

Hábitos alimentares e de higiene oral dos índios de Roraima e sua relação com a condição bucal

Food and oral hygiene habits of the Roraima Indians and their relationship with oral condition

 Caio Vinicius G. Roman Torres¹

 Debora Pallos²

 Richardson Mondego Boaventura³

Resumo

No Estado de Roraima, Brasil, existem populações indígenas que possuem hábitos culturais e características étnicas que divergem da população não-indígena do país. A escassez de publicações com metodologias apropriadas na área de saúde bucal em comunidades indígenas especificamente as do Estado de Roraima corrobora com os entraves na execução do planejamento estratégico operacional destas ações de saúde bucal. Essa invisibilidade epidemiológica com poucos trabalhos publicados contribui ainda mais para que condições de saúde bucal dos povos indígenas permanecem obscuras. A população indígena que tem pouco contato com a população é, em sua maioria, pertencente aos Yanomamis. Poucos são os que introduziram o creme dental e escova na higienização oral, mas alguns realizam a higienização oral de modo alternativo, utilizando elementos da natureza. Os hábitos alimentares da população indígena diferem de acordo com a etnia e a região geográfica em que está localizada.

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

¹ Professor do Programa de Mestrado/Doutorado em Odontologia – UNISA. E-mail: cvgrt@hotmail.com.

² Professor do Programa de Mestrado/Doutorado em Odontologia – UNISA. E-mail: dpallos@prof.unisa.br. /

³ Mestre em Odontologia – UNISA. E-mail: mondegoboaventura@yahoo.com.br /

Abstract

In the state of Roraima, Brazil, there are indigenous populations that have cultural habits and ethnic characteristics that differ from the non-indigenous population of the country. The scarcity of publications with appropriate methodologies in the oral health area in indigenous communities specifically those of the State of Roraima corroborates the obstacles in the execution of the operational strategic planning of these oral health actions. This epidemiological invisibility with few published papers contributes further to the oral health conditions of indigenous peoples remain obscure. The indigenous population that has little contact with the population is mostly from the Yanomamis. Few have introduced tooth paste and brushes into oral hygiene, but some perform oral hygiene alternatively using elements of nature. The eating habits of the indigenous population differ according to ethnicity and geographic region in which it is located.

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

1 Introdução

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

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

Na população indígena, mesmo não sendo objeto do SB 2003 e SB 2010, os resultados serviram de parâmetros para reorganização assistencial para esses povos diferenciados, assim, foi contemplada tanto na organização assistencial como no incremento considerável de equipes de saúde bucal nos últimos anos, mesmo

assim, em contramão tem mostrado um aumento significativo dos indicadores epidemiológicos, onde se esperava um decréscimo. (SILVA, 2013).

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

Outros autores (DETOGNI, 1994; DONNELLY *et al.*, 1977; TRICERRI, 1985; PARIZOTTO, 2004; RIGONATTO; ANTUNES; FRAZÃO, 2001), atribuíram a deterioração da saúde bucal ao longo dos anos entre os indígenas à introdução do consumo de alimentos industrializados após contato com a população não-indígena. Ainda, corroboram com esse processo de degradação da saúde bucal na população indígena, o despreparo por grande parte das equipes de saúde bucal na aquisição de competência para superar as adversidades dos aspectos geográficos, linguísticos e culturais, ainda insipientes na observância aos diferentes níveis de concepção dos indígenas sobre o processo saúde/doença, necessitando assim, quebrar paradigmas por parte deste profissionais para melhoria à assistência fragmentada das ações de saúde bucal atualmente proporcionada (BERTANHA *et al.*, 2012; COIMBRA JR.; SANTOS, 2000; FERREIRA *et al.*, 2013; LEITE, 2007; SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

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

Tanto a doença cárie como a doença periodontal são objetos de estudo para obtenção de indicadores de saúde bucal e representam um impacto significativo na saúde da população sendo fundamentais para o embasamento de políticas públicas de saúde (CORRINI, 2007; ALVES FILHO *et al.*, 2014; SANTOS; COIMBRA JR., 2003).

