde bucal em indígenas Xukuru adultos e idosos Pesqueira, 2010.

Variáveis de Autopercepção e impactos em saúde bucal		N (%)	Média	±DP	IC 95%	Mediana	p-valor*
<b>Satisfação com dentes/boca</b>	Satisfeito	235 (54,9%)	7,42	8,70	6,18-8,67	4,00	<0,001
	Nem satisfeito nem insatisfeito	31 (7,2%)	12,28	8,35	9,04-15-52	11,50	<0,001
	Insatisfeito	158 (36,9%)	15,48	9,08	13,92-17,03	17,00	<0,001
	Missing	4 (0,9%)					
<b>Avaliação da última consulta</b>	Bom	345 (80,6%)	10,58	9,66	9,51-11,65	9,00	0,424
	Regular	22 (5,1%)	12,94	8,82	8,69-17,19	14,00	0,424
	Ruim	24 (5,6%)	10,81	9,60	6,55-15,07	9,00	0,424
	Missing	37 (8,6%)					
<b>OIDP</b>	Nenhum impacto	155 (36,2%)	7,85	9,48	6,34-9,35	4,00	<0,001
	Um ou mais impactos	233 (54,4%)	13,07	9,40	11,85-14,28	13,00	<0,001
	Missing	40 (9,3%)					
<b>Total</b>		<b>428 (100%)</b>	<b>10,43</b>	<b>9,79</b>	<b>9,50-11,36</b>	<b>9,00</b>	

Fonte: Elaboração própria.

\*Valor de p a partir de teste de Mann-Whitney e Kruskall Wallis.

Com relação ao acesso aos serviços odontológicos, 28 indivíduos (6,5%) nunca foram ao dentista, 228 (53,3%) tiveram a última consulta odontológica há três anos e mais e 241 (56,3%) a realizaram em serviço público. O principal motivo da consulta para 278 indivíduos (65,0%) foi realizar extração (Tabela 3).

Tabela 3 – Descrição da média de dentes permanentes das variáveis de acesso aos serviços de saúde bucal em indígenas Xukuru adultos e idosos. Pesqueira, 2010.

Variáveis de Acesso aos serviços de saúde bucal		N (%)	Média	±DP	IC 95%	Mediana	p-valor *
<b>Visita ao dentista</b>	Sim	397 (92,8%)	10,11	9,61	9,16- 11,06	8,00	0,004
	Não	28 (6,5%)	15,92	10,93	11,68- 20,16	17,00	0,004
	Missing	3 (0,7%)					
<b>Tempo da última consulta</b>	Menos de 1 ano	81 (18,9%)	15,37	8,40	13,51- 17,22	17,00	<0,001
	De 1 a 2 anos	84 (19,6%)	15,17	8,04	13,43- 16,92	16,50	<0,001
	3 anos e mais	228 (53,3%)	6,62	8,90	5,44-7,79	2,00	<0,001
	Missing	35 (8,2%)					
<b>Local da última consulta</b>	Público	241 (56,3%)	12,30	9,54	11,09- 13,51	12,00	<0,001
	Particular, plano de saúde, convênios	151 (35,3%)	7,02	8,79	5,58-8,45	3,00	<0,001
	Missing	36 (8,4%)					
<b>Motivo da última consulta</b>	Revisão, prevenção, tratamento e outros	71 (16,6%)	13,91	10,42	11,44- 16,38	16,00	<0,001
	Dor	47 (11,0%)	12,82	9,25	10,11- 15,54	14,00	<0,001
	Extração	278 (65,0%)	8,71	9,12	7,64-9,79	6,00	<0,001
	Missing	32 (7,5%)					
<b>Total</b>		<b>428 (100%)</b>	<b>10,43</b>	<b>9,79</b>	<b>9,50- 11,36</b>	<b>9,00</b>	

Fonte: Elaboração própria.

\*Valor de p a partir de teste de Mann-Whitney e Kruskall Wallis.

A Tabela 4 apresenta os resultados do modelo de regressão simples. A razão de média (RM) apresentada se mostra como uma medida de efeito aos fatores associados presença de dentes. A razão de chances (OR) estabelece uma relação entre a razão de ocorrência de ter zero dentes e a razão de não ter zero dentes.

Indivíduos da faixa etária adulta apresentaram maior número de dentes permanentes (RM= 2,29). Enquanto que o sexo feminino apresentou menor número de dentes permanentes (RM=0,99). Em relação à região socioambiental e a renda não houve significância para a perda dentária. Saber ler e escrever (RM= 1,27) está associado com a presença de dentes assim como quem frequenta (RM= 1,55) ou já frequentou a escola alguma vez na vida (RM= 1,26).

Com relação às variáveis do bloco 2, quem se diz satisfeito com dentes/boca tem maior perda dentária (RM=0,74) e quem tem maior número de dentes presentes na boca tem mais impactos em saúde bucal (RM=1,23). Em relação à última consulta, a avaliação dita como regular e ruim está relacionada a ter mais dentes.

Dentre as variáveis do bloco 3 é importante ressaltar que quem já foi ao dentista alguma vez na vida tem mais chance de não ter dentes, ou seja, ir ao dentista aumenta em 160% a perda dentária em comparação aos que nunca foram (OR= 2,60). Para as pessoas que realizaram a última consulta há mais de 3 anos a média de dentes ausentes foi maior (RM= 0,68). Ter realizado a consulta em serviço público diminuiu a chance de perda dentária (OR=0,36) e quem foi motivado para a consulta com a finalidade de extrair tem menos dentes (RM=0,67).