A escassez de publicações com metodologias apropriadas na área de saúde bucal em comunidades indígenas (ALVES FILHO *et al.*, 2014), especificamente as

do Estado de Roraima corrobora com os entraves na execução do planejamento estratégico operacional destas ações de saúde bucal. Essa invisibilidade epidemiológica com poucos trabalhos publicados contribui ainda mais para que condições de saúde bucal dos povos indígenas permanecem obscuras (ALVES FILHO *et al.*, 2014).

No Estado de Roraima existe uma grande expressividade da população indígena em relação a população total, mas ao contrário que a maioria imagina, essa grandeza populacional traz consigo também uma ampla diversidade entre estes povos, constituindo um mosaico extremamente heterogêneo com um pluralismo marcante (ISA, 2016).

A língua, a forma de organização social e política, os rituais, os mitos, as formas de expressão artística, as habitações, a maneira de se relacionar com o meio ambiente, o grau de contato com a sociedade não-indígena e os hábitos alimentares são exemplos de fatores que os diferenciam numa identidade multiétnica, fatores que evidenciam entraves que na maioria das vezes torna dificultoso o estudo científico nestas populações, desde a aceitação até a atuação para coleta de dados (BANIWA, 2006; FUNASA, 2007; HAYD *et al.*, 2008).

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

A presença desta população naquela época pode ser justificada pela teoria do estreito de Behring ocorrido há mais de 200.000 anos dos tempos atuais, onde a região conhecida como Beríngea encontrava-se seca permitindo migração entre a Sibéria (Ásia) e o Alasca (América), desta forma, esta população foi ocupando todo o território americano, predominantemente nos tempos atuais, concentrados na América do Sul, na qual está incluído o Brasil, e dentro deste, a região norte do país.(BANIWA, 2006; HAYD *et al.*, 2008). Atualmente a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a população Indígena como sendo: Comunidades que vivem dentro ou estão ligadas a habitats tradicionais geograficamente distintos ou territórios ancestrais e que se identificam como sendo parte de um grupo cultural distinto, descendente de grupos presentes na área antes da criação dos estados

modernos e definindo as fronteiras atuais. Geralmente, mantêm identidades culturais e sociais e instituições sociais, econômicas, culturais e políticas, separadas da sociedade dominante ou da cultura (OMS, 2017).

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

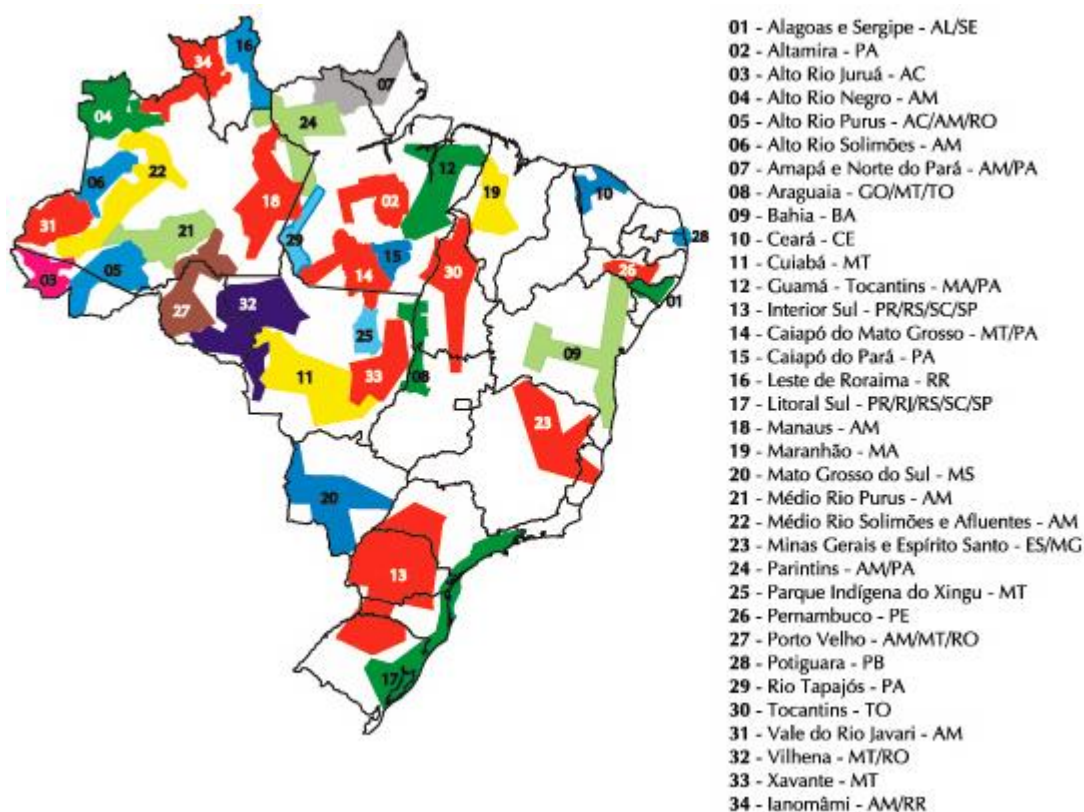
Ainda dentro do contexto histórico, evidenciando a legislação, a Constituição Federal de 1988 torna obsoleto o conceito de tutela indígena e reconhece o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, ainda cria o SUS, regulamentado posteriormente pela Lei 8080/1990 (Lei Orgânica da Saúde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