Tabela 4 – Razão de média (RM) e Odds ratio (OR) de dentes presentes segundo estimativas do modelo simples de regressão binomial negativa inflacionado de zero. Pesqueira, 2010.

(continua)

Variáveis sociodemográficas Bloco 1		Não inflacionado			Inflacionado		
		RM	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
<b>Grupo etário</b>	Adultos	2,29	2,02-2,59	<0,001	0,05	0,02-0,11	<0,001
	Idosos	1,00			1,00		
<b>Sexo</b>	Masculino	1,00			1,00		
	Feminino	0,99	0,85-1,15	0,902	1,99	1,29-3,06	0,002
<b>Sabe ler e escrever</b>	Sim	1,27	1,09-1,47	0,001	0,40	0,25-0,65	<0,001
	Não	1,00			1,00		
<b>Frequenta escola</b>	Sim	1,55	1,16-2,07	0,003	0,27	0,02-0,58	0,008
	Não, mas já frequentou.	1,26	1,08-1,49	0,004	0,48	0,31-0,75	0,001
	Não, nunca frequentou.	1,00			1,00		
Variáveis de autopercepção e impactos em saúde bucal Bloco 2		Não inflacionado			Inflacionado		
		RM	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
<b>Satisfação com dentes/boca</b>	Satisfeito	0,74	0,63-0,86	<0,001	5,73	3,25-10,09	<0,001
	Nem satisfeito nem insatisfeito	0,84	0,64-1,11	0,24	2,28	0,84-6,17	0,103
	Insatisfeito	1,00			1,00		
<b>Avaliação da última consulta</b>	Bom	1,00			1,00		
	Regular	1,02	0,75-1,39	0,878	0,48	0,15-1,49	0,207
	Ruim	0,86	0,64-1,17	0,348	0,42	0,13-1,33	0,143
<b>OIDP</b>	Nenhum impacto	1,00			1,00		
	Um ou mais impactos	1,23	1,05-1,44	0,009	0,33	0,21-0,54	<0,001
Variáveis de acesso aos serviços de saúde bucal Bloco 3		Não inflacionado			Inflacionado		
		RM	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
<b>Visita ao dentista</b>	Sim	0,77	0,59-1,01	0,066	2,60	0,86-7,84	0,088
	Não	1,00			1,00		
<b>Tempo da última consulta</b>	Menos de 1 ano	1,00			1,00		
	De 1 a 2 anos	0,92	0,75-1,12	0,421	0,37	0,10-1,39	0,143

Tabela 4 – Razão de média (RM) e Odds ratio (OR) de dentes presentes segundo estimativas do modelo simples de regressão binomial negativa inflacionado de zero. Pesqueira, 2010.

		(conclusão)					
<b>Local da última consulta</b>	3 anos e mais	0,68	0,56-0,82	<0,001	6,78	3,17-14,47	<0,001
	Público	1,29	1,09-1,53	0,002	0,36	0,23-0,57	<0,001
<b>Motivo da última consulta</b>	Particular, plano de saúde, convênios	1,00			1,00		
	Revisão, prevenção, tratamento e outros	1,00			1,00		
	Dor	0,85	0,65-1,11	0,251	0,73	0,30-1,77	0,49
	Extração	0,67	0,55-0,81	<0,001	1,29	0,72-2,32	0,38

Fonte: Elaboração própria.

RM: Razão de média / OR: Odds Ratio / IC 95%: intervalo de confiança de 95%

A Tabela 5 apresenta os resultados do modelo hierárquico múltiplo, segundo o modelo teórico apresentado na Figura 2. Nota-se que a variável fortemente associada à presença de dentes foi o grupo etário dos adultos (RM=2,29). Dentre as variáveis do bloco 1 somente a faixa etária e o sexo apresentaram significância estatística. No bloco 2 apenas a variável satisfação permaneceu no modelo final e seu efeito foi controlado pelas variáveis do bloco 1. No bloco 3 as variáveis tempo da última consulta e motivo da última consulta permaneceram no modelo final. Uma maior probabilidade de não ter dentes foi relacionado a ter feito a última consulta há mais de 3 anos (OR=2,65). Ser do sexo masculino, estar insatisfeito com os dentes/boca, ter realizado a última consulta entre 1 e 2 anos e a consulta ser motivada pela dor foram fatores diretamente relacionados à presença de dentes.

Tabela 5 – Razão de média (RM) e Odds Ratio (OR) de dentes presentes segundo estimativas do modelo multinível hierarquizado múltiplo de regressão binomial negativa inflacionado de zero. Pesqueira, 2010.

Variáveis sociodemográficas Bloco 1		Não inflacionado			Inflacionado		
		RM	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
<b>Grupo etário</b>	Adultos	2,29	2,02-2,59	<0,001	0,04	0,02-0,09	<0,001
	Idosos	1,00			1,00		
<b>Sexo</b>	Masculino				1,00		
	Feminino				2,68	1,63-4,43	<0,001
Variáveis de autopercepção e impactos em saúde bucal Bloco 2		Não inflacionado			Inflacionado		
		RM	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
<b>Satisfação com dentes/boca</b>	Satisfeito	0,88	0,78-1,00	0,05	3,40	1,81-6,36	<0,001
	Nem satisfeito nem insatisfeito	0,95	0,76-1,19	0,69	1,83	0,59-5,63	0,287
	Insatisfeito	1,00			1,00		
Variáveis de acesso aos serviços de saúde bucal Bloco 3		Não inflacionado			Inflacionado		
		RM	IC 95%	p-valor	OR	IC 95%	p-valor
<b>Tempo da última consulta</b>	Menos de 1 ano				1,00		
	De 1 a 2 anos				0,33	0,08-1,33	0,118
	3 anos e mais				2,65	1,05-6,70	0,038
<b>Motivo da última consulta</b>	Revisão, prevenção, tratamento e outros	1,00			1,00		
	Dor	0,92	0,75-1,12	0,424	0,19	0,05-0,70	0,012
	Extração	0,79	0,68-0,92	0,003	0,36	0,15-0,85	0,020

Fonte: Elaboração própria.

Nota:

RM: Razão de média

OR: Odds Ratio

IC 95%: intervalo de confiança de 95%

Legenda:

\*Ajustado pelas variáveis do bloco 1.

\* Ajustado pelas variáveis do bloco 1 e 2.

\* Ajustado pelas variáveis do bloco 1, 2 e 3.

## 7 DISCUSSÃO

O número médio de dentes permanentes encontrados no estudo foi menor que o encontrado por Ulhôa Netto *et al.* (2012). No presente estudo os adultos apresentaram uma média de 17,91 dentes permanentes ( $\pm 7,90$ ) e os idosos apresentaram uma média de 4,16 dentes permanentes ( $\pm 6,15$ ). A perda dentária precoce é considerada um preditor de edentulismo futuro e cresce com o aumento da idade. Nos estudos realizados por Alves Filho *et al.* (2009), Arantes *et al.* (2001) e Ulhôa Netto *et al.* (2012) confirmou-se um aumento da perda dos dentes com o aumento da idade. Na Austrália menos de 2% dos adultos com idade entre 35-54 anos têm perda dentária completa, mas isso aumenta para 36% para pessoas com 75 anos ou mais (SLADE *et al.*, 2007).

A distribuição etária de edentulismo para os povos indígenas é visivelmente diferente do que o da população total. O nível de edentulismo é quase cinco vezes maior entre as pessoas com idades entre 35-54 anos indígenas do que entre os não-indígenas homólogos (7,6% em comparação com 1,6%). Há também uma diferença notável para aqueles com idade de 55-74 anos, 21% dos povos indígenas sofrem de edentulismo em comparação com 14% dos não-índios (WILLIAMS *et al.*, 2011).

A probabilidade de perda dentária foi maior nas mulheres. Este achado corrobora tanto os resultados encontrados no estudo feito em índios da etnia Guarani por Alves Filho *et al.* (2009) quanto os estudos da população em geral (BARBATO *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2009; SUSIN *et al.*, 2005). Uma hipótese explicativa seria a maior utilização dos serviços odontológicos pelas mulheres, resultando em sobretratamento que ocasionaria a perda do elemento dentário (SILVA *et al.*, 2009).

De acordo com Moreira (2009), o aumento da perda dentária em mulheres revela a existência de alguns fenômenos relacionados aos diferenciais de gênero em saúde. Dentre esses fenômenos, temos a maior expectativa de vida das mulheres que estaria prolongando o tempo de exposição aos fatores determinantes do edentulismo ou o maior cuidado que a mulher despense com a própria saúde, procurando com mais frequência os serviços de saúde bucal.

Embora a variável região socioambiental do estudo tenha sido insignificante para a perda dentária, estudos são necessários para melhor compreender a influência da aculturação sobre a perda de dentes entre os indígenas. Desse quadro, intensas mudanças socioeconômicas e ambientais pelas quais vêm passando esses povos, incluindo subsistência e dieta, são aspectos reconhecidamente propiciadores de alterações no perfil de saúde bucal (SANTOS;

COIMBRA JR., 1994). Os principais responsáveis pela deterioração nas condições de saúde bucal são as mudanças na dieta tradicional (notadamente consumo de açúcar e de outros produtos industrializados) e no sistema econômico desse grupo, aliadas à falta de um programa preventivo (ARANTES *et al.*, 1998).

Ainda que em escala temporal distinta e envolvendo outros fatores humanos, sociais, econômicos e ambientais, os grupos indígenas contemporâneos, uma vez em contato com sociedades nacionais, também experimentam alterações socioeconômicas e ecológicas com forte potencial de alterar as condições de saúde bucal (SANTOS; COIMBRA JR., 1994; WIRSING, 1988).

Quando foi relacionada a perda dentária com a renda não observamos significância estatística, porém o estudo mostra que quem possui uma renda maior tem menos dentes presentes na boca. Este fato se deve aos idosos que possuem uma renda maior que os adultos e os mesmos têm menos dentes que os adultos. Em nosso estudo, quem sabe ler e escrever e quem frequentava escola ou já frequentou alguma vez na vida, mostrou-se com menos chances de perda dentária. Essas condições influenciam o padrão e o tipo de utilização dos serviços de saúde bucal. Silva *et al.* (2009) reafirmaram este modelo, em que a baixa escolaridade está fortemente associada a maiores perdas dentárias.

Existem correlações significativas entre a perda dentária precoce e as variáveis sociais, como o Índice de Desenvolvimento Humano, cor da pele, escolaridade, renda sob um mínimo salário, ausência de fluoretação da água encanada e vivendo em cidades com menos de 10.000 habitantes, que já foram relatadas noutros estudos (FRAZÃO *et al.*, 2003).

No entanto, é difícil comparar estudos sobre a perda dentária entre indígenas e a população em geral devido aos poucos estudos relevantes, diferentes metodologias utilizadas e diferentes faixas etárias.