No início de 1991, pelo Decreto Presidencial nº 23, foi transferida para o Ministério da Saúde (MS) a responsabilidade sobre as ações de saúde para os povos indígenas. Na contramão desse processo, já em 1994, outro Decreto Presidencial nº 1.141 constituiu a Comissão Inter setorial de Saúde (CIS) e, na prática, devolveu ao Ministério da Justiça/Funai a coordenação das ações de saúde. A partir daí o Ministério da Saúde/Funasa e o Ministério da Justiça/Funai passaram a dividir a responsabilidade sobre a saúde indígena, executando, cada um, parte das ações, de forma fragmentada e conflituosa. No final de 1998, diante da situação precária de atenção à saúde do índio, o Ministério da Saúde/Funasa abriu uma discussão interna, no âmbito do Governo Federal, visando assumir integralmente esta responsabilidade que concretizou pelo decreto no 3.156, de 27 de agosto de 1999, surgiu então a necessidade de implantação de uma Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI), em consonância com os

princípios do SUS. O modelo seguido foi o dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), concebidos como sistemas locais de saúde, orientados para populações definidas, dentro de espaços geográficos e administrativos específicos (FUNASA, 2007).

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

Figura 1 - Áreas dos distritos destacadas no mapa do Brasil.

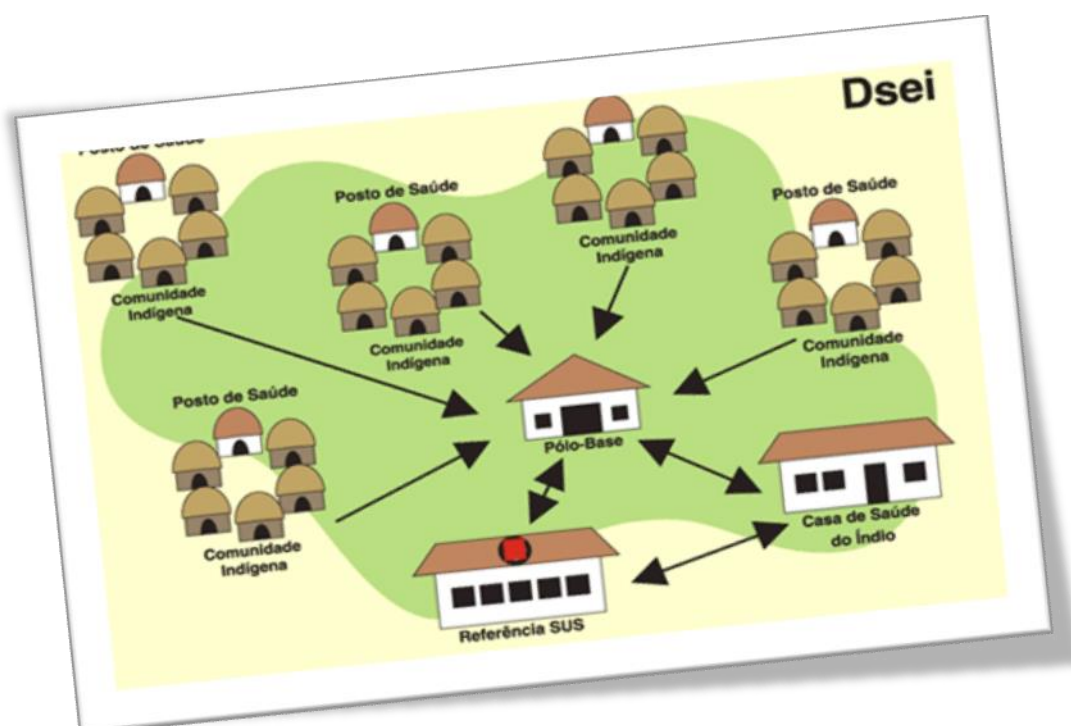


Fonte: MS,2017.