Os indivíduos que referiram estar satisfeitos com a saúde bucal possuíam menos dentes. Este resultado está relacionado com os idosos, uma vez que a ausência dos dentes parece não causar impactos na vida diária. Já os adultos do estudo se mostraram insatisfeitos com a saúde bucal. A presença de dentes em situações precárias causa mais impactos do que a ausência de todos os dentes devidamente repostos por próteses totais.

O aumento do edentulismo com a idade parece ser uma tendência universal, criando no imaginário social a velha figura do idoso desdentado e a aceitação da perda dentária como uma evolução natural da dentição humana, mais ou menos no sentido de ‘nascemos sem dentes e morremos sem dentes’ (MOREIRA *et al.*, 2011).

Em relação à visita ao dentista foi possível observar um aumento do risco de perda dentária. De acordo com Gilbert *et al.* (2003), ao considerar que o único caminho de experimentar a perda dentária é a entrada no sistema de assistência odontológica (com pequena exceção das auto-extrações), uma vez tendo o acesso, as pessoas têm maior risco de perda dentária.

Neste estudo, o motivo principal da última consulta foi a extração. Gilbert *et al.* (1999) possuem duas hipóteses: por um lado, as pessoas primeiro decidem remover um dente devido a um problema específico e vão ao dentista extraí-lo ou, por outro lado, primeiro decidem procurar um dentista devido a um problema específico e vão ao dentista ver o que pode ser feito. No primeiro caso, os sintomas e problemas específicos determinam a perda dos dentes. No segundo caso, o atendimento odontológico determina a perda dentária e os problemas e sintomas teriam um efeito direto sobre o uso dos serviços odontológicos e indireto sobre a perda de dentes.

Este último fato, revela a importância do papel do dentista na manutenção da saúde bucal das pessoas, contudo há de se destacar toda a influência das práticas odontológicas hegemônicas e da ideologia dominante em um determinado momento histórico (MOREIRA *et al.*, 2011). Esse é um dos motivos pelos quais dentes que poderiam ser recuperados são extraídos, uma vez que tal alternativa é considerada a mais prática e, também, a mais econômica (GUIMARÃES; MARCUS, 1996; PINTO, 2000).

Na rotina diária das pessoas, as alterações produzidas pela perda dos dentes deveriam se constituir em objeto de preocupação da classe odontológica (CHIANCA *et al.*, 1999). No entanto, a abordagem dos profissionais, na maioria das vezes, apenas considera as perspectivas biológicas e restauradoras, ou seja, a recomposição dos dentes deve ser realizada dentro dos melhores princípios da técnica, negligenciando-se as repercussões da perda dental na qualidade de vida dos pacientes (VARGAS; PAIXÃO, 2005; WOLF, 1998).

Os serviços públicos de saúde bucal são limitados tanto em relação à oferta quanto às possibilidades de acesso à atenção básica e a atenção especializada, e muitas vezes só apresentam como única alternativa de tratamento a extração dentária. No presente estudo a consulta realizada no serviço público diminuiu a chance de perda dentária. Este achado talvez seja explicado pelo difícil acesso a este serviço onde os indivíduos terminam por procurar o serviço privado para realizar as extrações dentárias.

É importante ressaltar que os profissionais dos serviços públicos e privados devem respeitar as diversidades culturais dos indígenas, incentivando e realizando ações de

promoção e educação em saúde bucal, e não somente ações curativas de caráter mutilador. Para prevenir novas perdas dentárias e reabilitar os danos já instalados é necessário pôr em prática o componente indígena da Política Nacional de Saúde Bucal criando um modelo de atenção para esta população visto que o estudo retrata claramente as desigualdades sociais existentes nos indígenas Xukuru.

## 8 CONCLUSÕES

A realização deste estudo permitiu concluir que: a média de dentes permanentes na população indígena Xukuru adulta e idosa, diminui consideravelmente com o avançar da idade, o sexo masculino é o que tem mais dentes, a autopercepção representa uma condição satisfatória quando há perda dentária e os impactos em saúde bucal são percebidos principalmente em quem tem mais dentes. O baixo acesso aos serviços revela uma alta parcela da população que já foi ao dentista no serviço público há mais de três anos e o motivo da consulta foi a extração dentária.

Faz-se necessário repensar as consultas de rotina ao dentista, uma vez que os fatores associados à presença de dentes são diferentes tanto para indivíduos de mesma faixa etária, quanto de outras faixas etárias. Assim como, os serviços de atenção em saúde bucal não têm adequada estrutura nem é suficiente para absorver a demanda da população indígena, especialmente nas faixas etária adulta e idosa.

Considerando o perfil epidemiológico das etnias indígenas é importante destacar que sejam desenvolvidas e postas em prática políticas públicas, a fim de buscar estratégias de intervenção em atenção à saúde bucal.

## REFERÊNCIAS

- ADULYANON, S.; SHEIHAM, A. Oral impacts on daily performances. In: SLADE, G.D. Measuring oral health and quality of life. Chapel Hill: School of Dentistry, University of North Carolina; 1997. p. 151-160.
- ADULYANON, S.; VOURAPUKJARU, J.; SHEIHAM, A. Oral impacts affecting daily performance in a low dental disease Thai population. Community Dentistry and Oral Epidemiology, Copenhagen, v. 24, p. 385-389, 1996.
- ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Saúde bucal dos índios Guarani no Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 37-46, jan. 2009.
- ARANTES, R. Saúde oral de uma comunidade indígena Xavante do Brasil central: uma abordagem epidemiológica e bioantropológica. 1998. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- ARANTES, R. Saúde bucal dos povos indígenas no Brasil: panorama atual e perspectivas. In: COIMBRA Jr., C.E.A.; SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A.L. (Org.). Epidemiologia e saúde dos povos indígenas do Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco:Fiocruz, 2003. p. 49-72.
- ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA Jr., C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbosa, Mato Grosso, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 375-384, mar./abr., 2001.
- BARBATO, P.R. *et al.* Perdas dentárias e fatores sociais demográficos e de serviços associados em adultos brasileiros: uma análise dos dados do Estudo Epidemiológico Nacional (Projeto SB Brasil 2002-2003). Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, p.1803-1814, 2007.
- BARBOSA, J.M.V. Prevalência e Fatores associados à Pressão Arterial Elevada no Povo Indígena Xukuru Do Ororubá, Pesqueira-PE, 2010. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.
- BARROS, A.J.D.; BERTOLDI, A.D. Desigualdades na utilização e no acesso a serviços odontológicos: uma avaliação em nível nacional. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, p. 709-717, 2002.
- BASTA, P.C.; ORELLANA, J.D.Y.; ARANTES, R. Perfil epidemiológico dos povos indígenas no Brasil: notas sobre agravos selecionados. In: GARNELO, L.; PONTES, A.L. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC, SECADI, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003: Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2010: Manual da Equipe de Campo. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <www.saude.gov.br/bucal> Acesso em: 15 jan. 2013.

BRASIL cria Secretaria Especial de Saúde Indígena. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2010/10/19/decreto-oficializa-criacao-de-secretaria-especial-de-saude-indigena>>. Acesso em: 27 jan. 2013.

BRITTO, J. S. S.; ALBUQUERQUE, P.C.; SILVA, E.H. Educação popular em saúde com o povo indígena Xukuru do Ororubá. Interface, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 219-228, jan./mar., 2013.

BURT, B. A.; ARBOR, A. Trends in caries prevalence in North American children. International Dental Journal, London, v. 44, p. 403-413, 1994.

CABRAL, E. D.; CALDAS JR., A. F.; CABRAL, H. A. Influence of the patient's race on the dentist's decision to extract or retain a decayed tooth. Community Dentistry and Oral Epidemiology, Copenhagen, v. 33, p. 461-466, 2005.

CASTELLANOS, P. L. Sobre el conceptasolut: efermidade descripción y explicación de la situación de la salud. Boletim Epidemiológico, Bogotá, v.4, n.10, p. 1-7, 1990.

CHIANCA, T.K.; *et al.* El impacto de la salud bucal en calidad de vida. Revista Fola/oral, São Paulo, v. 16, p. 96-102, 1999.

COIMBRA Jr., C. E. A.; SANTOS, R. V., Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de interrelações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, p. 125-132, 2000.

COIMBRA Jr., C. E. A. *et al.* The Xavante in Transition: Health, Ecology, and Bioanthropology in Central Brazil. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2002.

COSTA, A. M. *et al.* Análise das condições de vida, saúde e vulnerabilidade do povo indígena Xukuru do Ororubá como ferramenta para as ações de atenção primária de saúde; Projeto de pesquisa. Projeto submetido ao edital FACEPE 09/2008 - Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde PPSUS – Pernambuco MS/CNPQ/FACEPE/SES. Recife: CPqAM, FIOCRUZ, 2009a.

COSTA, A. M. *et al.* Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá, Pesqueira – PE; Projeto de pesquisa. Projeto submetido ao Edital CNPq – Chamada: Edital MCT/CNPq Nº 014/2008 – Universal. Recife: CPqAM, FIOCRUZ, 2009b.

FERREIRA, I. J.; BRASILEIRO, S.; FIALHO, V. Dossiê Chicão Xukuru. In: FIALHO, V.; NEVES, R. C. M.; FIGUEIROA, M. (Org.). "Plantaram" Xicão: Os Xukuru do Ororubá e a Criminalização do direito ao território. Manaus: PNCSA, UEA, UEA Edições, 2011.

FIALHO, V. Parecer antropológico: Faccionalismo Xukuru. In: FIALHO, V.; NEVES, R. C. M.; FIGUEIROA, M. (Org.). "Plantaram" Xicão: Os Xukuru do Ororubá e a Criminalização do direito ao território. Manaus: PNCSA, UEA, UEA Edições, 2011.

FRAZÃO, P.; ANTUNES, J.L.F.; NARVAI, P.C. Perda dentária precoce em adulto de 35 a 44 anos de idade. Estado de São Paulo, Brasil, 1998. Revista Brasileira Epidemiologia, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 49-57, 2003.

FUNAI. Atualização do levantamento fundiário do TI Xukuru: relatório GT PP nº 374. Brasília, DF, 2007.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (BRASIL). Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas: manual técnico. Brasília, 2007.

GARNELO, L. Política de Saúde Indígena no Brasil: notas sobre as tendências atuais do processo de implantação do subsistema de atenção à saúde. In: GARNELO, L.; PONTES, A. L. Saúde Indígena: uma introdução ao tema. Brasília: MEC, SECADI, 2012.

GILBERT, G. H. *et al.* Tooth-specific and personlevel predictors of 24-month tooth loss among older adults. Community Dentistry and Oral Epidemiology, Copenhagen, v. 27, p. 372-385, 1999.

GILBERT, G. H.; DUNCAN, R. P.; SHELTON, B. J. Social determinants of tooth loss. Health Services Research, Chicago, v. 38, p. 1843-1862, 2003.