A figura 2, a seguir, representa a rede de atendimento em cada DSEI, cada comunidade indígena tem seu posto de saúde, onde um agente indígena de saúde (AIS), sendo um indígena da localidade, recebe treinamento prévio para dar suporte à equipe multidisciplinar de saúde na tradução linguística, além da interlocução e interpretações das diferentes visões de mundo, de saúde e de doença distintas daquela comunidade. Uma vez os agravos de saúde não teve resolução no posto de

saúde, o paciente geralmente será direcionado para os Polos-base, segunda referência de resolução do agravo, pois geralmente estes polos são mais equipados e são localizados em regiões estratégicas para resolução dos casos quando a solução não é possível nesta, encaminha-se para as referências do SUS, tendo as CASAI como locais referência, que são locais nas cidades onde se agendam a atenção de maior complexidade, e de acordo com os diagnósticos, referencia-se para os centros especializados de atendimento do SUS (BRASIL, 2002).

Figura 2 - Organização do DSEI e modelo assistencial



Fonte: MS, 2017.

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

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

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

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

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

As moradias diferem um pouco de acordo com a proximidade com as cidades, mas na maioria os Yanomamis se agrupam em aldeias representadas, geralmente, por uma casa coletiva plurifamiliar em forma de cone chamada xapono ou também por casas retangulares, mas todas com sua entidade econômica e política autônoma e um representante, líder político, escolhido pelos entes para representar e organizar as aldeias. No campo cultural, os Yanomamis ainda conservam seus rituais com cerimônias de dança, música e pinturas corporais. Em relação aos hábitos de higiene corporal, costumam tomar banhos várias vezes ao dia principalmente em igarapés e lagos próximos às comunidades. Quanto a higienização oral, há relatos de utilizarem formas nativas para este fim, como cinzas, areia ou simplesmente água, mas após o contato com a população não-indígena, é evidente o incremento ao uso de escovas e creme dentais. Entre os Yanomamis, os homens são responsáveis pela caça que é realizada em grupo, enquanto as mulheres têm a responsabilidade de cuidar da roça e das atividades domésticas. Eles realizam cerimônias e rituais acompanhados de dança, música e pinturas corporais. O treinamento das atividades que serão realizadas na vida adulta pelo indivíduo tem início na infância, portanto, as crianças são treinadas desde pequenas e, também, realizam rituais que servem para marcar a passagem da fase da vida da criança para a vida adulta. Quanto às habitações, elas são feitas de elementos da natureza, tais como troncos, galhos de árvores, folhas secas, barro, entre outros, que também

servem para a confecção de objetos de arte como vasos de cerâmica, potes, máscara e colares – essas atividades são realizadas pelas mulheres da comunidade (PEREIRA et al., 1972).

A medicina tradicional tem valores significantes e as doenças são tratadas com ervas naturais acompanhadas de rituais de cura, dirigidos por um pajé. Os Yanomamis têm a cultura de dividir praticamente tudo, sobretudo, os alimentos. A religião dessa população indígena é baseada na existência de forças e espíritos da natureza. Eles utilizam armas como arco e flecha, borduna (porrete de madeira) e zarabatana (tubos de bambu utilizados para atirar setas por meio de sopro).

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

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

Os alimentos são preparados moqueados, utilizando uma grelha de pauzinhos verdes, colocada a uns 80 cm do fogo, como forma de conservação por longos períodos. Esse método de preparo dos alimentos torna a carne extremamente dura e exige intenso trabalho mastigatório. Outra forma de preparo é o cozimento de bananas e outras frutas, formando um mingau. A macaxeira é consumida cozida. Essa forma de alimentação pode implicar em um potencial cariogênico. Os Yanomamis também preparam farinhas da macaxeira, que é preparada em pratos de barro e é de fácil transporte e armazenamento, além de ser considerada como um abrasivo para os dentes. A macaxeira também é preparada como 'beiju' um tipo de bolo. A alimentação dos Yanomamis também pode ser assada, eles costumam colocar as carnes para assar e removendo-as e recolocando-as novamente na brasa, esse processo implica na mistura de cinzas e terras ao alimento, o que pode levar ao desgaste nos dentes.