GONÇALVES, G. M. S. Agrotóxicos, saúde e ambiente na etnia Xukuru do Ororubá – Pernambuco. 2008. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

GRIM, C. W. *et al.* A comparison of dental caries experience in Native American and Caucasian children in Oklahoma. Journal of the Public Health Dentistry, Raleigh v. 54, p. 220-227, 1994.

GSCHLÖßL, S.; CZADO, C. Modelling count data with overdispersion and spatial effects. Statistical papers, Berlim v. 49, n. 3, p. 531-532, 2008.

GUIMARÃES, M.M.; MARCUS, B. Expectativa de perda de dente em diferentes classes o sociais. Revista do Conselho Regional de Odontologia de Minas Gerais, Minas Gerais, v. 2, n. 1, p. 16-20, 1996.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Características Gerais dos Indígenas. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Caracteristicas\\_Gerais\\_dos\\_Indigenas/pdf/Publicacao\\_completa.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_dos_Indigenas/pdf/Publicacao_completa.pdf)>. Acesso em: 26 fev. 2013.

JOVINO-SILVEIRA, R. C. *et al.* Primary reason for tooth extraction in a Brazilian adult population. Oral Health & Preventive Dentistry, v. 3, p. 151-157, 2005.

LEITE, M. S. Transformações e persistência: antropologia da alimentação e nutrição em uma sociedade indígena amazônica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

LIMA, T. F. P. Doenças e agravos não Transmissíveis (DANT's) e seus determinantes: Um estudo de novos padrões de mortalidade em populações indígenas de Pernambuco. 2007. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

LUCIANO, G.S. O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas no Brasil de hoje. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade, 2006.

MARCENES, W; STEELE, J.G.; SHEIHAM, A.; WALLS, A.W.G. The relationship between dental status, food selection, nutrient intake, nutritional status, and body mass index in older people. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, p. 809-816, maio/jun. 2003.

MASALU, J. R.; ASTROM, A. N. Applicability of an abbreviated version of the oral impacts on daily performances (OIDP) scale for use among Tanzanian students. Community Dentistry and Oral Epidemiology, Copenhagen, v. 31, p. 7-14. 2003

MAURICIO, H.A. A Saúde Bucal do Povo Indígena Xukuru do Ororubá na Faixa Etária de 10 a 14 anos. 2012. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

MOREIRA, R. S. Perda dentária em adultos e idosos no Brasil: a influência de aspectos individuais, contextuais e geográficos. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

MOREIRA, R. S.; NICO, L. S.; TOMITA, N. E. O risco espacial e fatores associados ao edentulismo em idosos em município do Sudeste do Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 2041-2053, out., 2011.

MOYNIHAM, P.; BRADBURY, J. Compromised Dental Function and Nutrition. Nutricion, Burbank, v. 17, n. 2, p. 177-178, feb. 2001.

MUSACCHIO, E. *et al.* Tooth loss in the elderly and its association with nutritional status, socio-economic and lifestyle factors. Acta Odontologica Scandinavica, Oslo, v. 65, p. 78-86, 2007.

N'GOM, P. I.; WODA, A. Influence of impaired mastication on nutrition. Journal of Prosthetic Dentistry, St. Louis, v. 87, n. 6, p. 667-673, feb, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva, 1980.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Oral health surveys: basic methods. 4. ed. Geneva, 1997.

OLIVEIRA, K. E. Construindo redes e relações: Estratégias políticas no povo indígena Xukuru (PE). Revista Antropológicas, Recife, v. 21, n. 2, p. 235-264, 2010.

PILOT, T. Trends in oral health: A global perspective. New Zealand Dental Journal, Dunedin, v. 84, n. 376, p.40-45, 1988.

PINTO, V.G. Epidemiologia das doenças bucais no Brasil. In: KRIGER L. (Org.) Promoção da saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, 1997.

PINTO, V.G. Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos, 2000.

RIGONATTO, D. L.; ANTUNES, J. L. F.; FRAZÃO, P. Experiência de cárie dentária em índios do Alo Xingú, Brasil. Rev. Inst. Med. Trop., São Paulo, v. 43, n. 2, p. 93-98, 2001.

SANTOS R.V.; COIMBRA Jr., C.E.A. Saúde e Povos Indígenas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1994.

SANTOS, R.V.; ESCOBAR, A. L. (eds.). Saúde dos povos indígenas no Brasil: Perspectivas atuais. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, 2001. Número especial.

SHEIHAM, A. A determinação de necessidades de tratamento odontológico: uma abordagem social. In: PINTO, V.G. (Org.) Saúde bucal coletiva. São Paulo: Santos, 2000. p. 223-250.

SILVA, E.H. História, memórias e identidade entre os Xukuru do Ororubá. Revista Tellus, Campo Grande, v.7, n.12, p.89-102, 2007.

SILVA, D.D.; RIHS, L. B.; SOUSA, M. L. R. Fatores associados à presença de dentes em adultos de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, p. 2407-2418, nov., 2009.

SLADE, G.D.; SPENCER, A.J.; ROBERTS-THOMSON, K.F. Australia's dental generations: the national survey of adult oral health 2004-06. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. 2007.

SOUZA, L. C. "Doença que rezador cura" e "doença que médico cura": modelo etiológico Xukuru a partir de seus especialistas de cura. 2004. Dissertação (Mestrado em Antropologia). Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.

SUSIN, C. *et al.* Tooth loss and associated risk indicators in an adult urban population from south Brazil. Acta Odontologica Scandinavica, Oslo, v. 63, p. 85-93, 2005.

ULHÔA NETTO, E. *et al.* Tooth loss and need of denture in Pataxó Natives. Revista Gaúcha de Odontologia, Porto Alegre, v. 60, n. 2, p. 195-201, abr./jun., 2012.

VARGAS, A.M.D.; PAIXÃO, H.H. Perda dentária e seu significado na qualidade de vida de adultos usuários de serviço público de saúde bucal do Centro de Boa Vista, em Belo Horizonte. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1015-1024, 2005.

VUONG, Q. H. Likelihood ratio tests for model selection and non-nested hypotheses. Econometrica, New York, v. 57, p. 307–333, 1989.

WALKER, A. R. P. Changes in caries epidemiology and other diseases. British Dental Journal, London, v. 162, p. 452-453, 1987.

WILLIAMS, S. *et al.* Review of Indigenous oral health. 2011. Disponível em: <[http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/oral\\_review](http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/oral_review)>. Acesso em: 26 fev 2013.

WINTER, G. B. Epidemiology of dental caries. Archives of Oral Biology, Oxford, v. 35, p. 1-7, 1990.

WIRSING, R. The health of traditional societies and effects of acculturation. Current Anthropology, Chicago, v. 26, p. 303-322, 1985.

WOLF, S.M.R. O significado da perda dos dentes em sujeitos adultos. Revista da Associação Paulista de Cirurgiões Dentistas, São Paulo, v. 52, n.4, p. 307-315, 1998.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**Título do projeto:** SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA DO POVO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ, PESQUEIRA-PE.

**Instituição:** NESC/CPqAM/FIOCRUZ

**Coordenador do projeto:** André Monteiro Costa

Você está sendo convidado (a) para participar desta pesquisa que está sendo feita entre os Xukuru do Ororubá. Queremos estudar suas condições de vida, como está a saúde e o risco de adoecer na sua comunidade. Esse trabalho servirá para o planejamento de melhorias no atendimento à saúde básica na comunidade.

Serão feitas perguntas sobre o local onde você mora, como é a sua casa, sobre os serviços de saúde da sua aldeia e também algumas informações pessoais. Perguntas sobre consumo de álcool e fumo e sobre seu trabalho, que são necessárias para a pesquisa que estamos realizando, mas que não serão divulgadas para outras pessoas. Seu nome e o lugar onde você mora, também não serão divulgados. Você participa se quiser, se não quiser não será prejudicado. A qualquer momento você pode desistir de participar.

Será preciso fazer exames de saúde em algumas pessoas, dependendo da idade, sexo e da escolha por sorteio. Nas crianças menores de 10 anos e nas mulheres com mais de 10 anos, serão feitas algumas medições no corpo, como braços, quadris e barriga, para saber as medidas da pessoa.

Para medir a quantidade de açúcar no sangue, será feito exame de glicose nas pessoas com idade acima de 18 anos. Esse exame será feito no mesmo local da entrevista com um aparelho que mede a dosagem na mesma hora, sendo preciso furar a ponta de um dos dedos com material descartável.

Poderá ficar uma pequena marca roxa no dedo, devido à perfuração. Para medir a pressão arterial nas pessoas com mais de 18 anos, será utilizado um tensiômetro, aparelho que é colocado no braço e provoca um leve apertamento.

Nas crianças que tiverem entre 10 e 14 anos, nos adultos entre 35 e 44 anos e acima de 60 anos, será feito exame odontológico, com um dentista, para saber como está à saúde da boca. Esse exame não utilizará nada que corte ou fure, apenas espelho próprio de dentista, um instrumento de ponta cega que não perfura. Será usado também o abaixador de língua de madeira. Esses exames normalmente não provocam dor.

Todos os exames serão feitos com o maior cuidado para evitar o risco de contaminação. Serão usados materiais descartáveis e os examinadores usarão luvas, máscaras e roupas apropriadas.

Todas as pessoas que forem examinadas e que apresentarem alteração nos exames, quando for preciso algum tipo de tratamento serão encaminhadas para a equipe de saúde na área indígena, que será informada para que se providencie o tratamento.

Se você quiser saber mais informações sobre a pesquisa, poderá entrar em contato com André Monteiro Costa, que é o coordenador pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. Av. Prof.º Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife. Telefone: **(81) 2101-2603**. Ou ainda pela Internet (computador), pelo e-mail: **andremc@cpqam.fiocruz.br**.

---

**André Monteiro Costa**  
**Coordenador da Pesquisa**

Eu participo dessa pesquisa de forma voluntária e estou de acordo assinando este termo em duas vias. Uma via ficará comigo. A outra via será do pesquisador. Posso deixar de participar na pesquisa na hora que quiser, e não serei prejudicado por isso.

**Nome do participante:**

---

**Nome do responsável (quando for menor de 18 anos):**

---

**Assinatura do participante ou responsável:**

---

Pesqueira, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2010.