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

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

Os Makuxis consomem uma bebida típica, chamada Pajuaru, que é feita com mandioca a partir de um processo de fermentação. O Pajuaru é consumido em comemorações, trabalhos comunitários e outras festas tradicionais realizadas pelos Makuxis (HAYD *et al.*, 2008; MANDULÃO *et al.*, 2012). O principal meio de subsistência dos Makuxis é a agricultura familiar e a criação de animais como aves, suínos e bovinos, com predominância desses últimos. (MANDULÃO *et al.*, 2012).

Entre os indígenas a educação é diferenciada daquela da população não-indígena, com o objetivo de preservar as tradições culturais, entretanto, ela é paralela a educação formal acompanhando-a desde o Ensino Fundamental até o Ensino Médio. Os professores são formados por indígenas da própria comunidade, mas possuem formação superior em licenciatura. O calendário escolar segue os eventos de cada uma das etnias (MANDULÃO *et al.*, 2012).

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

Os hábitos dos Makuxis foram mudando ao longo dos anos devido ao contato com o não índio, esta proximidade influenciou em vários parâmetros socioculturais como por exemplo fazer as refeições três vezes ao dia, escovar os dentes com pasta e escova, criação de gado como alimentação e moeda de troca, cultuar um Deus cristão, praticar a monogamia. Segundo Rocha *et al.*, 2012 ainda há relatos entre os Makuxis da utilização de formas alternativas de higienização como a utilização de carvão de casca de mirixi, darora, angico, mori-mori ou pau-rainha,

árvores típicas do lavrado; lavar a boca com fel de boi, pimenta malagueta ou pimenta kanaimé; mastigar raiz de timbó (raiz típica da região); lavar a boca com chá de mangaratai. Alguns indígenas também passam lesma no dente “para ficar mais duro”; outros fazem uso de chá de dente de capivara ou de porco e bochecham para não pegar cárie. Como higienização do espaço interdental alguns utilizam o talo da folha do buriti, côco e outras palmeiras; outros utilizam uma fibra retirada da palha de uma palmeira chamada de Kurawá

2 Considerações finais

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

As doenças periodontais são patologias comuns na população em geral, que podem variar de uma gengivite até a periodontite (ALVES *et al.*, 2007; SANTANA *et al.*, 2007; WILDER; MORETTI, 2017). Alguns estudos abordaram questões relacionadas à doença periodontal na população indígena no Brasil (PEREIRA *et al.*, 1972; RONDEROS *et al.*, 2001; CORRINI, 2007; FREITAS, 2008; ALVES *et al.*,

2014; MIRANDA, 2016) e em outros países, como os estudos sobre os indígenas australianos (aborígenes) (SKILTON *et al.*, 2011; THOMSON *et al.*, 2014) e a população indígena no Equador (MEDINA *et al.*, 2008). Doença periodontal e lesões de cárie são objetos de estudo para obtenção de indicadores de saúde bucal e representam um impacto significativo na saúde da população sendo fundamentais para o embasamento de políticas públicas de saúde, inclusive para a população indígena.

O estudo realizado por Vieira (2009) com oito etnias indígenas brasileiras demonstrou que a periodontite agressiva não foi observada naquelas populações indígenas, apesar da baixa qualidade da higiene bucal. Esses resultados corroboram os achados nos estudos realizados por Pereira *et al.* (1972) e Freitas (2008). Estudos realizados com aborígenes demonstraram que eles apresentam pior estado de saúde bucal em comparação com a população não-indígena, com maiores índices de bolsas periodontais e dentes cariados e perdidos (SKILTON *et al.*, 2011; THOMSON *et al.*, 2014). O estudo realizado por Skilton *et al.* (2011) demonstrou que entre os aborígenes, 3 em cada 10 adultos, possuem problemas periodontais graves, levando a perda dentária e alta prevalência de doença periodontal. No estudo realizado por Thomson *et al.* (2014), a alta prevalência de doença periodontal entre a população aborígene, que vive em regiões urbanizadas, foi relacionada ao tabagismo e ao diabetes.

Estudos realizados com populações indígenas, no Brasil (PEREIRA *et al.*, 1972; RONDEROS *et al.*, 2001; CORRINI, 2007; VIEIRA, 2009; ALVES *et al.*, 2014; MIRANDA, 2016), e em outros países (BRENNAN *et al.*, 2007; MEDINA *et al.*, 2008; SKILTON *et al.*, 2011; THOMSON *et al.*, 2014), concluíram pela necessidade de melhorar as condições de saúde bucal da população indígena, tanto daqueles que vivem em regiões urbanizadas, próximas à população não-indígena, como para aqueles que vivem em regiões remotas (RONDEROS *et al.*, 2001; CORRINI, 2007).

Referências

ALVES FILHO, P.; SANTOS, R. V.; VETTORE, M. V. Fatores associados a cárie dental e doença periodontal em indígenas na América Latina: revisão sistemática. **Revista Panam Salud Publica**, v.35, n.1, p.67-77, 2014.

ARANTES, R.; SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Saúde bucal na população indígena Xavante de Pimentel Barbos, Mato Grosso, Brasil. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n.2, p. 375-384, mar-abr, 2001.

BANIWA, G. S. L. **O Índio Brasileiro: o que você precisa saber sobre os povos indígenas do Brasil de hoje**. [s.l: s.n.], 2006. Disponível em: http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/pdf/indio_brasileiro.pdf

BERTANHA, W. D. F. F.; CAVALCANTE, G. M. S.; CAVALCANTI, A. L.; ARRUDA, T. A.; D'ÁVILA, S. Atenção à Saúde Bucal nas Comunidades Indígenas: Evolução e Desafios – uma Revisão de Literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 16, n. 1, p. 105–112, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE SB Brasil 2010. Pesquisa Nacional de Saúde Bucal SB BRASIL 2010. [s.l: s.n.]. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf.

CARNEIRO, M. C. G.; SANTOS, R. V.; GARNELO, L.; REBELO, M. A. B.; COIMBRA JR., C. E. A. Cárie dentária e necessidade de tratamento odontológico entre os índios Baniwa do Alto Rio Negro, Amazonas. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13, n.6, p. 1895-1992, 2008.

COIMBRA JR., C. E. A; SANTOS, R. V. Saúde, minorias e desigualdade: Algumas teias de inter-relações, com ênfase nos povos indígenas no Brasil. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 125–132, 2000.

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

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

DONNELLY, C. J.; THOMSON, L. A.; STILES, H. M.; BREWER, C.; NEEL, J. V.; BRUNELLE, J. A. Plaque, caries, periodontal diseases, and acculturation among Yanomami Indians, Venezuela. **Community Dentistry and Oral Epidemiology**, v. 5, p. 30–39, 1977.

FERREIRA, L. B.; PORTILLO, J. A. C.; NASCIMENTO, W. F. DO. A Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 83–95, 2013.

FUNASA. **Diretrizes para a atenção à saúde bucal nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.** [s.l.: s.n.], 2007.
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/diretriz_indigena.pdf

HAYD, R. L. N.; OLIVARES, A. I. O.; FERREIRA, M. L. S.; MOURA, J. F. L. Um olhar sobre a saúde indígena no Estado de Roraima. **MensAgitat**, v. III, n. 1, p. 89-98, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Brasil tem quase 900 mil índios de 305 etnias e 275 idiomas.** Disponível em: <https://indigenas.ibge.gov.br/>.

ISA. Os Índios do Brasil. In: Povos Indígenas [internet], 2016. <https://www.socioambiental.org/pt-br/o-isa/programas/povos-indigenas-no-brasil>.

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

MANDULÃO, G.; MANDULÃO, J.; HOEFEL, M. G. L.; HAMANN, E. M.; SEVERO, D. O.; SANTOS, S. M. Projeto vidas paralelas indígena: revelando os povos Makuxi e Wapixana de Roraima, Brasil. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, s.v.; s.n.; p. 63-70, 2012.