10 Alguma vez na vida o sr(a) já foi ao consultório do dentista?

- 0 - Não  
 1- Sim  
9- Não sabe / Não respondeu

11 Quando o sr(a) consultou o dentista pela última vez?

- 1 - Menos de 1 ano  
 2 - 1 a 2 anos  
3 - 3 anos ou mais  
8 - Não se aplica  
9 - Não sabe / Não respondeu

12 Onde foi a sua última consulta?

- 1 - Serviço Público  
 2 - Serviço Particular  
3 - Plano de Saúde ou Convênios  
4 - Outros  
8 - Não se aplica  
9 - Não sabe / Não respondeu

13 Qual o motivo da sua última consulta?

- 1 - Revisão, Prevenção ou Check-up  
 2 - Dor  
3 - Extração  
4 - Tratamento  
5- Outros  
8 - Não se aplica  
9 - Não sabe / Não respondeu

14 O que o sr(a) achou do tratamento na última consulta?

- 1 - Muito Bom  
 2 - Bom  
3 - Regular  
4 - Ruim  
5 - Muito Ruim  
8 - Não se aplica  
9 - Não sabe / Não respondeu

#### AUTOPERCEÇÃO E IMPACTOS EM SAÚDE BUCAL

15 Com relação aos seus dentes/boca o sr(a) está:

- 1 - Muito Satisfeito  
 2 - Satisfeito  
3 - Nem satisfeito nem Insatisfeito  
4 - Insatisfeito  
5 - Muito Insatisfeito  
9 - Não sabe / Não respondeu

16 O sr(a) considera que necessita usar prótese total (dentadura) ou trocar a que está usando atualmente?

0 - Não  
 1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

Algumas pessoas têm problemas que podem ter sido causados pelos dentes. Das situações abaixo, quais se aplicam aos sr(a) nos últimos 6 meses?

**17** Teve dificuldade para comer por causa dos dentes ou sentiu dor nos dentes ao tomar líquidos gelados ou quentes?

0 - Não  
 1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

**18** Os seus dentes o incomodam ao escovar?

0 - Não  
 1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

**19** Os seus dentes o deixaram nervoso (a) ou irritado (a)?

0 - Não  
 1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

**20** Deixou de sair, se divertir, ir a festas, passeios por causa dos seus dentes?

0 - Não  
 1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

**21** Deixou de praticar esportes por causa dos seus dentes?

0 - Não  
 1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

**22** Teve dificuldade para falar por causa dos seus dentes?

0 - Não  
 1- Sim  
 9- Não sabe / Não respondeu

**23** Os seus dentes o fizeram sentir vergonha de sorrir ou falar?

0 - Não  
 1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

**24** Os seus dentes atrapalharam para estudar/trabalhar ou fazer tarefas da escola/trabalho?

0 - Não  
 1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

**25** Deixou de dormir ou dormiu mal por causa dos seus dentes?

0 - Não

1- Sim

9- Não sabe / Não respondeu

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CPQAM/FIOCRUZ  
À PESQUISA “ SAÚDE E CONDIÇÕES DE VIDA DO POVO INDÍGENA XUKURU  
DO ORORUBÁ**



**Título do Projeto:** “Saúde e condições de vida do povo indígena Xukuru do Ororubá”.

**Pesquisador responsável:** André Monteiro Costa.

**Instituição onde será realizado o projeto:** CPqAM/FIOCRUZ

**Data de apresentação ao CEP:** 21/01/2009

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 05/09

**Registro no CAAE:** 0004.0.095.000-09

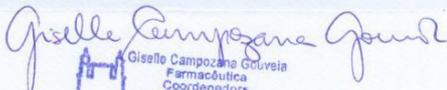
**Registro no CONEP:** 15.485

**PARECER Nº 34 /2011**

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 31 de agosto de 2014. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 31 de agosto de 2011.

 Giselle Camposane Gouveia  
 Farmacêutica  
 Coordenadora  
 Mat. SIAPE 0493,76  
 CPqAm / FIOCRUZ

**Observação:**

**Anexos:**

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 31/08/2012.

Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n  
 CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639  
 Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639  
 Recife - PE - Brasil  
 comitedeetica@cpqam.fiocruz.br



**ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA CPQAM/FIOCRUZ  
À PESQUISA “ ANÁLISE E CONDIÇÕES DE VIDA, SAÚDE E  
VULNERABILIDADE DO POVO INDÍGENA XUKURU DO ORORUBÁ COMO  
FERRAMENTA PARA AÇÕES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE”**



Centro de Pesquisas  
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

Memo nº: 09/2009 - CEP/CPqAM

De: Giselle Campozana Gouveia

Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Para: André Monteiro Costa

Pesquisador/CPqAM/FIOCRUZ

Data: 06/10/09

Assunto: Parecer CONEP – Projeto 146/08.

**Título do Projeto:** Análise das Condições de Vida, Saúde e Vulnerabilidade do Povo Indígena Xukuru do Ororubá como ferramenta para as ações de Atenção Primária de Saúde.

**Pesquisador Responsável:** André Monteiro Costa

**Instituição onde se realizará o projeto:** CPqAM/FIOCRUZ

**Registro no CAAE:** 0143.0.095.000-08

**Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ:** 146/08

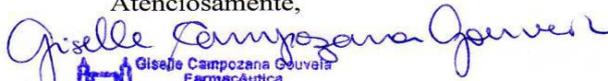
**Data de apresentação ao CEP:** 24/10/2008

**Registro CONEP:** 15.486

Sr. Pesquisador

Estamos encaminhando a correspondência (Parecer nº 604/2009) enviada pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com o resultado da avaliação referente ao projeto acima descrito. O projeto ficou na situação de **PROTOCOLO APROVADO**. Encaminhamos cópia do documento acima (parecer CONEP) em anexo.

Atenciosamente,

*Giselle Campozana Gouveia*  
  
 Giselle Campozana Gouveia  
 Farmacêutica  
 Coordenadora  
 Mat. SIAPE 0463376  
 CPqAm / FIOCRUZ