MEDINA, W.; HURTIG, A. K.; SEBASTIAN, M. S.; QUIZHPE, E.; ROMERO, C. Dental caries in 6-12 year-old indigenous and non-indigenous schoolchildren in the Amazon Basin of Ecuador. **Brazilian Dental Journal**, v. 19, n.1, p.83-86, 2008.

MIRANDA, K.C.O. **Avaliação do estado de saúde bucal de indígenas brasileiros com base no levantamento de saúde bucal.** Brasil, 2016. Tese (Doutorado em Odontologia). Brasília: Universidade de Brasília, 2016.

MOURA, P. G.; BATISTA, L. R. V.; MOREIRA, E. A. M. População indígena: uma reflexão sobre a influência da civilização urbana no estado nutricional e na saúde bucal. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n.3, p.459-465, mai-jun, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Health services indigenous**. 2017. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=58B6E1249BFD0C3F3AD4F549AE0FB756?sequence=4.

PARIZOTTO, S. P. C. O. L. **Prevalência de cárie dentária na dentição decídua de crianças da comunidade indígena Kaiowá-Guarani de Mato Grosso do Sul e associação com fatores de risco**. [s.l.] Tese (Doutorado em Odontopediatria). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2004.

PEREIRA, C. B.; RIESINGER, A.; RIESINGER, A. S.; MOONEY, J. B. Saúde periodontal, oclusão, desgaste e outras características dentárias nos índios Yanomamis (aborígenes brasileiros). **Revista de Ortodontia da Sociedade Paulista de Ortodontia**, v. 5, n.1-2, p.39-54, jan-ago, 1972.

RECINE, E.; RADAELLI, P. **Alimentação e cultura**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alimentacao_cultura.pdf.

RIGONATTO, D. L.; ANTUNES, J. L.; FRAZÃO, P. Dental caries experience in Indians of the upper Xingu, Brasil. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 43, p. 93–98, 2001.

ROCHA, B. M.; SOUSA JUNIOR, J. S.; KUSSABA, S. T.; BOAVENTURA, R. M.; RIBAS, M. B. A Higiene Bucal e a Medicina Tradicional entre os Macuxi. In. SOUSA JÚNIOR, J. S.; SILVA, L. M.; ROCHA, B. M. **Ciência, Tecnologia e Saúde: Memorial Formativo**. Maricá – RJ: Ponto da Cultura, p. 43-50, 2012.

RONDEROS, M.; PILHSTROM, B. L.; HODGES, J. S. Periodontal disease among indigenous people in the Amazon rain forest. **J. Clinical Periodontol**, v.28, n.11, p. 995-1003, 2001.

SANTANA, T. D.; COSTA, F. O.; ZENÓBIO, E. G.; SOARES, R. V.; SANTANA, T. D. Impacto da doença periodontal na qualidade de vida de indivíduos diabéticos

dentados. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p. 637-655, mar, 2007.

SANTOS, R. V.; COIMBRA JR., C. E. A. Cenários e tendências da saúde e da epidemiologia dos povos indígenas no Brasil. *Epidemiologia e Saúde dos Povos Indígenas no Brasil*, RJ, p. 13–47, 2003.

SILVA, W. V. M. **Avaliação da atenção à saúde bucal no município de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia) Belém: Universidade Federal do Pará, 2013.

SKILTON, M. R.; MAPLE-BROWN, L. J.; KAPELLAS, K.; CELERMAJE, D. S.; BARTOLD, M.; BROWN, A.; O'DEA, K.; SLADE, G. D.; JAMIESON, L. M. The effect of a periodontal intervention on cardiovascular risk markers in Indigenous Australians with periodontal disease: the PerioCardio study. **BMC Public Health.**, v.1, n.11, p. 729, 2011.

THOMSON, K. F. R.; DO, L. G.; BARTOLD, P. M.; DANIELS, J.; GROSSE, A.; MEIHUBERS, S. Prevalence, extent and severity of severe periodontal destruction in an urban Aboriginal and Torres Strait Islander population. **Australian Dental Journal.**, v.59, n.1, p.43-47, 2014.

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

VIEIRA, E. M. M. **Estudo das condições de saúde bucal e avaliação da microbiota periodonto patogênica de uma população indígena brasileira**. Tese (Doutorado). Araçatuba: Universidade Estadual Paulista, 2009.

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